

福祉サービス第三者評価結果報告書【平成31年度(2019年度)】

2020年 1月 24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

〒 171-0014

所在地 東京都豊島区池袋2-23-23 白鳥ハイツ102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 03-6906-5231

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	大井 桂子	福祉	H0304038
	③	榎本 京子	福祉	H1002017
	④	島田 久平	福祉、経営	H0702042
	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	2019年 6月 27日			
利用者調査票配付日(実施日)	2019年 8月 7日			
利用者調査結果報告日	2019年 9月 12日			
自己評価の調査票配付日	2019年 8月 1日			
自己評価結果報告日	2019年 9月 12日			
訪問調査日	2019年 9月 25日			
評価合議日	2019年 11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)	職員説明会では、評価制度の趣旨や評価方法について丁寧に説明した。利用者調査にあたっては施設と事前に十分協議し、利用者の意向がより把握できるよう工夫した。評価者3人が、在籍者80人中調査が可能な16人の利用者に対し1対1の聞き取り調査を行い、全員から有効回答を得た。訪問調査は評価者4人で行った。訪問調査では施設長及び相談員と面接し、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。

2020年 1月 8日

事業者代表者氏名 施設長 高崎 賢一

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>&lt;基本理念&gt; 老人福祉法第2条に基づき、「老人は多年にわたり社会の発展に寄与してきた者として敬愛され、かつ健全で安らかな生活を保持する。」すなわち、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ことを施設運営の基本理念とする。</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>&lt;接遇理念&gt; 利用者が互いに助け合い、健康で安心して楽しい生活を送ることができるよう援助することを主眼とし、併せて利用者が毎日を意欲的に充実して過ごすことができるため、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が送れるように、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にする。</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>&lt;介護の基本姿勢&gt; 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ことを介護の基本姿勢とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)利用者には正しい言葉遣いで接すること</li> <li>2)利用者は人生の先輩として常に尊敬の念を持って接すること</li> <li>3)利用者との対話は暖かく受容の姿勢で接すること</li> <li>4)介護者の視点で物事を判断し、その考えや思いを押し付けてはならない</li> </ol>

調査対象

全利用者80人中、調査が可能な16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6人、女10人。年齢層は80歳未満8人、80歳代5人、90歳以上2人、無回答1人。要介護度は1が1人、2が2人、3が9人、4が4人である。

調査方法

3人の評価者が、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
	16	16
	16	16
	0.0	20.0

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」3人、「満足」10人で、合わせて13人(81.3%)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3人(18.8%)で、「不満」、「大変不満」はいない。高い満足度を得ている。日頃感じている施設に対する意見・要望では、「お世話になりっぱなしです」、「安心して生活ができています」、「満足しているので特にはないです」、「職員の皆さん良くやってくれます」、「もう少し話を聞いてほしいです」、「大勢の中だから遠慮しています」などの声が寄せられている。個別の質問では、「職員の接遇・態度」、「プライバシーの遵守」の項目では9割以上が「はい」と答えている。「必要な介助を受けているか」、「日常的に、健康状態に気にかけている」、「施設内の清掃、整理整頓は適切か」、「病気やけがの対応」の項目では8割以上が「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	11	4	1	0
「はい」68. 8%、「どちらともいえない」25. 0%、「いいえ」6. 3%である。自由意見では、「きれいに食べています。食事は良いです」、「全部最高です。自分で食べています」、「食事がおいしくなりました」、「煮物などおいしいです」、「味の良いとき、悪い時があります。冷たい食事がありません」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	2	0	0
「はい」87. 5%、「どちらともいえない」12. 5%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「今の状態で良いです」、「ナースコールを押すとすぐに来ます。待たせられることはないです」、「風呂、着替え、トイレを手伝ってもらっています。コールを押すとすぐ来るときと、来ない時があります」、「トイレを使いやすくしてほしいです(車いす)」、「外に出る機会があります。もう少し移動について介助が欲しいです」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	0	1
「はい」68. 8%、「どちらともいえない」25. 0%、「無回答」6. 3%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「食堂で、皆で会うのが楽しみです」、「皆さんと一緒に、歌うなどして楽しく過ごしています」、「ラジオを聞いたり、自分の好きなことは出来ています」、「音楽クラブと落語もありますが、もう少し楽しみの機会があると良いです」、「家族が面会に来てくれるのが楽しみです」、「退屈していません」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	13	2	1	0
「はい」81. 3%、「どちらともいえない」12. 5%、「いいえ」6. 3%である。自由意見では、「声かけはあります」、「調子はどうですか」と言われます、「『いかがですか』と、聞いてくれます」、「聞いてくれますが、健康です」、「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	14	2	0	0
「はい」87. 5%、「どちらともいえない」12. 5%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「きれいで清潔になっています」、「30年たっても、改修工事をしています。『トイレがきれいになった』とみなさん言っています。緑のカーテンが良いです」、「きれいになりました。特にトイレが良いです。明るい施設になりました」、「上手く片付けされていない時は、自分で片づけています」などの声が寄せられている。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	15	1	0	0
「はい」93. 8%、「どちらともいえない」6. 3%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「皆よい人です」、「普通です。悪い人はいないです」、「言葉遣いは丁寧です」、「言葉遣いは丁寧ですが、その人によって違います。語尾のきつい人がいます」、「男性職員は優しいです。態度の悪い人がいましたが、上の人に注意されたのか直りました」、「丁寧すぎます。お召し上がりくださいと言われます」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	0	0
「はい」87. 5%、「どちらともいえない」12. 5%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「何かあれば対応してくれます」、「身体に炎症が出た時、ナースが対応してくれました」、「歯医者に行っています」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	5	0	0
「はい」68. 8%、「どちらともいえない」31. 1%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「いじめはないです。対応してくれると思います」、「認知症の方がけんかをしています、職員が止めて引き離しています」、「上手く対応してくれています」、「けんかはしますが、職員が止めてくれます」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	10	6	0	0
「はい」62. 5%、「どちらともいえない」37. 5%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「心配してくれています」、「無理強いはしません」、「意見を聞いてくれます」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	15	1	0	0
「はい」93. 8%、「どちらともいえない」6. 3%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「恥ずかしい思いはしていません」、「入所したばかりの頃は嫌だと思いました。今は、出来ないから仕方がないです」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	6	6	4	0
「はい」37. 5%、「どちらともいえない」37. 5%、「いいえ」25. 0%である。自由意見では、「食事の要望など聞いてくれます」、「特に要望などしていません」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	10	5	1	0
「はい」62. 5%、「どちらともいえない」31. 3%、「いいえ」6. 3%である。自由意見では、「良くわかります。わからなければ質問します」、「いろいろ確認すると、わかりやすく説明してくれます」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	12	4	0	0
<p>「はい」75.0%、「どちらともいえない」25.0%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「不満は全然ないです。ここは楽しいです」、「伝えたら、すぐに対応してくれると思います」、「夜、なかなか眠れないので困ることがあります」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	3	2	11	0
<p>「はい」18.8%、「どちらともいえない」62.5%、「いいえ」18.8%である。自由意見では、「困ったことはないです」、「ケアマネに相談しています」、「制度はあるようなのですが、伝えてもらっていません」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 <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く <span style="float:right">○非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	介護の基本姿勢等を明確化し、施設の基本理念等の実現に取り組んでいる 施設には「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」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、真心こめて介護を实践する」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。家族等には家族懇談会等を活用し、また、施設のパ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を行い、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を掲げているが、毎朝職員で、「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き、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方針の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、また、今回実施した大規模改修工事等の重要な案件については、家族懇談会で説明するほか、詳細を書面で手渡し、必要により郵送で周知するなど、徹底を図っている。	

