

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成25年度)

2014 年 3 月 4 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 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	榎本 京子		福祉	H1002017
	③	大澤 陽子		福祉	H0702048
	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			
事業所連絡先	〒	132-0011			
	所在地	江戸川区瑞江1-3-12			
	Tel	03-3679-3759			
事業所代表者氏名		細木 稔			
契約日		2013 年 8 月 12 日			
利用者調査票配付日(実施日)		2013 年 12 月 25 日			
利用者調査結果報告日		2014 年 1 月 10 日			
自己評価の調査票配付日		2013 年 11 月 21 日			
自己評価結果報告日		2014 年 1 月 10 日			
訪問調査日		2014 年 1 月 15 日			
評価合議日		2014 年 2 月 2 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、評価者4名が、在籍者79人中聞き取り調査が可能な18人の利用者に対し1対1の聞き取り調査を行った。訪問調査は評価者4人で行い、施設長、主任生活相談員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等と面接し、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。

2014 年 2 月 26 日

事業者代表者氏名 施設長 細木 稔

印

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）
	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） 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援助する 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援助する 3) 利用者が自らの意思に基づいて出来る限り自立した質の高い生活を送れるよう援助する 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援助する
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）
	（1）職員に求めている人材像や役割 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を求めています。
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 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援助する気持ちを持って業務にあたることを期待します。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	施設長は、利用者・職員の意向等の把握に努め、理念の実現に取り組んでいる
	内容	施設長は、毎朝、居室を巡回し、利用者が安心して楽しく生活しているか心配りするなど、利用者一人ひとりと心を通わせている。また、隔月に開催する利用者懇談会には、相談員、栄養士などと必ず出席、意見を聞いている。年2回開催している家族懇談会にも出席、多くの家族との意見交換を行っている。職員に対しても、年1回の施設長面談により、個々の希望の把握に努めている。また、朝礼で「利用者への接し方」を復唱させたり、事務連絡会議などの各種会議の中で正しい言葉遣いの徹底に努めるなど、理念の実現に取り組んでいる。
2	タイトル	利用者の意向に応じた看取り介護を実施している
	内容	「看取り介護に関する指針」が作成され、看取りの理念、実施体制等が具体的に示されている。本人または家族の納得を前提とし、同意書の様式も定められている。看取り介護の必要が出た場合には、本人、家族の意向を尊重し、嘱託医とも十分協議し、実施している。嘱託医は、施設内を頻繁に巡回するなど、十分な連携が図られている。また、個室または静養室で対応し、家族、職員の協働体制のもと実施している。現在、看取り介護を行う利用者は増加する傾向にあるが、施設では理解を深めるため、そのあり方について、さらに検討している。
3	タイトル	休日にフロア独自のレクリエーション活動をしている
	内容	毎週日曜日に利用者の生活の変化と楽しみを持たせるために、各フロア独自にフロアレクリエーションを行っている。利用者の希望参加型のものである。カラオケ大会・風船割り大会・都道府県当てゲームなど利用者の楽しめるものを、各フロアで自主的に企画して行っている。各フロア利用者の意向が反映され、また、各フロア職員のやる気向上の意識も高まる活動である。この休日のお楽しみ会は、利用者と職員の交流が深まる場ともなっている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	中・長期計画の策定を期待したい
	内容	施設は、開設から20年以上が経過し、設備等についても老朽化が進んでいる。今年度も昨年度に引き続き、居室の床の張り替え等の施設整備を行っているが、中・長期にわたる施設整備等の必要性も見込まれる。また、地域内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などとも密接な連携を図り、今後とも、高齢者施設として、地域における中心的役割を發揮していく必要もある。さらに、施設では、介護職員の定着化を図るとともに、主任、副主任等のリーダー層の育成も課題となっている。中・長期の視点に立った計画の策定を期待したい。
2	タイトル	職員のやる気にも配慮した人事制度の検討を期待したい
	内容	職員の質の向上のため、年1回の施設長面談で、職員一人ひとりの希望等の把握に努めている。事業計画では研修について、職員個々の目標に合致した外部研修には、積極的に参加させるとしている。しかし、職員の意向等を、面接シートを活用などにより組織的に把握する機会がないため、計画的に研修派遣できていない面もみられる。一方、職員アンケートでも、頑張った職員が報われないなど、職員のやる気向上についての意見も多い。職員の意識を積極的に把握し、職員のやる気と働きがいの向上に配慮した人事制度の検討を期待したい。
3	タイトル	機能訓練は、介護職と連携し利用者の生活のQOL向上図ることが望まれる
	内容	機能訓練士は訓練を始める前に、ホットパックやマイクロウェーブを使用した対応をしている。個別機能訓練計画書を見ると疾患に対するリハビリが中心になっているようなので、高齢者施設での機能訓練の在り方を利用者の生活のQOL向上に視点を置くことが望まれる。生活リハビリに視点を置いて、介護職に食事・入浴・排泄・レクリエーション等の場で活かせるリハビリの指導を行い、生活の場で活かせる機能訓練を介護職と連携して取り組み、利用者の日常生活に質の向上を図ることが望まれる。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-1-2	職員の質の向上に取り組んでいる
タイトル①	職員の質の向上のため、内部研修の充実に取り組んでいる	
内容①	今年度の重点取り組み事項の中にも、職員の資質向上を掲げ、研修等の実施をとりあげている。特に、2か月に1回実施する内部研修会は職員一人ひとりの要望や気づき等についても活かすようにするなど力を入れている。研修会は常勤職員のほか、非常職員も含めた全職員を対象とし、時間外勤務扱いとするなど、その徹底に努めている。今年度も先進施設の職員を講師に招くなどして、インフルエンザ・ノロウイルスなどの感染症に関する研修、オムツに関する研修、介護事故に関する研修、虐待に関する研修等を実施し、報告書も作成、共有化を図っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	2-2-3	地域の関係機関との連携を図っている
タイトル②	近隣の小中学校など、地域社会との交流を積極的に進めている。	
内容②	近隣の小学校とは、パーティ給食、祭りなどの招待行事としての交流のほか、配膳、清掃、窓ふき等、授業の一環としての受け入れも行っている。区内小中学校の児童、生徒を対象に、夏季ボランティア学習の受け入れもある。廊下への児童の体験談の掲示など、施設への理解にもつながっている。ボランティアについても、地区社協とも連携を図り、清掃などの日常生活の労務奉仕、音楽、行事の手伝いなど、積極的に受け入れ、地域に開かれた施設づくりに努めている。納涼盆踊り大会では、利用者、家族、町会、多くのボランティアなどとの交流が図られている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-2	食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている
タイトル③	「寿司」や「うな重」など利用者が自由に選択できる外注食は利用者に大好評である	
内容③	利用者懇談会や献立検討会議、昼食時の栄養士によるラウンド等で、利用者の意向や嚥下や咀嚼状態を把握し、献立に反映させている。素材を生かした季節感のある行事に合わせた食事や毎月の誕生者会食会に赤飯を取り入れている。また、利用者の希望を伺い毎月、昼食に外注食を取り入れている。利用者は、寿司・天ぷら定食・うな重・ラーメン・そば・うどん等を自由に選ぶことができる。利用者負担は一切ない。寿司やうな重が好評で利用者の笑顔があふれている。一人ひとりに合わせた利用者に喜ばれる食事の提供と栄養のとれる工夫に努めている。	

