

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成28年度)

年 月 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	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	
事業所連絡先	〒	132-0011		
	所在地	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	細木 稔			
契約日	2016年 6月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2016年 8月 3日			
利用者調査結果報告日	2016年 9月 16日			
自己評価の調査票配付日	2016年 7月 20日			
自己評価結果報告日	2016年 9月 16日			
訪問調査日	2016年 9月 26日			
評価合議日	2016年 11月 3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20人の利用者に対し1対1の聞き取り調査を行い、19人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。 クリア

年 月 日

事業者代表者氏名

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><理念> 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出来る限り自立した質の高い生活を送れるよう支援する 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 <介護の基本姿勢> 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基本姿勢としてサービス提供を考えている</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 ・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) ・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あたることを期待する</p>

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	心かよわせて真心こめてを介護の基本姿勢とし、アットホームの雰囲気がある施設である
	内容	「利用者一人ひとりと心をかよわせて真心こめて」を基本姿勢とし、利用者の楽しい生活の場となるよう努めている。施設長は「利用者が退所する際『瑞江ホームにいて良かった』と言ってもらえる施設にしたい」の徹底を職員に呼びかけている。食事では、毎月、選択外注食(にぎり寿司、うな重など)を行っている。また、近隣の小中学校等との交流を行う一方、趣味、生きがいの活動ではすべての利用者が参加し、楽しく元気に過ごしてもらっている。広報誌「瑞江だより」での利用者の表情も豊かで、職員からもアットホームの職場との声が聞かれる。
2	タイトル	地域住民が訪問しやすい環境作りや利用者・家族の自己負担が少なくなるように工夫している
	内容	今年度、駐車場が整備され地域貢献に繋がる効果をもたらしている。特養の家族の他に、地域住民にとっても併設の地域包括センターを訪問しやすい環境となった。一方、費用負担にも配慮している。制度改正による自己負担増や在宅サービスの充実などから、区内待機者の減少傾向がある。施設は従来型特養であるが、個室、二人部屋を利用しても差額室料は徴収しない、日用品費・預り金管理サービスは低額で対応、毎月1回の外注の選択食は食費の範囲内で特別徴収なしの工夫をしている。利用者・家族の自己負担を押さえる取り組みをしている。
3	タイトル	医療連携がしっかりとれている中で、安心・安全な利用者支援を行っている
	内容	嘱託医との連携が密で、医師の指示のもと適切な医療対応が出来ている。病院受診時には看護師が同行している。また、看取り時の介護体制(緊急時特別勤務体制・緊急時家族連絡体制・自宅又は病院搬送時の施設外サービス体制)がある。職員は医療連携がしっかりとれている中で、安心・安全な利用者支援を行っている。区の保健福祉センターによる摂食・嚥下リハビリテーション、口腔ケアの指導を受けている。口腔ケアサポーター講習会にも参加している。各フロアの介護室等には、フローチャート化した「緊急連絡先一覧」を掲示し緊急時に備えている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	施設整備等に対する中長期計画の整備を期待したい
	内容	平成元年の開業から25年以上が経過し設備等について老朽化がみられる。このため、居室の床の張り替え等の施設整備、介護ベッドについては3年前から計画的に買い替えを進めているが、今後も計画的な施設整備が必要と考えられる。一方、利用者の重度化対応に向けて、職員の確保及び専門職としての資質の向上が課題となっている。施設では、今後、事業の維持・向上を図っていくためには施設整備、次に職員の人員確保・専門性の向上が必要としている。この課題に着実に取り組み、施設の理念・方針を達成していくためにも中長期計画の整備を期待したい。
2	タイトル	施設に来ることのできない家族への更なる情報の機会提供などの工夫を期待したい
	内容	年2回発行する「瑞江だより」では、各イベントの一コマとして利用者の施設での笑顔いっぱいの様子や新規職員の紹介などが半期毎にカラー写真で沢山紹介されている。日常的に面会に来る家族や9月の「笑顔いっぱい長寿の集い」、1月の「新年会」に参加する家族は、施設で「瑞江だより」を手にとって見ることができる。施設では、利用者・家族と職員が交流できる機会の確保を改善する必要があると考えている。施設に来ることのできない家族には、今後、郵便などで情報を提供したり、ケースカンファレンスに参加を呼び掛けるなどの工夫を期待したい。
3	タイトル	ボランティアなど外部者に対する個人情報保護のさらなる徹底を期待したい
	内容	施設では、地域交流とともにボランティアを受け入れて、利用者の日々の生活の潤いと活性化に繋げている。平成27年度の小中学校、高校からのボランティアや体験学習などの受け入れは269人である。一方、ボランティアによる水曜喫茶や音楽クラブ、民謡などがあり、利用者とのふれあいを通し利用者にとって良い刺激となっている。ボランティアに対し施設では、個人情報の守秘義務等を口頭で伝えているが、ボランティア受入マニュアルは未整備である。今後、この整備を図るとともに、守秘義務について誓約書を取るなどの対応を望みたい。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	7-1-1	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
タイトル①	介護記録等はパソコンで管理し、個人情報の保護・共有に取り組んでいる	
内容①	支援ソフトを導入、介護記録等はすべてパソコンで管理し、保護・共有を図っている。申し送り等もパソコンに入力、職員に供覧できるようにし、職員のチェック(確認)がない場合は注意も出来る。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。ソフトのバージョンアップも行い、使いやすいよう更新もしている。また、パソコン(介護記録支援システム)入カマニュアルがあり、新しい職員も、すぐにパソコンを活用出来るようになってきている。今回の職員アンケートでも多くの職員から情報の共有化が図られているとの意見が出ている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-10	利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている
タイトル②	利用者に対する言葉遣いの改善に力を入れ、丁寧語で対応することを徹底している	
内容②	利用者一人ひとりに「心かよわせ真心こめて」をスローガンに掲げて、介護の基本姿勢として取り組んでいる。介護する中で、職員も環境の一部とする考え方があり、ユニフォームのカラーを黄色と緑色にリニューアルしたので、施設内は、明るくて目につきやすい職員の姿になっている。また、サービスマナーの向上に向けて長期的な計画を立て、今年度は、利用者に対する言葉遣いの改善に力を入れている。「利用者への接し方」「職員同士の心得」を見直し、毎朝に復唱し、利用者に対しては、敬意を表し、すべて丁寧語で対応することを徹底している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-2-2	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
タイトル③	「看取り介護終了報告書」を活用し、ターミナルケアの振り返りを行っている	
内容③	施設では、「看取り介護に関する指針」により、尊厳と安楽を保ち、安らかな死が迎えられるよう、医師を中心に多職種協働体制のもと誠意をもって介護等の支援に努めている。看取り介護は、終の棲家として、慣れ親しんだ瑞江ホームで良かったと安心して天寿を全うできるように心を込めて支援に努めている。職員の死生観の教育の他、昨年度から、「看取り介護終了報告書」を活用し、家族の評価、介護・看護・相談援助の評価と課題を明確にし、看取りの理念である「人間の尊厳と質の高いサービス」ができるよう全職員で取り組んでいる。	