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	
<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 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、区内の熟年者福祉施設連絡会や地域連携会議に参加するなどして情報の収集、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、施設内で閲覧するなど各種情報の把握、周知を図っている。把握した情報、課題等は事業計画の作成等にも反映させている。</p> <p>課題等をふまえ事業計画を年度ごとに作成しているが、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。冒頭に施設の運営指針のほか、年度の重点取り組み事項を掲げるなど、職員、利用者の意向、地域福祉のニーズ等を踏まえたものとなっている。本年度の事業計画では重点事項として大規模改修工事をあげ、利用者の居住環境(トイレ等)の改善等、長期的な視点からの計画もある。一方、中・長期計画としての策定はない。今回の職員アンケートでも課題として、中・長期計画の整備がある。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・長期計画の整備を期待したい。</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>施設には組織規程が定められており、組織図のほか、職員等の職務が定められている。別に運営規程があり、運営方針、職員の職務、員数、職務の内容等が定められている。職員ごとの職務分担、担当一覧もできている。そして、年度ごとに作成する事業計画書には運営方針、重点取り組み事項のほか、利用者サービス計画、生活援助計画など、実施回数等具体的に明示している。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 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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●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
<b>カテゴリー3の講評</b>		
<p><b>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</b></p> <p>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)を明確にし、事業計画の冒頭にも掲げている。介護の基本姿勢は事業計画の生活援助計画にも記載し、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。</p> <p><b>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</b></p> <p>施設には「利用者からの苦情解決の取り組みに関する実施要項」があり、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員等の実施体制が定められている。利用者等に対しては、重要事項説明書で相談担当、苦情解決第三者委員等の氏名、連絡先等を説明している。これらは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、虐待対応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。</p> <p><b>地域との関係づくりに取り組み、地域の一員としての役割を果たしている</b></p> <p>広報誌「瑞江だより」を定期的に発行し、施設内での行事、利用者の活動状況等を紹介している。「ボランティア受入れマニュアル」を整備し、年間を通して多くのボランティアを受入れ、清掃、行事の手伝い等の協力を得ている。また、地元の熟年介護サポーター事業の受入れ、介護福祉士実習生の受入れ、介護等体験事業の受入れなど、地域との関係づくりにも取り組んでいる。また、施設の専門性を活かし、地元の介護フェアや区民まつりに参加している。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、共通課題について協働して取り組んでいる。</p>		
<b>カテゴリー4</b>		
4	<b>リスクマネジメント</b>	
<b>サブカテゴリー1(4-1)</b>		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> <b>4/5</b>
<b>評価項目1</b> 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		<b>評点(〇〇〇〇●)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
●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>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にも安全衛生の徹底があり、①感染症対策の徹底 ②事故防止のためのリスクマネジメントの強化 ③看護体制の強化など医療ケア体制の充実 ④防災訓練の着実な実施とBCP(事業継続計画)の策定に重点的に取り組むとしている。そして、感染症、食中毒、介護事故等に関する勉強会を実施し、医療ケア体制については看護師の増員を図っている。感染症マニュアル、緊急時対応マニュアル等も作成し、発生時の対応等示している。一方、BCPの策定については、専門家とも相談するなど今年度末までの整備を目指している。</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保管、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ている。パソコンは各フロアのほか医務室、栄養士室等に設置している。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る。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ている。一方、施設では文書管理に関する規定、ルール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、個人情報の範囲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。開示については別に開示規定を整備している。これらは、利用者等に対する入所時の契約書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。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。また、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ている。</p>		
カテゴリ5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(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(0000)
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(0000)
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(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-5の講評

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」が策定され、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。これらの人材を確保するため、ハローワークやホームページの活用など努力しているが十分でない認識している。職員配置状況については介護職員の不足が深刻であり、本年4月より初めて派遣、紹介を利用している。今後は人材の確保、配置のため、処遇改善の実施を図るとともに、キャリアアップのための仕組みの整備、奨学金支援制度の検討、新規採用の教育担当者の設置等、多様な方法で取り組んでいくとしている。

職員に「キャリアアップ計画書」を作成させるなど、人材育成に取り組んでいる  
施設には「職務別任用基準票」が作成されている。職務段階に応じた対応役職、職責及び職務内容、任用要件、給与水準が示されている。別に、職員が自らの到達目標を明確にすることを第一の目的とした「職員キャリアアップ計画書」がある。＜年度当初＞計画の策定 ＜年度途中＞進捗状況の確認、キャリアアップ計画の改善 ＜年度末＞実施結果の検証となっており、年度末には所属長の評価、指示も受けている。また、研修についても全職員の資質向上を図るための内部研修のほか、外部研修にも積極的に職員を参加させるなど、職員の育成に取り組んでいる。

職員の意欲向上に取り組み、チーム力を発揮できるよう取り組んでいる  
「給与規定」が策定されている。手当については介護福祉士、介護支援専門員、管理栄養士、看護師等に対する職能手当の支給があり、職員の育成、定着等に連動させている。さらに、ストレスチェックの実施、有給休暇の計画的取得、親睦会による暑気払い・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、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)

当施設は、平成元年にこの地に開設し、前年で築29年を迎えた。そのため、施設は個別の修繕では間に合わない状況になりつつあり、大規模な整備が必要となっていた。そのため、前年度は施設設備の推進として東京都と江戸川区の補助金を活用して、大規模修繕工事を実施することとし、整備内容等の検討を行った。そして、7月には東京都と江戸川区への補助金申請を行い、11月には、補助金決定の内示を得ることができた。本年2月には施工業者に対する一般競争入札を行い、3月には請負契約を結ぶことができた。そして、大規模修繕工事に着手するため、今年度の事業計画にも反映させることができた。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<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い</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む)</li> <li><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</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</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 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>

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

前年度においては、整備内容の検討等を行い、行政への補助金の申請等も適切に行われ、補助金決定も得られている。そして、今年度の着工を目指し施工業者も一般競争入札で行い、決定し、本年度の事業計画にも反映させることができた。本年度事業計画では重点取り組み事項として、大規模改修工事中の適切な利用者支援を掲げ、フロアスペースや居室の改修工事中の安全確保等の配慮点を示している。そして、本年4月より工事が開始されているが、居室のトイレ前の洗面台をトイレの中に入れ、車いすがスムーズに入れるように使いやすく改善されている。また、壁紙もリニューアルし明るく清潔感が増すなどしている。現在予定した改修工事は無事終了し、職員、利用者からの評価も高くなっている。

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)

介護職員については、慢性的な人材不足に陥っている。業界全体が抱えている問題でもあるが、施設としては、今後も社会福祉施設としての役割を果たしていくために、魅力ある職場づくりと介護職をはじめとした人材の確保に向けた取り組みが必要であるとしている。そのため前年度は、人材確保対策の一環としての職員の基本給改善を重要課題とし、処遇改善加算ⅢからⅡの取得、また、加算取得による本年度に向けたベースアップのための取り組みを図ることとした。また、本年度に向けて、処遇改善加算Ⅱの取得による介護報酬の増加分を原資として基本給の改善(一律1万円のベースアップの実施)、初任給基準の引き上げ等を行うこととした。また、加算取得の要件である任用と給与をリンクづけた職務別任用基準表を制定し、職務段階に応じた職責及び職務内容、任用要件、給与水準等を明確にした。そして、これらは本年3月開催の理事会にて承認を得ている。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<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い</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</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 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>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</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 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>