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

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 9/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(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(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している 〇 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、職員の理解が深まるような取り組みを行っている 〇 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 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 〇 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) 〇 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、自らの役割と責任を職員に伝えている 〇 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している 〇 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. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている 〇 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 〇 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えて 〇 非該当

	カテゴリー1の講評
	「利用者への接し方」を、朝礼で復唱するなど、基本理念の徹底に努めている 事業計画では、はじめの部分に、基本理念、処遇理念、介護の基本姿勢を掲げている。処遇理念では「おもいやりと優しさをもって」、介護の基本姿勢では「心かよわせて真心こめて」をポイントにし、事業報告、事業計画の表紙の副題にするなど、職員等が常に意識するようにしている。また、朝礼では、全職員で、介護の基本姿勢を示した「利用者への接し方」を復唱し、意識の徹底を図っている。利用者本人や家族等に対しては、利用者懇談会や家族懇談会での意見交換などを通して、理念、基本方針等の理解が深まるようにしている。 施設長は、毎朝、居室を巡回するなど、理念の実現に率先、垂範している 施設長は、毎朝、居室を巡回し、利用者が安心して、楽しく生活しているか心配りするなど、利用者一人ひとりと心をかよわせている。また、隔月に開催する利用者懇談会には、相談員、栄養士などと必ず出席、利用者の意見を聞いている。年2回開催している家族懇談会にも出席、多くの家族との意見交換を行うほか、行事、面会等で利用者家族が来所した際にも、意見を聞くようにするなど、利用者本位のサービス実現に努めている。朝礼や事務連絡会議の中などでも、正しい言葉遣いの徹底など、介護の基本姿勢等、理念の実現に向け、率先、垂範している。 重要案件の検討、意思決定に事務連絡会議を活用している 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、フロア会議等がある。職員会議は全職員を対象に、月1回開催することとしているが、交代勤務など、職場の事情から、計画通りの開催は難しくなっている。そのため、事務連絡会議を頻繁に開催することにより、重要事項の検討、意思決定に活用している。会議は、施設長、事務長、各主任、副主任が出席する。各フロア会議など各部門からの意見のほか、職員や利用者の意見等を相談員が整理し、ホームとして検討を行い意思決定している。周知徹底は、職員会議やフロア会議などでも行っている。

2			カテゴリー2	
経営における社会的責任				
サブカテゴリー1(2-1)				
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 4/4	
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・倫理などを周知している 評点(〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし		1. 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)などを明示している		○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)などの理解が深まるように取り組んでいる		○非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし		1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし		2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		○非該当
サブカテゴリー2(2-2)				
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 7/7	
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし		1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)		○非該当
●あり ○なし		2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている		○非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし		1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している		○非該当
●あり ○なし		2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)		○非該当
●あり ○なし		3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている		○非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし		1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している		○非該当
●あり ○なし		2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている		○非該当

	カテゴリー2の講評
	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、倫理規程等を定めている 倫理規程では、人権の尊重の事項があり、施設は人権を尊重し、国籍、民族、性別、年齢、人種、宗教、信条、社会的障害、障害の有無を理由とする差別やハラスメントを一切行わないことを明示している。事業計画では、今年度の重点取り組み事項を掲げているが、そのはじめに「接遇サービスの質の向上」をあげ、利用者には尊厳をもって対応し、対話には原則として、「です」、「ます」調で、声かけ等行うこととしている。そして、各種会議等も活用し、施設長を先頭に、その徹底に取り組んでいる。内部研修として、高齢者虐待に関する勉強会も行っている。 事業計画書を窓口に着くなど施設情報を提供し、透明性の確保に努めている 広報誌「瑞江だより」を年2回発行し、利用者、家族等に配布している。施設内でのイベントの様子のほか、法人の決算及び予算の概要が掲載され、詳細については、施設玄関脇の窓口備え付けの箱の中にある旨、記載されている。そして、窓口には、詳細な収支決算書、収支予算書等が記載された事業報告書、事業計画書が置かれ、自由に確認できるようになっている。また、ボランティアについては地区社協とも連携を図り、積極的に受入れている。年1回、ボランティア懇談会を開催し、意見交換を行うなど、施設の透明性の確保に努めている。 地域の一員として、事業所の機能を還元し、学校等地域社会との交流を図っている 地域包括支援センターで実施する講習会には、ホームの栄養士を講師として派遣したりしている。区内の熟年者福祉施設連絡会と区とで協賛する介護フェアには、施設としてもブースを設け、相談員等が参加者からの介護の相談などに対応している。専門学校等からの実習生の受け入れにも可能な限り協力している。地域の小中学校、保育園等とは、授業の一環としての交流も行い、廊下への児童の体験談の掲示など、施設への理解、つながりになっている。納涼盆踊り大会は、区長を迎え、利用者、家族、地域町会、ボランティアなどと盛大に開催している。

3			カテゴリー3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
サブカテゴリー1(3-1)				
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 8/8	
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)			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. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
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を把握することに取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している			○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる			○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している			○非該当
カテゴリー3の講評				
苦情解決制度があり、利用できることを利用者に伝えている 法人には、「利用者からの苦情解決の取り組みに関する実施要綱」があり、苦情解決責任者(各事業所は施設長)、苦情受付担当者、第三者委員等の実施体制などが定められている。利用者には、契約書の中の苦情相談対応の項目で、入居者からの苦情、相談に対する窓口があり、相談等できることなどを説明し、重要事項説明書でも相談担当、苦情処理第三者委員の氏名、連絡先等を説明している。施設内には、「苦情申出窓口」として、苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員を掲示している。各フロアには苦情申出書の様式とともに「意見箱」がある。 利用者懇談会の開催などにより、利用者一人ひとりの意向の把握に努めている 利用者懇談会を隔月に開催し、相談員、栄養士のほか、施設長も必ず出席、自由に意見を出せるよう促している。主に、食事の話が多く出されているが、利用者の声を反映させ、喜ばれる食事の提供に努めている。施設長の毎朝の居室の巡回も、利用者意向の把握に役立っている。家族とは、年2回、家族懇談会を開催、多くの家族との意見交換を行っている。行事や面会等で来所した際にも、意見を聞いたりしている。福祉サービス第三者評価では、昨年は利用者に対する聞き取り調査を受審し、職員への結果の周知はしているが、改善計画等の周知徹底も望みたい。 地域福祉ニーズの収集に取り組んでいる 併設されている地域包括支援センターとは、密接な連携を図り、情報共有に努めている。区内の熟年者福祉施設連絡会にも出席、地域の福祉ニーズの収集に取り組んでいる。福祉事業全体の動向についても、広域社協等が行う説明会や福祉関係の雑誌等を通じて、把握するようにしている。より重要と思われる資料については、別個に保管したり、各部署に回覧したりしている。しかし、施設としては、福祉施設として、地域の中で、中心的役割を果たしていくためには、地域の福祉ニーズのさらなる分析を行い、明確化する必要があることを課題としている。				

4			カテゴリー4	
計画の策定と着実な実行				
サブカテゴリー1(4-1)				
実践的な課題・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	
			10/11	
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している 評点(○○●)				
評価	標準項目			
○あり ●なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している			○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している			○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる			○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(○○○○)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている			○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている			○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している			○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している			○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(○○○○)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している			○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなど の取り組みを行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している			○非該当
●あり ○なし	4. 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