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

本年度事業計画の重点取り組み事項でも、今後も社会福祉施設としての役割を果たしていくためには、魅力ある職場づくりと人材確保に向けた取り組みが急務であるとし、①スキルアップのための研修の充実など離職防止の取組強化 ②加算を活用した介護職員処遇改善への取組継続 ③ホームページのリニューアルなど情報発信体制の見直し等の取組を掲げている。そして、初任給基準改善を反映した求人広告等の機会増、ホームページのリニューアルなど、細かく多様なルートからの人材確保に取り組んでいる。なお、処遇改善については、今回の職員アンケートでも評価する意見が多い。

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 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	
<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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評		
<p><b>施設のパンフレットをリニューアルして、知りたい情報が提供されている</b> 施設情報は、パンフレット、ホームページ、広報誌「瑞江だより」等の複数の媒体で利用希望者等に提供している。昨年度は、瑞江特別養護老人ホーム開設30周年記念を機会に、法人パンフレットをリニューアルしている。カラー版で、介護の基本姿勢の「心かよわせて真心こめて」を掲げ、「年間行事・レクリエーション活動」、「管理栄養士による栄養管理」、「摂食・嚥下リハビリテーション、口腔ケア」、「緊急時の医療機関との迅速な連携とターミナルケアの実施」、「フロアマップ」など、施設の特徴が簡潔に記載されている。</p> <p><b>行政や関係機関にさらなる情報提供が望まれる</b> 事業所では、東京都に入退所状況等、江戸川区に毎月、入退所状況と事故状況の内容と分析結果等を報告している。保健所には、インフルエンザ等の感染症の拡大が疑われるときには直ちに報告することが、緊急連絡一覧により徹底されている。他、区熟年者福祉連絡会や広域社協職員研修委員会に参加した時には、施設利用者などの近況状況の情報を提供している。また、介護サービス事業者ガイドブック(ハートページ)や介護サービス情報公表制度に掲載している。今後は、近隣機関などへの更なる情報提供の工夫が望まれる。</p> <p><b>利用希望者等には、個別に丁寧に対応している</b> 利用希望者等への対応は、主に相談員が対応している。毎月3～7件の見学がある。見学希望者に対しては、日時などの要望をできるだけ考慮して、相談員が広報誌「瑞江だより」やパンフレット、入所申込書、料金表等を使用し説明をしている。フロア、トイレ、居室、リハビリ室、空いていれば浴室などを、居住者へのプライバシーに配慮して20～30分かけて、丁寧に案内をしている。居住者に対しては、事前に館内放送で周知をする他、個別にも説明をし了承を得るなど留意している。利用希望者等からの費用などの問い合わせにも丁寧に対応している。</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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>サービス開始時には、重要事項説明書等で詳しく説明し同意を得ている</p> <p>サービス開始にあたり、入所前面談を二度行っている。一度目は相談員が訪問、二度目は利用者と家族に施設に在所してもらい、施設長と相談員で面談を行っている。契約書、重要事項説明書、生活便利表等を用いて基本ルールやサービス提供内容などについて丁寧に説明をして、利用者や家族の同意を得た上で署名・捺印を得ている。また、契約書、施設サービス利用書、リハビリ、栄養などの聞き取りをしている。、それぞれの担当が時間をかけて詳しく説明をし同意を得た上で署名・捺印を得ている。</p> <p>面談で詳細に情報収集をして、利用者が安心して生活できるように支援をしている</p> <p>入所前面談で聞きとった情報を「入所前面談表」、「日常生活動作状況表」、「興味・関心チェックシート」、「ケアチェック表」に記録し、更に、入所日に再度、各専門職より利用者と家族に要望・意向や現状を詳細に聞き取り把握している。利用者の入所前の在宅生活に可能な限り近い安心した生活ができるように、全職員で情報を共有して支援を行っている。入所後1週間は、体調・日常の様子を細かく観察し、睡眠をとれない方には、足浴等の工夫や、食事は、食卓テーブルの配置を周りとの関係性をみながら配慮するなどして不安の軽減に努めている。</p> <p>入院時の不安やサービス終了時の不安の軽減に努めている</p> <p>入院時は、施設での生活状況がわかるように、看護・介護サマリー等での情報提供により十分な引き継ぎをしている。入院中には見舞いに行き、施設に戻れる希望を持てるようにしている。また、主治医や医療相談員からの情報を家族に伝える等、家族にも継続して相談できる配慮をして、家族の不安軽減を図っている。一方、看取り指針を基に、信頼関係を築きながら利用者と家族の同意を得て、日々のケアの中で、多職種連携をしながら、適格なターミナルケアを行い、家族と利用者が穏やかに過ごせるよう不安軽減に努めている。</p>			



サブカテゴリー3		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	10/10
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
<b>評価項目1</b> 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		<b>評点(〇〇〇)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○非該当
<b>評価項目2</b> 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している		<b>評点(〇〇〇)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している		○非該当
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある		○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		○非該当
<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		<b>評点(〇〇)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
●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>サブカテゴリー3の講評</b>			
<b>利用者の個別のニーズや課題を把握し、具体的に記録している</b> 利用者の心身の状況や生活状況は、日常生活動作状況表、ADL一覧表(食事・入浴・更衣・整容・排泄・寝返り・移動・認知の有無等)がある。また、ケアチェック表(食事、水分・排泄・入浴、清拭・洗面、口腔清潔、整容、更衣・基本動作介助、リハビリテーション・医療、健康・心理、社会面)もある。他に、食形態一覧、介護記録ソフトへの入力、業務日誌、申し送り用紙がある。2年前から導入した「興味・関心チェックシート」では、生活行為を23項目掲げ詳細に、ニーズを聞き取れるシートになっておりきめ細かに記録し活用されている。			
<b>利用者と家族の意向を尊重し、個別サービス計画を作成している</b> ニーズの把握は、日々の支援での会話、家族の面会、家族懇談会(9月と1月の年2回)、利用者懇談会(2か月毎)、食事の際の栄養士の巡回、施設長や相談員の巡回、苦情受付などで、利用者一人ひとりのニーズや家族の意向を把握している。モニタリング記録表、ケアチェック表等を基に、多職種参加のケース会議を行い多職種の意見も反映させて、個別支援計画を作成している。3か月毎に短期目標が達成できているかどうかのモニタリング評価をする他、新たなニーズが出たり計画を緊急に変更する仕組みが整えられている。			
<b>利用者の情報を職員全員で共有し、安定したサービスを行っている</b> 利用者の施設サービス計画書は、パソコンの共有ファイルで確認できる仕組みができています。また、各フロアでは、毎月ケースカンファレンスを行い、利用者の情報を共有して支援を行っている。日々の利用者の変化等は、介護記録ソフトへ文章でわかりやすく入力し、申し送り用紙へは簡易的に記入して活用している。毎日の朝礼後のフロアでの申し送り、夕礼での申し送りによる、交代勤務での引き継ぎに漏れがないようにして、利用者に安全で安定した利用者が安心のできるサービスを行っている。			

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		
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部和りとりする必要が生じた場合には、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>利用者のプライバシーの配慮と羞恥心の配慮を徹底している</b></p> <p>施設契約書の中の第9条のプライバシー保護の中で、入居者に関する情報を提供するには、あらかじめ文書による同意を得る旨定め、説明し理解を得て署名捺印を得ている。瑞江だよりや廊下の掲示する写真については、口答で了解を得ている。個人データの安全管理について定期的に見直しや改善に努めるために「個人情報保護推進委員会」を開催している。日常業務では、居室の出入りの時の声掛け、一人ひとりに施錠できる引き出しの設置、入浴や排泄時のカーテンを引くや私的なことを大声で話さないなど羞恥心への配慮を行っている。</p> <p><b>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</b></p> <p>利用者一人ひとりの価値観や生活習慣、意向などを入所前面談、利用者懇談会、家族懇談会、家族アンケート、家族の面会、日常の支援などを通じて細かく情報を収集している。収集した情報を検討し施設サービス計画書に取り入れ、更に「週間サービス計画表」に落とし込み、1日の流れを通して1時間単位として詳しく取り入れて支援をしている。居室内は、仏壇、カレンダーや家族写真などが飾られるなど自由である。食堂や廊下のコーナーや壁などには、観葉植物や絵画、季節を感じられる装飾で温かさのある家庭的な雰囲気作りがされている。</p> <p><b>利用者が「ノー」といえる自己決定ができる支援に努めている</b></p> <p>施設では、「介護の基本姿勢」として、利用者個人の意思を最大限尊重し、利用者自身が自己決定することに生きる喜びが持てるよう支援することが大切であるとして、介護者の視点で、物事を判断し、その考えや思いを押し付けてはならないとしている。例えば、入浴介助の場合、利用者に入浴の時間ですよと話そのまま浴室に連れていくのではなく、利用者に入浴の時間ですがいかがですかと声かけをし、「ノー」といえる機会を与え、拒否があった時は、何で嫌なのかを表情等でくみ取り、再度、時間をおいてからの声掛けや職員を変えての対応をしている。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
<b>評価項目1</b> 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		<b>評点(〇〇〇)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
●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		<b>評点(〇〇)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
●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	
<b>サブカテゴリ-6の講評</b>			
<b>業務の標準化を図るためのマニュアルが整備されている</b> 介護業務マニュアル一覧(パソコン、嘔吐物対応・必要物品、胃ろう介助・必要物品、移乗介助、入浴介助、トイレ消毒マニュアル、食事介助マニュアル、服薬介助など18項目)、マニュアル等一覧(感染症、虐待予防など14項目)を整備して、わかりやすく実用的なものになっている。緊急時マニュアルは、フローシートにして目立つところに掲示している。各フロア毎に、利用者対応等マニュアルを整備し常置することにより、利用者個々に応じた支援ができています。			
<b>利用者や職員の意見や提案を反映しマニュアル類の改善に努めている</b> 施設では、2年前から、一定水準の介護サービスが全職員で提供できるようマニュアルを見直し、業務手順の作成を行い、個別ケアに繋げていくことを目的とした「業務改善・標準化に関する委員会」を立ち上げて、随時改訂を行っている。各委員会や会議で上がった課題については、マニュアルを見直すことを必要に応じて随時行っている。利用者懇談会、家族懇談会、意見箱、日々のケアでの会話、アンケート等から、意見や要望を吸い上げ、近年では、トイレの消毒マニュアルや排泄介助マニュアル、入浴介助マニュアルを見直し改善を行った。			
<b>業務の水準を確保するための取り組みをしている</b> 新規採用職員には、研修後に独り立ちできるようにマンツーマン指導をしている。1か月間は、日勤、その後2か月間は、早番・遅番、夜勤は3か月間は主任と担当で指導する体制が整っている。口腔ケアや認知症、嚥下など多くの外部研修の他、感染症、介護事故等の利用者の安全にかかわることを主に内部研修を行い、全職員の資質の向上を図っている。研修に参加できない職員には、資料の回覧や会議、委員会等で知識の共有を図っている。ヒヤリハットや事故報告書は、介護事故防止委員会で、集計・対策を検討して周知している。			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ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>ケアプランはフロアで職員に周知され、適切にサービスが実施されているか確認している</p> <p>ケース会議で決定した施設サービス計画書(ケアプラン)は、家族に説明を行い書面で承諾を得てから、ケアプランに基づいて支援が開始される。ケアプランは、フロア会議で職員に周知され、適切にサービスが実施されているか確認している。高齢の利用者は、加齢や疾病により心身の状態が著しく変化する場合があるので、日々の援助の中で変化があった場合は、ケアプランの見直しを家族の意向を聞きながら行っている。また、統一したサービスとより良い援助を行うために、利用者の身体・精神、生活状況を全職員が把握できるように記録の整備を行っている。</p> <p>利用者の要望・意向を聞き取り、生活の継続性に配慮した支援に努めている</p> <p>介護の基本姿勢として「心かよわせて真心こめて」、「優しさ感謝の気持ちを込めて」、利用者本位のサービスを行い生きる喜びを持てるようにすると事業計画で掲げている。利用者が入居前と同じように健康で安心して楽しい生活を送ることができるように援助している。また、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送ることができるように、優しさと思いやりの心をもって取り組んでいる。入居前に慣れ親しんだ物の持ち込みはスペースの許す範囲で可能とし、利用者の要望・意向を聞き取り生活の継続性に配慮した支援に努めている。</p> <p>多職種連携でケース会議を開催し、情報交換をしてケアプランを作成している</p> <p>介護支援専門員を中心に、介護士、看護師、機能訓練指導員、管理栄養士などが連携し、利用者の希望や生活習慣・身体状況などの問題点を把握し、多職種連携でケース会議を開催して情報交換を行っている。介護・医療・栄養・リハビリなどの包括的ケアプランを作成している。また、利用者家族の参加を呼び掛けて、家族の意見・要望などをケアプランに反映するようにしている。一方で、より自立支援に目を向けるために、栄養ケア計画やリハビリの計画書も一緒に確認し、多職種が意見を述べ体系的にケアプランを作成する必要があるとしている。</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>心身の状態や要望に応じて食事提供をし、ゆっくりと食事介助ができるようにしている</p> <p>食事形態は、主食はご飯、粥、ミキサー粥で、副食は普通、キザミ、極キザミ、ミキサーで、利用者の心身の状態や要望に応じて食事提供をしている。全フロアで食事摂取全介助の利用者が増加したため、職員配置のバランスを配慮して、時間をかけてゆっくりと食事介助ができるようにしている。また、「食事に関する委員会」、「献立検討委員会」を中心に、委託会社の調理担当者と連携を取りながら喜ばれる食事作りに努めている。管理栄養士は、食事時間帯に各フロアをラウンドし、喫食状況や利用者の要望・意見を聞き取り献立に反映している。</p> <p>栄養ケアマネジメントを実施し、低栄養状態にならないように栄養管理を行っている</p> <p>栄養ケアマネジメントを実施し、利用者の栄養状態を把握して低栄養状態にならないように栄養管理を行っている。栄養スクリーニングを実施し食事摂取量、体重減少率・BMIの把握、血清アルブミン値などから、「低・中・高」の低栄養のリスクレベルを把握し、「栄養ケア計画書」を作成している。計画書では、利用者および家族の意向を聞き取り、3か月毎に見直しをして利用者・家族に説明の上署名を貰っている。栄養ケア提供経過を記録し、多職種の連携の基で栄養状態の低下が認められる時は、高カロリー食の提供を実施し栄養状態の改善に努めている。</p> <p>嚥下能力の低下した利用者に対して、摂食・嚥下に関する訪問歯科指導を実施している</p> <p>高齢化や介護度の高い利用者が多い現状で、嚥下能力の低下した利用者に対して、区口腔保健センターの協力により、摂食・嚥下に関する訪問歯科指導を実施している。歯科衛生士からは口腔ケア、食事時の姿勢、一口量などのアドバイスを受けている。また、なるべく長く経口から食事が取れるように、昼食前に口腔体操をして唾液の分泌を促している。その他、健康な身体に必要な水分は1日1,000CC以上を目安にして、水分摂取が困難な利用者に対しては、水分補給用に甘みのある麦茶ゼリーや投薬ゼリーの提供を実施し、誤嚥防止に努めている。</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>食事は利用者にとって楽しみなひと時で、旬の材料を取り入れメニューに反映させている</p> <p>食事は利用者にとって楽しみなひと時である。年中行事や誕生昼食会では、旬の材料を取り入れた献立を検討し、食事メニューに反映させている。毎月の誕生会では、ジュースやノンアルコールなどで施設長と共に乾杯、赤飯と季節の材料を使用した天ぷら盛り合わせでお祝いしている。二カ月に一度、食に関するイベントの開催と選択メニューを提供している。和菓子・おやつバイキングや、利用者と一緒に作る手作りお菓子のイベントは、「瑞江だより」で紹介している。利用者の真剣に取り組む姿や笑顔いっぱいの様子が写真に溢れ楽しい雰囲気になっている。</p> <p>食事が美味しく摂取ができる環境と利用者の栄養状態、食事介助の向上に取り組んでいる</p> <p>食事は、身体に必要な栄養やエネルギーを補給し健康な生活を維持をする役割がある。「食事に関する委員会」では、利用者の食事がより美味しく食事摂取ができる環境と、利用者の栄養状態、食事介助の向上に取り組んでいる。調理委託により、食の向上や質の安定になっている。利用者調査では、「味付けが良くなった」「食事が美味しくなった」などの意見が見られる。委託会社との関係で食事時間の延長は、1時間程度となっているが、可能な限り要望に応じて行っている。一定の時間が過ぎた後は、補食や家族が持ち込んだ物を食べてもらっている。</p> <p>利用者が食事するテーブルや席は、利用者の希望や様子を見ながら柔軟に対応している</p> <p>利用者が食事するテーブルや席は、決まっている場合が多いが利用者の希望や様子を見ながら柔軟に対応している。なるべく利用者同士でもコミュニケーションが取れるように席の配置を考えている。家族から、今までは隣人と話すこともなく食事をしていたが、席替えにより同じテーブルの人と「話をしているので良かった」との意見があった。配膳は利用者の着席に合わせて行い、利用者が食べやすいように、介護用の食器やスプーンを複数用意して対応している。また、落ち着いた音楽を流して、リラックスして食事ができるように食環境作りにも力を入れている。</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>利用者の意向や身体状況を把握して、できるだけ自立性の高い入浴方法で実施している</p> <p>入浴形態は一般浴、リフト浴、機械浴、シャワー浴、部分浴(足浴・手浴・洗髪)、清拭などで利用者にとってより快適で安全な入浴介助方法で実施している。入浴支援は利用者の清潔を保持し、血行の促進、疲労を回復し、全身状態の観察ができる場所でもある。また、良眠促進、身体的・精神的にリラクゼーションも期待できる。利用者の意向や身体状況を把握して、できるだけ自立性の高い入浴方法で原則、週2回実施している。平成30年度末で、入浴が自立の利用者3名(4%)、リフト浴48%、機械浴26.5%、その他一般浴21.5%となっている。</p> <p>プライバシー保護や羞恥心などに充分配慮し、リラックスできる環境づくりに努めている</p> <p>入浴の誘導や介助は、利用者から入浴の拒否があった場合決して無理強いせず、介助者を変えたり、時間をずらしたりして、状況によっては他の入浴方法も検討している。浴室や脱衣所では、必ずカーテンを引き、また、目隠しとなるスクリーンを新調してプライバシー保護や羞恥心などに充分配慮して、介護者はリラックスできる環境づくりに努めている。介護者は、残存機能維持のため、利用者の出来ない部分の介助を行うようにしている。認知症の利用者には利用者に応じた声かけを行い、介護者との相性でスムーズにいく場合もあるので柔軟な対応をしている。</p> <p>安心して快適に入浴ができ、リラックスして季節感の溢れる入浴を楽しんでいる</p> <p>安心して快適に入浴ができるように「入浴に関する委員会」を中心に取り組んでいる。一般浴の浴室は、岩風呂のように温泉の雰囲気になる。区公衆浴場の協力により季節感の溢れる入浴を楽しんでいる。ラベンダー湯、よもぎ湯、ペパーミント湯、りんご湯、レモン湯など年間を通して香りを楽しんだり、体を温めたりしてリラックスしたひと時としている。夏場(6月～9月)には、入浴中の水分不足を補うため、入浴直後に冷たい飲み物を用意し、水分補給を実施している。また、職員に対しても飲み物を用意して水分不足や疲労の軽減に努めている。</p>			