サブカテゴリ-2(4-2)		
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	☐ 非該当
カテゴリー4の講評 年度単位の事業計画を策定している 新年度の事業計画の策定にあたっては、1月には、各部署、フロア会議等に提案、意見を求めるなど、現場の意向を反映するようにしている。それらを取りまとめ、施設長、事務長、各主任、副主任が出席する事務連絡会議で検討、意思決定し、理事会で承認を得ている。計画には、基本理念、年度の重点取り組み事項のほか、各会議、委員会、行事などの具体的な開催予定日等が、明示されている。一方、中、長期計画については、策定されていない。施設としても課題としているが、人材の確保、育成等の課題解決のためにも、中、長期計画の策定を期待したい。 計画の着実な実施に取り組んでいる 事業計画では、各会議、委員会、行事など、具体的な開催予定日等を明示している。別に、担当一覧を作成し、委員会、行事等の担当者を明示するとともに、責任者も明らかにしている。そして、各担当は、事業計画に沿い、日程等の詳細を各部署と連携をとって、計画を作成することになっている。行事終了後は、行事報告書を作成することになっている。施設運営の基本である入所稼働率については、達成度合いを毎月報告・確認している。毎月2回開催する事務連絡会議では、各部門、各フロアからの意見を出し合い、事業の進捗状況を確認している。 緊急時の対応マニュアルを作成するなど、利用者の安全の確保に取り組んでいる スタッフルームには、緊急時対応マニュアルのほか、医師・看護職員等の連絡先を掲載した非常災害等緊急連絡網、夜勤者・宿日直者の緊急災害時マニュアル等の掲示がある。介護事故に関しては、介護事故防止委員会を中心に分析を行うなど、再発防止等に努めている。感染症についてもインフルエンザ研修会など予防に力を入れている。防災については、10月には消防署、地域町会の協力を得た総合訓練を行っている。近隣3町会とは防災協定を結び、夜間の緊急災害体制を確立している。大災害時に備えて、食料を3日間分備蓄することも行っている。		

5			カテゴリー5	
職員と組織の能力向上				
サブカテゴリー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 7/8	
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている			評点(○○○)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している			○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている			○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる			○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる			評点(○○○○●)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している			○非該当
○あり ●なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、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. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している			○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている			○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している			○非該当
サブカテゴリー2(5-2)				
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 7/7	
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる			評点(○○○)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している			○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、互いに学ぶことに取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる			○非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○ 非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○ 非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ5の講評

人材の確保、配置に取り組んでいる

職員の配置については、運営規程の中で、国の基準に基づき、施設長等所定の職員を配置することとしている。施設では、ハローワークや本年開設したホームページでも求人情報を出して、常時、必要な人材の確保に取り組んでいる。その結果、昨年度は、常勤、非常勤あわせて、採用が38人で、退職31人をかなり上回り、介護職員については不足状態の改善が図られている。看護職員については、なお課題としている。また、経験年数等も配慮した配置に取り組んでいるが、経験豊富な人材の確保、リーダー層の育成も課題としている。

内部研修の充実など、職員の質の向上に努めている

年1回の施設長面談があり、職員個々の希望の把握に努めている。2か月に1回実施する内部研修会は職員一人ひとりの要望や気づき等についても活かすようにしている。研修会は全職員を対象とし、時間外勤務扱いとするなど、徹底に努めている。今年度もインフルエンザなどの感染症に関する研修、介護事故に関する研修、虐待に関する研修等を実施し、報告書もしっかり作成している。一方、外部研修については、都や広域社協の研修に積極的に参加させることとしている。面接シートの活用等により、職員意向の把握の機会を確保することを期待したい。

福利厚生制度等の充実を図るなど、職員のやる気と働きがいの向上に努めている

職員の健康と安全を確保し、快適な職場環境の形成を促進することを目的とし、「衛生委員会」を設置している。施設長ほか関係職員が出席して、毎月1回開催している。また、ソウエルクラブや複数の退職金制度に加入するなど、福利厚生制度の充実に取り組んでいる。職員親睦会もあり、結婚祝金、出産祝金、餞別金等の支給が定められている。懇親会等も実施している。一方、職員アンケートの中には、頑張った職員が報われないなどの意見もある。職員の意識等も積極的に把握し、職員のやる気向上のための人事制度の検討を期待したい。

7			カテゴリー7	
情報の保護・共有				
サブカテゴリー1(7-1)				
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している			○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している			○非該当
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している			○非該当
評価項目2 個人情報とは、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している			○非該当
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している			○非該当
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している			○非該当
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている			○非該当
カテゴリー7の講評				
パソコンシステムを活用するなどして、情報の保護、共有に取り組んでいる 介護記録等は、パソコンシステムの活用により、関係職員は利用者情報をどこからでも確認できるようにしている。情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している。本年はパソコン機器の入れ替えを行い、ソフトのリニューアルも行っている。文書関係もファイル化するなど、必要な人が必要な時に活用できるよう整理されている。本年から、連絡事項は、別にファイルし、確認した職員には必ずサインさせるなど、情報の共有徹底に努めている。利用者名簿等も、退所者、年齢、連絡先等、月ごとに更新し、対応等に間違いを起こさないようしている。 個人情報の利用目的の明示等、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえた対応を行っている 「個人情報保護規程」を策定、個人情報の範囲などのほか、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、個人情報保護の利用目的、個人情報保護に対する基本方針、個人情報開示規程等を策定している。利用者に対しては、契約書でプライバシーの保護について説明している。また、「個人情報保護の利用目的」により、施設での利用者への介護サービスの提供等に必要の利用目的を、具体例をあげて説明している。そして、利用者からは、個人情報保護の利用目的についての説明を受けたとの同意をとっている。 職員が個人情報の保護について、理解し、行動するよう努めている 職員に対しては、個人情報保護規程のほか、運営規程や倫理規程の中でも、守秘義務等を明示、個人情報保護の趣旨を理解させることに努めている。また、個人情報保護に関する基本方針と個人情報保護の利用目的は廊下に掲示し、利用者への周知のほか、職員への日常的な意識付けにもつなげている。そして、利用者への面会に対する対応では、面会簿から、面会ごとの面会カードに変えるなどの見直しを行っている。一方、ボランティアについては積極的な活用に努めているが、個人情報保護については口頭で説明するだけである。さらなる取り組みを期待したい。				

8 カテゴリー8	
カテゴリー1～7に関する活動成果	
サブカテゴリー1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」 ☒ 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない	
改善の成果 施設、設備等の整備に取り組んでいる 施設は、開設から20年以上を経過し、設備等の老朽化が進んでいる。中、長期にわたり施設、設備等の整備が必要な状況となっている。本年も昨年度に引き続き、居室の床の張り替えを行っており、来年度初めには終了する予定である。利用者の殆んどが、車椅子の常時利用者である。本年度も車椅子については、新規に10台購入している。また、今年度は、就業規則については定年延長等の改正を行うとともに、給与規程については諸手当の改正を行うなどし、看護職員等、職員の確保にもつなげている。	
サブカテゴリー2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」 ☒ 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない	
改善の成果 職員の確保、質の向上に取り組んでいる 今年度も職員の確保を、重点取り組み事項としている。ハローワークとの連絡を密接に行うなど、職員の確保に積極的に取り組んだ。昨年8月時点で、常勤の介護職員は19人であったのが、今年1月の時点では、23人となるなど、介護職員の充足が図られた。また、今年度も内部研修の充実に取り組んでいる。2か月に1回のペースで、職員の意向も聞きながら開催しており、脱水、オムツ(排泄)、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症、虐待などに関する研修会を行っている。	
サブカテゴリー3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」 ☒ 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない	
改善の成果 施設情報の提供、情報の共有等、サービスの質の向上に努めている 今年度は、施設のホームページを開設した。施設概要や居室、浴室、食堂等の写真を掲載するなど、施設サービス情報の提供に取り組んでいる。サービスの質の向上では、夜間緊急時対応マニュアル、嘔吐物対応手順、吸引手順を作成している、ノロウイルスマニュアルの改正や、排泄委員会ではオムツはずしに向けた取り組みにも力を入れている。事故については皮下出血がある場合など、状況報告書に人体図を入れ、部位を良く分かるようにするなどの改善を行っている。情報の保護共有では、パソコン機器を8台新規に入れ替えたほか、ソフトをリニューアルするなど、情報システムの整備を図っている。また、連絡事項については、単独の共有ファイルを設け、確認した職員には、必ずサインさせるなど、情報の周知徹底に取り組んでいる。	