5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○ 非該当	
● あり ○ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○ 非該当	
評価項目5の講評			
<p>排泄介助と観察を行うことで、疾患の早期発見、不快感の軽減と清潔保持をしている</p> <p>利用者に対して適切な排泄介助と観察を行うことで、疾患の早期発見、不快感の軽減と清潔を保持し、より快適に過ごせるように排泄支援を行っている。おむつ使用で全介助が60%弱を占めている。「排泄に関する委員会」を中心におむつの濡れている時間を少なくし、利用者個々の状態に応じた排泄用具の選定を行い、快適な生活になるように努めている。また、便秘対策として希望者には、牛乳、ヨーグルトを毎朝摂取して貰い、自然な排泄を促している。その他、ポータブルトイレの活用、トイレ誘導を積極的に行い、おむつ外しの取り組みを行っている。</p> <p>排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮し、清潔なトイレ環境になるようにしている</p> <p>今年度大規模改修工事を実施し、居室のトイレ前の洗面台をトイレの中に入れ、車いすがスムーズに入れるようになり使いやすく改善されている。また、壁紙もリニューアルし、明るくなり清潔感が増している。排泄の誘導や介助の際は、大きな声かけは避け耳元で話すなどの注意をしている。居室での排泄介助は必ずカーテンを閉めて利用者の羞恥心に十分な配慮をしている。おむつ交換時は専用のエプロンをつけて行っている。また、換気や消臭剤を使用して衛生面や臭いに配慮している。トイレが汚れたらその都度清掃して清潔なトイレ環境に注意している。</p> <p>内部研修で排泄介助の技術を学び、ケアの向上と統一を図る取り組みをしている</p> <p>「排泄に関する委員会」を中心に内部研修でおむつメーカーより講師を招聘し、「紙おむつに関する勉強会」を開催してより快適な排泄介助の方法を学んでいる。正しい排泄介助の技術を学び、おむつ交換、トイレ誘導などの排泄介助方法の向上と共に、不要なおむつの使用を減らし経費、ゴミの削減になっている。また、毎月フロア会議で使用するおむつの見直しをして、適切な排泄介助、おむつ内排泄時の不快感の除去に取り組んでいる。その他、フロア毎に使用する紙おむつのサイズや注意点を一覧表にまとめて、ケアの統一を図る取り組みをしている。</p>			
6 評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	○ 非該当	
評価項目6の講評			
<p>心身の状態や意向に応じて、残存能力の活用をして自立で移動できるように援助している</p> <p>移動に関する現状は、平成30年度末で歩行・歩行器・杖で自立11%、車いす自走19%、車いす全介助62%、その他8%となっている。利用者の心身の状態や意向に応じて、残存能力の活用をして自立で移動できるように援助している。その反面、車いすで全介助の利用者が6割を越え、重度化の傾向となっている。介助をする際は、転倒・転落などをしないように安全で安楽な介助になるように努めている。歩行・歩行器・杖で自立の利用者に対しては、利用者の状況に合わせてリハビリなどを実施し、なるべく長く自力で移動できるよう支援を行っている。</p> <p>安心して生活できるように移乗介助マニュアルの見直しをして事故防止に努めている</p> <p>移乗に関しては移乗介助マニュアルを作成し活用している。1人介助でベットから車いすに移乗する場合は、利用者に移乗介助をする事を伝え、車いすに移乗した後は介助が終了した事を話し、車いすのブレーキ・フットレスの安全を確かめ利用者が安心できるような対応をしている。また、職員2人で介助する場合は、お互いに1,2,3と声掛けて呼吸を合わせるなど統一した介助を行っている。移乗が自立19%、全介助が57%などで6割弱が全介助であるが、利用者が安心して生活できるように移乗介助マニュアルの見直しをして事故防止に努めている。</p> <p>個別に調整できる車いすなどの機器整備を行い、快適に使用できる環境整備に努めている</p> <p>重度化していく利用者の状況に合わせて個別に調整できる車いす(ティルト式・リクライニング式)などの機器整備を行っている。また、利用者がどのような車いすを使用しているか種類別に一覧表にまとめ、利用者の移動手段である車いすの使用状況をわかり易くしている。車いすは、水・木曜日に空気圧・ブレーキなどの定期点検・整備実施し、不具合を施設で修繕ができない場合は、業者に依頼している。修繕中は代替品を用意し移動手段の確保に努めている。また、車いすの清掃も定期的にも実施し、利用者が快適に車いすが使用できる環境整備に努めている。</p>			