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- ☒ 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

稼働率の向上等に取り組んでいる

財政状態の改善等のため、空床ベットの活用、退所者が退所後の速やかな入所など、入所稼働率の向上に取り組んでいる。平成23年度は97.1%、24年度は97.9%、今年度も12月現在98.2%と向上している。また、オムツの購入については、処理費を含め、内容の見直しを行ったり、研修の講師料については内部職員や業者の活用など行ったりして、細かな経費の削減にも努めている。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- ☒ 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- ☐ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者意向の把握、活用に取り組んでいる

昨年度は、福祉サービス第三者評価機関による利用者に対する聞き取り調査を行っている。この結果については、職員全体に周知した。一方、入居者に満足してもらえるサービスが展開できるよう、重点取り組み事項として、接遇サービスの質の向上を掲げ、禁句・言い換え集も活用、施設長を先頭に命令言葉は使わないことの徹底を図っている。また、利用者懇談会では、主に食事の話が多く出されている。この利用者の声を反映させ、毎月第4金曜日に行っている利用者の好みのものを外注する「選択外注食」では、かつ丼、ラーメン、そばなどに加え、新たに寿司を追加するなど、外注食の幅を広げている。

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している	○ 非該当
	◎ あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
	◎ あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の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			
事業所の情報は複数の媒体で提供されている 法人は、特別養護老人ホームを始め、通所介護、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等複数の高齢者福祉事業を展開し連携を図っている。瑞江特別養護老人ホームに関する情報は、パンフレットや広報誌の「瑞江だより」、また、ホームページで紹介されている。ホームの廊下に「ホーム施設概要説明掲示」場所があり、施設概要、標準サービス一覧、特別サービス一覧、職員構成が掲示されている。玄関には、パンフレット、広報誌、事業計画や事業報告書、倫理規程書などが置かれ、利用希望者や家族が手にすることができる。			
分かりやすい情報の表記や内容に努めている パンフレットは、ホームの外観と内部、平面図、法人の高齢者福祉事業所の案内、交通のご案内、問い合わせ先を載せている。広報誌「瑞江だより」は、広報委員により、年2回発行している。カラー写真で、行事の活動場面、新規職員の紹介、法人の決算及び予算を紹介しているが、利用者の様子を入れるなどの工夫を期待する。ホームページは、昨年6月に開設し、事務局が担当している。施設概要、申し込み方法、利用料金、年間行事等、利用者の必要とする情報が提供されている。また、ショートステイの空き情報は、毎日更新しサービスに努めている。			
行政や関係機関等に情報を提供している 江戸川区には、毎月、入退所状況と事故状況の内容や分析結果を報告している。また、インフルエンザなどの感染拡大が疑われる時や大きな事故が起きた時は、直ぐに報告することになっている。江戸川区熟年者福祉施設連絡会、施設長会などでは、事業所の利用者などの近況状況の情報を提供している。都には、半年に1度、入退所状況等を送付している。問い合わせ等には、個別の状況に合わせて、随時、丁寧に相談員が対応している。問い合わせ内容では、費用や申込み方法が多い。今後の事業に生かせるよう見学対応記録表の作成を期待したい。			
	サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている			
評点(〇〇〇)			
	評価	標準項目	
	◎ あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○ 非該当
	◎ あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
	◎ あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○ 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○ 非該当
サブカテゴリー2の講評			
サービス開始時には、基本的ルールや重要事項を詳しく説明している サービス開始にあたり、入所前面談を利用者、家族、施設長、相談員で行い、利用者や家族の意向を把握している。契約書、重要事項説明書を用いて基本ルールやサービス提供内容などについて説明している。重要事項説明書には、サービス内容、利用料金、加算の取り扱い、施設利用のお約束、緊急時の対応等が項目ごとに詳しく記載されており、時間をかけて丁寧に説明をして、理解を得た上で同意を得ている。			
サービス開始時は、個別事情や要望を把握し不安やストレス緩和の支援をしている 入所前面談では、本人や家族から、利用者の生活歴での意向、趣味、嗜好、身体状況、病歴、服薬状況等を詳細に情報収集をして把握し、入所前面談表と日常生活動作状況表に記録し、可能な限り在宅生活に近い生活ができるように全職員で共有して支援をしている。入所後1週間は、バイタルチェック、排泄チェック、食事と水分チェック、睡眠チェック等を密に行い観察を強化している。業務日誌には、心身の特記事項を記載して全職員で共有して対応できる体制になっており、ホームに早く馴染める支援をしている。			
サービス終了時の不安軽減に努めている 入院時は、施設での生活状況が分かるように、看護・介護サマリー等の情報を提供して、十分な引き継ぎを行っている。また、入院中に施設長と相談員がお見舞いに行き、顔を見せることにより利用者には施設に戻る希望を与えている。主治医や医療相談室の相談員から、利用者の情報を得て、家族への情報提供や家族への継続相談の配慮をすることにより、本人や家族の不安の軽減に努めている。職員との信頼関係の中、看取りの指針により、穏やかな最後を迎えられるように適切な看取りを行っていることにより、本人と家族の不安軽減に繋がっている。			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○ 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直している		○ 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情報を過不足なく記載するしくみがある	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当
サブカテゴリー3の講評		
利用者のニーズや課題に合わせて個別のサービス計画を立てる仕組みがある 介護支援専門員が日常生活動作状況表などを基に施設サービス計画書を作成し、長期・短期目標を掲げて援助内容を具体的に評価している。毎日の施設長の巡回や日々の支援での会話、家族面会、年2回(9月と1月)に行われる家族懇談会、1か月毎の利用者懇談会、食事時間の栄養士や施設長、相談員の巡回、苦情受付票で、利用者一人ひとりのニーズや家族の意向を把握して記録し施設サービス計画書に反映させている。ケース会議は、週1度行っている。		
利用者に関する情報を具体的に記録し状況変化に対応する体制がある 利用者の状況の変化や支援内容は、包括的自立支援プログラムのケアチェック表(食事水分摂取に関するケア・排泄に関するケア・入浴、清拭に関するケア・洗面、口腔清潔、整容、更衣に関するケア・基本動作介助、リハビリテーション等に関するケア・医療、健康に関するケア・心理、社会面に関するケア)で把握され、情報の共有をして支援に活用している。サービス計画の見直しは、モニタリング表を用い、3か月毎のモニタリングをし6か月毎、また、身体状況に著しい変化のあった時、毎月月末に施設サービス計画書を作成している。		
利用者の情報の共有により安定したサービスを行っている 各フロアでは、毎週ケースカンファレンスを行い、利用者の情報を職員に周知し共有して支援を行っている。施設サービス計画書、ケース記録、業務日誌、申し送り表などが活用されている。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って、交代勤務での引き継ぎの漏れのないようにして、利用者により安定したサービスを行っている。		
サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している			評点(〇〇〇〇)
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. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に予防・再発防止を徹底している		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、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
◎ あり ○ なし	4. 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
サブカテゴリー5の講評			
プライバシーや羞恥心に配慮した支援をしている 入所契約書や重要事項説明書で秘密保持の取り扱いを定め、利用者には契約時に説明し、個人情報第三者に提供することについての同意書を得ている。日常の支援にあたっては、居室への出入りの際は必ず声かけをしている。利用者一人ひとりに施設ができる引出を設けている。個室文書は、利用者の了解を得た上で施設長室で預かり家族の面会時に渡したり、急ぎと思われるものは家族に転送している。浴室の入り口ドア前にカーテン、待機時はバスタオルを掛ける、機械浴には衝立で遮閉する等羞恥心に配慮した支援を行っている。 利用者の意思を尊重して、不適切な対応の排除に努めている 身体拘束防止委員会を月1度開催している。24年度は、身体拘束0人である。事業所玄関には、「身体拘束のない介護」のポスターが貼られ、職員の意識づけになっている。理念の「優しさと思いやりの心を持って利用者本意のサービスを行い生きる喜びを持てるように支援する」を伝える工夫として、各フロアのホームに掲示し、朝礼の後、復唱して意識の強化を図り利用者の意思を尊重した支援に努めている。内部研修で、虐待一覧、虐待の捉え方、虐待の芽チェックリスト、虐待予防・発見チェックシート等を用いて意識づけを行い排除に努めている。 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 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣を入所前の面談で、利用者と家族から情報収集している。施設サービス計画書に基づき、できるだけ家庭と同じような生活が出来るように配慮した支援を行っている。居室内への掲示は可能でカレンダーなどを自由に掲示している。酒やたばこの制限はしていないが、現在は対象者はいない。食堂や廊下のコーナーや壁面には、観葉植物、ぬいぐるみ、本棚、絵画等を飾り、家庭的な暖かさが感じられる空間を醸し出している。			
サブカテゴリー6			
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	11/11
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(〇〇〇)
評価	標準項目		
◎ あり ○ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている		○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる		○ 非該当

評価項目3 さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している			評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている		☐ 非該当
サブカテゴリー6の講評			
マニュアルにより、業務の標準化を図っている 疥癬、感染症、緊急対応等のマニュアルが作成され、各フロアに常置し、必要な時、直ぐに活用出来るようになっている。吸引・嘔吐・ノロウイルス・インフルエンザ等のマニュアルは新人でも活用できるように、見直しをしてフローシート化を行っている。また、包括的自立支援プログラムのチェック表を用いて、職員の支援が的確に行われよう確認できるようにしている。 業務水準を見直す取り組みをしサービス向上に努めている 利用者・施設長・相談員・栄養士で偶数月に行っている利用者懇談会や日々の会話、各フロアの職員からの提案や意見をケースカンファレンスや事務連絡会で検討し評価や指導を行っている。具体的には、夜勤時に嘱託医への連絡方法において、各フロアに外線に繋がる電話の配置がなく、個人の携帯から連絡をした事をきっかけに、緊急対応マニュアルを検討し見直しをしてフローシート化にし手順を明確にできた。今後さらに、外線に繋がる電話や携帯電話の設置の検討を求めたい。 内部研修により、サービスの水準の向上を図っている 新規採用職員研修後、一人立ちするまで2人体制で対応している。1か月間は日勤、その後2か月間は早番・遅番、夜勤は3か月間を主任と担当で指導する。毎月の職員講師による施設内部研修は、年間計画を立て、テーマ別研修をしている。今年度は、排泄介助、食事介助、インフルエンザ・ノロウイルスの感染症等の研修をしている。研修に参加できない人には、回覧をして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し対策を検討して、全職員に周知している。			

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 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	
職員は個々のケアプランの目標に沿って支援をしている ケアカンファレンスは介護支援専門員が中心となり、関係職員の参加を得て開催している。ケアプランの目標に沿った支援の在り方については職員間で情報の共有を図り、毎日の支援にあたっている。週一回開催しているフロア会議では、個別のモニタリングを基に利用者の状況の確認を行い、利用者のよりよい生活の継続性を考えた支援について意見交換し支援にあたっている。職員は、さらにサービス計画と記録を具体的に支援にあたりたいと考えている。 利用者本位を念頭に継続した支援を行っている 暫定プラン後の生活の様子は各職員が把握し、ケアプランが利用者の意向や状態に合ったものであるかをフロア会議で確認して、生活の継続性を踏まえた支援をしている。利用者の趣味や得意なこと、日常の過ごし方などについて、利用者や家族から入所前面接で聞き取り、利用者の意向に沿って過ごせるように支援している。歌を歌うのが好きな利用者は、民謡など趣味のクラブに参加して充実感を味わったり、静かに過ごすのが好きな利用者は、居室やフロアで外の風景を眺めたりしながら過ごしている。 介護支援専門員が中心となって多職種の意見をまとめ連携して支援している 介護支援専門員は、ケアプランの手順に基づき、アセスメント表の作成手順やカンファレンスの運営方法などを職員に説明している。特に新人職員のオリエンテーションでは、ケアプランの意義やモニタリング・アセスメントを行なう上での留意点などについて時間をかけて説明し、ケアプランに基づいて支援していく事の徹底を図っている。ケアカンファレンスでは、介護支援専門員が介護・看護・栄養・リハビリなどから出された意見の調整とまとめを行ない、多職種が連携して利用者の支援を行なっている。	
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																	
利用者の嚥下状態や麻痺の状態を考慮した支援をしている 利用者の健康状態や嚥下機能を把握して、利用者に合った食事形態で提供している。食事介助は、利用者の咀嚼状態や嚥下状態に応じて、個々に合った一口量や速さで介助し、むせ込みや誤嚥防止を図っている。片麻痺等で自力で食べ物を口に運べない利用者には、スプーンや皿などの自助具を提供している。落ち着いた雰囲気の中で食事が出来るよう、外の樹木が見える窓側に多くのテーブルを配置している。 低栄養状態を改善する支援を多職種で行ない、褥瘡予防等を図っている 利用者の食事に関して、管理栄養士、介護職、看護職、生活相談員等がケアカンファレンスで意見交換して、低栄養改善策を検討している。食事摂取量が低下した利用者には、摂取しやすい食べ物や飲料の栄養補助剤を提供している。低栄養状態、殊に低たん白をきたすと褥瘡発症の大きな要因となることから、食事摂取状況や全身の浮腫の有無と増強の有無等は大切な観察ポイントにしている。 摂食嚥下指導を受け誤嚥防止を図っている 2ヵ月に1回、区の口腔保険センターの「訪問摂食・嚥下指導」を受けている。摂食・嚥下障害のある利用者対象に、一回に7～8名の利用者の昼食摂取の様子を診てもらっている。医師から適正なリクライニングの角度やスプーン一口大量の指導などを受けている。職員は指導された誤嚥や嚥下障害のある利用者への食事介助方法について、職員間で共有して支援にあたっている。指導をもとに利用者支援することむせや誤嚥が減少している。職員はさらに口腔ケアに関する知識・技術の向上を図りたいと考えている。																	
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) <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 70%;">標準項目</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている</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	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																	
月一回、好きな昼食を外から取り寄せることができる 利用者の食事は、食事小委員会と献立検討会議等で意見交換し、調理職員と連携をとり提供している。管理栄養士は、昼食時にラウンドして食事摂取具合を観察したり、利用者から食事に関する意見を直接聞いたりして食事メニューに活かしている。職員調査では、「利用者の状態や意思を反映して行っている」項目が68.4%と高い自己評価をしている。ホーム内の選択食はないが、月一回、昼食を外注できる。昼食代金はホーム負担で、何でも好きなものを選んで良いことになっており、利用者は寿司や天ぷら、うな重などを楽しみにしている。 職員の知恵と工夫で長テーブル席の改善を期待する 食事席は4人掛けのテーブルの他に、食堂が狭いこともあり、壁面に長テーブルを置いた席で食事をする利用者もいる。テーブルには利用者の席を表す名前が貼られている。食事は職員や他の利用者と顔を合わせ、会話を楽しみながら食べることで一層味わいが深まると考えられるので、ハード面で苦勞もあると思われるが、職員の知恵と工夫で食事席の在り様の一考が期待される。																	