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で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>「個別機能訓練計画書」を作成し、安全・快適に生活することを目指して実施している</p> <p>利用者の残存機能を考慮し、「個別機能訓練計画書」を作成している。機能訓練は、機能訓練指導員のもと、利用者が自立生活を送るために「安全・快適・利用者のレベル」で生活することを主眼に実施している。内容は、脳血管障害の片麻痺に対しては、起立訓練・歩行訓練・関節可動域訓練・ホットパックを行っている。廃用性症候の予防として、筋力増量訓練・座位保持訓練など、また、疼痛、関節拘縮の管理には、マッサージ・ホットパックなどの温熱治療を行っている。利用者には週間の予定表を作成し、訓練予定をわかり易くしている。</p> <p>日頃行う作業が日常生活に役立つように各部署職員と連携を取りながら実施している</p> <p>身体機能の低下しベットでの生活が長い利用者にはベットサイドでマッサージ、関節可動域訓練、座位保持訓練などを利用者の状態に合わせた個別機能訓練をしている。リハビリ室での個別訓練の他に週1回、集団でのリハビリ体操、毎朝(日曜・祝日を除く)8時35分から廊下でラジオ体操、杖・歩行器による歩行訓練と車いす操作訓練の実施、レクリエーションによる訓練を各フロアで行っている。また、おしぼりやエプロンたたみも生活の中でのリハビリになり、日頃行う作業が日常生活に役立つように各部署職員と連携を取りながら実施している。</p> <p>福祉用具は適切な管理に努め、作業療法的なリハビリの実施に取り組んでいる</p> <p>福祉用具の使用については、「ベットマット一覧表」や「車いすクッション一覧表」などを作成し適切な管理に努めている。介護機器の利用については、その使用方法を十分に理解し安全な使用になるようにしている。また、利用者の障害形態別に介護機器を使用し利用者の自立を支援している。その他、機能訓練指導員と介護職員と協力のもとで、日常生活の中でのリハビリをしているが、作業療法的なリハビリが必要と考えている。例えば、ちぎり絵や趣味生きがい活動の充実として、難易度の異なるパズルを購入して希望者に提供する計画をしている。</p>			
8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている		○非該当
評価項目8の講評			
<p>利用者の健康管理に留意して、日頃から健康チェックを通して身体状況を把握している</p> <p>加齢と共に日々変化の多い利用者の健康管理に特に留意して、日頃から健康チェックを通して身体状況を把握し疾病に対する予防、早期発見、早期治療を行っている。利用者の健康診断・レントゲン健診を年1回実施し、定期診断は、外科・内科は毎週月・金、精神科は月2回、歯科は随時で、利用者の状態により近隣の医療機関の受診をしている。嘱託医が隣接のクリニックからほぼ毎日のように診察に来るので医療面では安心な体制になっている。毎日のバイタル、栄養、排泄、睡眠、皮膚状況、痰の絡み等をチェックし、日々の利用者の健康維持に努めている。</p> <p>適切な服薬管理や、「緊急時対応マニュアル」を作成し、体調変化時に対応している</p> <p>服薬管理は、看護職員と介護職員で二重にチェックし、服薬漏れを防ぐために空き箱のチェック表を作成し、記入して誤りがないように注意している。与薬をする時は利用者の名前を声を出して読みあげている。また、「緊急時対応マニュアル」を作成し、利用者の体調変化時に対応している。協力医療機関との連携体制が整えられ、嘱託医の指示のもと適切な医療対応、受診ができています。昨年度、入院退院状況は、年間7人と非常に少なく、全員が退院して施設生活を継続している。日々の健康管理や嘱託医の献身的な対応もあり入院者を減らしている。</p> <p>「看取り介護に関する指針」を定め、最後の時まで尊厳を保持した支援に努めている</p> <p>ターミナルケアの件数が増加し、最期の場所として当施設を希望する人が多い現状である。昨年度、退所28名のうち27名が施設で最期を迎えている。「看取り介護に関する指針」を定め、利用者・家族に対して生前意思(リビングウィル)の確認、医師から十分な説明が行われ、利用者・家族の同意(インフォームドコンセント)を得てから行っている。看取り介護の開始からカンファレンスの実施、振り返りまで体系的に行う仕組みがあり機能している。「看取り介護計画」を1週間毎に作成し、利用者の最後の時まで尊厳を保持した支援に努めている。</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**

**起床時の洗顔や整髪への援助や洋服選びは利用者の好みを充分尊重した支援に努めている**  
 整容については、自立11%、爪切り・耳掃除・歯磨き・髭剃りなど一部介助28%、全介助61%となっている。起床時、就寝前の更衣支援は全介助が6割以上あり、パジャマなどの着替えは一部の希望者のみになっている。起床時の洗顔や整髪は朝食前と午前の水分補強時まで終了するようにしている。目やにが取りづらい利用者については、洗面タオルだけでなく拭き綿を使用して丁寧に行っている。洋服選びは利用者の好みを充分尊重し、行事、外出などにふさわしい服装、おしゃれに気を配り、日常生活に潤いとメリハリを付けた支援に努めている。