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		
利用者の状態に応じた入浴形態を提供している 入浴形態は、利用者の以降や身体状況により、個浴、一般浴、リフト浴、機械浴、シャワーの対応をしている。一般浴の利用者の当日の体調等によりリフト浴に変更するなど臨機応変に対応している。入浴時間帯は、利用者の希望で午前・午後の入浴を選ぶことが出来る。一般浴対応の職員は、浴室に2名、脱衣室に3名の計5名で対応し、利用者の安全を図ったり、皮膚状態等の観察を行ったりしている。浴室には滑り止マットを敷き、転倒防止を図っている。 入浴時の羞恥心対応と認知症利用者の誘導に工夫をしている 入浴時は利用者のプライバシーや羞恥心対応として、ドアやカーテンでパーテーションしたり、すりガラスの使用などを行っている。浴室では必ずカーテンを使用するよう職員指導を徹底している。入浴前後にはタオルで身体を覆い、利用者の羞恥心への配慮をしたり風邪を引いたりしないようにしている。認知症の利用者の中には、入浴拒否することがあるので、誘導は利用者と相性の良い職員が声かけしたり、時間や日にちを変更して対応するようにしている。 銭湯協会からの入浴剤の寄付などで入浴を楽しめる機会が多くある 季節感のある5月の菖蒲湯、12月のゆず湯の入浴を実施している。また、区内の銭湯協会からグレープフルーツ湯やよもぎ湯など入浴剤の寄付があり、普段は味わえない入浴の楽しみがある。6月～9月にかけての夏場は、湯上りに冷たい飲み物を提供している。入浴後の乾燥肌を防止するために湯上りローションを使用し、保湿を図るなどきめ細かい支援をしている。		
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(〇〇〇〇)		
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															
個別の排泄リズムを把握し自然排泄に向けた取組をしている ホームでは、自然排泄に向けた取組を目標に、オムツに頼らない排泄に取り組み、できるだけトイレやポータブルトイレでの排泄を促している。排泄パターンを把握してオムツの使用状況を見直しを行い、オムツを極力使用しないことに取組んでいる。尿で汚れたオムツが皮膚にあたり、皮膚かぶれや尿路感染、褥瘡の要因になることを防止し、快適さを保てることを目指している。自然排便を促す為に毎朝、ヨーグルトとオリゴ糖を提供している。なお、自然排泄には身体を動かしたり腹部のマッサージ等が効果的であるので、介護の力を期待する。 排泄の誘導は利用者の尊厳を大切に羞恥心に配慮した支援をしている ホームでは、日頃から排泄に伴う羞恥心に配慮することや、利用者の尊厳を守ることの大切さについて職員教育している。職員は、排泄誘導時や介助時の留意点を身につけて支援にあたっている。周囲の人に聞かれたら嫌だと思うことは大きな声を出さないようにして、「行きましょか」などと耳元で伝えている。支援を受ける利用者が、もし家族であったらとか職員自身であったらと置き換えて考え、利用者の尊厳を保つことができるよう配慮した支援をしている。 排泄介助方法の向上に取り組んでいる ホームでは、外部講師のオムツアドバイザーから適切な排泄介助方法を学ぶ機会がある。基本的な介助方法を初めとして、排泄介助に関すること全般を学ぶことが出来る。受講した職員からは、「分かりやすく、現場での実践に活かしやすい」とか「全職員に聞いてもらいたい」などの感想が出ている。職員は学んだことを利用者の介助に活かすようにしており、オムツの使用量が減るなどの効果が出ている。職員はさらに排泄介助技術を向上したいと、モチベーションを上げている。															
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(〇〇〇) <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>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</td> <td>○ 非該当</td> </tr> <tr> <td>● あり ○ なし</td> <td>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</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	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															
利用者の残存能力に配慮した支援をしている 移動介助が必要な利用者は、全介助と一部介助を合わせて46名と多くの利用者が支援を要している。スタッフ間でその都度話し合いをして対応している。移乗・移動介助時は、なるべく利用者自身の残存機能に配慮して支援している。食事時にスプーンで口に食事を運んだり、ズボンの上げ下げ等が少しでも利用者ができることは、職員は見守りを大切に支援し、「できましたね」などの励ましの声をかけている。なお、ケアチェック表の移乗・移動欄に支援の記載がないので個別に記載するとよい。 仔細に述べられている移乗介護マニュアルを使って新任研修を行っている ホームには「移乗介助マニュアル」があり、新任研修で指導に使用している。マニュアルには、移乗することの声掛けから、移乗介助が終了するまでの14項目にわたり詳細な説明をしている。利用者は前傾姿勢をとること、介護者は前傾姿勢を絶対とらないなどと注意点を述べている。職員はマニュアルを有効に活用して、利用者が安全に移乗や移動ができるよう支援している。 車椅子等が快適に使用できるよう環境整備している 日常使用している車イスの空気圧確認は定期的に行っている。不具合が生じた場合は速やかに対応している。各利用者が使用している車イスを一覧にしており、利用者毎の車椅子がいつ不具合が生じたか、またその頻度も分かるようにしている。客観的にどの車椅子を買い替える必要があるかの更新時の資料にもなる一覧である。なお、車椅子は空気圧の他にも安全性や快適性を担保するシステムがあるとさらによい。															

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			
利用者や家族の要望を把握し、具体的な個別機能訓練計画を作成するとよい ホームの機能訓練は、個人個人の残存能力を考慮したプログラムを基に実施している。計画書には、診断名と基本動作の可否などを○で囲んでいる。目標は現状維持、機能向上、緩和処置の3項目、本人・家族の要望は「拘縮」、「マッサージ」などの記載で、利用者の生活する上での目標が明確になっていない。高齢者施設での機能訓練計画作成は、日常生活を送る上での利用者や家族の要望を把握して具体的な計画・実施・アセスメント・評価のサイクルで展開できるようにするとよい。 生活リハビリに重点をおいたプログラムに沿った機能訓練が期待される ホームでの機能訓練は脳血管障害者への規律訓練等や廃用症候群予防の筋力増強等、関節拘縮の管理としてマッサージ等を中心に実施している。屈伸運動や週一回リハビリ体操も行っているが、生活リハビリという概念がやや希薄に感じられる。利用者の「食べる」、「排泄」、「入浴」その他、趣味活動など生活全般が生活リハビリであるので、機能訓練指導員が中心となって介護職等と連携をとり、生活の場で活かすことができる視点を入れたプログラムを期待したい。 生活リハの充実で利用者のQOL向上を図るとさらによい 座位、立位、歩行などを中心に基本動作訓練を行っている。生活の場で利用者は、おしぼりタオルや洗面タオル巻きをやっている。タオルをたたんだり巻いたりすることは指や上肢の運動につながる生活リハビリといえる。日常生活の中でレクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しく残存機能を引き出す工夫があるとさらによい。毎日の生活リハビリをやることで、食事・排泄・入浴時等に利用者が「こんなことができた」と感じられるように、生活のQOL向上支援を期待したい。			
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		
看護職と介護職が連携して健康管理にあたっている 状態が変わった利用者の情報は朝の申し送りで伝達されるので、利用者対応についても職員は情報共有し利用者支援にあたることができている。看護職員は、朝の申し送りで変化があった利用者の様子を観察し、どういことがおきているのか、「様子を見る」とか「受診したほうがよい」とかを介護職員に伝えている。昨年度は利用者・職員のインフルエンザと疥癬の施設内感染があったことから、より一層の感染防止に努めている。なお、使用した吸引カテーテルは一週間毎に交換しているが、感染予防上見直しが求められる。 徹底した服薬管理で誤薬を極力防止している ホームでは誤薬防止の一つと薬袋袋にカラーマークを付けている。朝は赤、昼は黄色、夕は青、就寝時は白と区別している。ダブルチェックは、配薬毎に看護職と介護職で入念に毎回行い、今年度12月までの誤薬は1件に抑えることができている。介護と看護の良好な連携の現れである。また、看取り指針に沿って昨年度は12名の看取りを行い、穏やかな終末期を迎える支援をしている。看取りに関する研修は、看取り介護の理念と理解、家族への援助方法など6項目にわたって実施している。 夜間帯での利用者の体調変化に介護職が対応できる環境がある 嘱託医師との良好な関係を構築しており、365日24時間、いつでも利用者の健康状態に関する電話に応じてもらえる。嘱託医師から、37.5度C位の発熱時には、解熱剤等は早めに服用するようにとの指示で処方された常備薬があり、利用者が高熱で苦しむことを避けることができる。ことに、看護職員が不在の夜間帯は、利用者の健康状態に関しての嘱託医師による快い対応があり、介護職員は安心して勤務していることができる。体調変化時には介護職も関係機関等に連絡できる「緊急対応マニュアル」を整備している。		
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(○○●)		
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		
起床後、就寝前の更衣支援の取り組みに期待する 利用者の身だしなみ支援としては、起床後の利用者の状況に合わせてホットタオルでの洗面助助や髭剃り・整髪・口腔ケアなどを行っている。特に、目やにや食後の口元の拭き取りを丁寧に行っている。起床後や就寝前の更衣支援は、今年度の課題になっているがまだ着手できていない。一斉に取り組むと考えると、業務との兼ね合いもあり「時間がない」などの意見もあるかもしれないが、今月は数人の利用者からは始めるなど実行計画を立てて進めていくのも一考である。利用者の快適性を支援する大切なことなので、取り組みを期待したい。 夜間に不眠等を訴える利用者に職員はじっくり向き合っている 不眠を訴える利用者には精神科医師に相談し眠剤等の服薬、夜間帯に不眠を訴える利用者には、話相手になったり白湯などを飲んでもらい、気持ちが落ち着いたら「そろそろ休みましょうか」と居室に案内している。夜間帯落ち着かなくなる利用者には、利用者を包み込むようなゆったりとした雰囲気の中で話を聞くことで、落ち着きを取り戻すカウンセリング効果がでている。		

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)														
	<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</td> <td> ☐ 非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒ あり ☐ なし </td> <td>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</td> <td> ☐ 非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒ あり ☐ なし </td> <td>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</td> <td> ☐ 非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒ あり ☐ なし </td> <td>4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている</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
	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																		
利用者のやりたいことを尊重した支援をしている 他の利用者や職員に迷惑を及ぼす恐れのある宗教活動や政治活動、営利活動は禁じられているが、定のめられた場所や時間帯での喫煙や飲酒は可能である。日中の利用者の過ごし方も個人の意思を尊重している。集団でのレクリエーションの時間等でも、静かに居室で過ごしたい利用者、親しい人とお話をしたりして過ごしたい利用者などの意思を尊重した対応をしている。寝たきりの利用者にはラジオを流し、聴覚を通しての脳の活性化を図っている。																		
利用者が楽しめる意思を反映したレクリエーションがある ホームの年間行事は4月のお花見から始まって、利用者は季節感あふれる行事を味わうことができる。日本の伝統行事であるお盆には、迎え火や送り火と住職による法話を聞く機会があり、先祖の供養をして心の安定と生きる喜びをかみしめる機会になっている。クラブ活動は音楽クラブ、歌会、民謡レク、ウクレレ、大正琴があり、利用者は楽しみにしている。今回の利用者の聞き取り調査でも、カラオケ、民謡、週一回のコーヒーが楽しみと答えている。暑気払いで屋上で楽しそうに食事を楽しんでいる様子が「瑞江だより」でも紹介されている。																		
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)														
	<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															

	評価項目11の講評														
	定期的な散歩や外食等の外出の機会があるとい ホームでは身寄りのない利用者の買い物支援を定期的に行っているが、定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会がない。ホーム内での様々な楽しみもあるが、外ではホーム内では味わえない季節感を楽しむことができる。利用者の馴染みの所や行ってみたいところ、見てみたいものなど、利用者の意向を把握して、散歩や食事を兼ねた個別外出などがあるとよい。外気を浴びて季節折々の花や変化する景色を見ることで、豊かな気分になることができたり体を動かす機会にもなる。誕生月の個別外出なども一考である。 地域住民と交流できる機会が多くある ホームでは利用者と地域住民との交流を大切にしている。ホームの納涼盆踊り大会には、利用者、家族・職員の他に地域の小学生や区の職員などと一緒に盛大に行っている。文化の日の区文化祭に参加、敬老の日「笑顔いっぱい長寿の集」にも家族の他に地域住民の参加があり、多くの人に祝ってもらえることができる。また、文化の日には、区主催の「芸能文化祭」に希望する利用者が参加している。また、クリスマスには、ボランティアが都内の臨海水族館に案内するなど、ホームでは多くのボランティアが活躍している。 利用者のニーズに合った地域情報を提供している 区の広報や催事情報、ボランティア情報誌の様々なイベント案内の中から、利用者のニーズに合った情報を伝えるようにしている。区主催の芸能文化祭への参加もその一つである。区の広報情報にあったクリスマスコンサートにも参加し利用者の心の糧になっている。また、ホームには地域の人々や多くのボランティアの活躍と協力がある。暮れには、たくさんのもち米を新年会用に寄付してくれる地域のボランティアがいる。新年のお祝いに花を添える役割を果たしている。														
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) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th><th style="width: 65%;">標準項目</th><th style="width: 20%;"></th></tr> <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> </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													
	評価項目12の講評														
	担当職員からの定期的なお便り等があるとさらにより ホームの広報「瑞江だより」は年2回発行し、行事等で楽しく過ごしている利用者の様子や新任職員の紹介を大きな写真入りで伝えている。写真の他に職員の利用者サービスの取り組みの紹介などもあるとさらに充実した情報になると考えられる。また、担当職員からの個別の利用者情報が、定期的にあると家族の理解を深められるものとなるので、一考を期待する。日常的には、利用者の健康状態に変化があった時は、速やかに家族等に連絡をしている。職員は、なかなか面会に来られない家族への利用者の様子を伝える方法を模索している。 職員研修に家族やボランティアの参加がある 利用者懇談会や家族懇談会の他に、さまざまなイベントに家族の参加があり、家族と利用者・職員が交流する機会がある。内部で行なっている「救急法」研修には、職員の他に家族やボランティアにも参加してもらっている。参加者からは、知識・技術を学ぶ機会となり参考になったという感想が寄せられている。また、職員が日常的に様々な研修等を行ない質の高いケアを目指して職務にあたっていることの理解を家族等から得られる機会となっている。 家族懇談会は年2回開催し意見交換している 家族懇談会は、1月と9月に開催している。ホームの運営や利用者の状況、利用者の近況と利用者サービスに関すること、職員の動向、および行事案内等をしてなどをして、家族の理解と協力を求めている。家族との意見交換もなされ、出された要望等は運営に活かすようにしている。														