**整容に関する委員会で、日々より快適な整容になるよう取り組んでいる**  
 評価基準検討委員会では、3大介護(食事・入浴・排泄)の加えて整容介護について業務の検討を行い、質の高いサービスの確立を目指している。また、整容に関する委員会で、利用者の衣類の不足を確認し、衣類を購入したり、利用者家族に連絡したりして、日々より快適な整容になるよう取り組んでいる。今年の6月の「お買い物サロン」では、洋服の他に東北物産展を同時開催し、いつもと違うイベントを楽しんでいる。「お買い物サロン」に家族の参加を呼び掛けている。また、施設で理美容を実施し、頭髪の身だしなみを整える支援に努めている。

**安定した睡眠が取れるように、居室内の温度・湿度の調整など睡眠の環境を整えている**  
 隣接には小学校、介護保険施設などがあるが、大きな通気から離れているので車の音もなく静かな環境である。安定した睡眠が取れるように環境を整えて支援している。居室内の温度・湿度の調整、安眠できるポジションニング、クッションにも配慮している。不眠の利用者については嘱託医に相談して対応している。夜間帯は話を聞いたり、温かい飲み物を飲んで貰ったり、また、足浴をして体を温めるなどの支援をしている。また、リネン交換は週1回、布団、マットの天日干し、ペット本体の清掃・消毒を定期的実施する計画をし、睡眠の環境を整えている。

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**

**健康と生活の安定のために日課を尊重し共同生活の秩序を保ち、自由に過ごしている**  
 「利用者がお互いに助け合い、健康で安心して楽しい生活を送ることができるように援助する」ことを接遇理念として掲げている。施設での生活は、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が送れるように利用者一人ひとりと「ところかよわせて、真心をこめて」介護を実践するとしている。施設の利用に当たっては、利用者は健康と生活の安定のために日課を尊重し共同生活の秩序を保ち、他の利用者にも迷惑や健康面に及ぼさない範囲で自由である。また、面会時間を8時から21時と幅広く設定して外来者がゆっくり過ごせるように対応している。

**施設生活の中で個人の趣味や特技を引き出し、生きがいを持てるように支援している**  
 趣味生きがい活動の充実・娯楽機会の提供に力を入れている。施設生活の中で個人の趣味や特技を引き出し、生きがいを持てるように支援している。利用者の要望が多い散歩等、外気に触れる機会を積極的に設けたり、回想法を活用したDVDの購入、活用をしたり、お買い物イベントの開催、音楽に関するレクリエーション等を定期的実施している。ケアプラン作成時に「興味・関心チェックシート」で利用者の意向を聞き取っている。シートでは、例えば、「友達とおしゃべり」「料理を作る」「生涯学習・歴史」等多方面から興味・関心を引き出している。

**余計な備品などを片づけることで環境整備を図り、落ち着いた雰囲気作りをしている**  
 「利用者への接し方」について、毎朝復唱して実践できるように努めている。利用者との対話は暖かく受容の姿勢で接する、人生の先輩としての常に尊敬の念を持って接することや認知症利用者の世界や言動を受け入れるなど7項目に亘って取り組んでいる。意思疎通が困難な利用者に対して、本人の言葉、表情、身振りなどからできる限り本人の意思や思いを確認し、推測しながら対応をしている。また、余計な備品などを片づけることで環境整備を図った対応をし、職員も環境の一部とされるので、目線とベースは相手に合わせて落ち着いた雰囲気作りをしている。



11	<b>評価項目11</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
	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		
<b>評価項目11の講評</b>				
<p><b>外出の機会の充実、社会資源を活用として、近場の散歩や遠出の外出を楽しんでいる</b></p> <p>今年度の重点取り組み事項の一つとして、利用者の娯楽、外出の機会の充実、社会資源の活用として、「地域の社会資源をまとめ、施設内で情報共有を図る」と事業計画で掲げている。天気の良い日には積極的に散歩に出かけている。桜の花見に出かけ、子供たちを見て涙ぐんだり、笑顔だったりしている。春江の森公園、近くの神社、9月には秋の風を感じながら、残暑も感じつつ外気に触れている。また、遠出の外出として、葛西臨海水族館でたくさんの魚の泳ぐ姿に驚く様子や、丹精を込めて育てた影向の菊を鑑賞する「コマが「瑞江だより」で紹介されている。</p> <p><b>ボランティアの活動や小学生・園児達の交流は、生活に変化と潤いをもたらしている</b></p> <p>年間を通して多くのボランティアが来所して活動をしている。洗濯物整理、リネン交換、クラブ活動、水曜喫茶などの行事の手伝いの協力をしている。クラブ活動の講師として音楽クラブ、瑞江ふれあい寄席、大正琴、セラピューティックケア、演芸などで毎日の生活に変化と潤いを与え、生きがいをもたらしている。7月の利用者暑気払いでは、利用者・職員・ボランティアと共に5階のペランダで食事と歌で楽しんでいる。また、隣接の小学校との交流、保育園とは運動会、クリスマス会などの招待行事を通しての交流、ハロウィンの行事で園児と楽しんでいる。</p> <p><b>施設内に熟年相談室(地域包括センター)があり、地域の情報は入手しやすい環境である</b></p> <p>法人は、「地域の皆様の様々のニーズにお応えし、質の高いサービスを目指しています」と掲げ、介護福祉・保健医療・保育の発展に力を入れている。施設内に地域包括センターがあり連絡が取れる体制にあるので、地域の情報は入手しやすい環境になっている。また、地域連携会議・地域支援会議に施設長が参加し地域の情報を収集している。区介護フェア・区民祭り、区主催の芸能文化祭に参加し芸能文化に触れることができるように援助している。また、7月に物故者法要、迎え火・送り火をして亡くなった方々を偲び、地域社会の行事を受け継いでいる。</p>				
12	<b>評価項目12</b> 施設と家族との交流・連携を図っている		<b>評点(〇〇〇)</b>	
	評価	標準項目		
	●あり ○なし	1. 利用者の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		
<b>評価項目12の講評</b>				
<p><b>利用者が精神的安定を図り安心して生活をするためには、家族の協力が不可欠としている</b></p> <p>利用者が精神的安定を図り安心して生活をするためには、家族の協力が不可欠であり相互に信頼関係を築き、共に援助するという意識づくりが重要と取り組んでいる。特に、面会時には積極的に懇談を持つようしながら交流を図っている。毎月の施設利用の請求書・領収書は手渡しにして日常の利用者の様子を伝えている。衣替えの季節には衣類の入れ替えを家族と一緒に行うと共に衣類の不足があれば家族に連絡している。その他に健康状態については、積極的に主治医より家族に説明する機会を設け、連絡を密にすることにより理解と協力を求めている。</p> <p><b>家族の参加が少ないので、家族と職員、利用者が交流できる機会の確保が課題としている</b></p> <p>笑顔いっぱい長寿の集いには、利用者・家族・地域の方々・ボランティア・区長などと利用者の長寿の祝いを実施している。式典の後に家族懇談会があり、利用者・家族・職員の交流の機会としている。家族懇談会を1月・9月に開催している。家族懇談会では、介護報酬の改定時期、大規模修繕工事前に説明などとして、その後、多くの家族と意見交換をしている。家族懇談会に不参加の家族には、面会時に家族懇談会の詳細を書面で手渡し、もしくは郵送で周知している。家族の参加が少ない傾向があり家族と職員、利用者が交流できる機会の確保が課題としている。</p> <p><b>施設運営の理解と協力を促進させると共に、施設に要望を伝えやすい環境作りをしている</b></p> <p>家族が施設運営に要望を伝える機会は面会時、ケースカンファレンス、家族懇談会などがある。また、居室担当者より家族に定期的に連絡をし、利用者の近況や行事の案内、現在取り組んでいる事項を伝え、施設運営の理解と協力を促進させると共に、施設に対する要望を聞いている。「業務振り返りシート」で家族面会時の対応について十分にできたか確認している。「挨拶は明るく元気になりましたか」「面会しやすい環境を整えたか」「面会の少ない家族に近況を報告したか」など業務内容を振り返り、家族が施設に要望を伝えやすい環境作りをしている。</p>				