調査対象

調査時の在籍者人79人中、聞き取り可能な18人を対象に実施し全員から回答を得た。回答者は男5人、女13人である。年齢は80未満8人、90歳未満5人、90歳以上5人である。要介護度は1・2が5人、3が4人、4が7人、5が2人である。

調査方法

4人の調査員がマンツーマンによる聞き取り調査を行った。事前に調査にあたっての留意点について説明を受け、利用者のプライバシーに配慮しながら一人約30分かけて実施した。

利用者総数

79

共通評価項目による調査対象者数

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
	18	18
	18	18
0.0	22.8	22.8

利用者調査全体のコメント

総合的満足度では、「大変満足」3人(16.7%)、「満足」10人(55.6%)で、合わせて13人(72.3%)が満足と答えている。「どちらともいえない」5人(27.8%)、「不満」、「大変不満」、「無回答」はいなかった。総合的な感想では、「今一番幸せです」、「今のところホームの生活に満足しています」、「いろいろありがとうございます」と言いたい。職員と話す機会があればもっと良いと思います」などの声が寄せられている。個別評価項目で「はい」の割合の高かった項目は「職員の対応は丁寧か」83.3%、「個別の計画についての説明はわかりやすかったか」75.0%、「病気やケガ等緊急時の対応は、安心できるか」72.2%であった。一方、「第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか」では「いいえ」が88.9%になっている。

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)とそれに対する事業者のかかわり

調査時に観察することができた場面から評価者が感じたこと

《調査時に観察した場面》

《調査時に観察した場面から評価者が感じたこと》

事業者コメント

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	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	12	4	2	0
「はい」66. 7%、「どちらともいえない」22. 2%、「いいえ」11. 1%であった。自由意見では「おいしいです」、「月に1回は自分の好きなものが食べられます。うな重とか寿司です」、「いろいろな種類の食べ物を出してくれます」、「もう少し分量が多いとよいです。調査もありますが少しも変わりません。改善につながっていないです」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	12	3	2	1
「はい」66. 7%、「どちらともいえない」16. 7%、「いいえ」11. 1%、「無回答」5. 6%であった。自由意見では「ナースコールを押すとすぐに来てくれます」、「コール対応ですぐに来てくれます。パルンカテーターが入っているのによく介助してもらいます」、「職員に頼みやすいです」、「言えません。呼んだことがないです」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	8	3	5	2
「はい」44. 4%、「どちらともいえない」16. 7%、「いいえ」27. 8%、「無回答」11. 1%であった。自由意見では「カラオケ、民謡、水曜日のコーヒーを楽しみにしています」、「音楽クラブ、歌会、民謡が好きです。週に1回おしほりのお手伝いをしています」、「クラブには参加していません。楽しみはテレビを見ることです」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	9	5	4	0
「はい」50. 0%、「どちらともいえない」27. 8%、「いいえ」22. 2%であった。自由意見では「話は聞いてくれるのでうれしいです」、「体のことは聞いてくれませんが、よくやってくれます」、「一部の職員で、聞いてくれない人がいます」などの声が寄せられている。				
5. 病気やケガ等緊急時の対応は、安心できるか	13	5	0	0
「はい」72. 2%、「どちらともいえない」27. 8%であった。「いいえ」、「無回答」はいない。自由意見では「看護師さんもいるので心配していません」、「〇〇のとき、病院に連れて行ってくれました」、「病院には連れて行ってくれるとは思いますが・・・」などの声が寄せられている。				

6. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか	10	4	2	2
「はい」55. 6%、「どちらともいえない」22. 2%、「いいえ」11. 1%、「無回答」11. 1%であった。自由意見では「自分には秘密がないです」、「カーテンを引いて処理してくれます」、「細かいことはしてられません」などの声が寄せられている。				
7. 利用者の気持ちは尊重されているか	12	6	0	0
「はい」66. 7%、「どちらともいえない」33. 3%であった。「いいえ」、「無回答」はいない。自由意見では「みんな同じようなことをしてくれます」、「聞けばすぐにやってくれます」、「人によって大事にしてくれる人とそうでない人がいます」などの声が寄せられている。				
8. 職員の対応は丁寧か	15	2	1	0
「はい」83. 3%、「どちらともいえない」11. 1%、「いいえ」5. 6%であった。自由意見では「乱暴な言葉は聞いたことがないです。優しいです」、「さん付で呼ばれます」、「挨拶しない人がいます」、「我慢しています」などの声が寄せられている。				
9. 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	2	7	3
「はい」33. 3%、「どちらともいえない」11. 1%、「いいえ」38. 9%、「無回答」16. 7%であった。自由意見では「子どもがしっかり話して聞いてもらっています」、「健康に暮らしているので、問題はないです」、「一切聞いてもらえません」などの声が寄せられている。				
10. 【個別の計画について説明を受けた方に】 個別の計画に関しての説明はわかりやすかったか	3	1	0	0
「はい」75. 0%、「どちらともいえない」25. 0%であった。「いいえ」、「無回答」はいない。自由意見はなかった。				
11. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】 サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか				
説明を受けた該当者がいないため非開示。				
12. 不満や要望を事業者（施設）に言いやすいか	10	4	3	1
「はい」55. 6%、「どちらともいえない」22. 2%、「いいえ」16. 7%、「無回答」5. 6%であった。自由意見では「特に要望や不満はないので・・・」、「言いにくいです。忙しそうにしているので声をかけられません」、「職員と話す機会がほとんどないです。」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	5	1	1
「はい」61.1%、「どちらともいえない」27.8%、「いいえ」5.6%、「無回答」5.6%であった。自由意見では「言えばやってくれます」、「遠慮なく話しています」、「特に不満や要望はありません」、「聞いてもらえません」などの声が寄せられている。				
14. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか	0	0	16	2
「いいえ」88.9%、「無回答」11.1%であった。「はい」、「どちらともいえない」はいなかった。自由意見では「困るようなことはないです」との声が寄せられている。				