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル①	人材確保のためにも、介護職員をはじめとした職員の処遇改善に力を入れている	
内容①	介護職員等、慢性的な人材不足に陥っている。施設では人材確保に向けた取組が急務であるとし、介護職をはじめとした職員の処遇改善に力を入れている。昨年は介護職員処遇改善加算Ⅱを取得し、職務段階に応じた職責及び職務内容、任用要件、給与水準等を明確にした職務別任用基準表を制定している。また、一律1万円のベースアップの実施、初任給基準の引き上げ等、介護職員のほか多職種も含め調整を行い、職員の処遇改善に取り組んでいる。今後も魅力ある職場づくりを目指し、加算を活用した介護職員処遇改善等への取組を継続していくこととしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-8	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル②	看取り介護の必要性が出た場合は最後の時まで利用者の尊厳を保持した支援に努めている	
内容②	看取り介護の件数が増加し最期の場所として施設内を希望する人が多い。「看取り介護に関する指針」を定め、昨年度、27名が施設で最期を迎えている。看取り介護の必要性が出た場合は利用者や家族の意向を十分に聞き取り、嘱託医とも十分に協議し、利用者の最後の時まで尊厳を保持した支援に努めている。看取り介護計画を立案し、各関係部署と連携し、安らかな終末期を迎えられるように援助している。看取り介護の充実を図るために看取り期援助項目表の見直し、訪問歯科医から食事介助支援の指導を受ける等「心かよわせて真心こめて」を実践している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-1	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
タイトル③	「業務改善・標準化に関する委員会」を立ち上げて、マニュアルを整備している	
内容③	施設では、一定水準の介護サービスが全職員で提供できるようにマニュアルを見直し、業務手順の作成を行い、個別ケアへつなげていくことを目的としている。そこで、「業務改善・標準化に関する委員会」を立ち上げて、随時、マニュアルの改定を行っている。介護業務マニュアル一覧は18項目、マニュアル等一覧は14項目を整備して、分かりやすく実用的なものにしている。排泄介助や入浴介助マニュアルが見直され、各フロア毎に常置し必要時にすぐに活用できるようになっている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	理念等、施設が目指すことを、毎朝職員で復唱するなどし、利用者本位の温かく、働きやすい職場環境ができている
	内容	理念等が定められており、人間愛に満ちた福祉を行うことを施設運営の基本理念とし、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ことを宣言している。これらは事業計画の冒頭に掲げ、パンフレット、ホームページの表紙等でも徹底させている。職員に対しては毎朝「利用者への接し方、職員同士の心得」を復唱させ、意識付けを行っている。施設内では、利用者への対応、職員同士のあいさつ、コミュニケーションなど、良好な雰囲気で行われており、職員、利用者からの評価も良く、利用者本位の温かく、働きやすい職場環境ができている。
2	タイトル	職員の研修に力を入れており、外部研修等にも積極的に参加させている
	内容	専門性の向上による質の高いサービスの提供を施設の重要課題とし、職員の各種研修の参加に力を入れている。内部研修については全職員の資質向上を図るため、2ヶ月に一度、職員の要望を聞きながら、食中毒に関する勉強会等、外部講師を招くなど、その都度必要なテーマで開催している。外部研修については、地元区や東京都、社会福祉協議会等主催の研修会を中心に、職員の希望を反映させながら積極的に参加させている。昨年度は30件の研修に延40人を超える職員を派遣し、職務に反映させている。施設内では研修の機会が多い等、職員の評価も高い。
3	タイトル	医療連携の良さと多職種協働で、「心をかよわせて真心こめて」、介護を実践していることが高い稼働率を上げる結果となって表れている
	内容	日頃から健康チェックを通して身体状況を把握し疾病に対する予防、早期発見、早期治療を行っている。嘱託医が隣接のクリニックからほぼ毎日のように診察に来るので、利用者は医療面では安心な体制になっている。平成30年度の入院者は年間7名と少なく退所28名の内、長期入院1名の他は施設で最期を迎えるなど医療連携が良好である。また、窓口業務の生活相談員の努力や現場の介護職員等の頑張りや連携で年間平均稼働率97.5%を示している。「心をかよわせて真心こめて」介護の実践することを基本姿勢としたサービス提供の結果の表れである。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	防災については、防災計画の作成等様々な取組が行われており、引き続きBCP(事業継続計画)の整備も期待したい
	内容	今年度の重点取り組み事項では安全衛生の徹底を掲げ、防災訓練の着実な実施とBCP(事業継続計画)の策定をあげている。施設では防災計画としてスプリンクラー消火器をはじめ屋内消火栓などの消防用設備等を完備している。大災害時に備えた食料も3日間分備蓄している。地域の3町会とは防災協定を結んでいる。また、防災委員会が組織され、毎月、防災訓練を実施している。一方、BCP(事業継続計画)については、本年度内の整備を目指し、専門家との相談等も行われているが、現時点で策定されていない。早期の整備を期待したい。
2	タイトル	幅広い事業を強味に子どもから熟年者まで集える交流の場で、それぞれの事業所のノウハウを地域・社会貢献活動に活かす取り組みが望まれる
	内容	法人は「地域の皆様の様々のニーズにお応えし、質の高いサービスを目指しています」と掲げ、地域の人々と共に介護福祉・保健医療・保育の発展に力を入れて行くとしている。高齢者施設・保育園・クリニックなど幅広く事業を展開している。当施設は、平成元年に地域の超高齢者社会に向け開設して地域のニーズに応じて地域貢献を重ねている。現在、法人としてのビジョン、中長期計画を作るための議論が必要と感じている。今後、子どもから熟年者まで集える交流の場で、それぞれの事業所ノウハウを地域・社会貢献活動として活かす取り組みが望まれる。
3	タイトル	「興味・関心チェックシート」を有効活用して、施設での生活が楽しく、生きがいを持ち充実した生活になるように、更なる工夫が望まれる
	内容	大規模修繕で利用者の居住環境(トイレ・照明・壁紙)のリニューアルで施設内はすっかり明るくなっている。介護ベットの買い替え、ナースコールが一新され、利用者調査で新調した「緑のカーテンが良いです」「トイレがきれいになった」等複数の人が意見を述べている。また、今年度の重点取り組みとして利用者の娯楽、外出機会の充実等をあげている。具体的には、利用者の要望を個別に聞き取るとしている。今後、「興味・関心チェックシート」を有効活用して、施設での生活が楽しく、生きがいを持ち充実した生活になるように、更なる工夫が望まれる。