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
	<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)を明示している
	<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、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	
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、自らの役割と責任を職員に伝えている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
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. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	
<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 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る	

カテゴリー1の講評

施設の基本理念等を明確化し、真心こめた介護の実践に結びつけている

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する基本理念、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する接遇理念等を定めている。また、これらの理念を実現するため、介護の基本姿勢として、利用者一人ひとりと心をかよわせて、真心こめて介護を実践することを挙げている。これらは事業計画の冒頭に掲げ、職員には各種会議で徹底を図り、朝のミーティングでもこの趣旨に沿った「利用者への接し方」を復唱させ、理解させている。家族等には家族懇談会、利用者懇談会等で理解が深まるようにしている。

施設長等経営層は、自らの役割と責任を明らかにし、率先して施設をリードしている

施設の運営規程には、施設長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、月2回の事務連絡会等を活用、それぞれの役割を発揮させている。問題が発生した場合は、施設長等が職員一人ひとりと話し合いを行い、自由に意見を出させ、解決につなげている。また、介護の基本姿勢として、「心かよわせて真心こめて」を掲げている。施設長も毎朝居室を巡回するほか、隔月の利用者懇談会、年2回の家族懇談会には相談員、栄養士等と出席するなど、利用者本位のサービス実現のため、率先して、施設をリードしている。

重要な案件について、事務連絡会を中心に意思決定し、その内容を関係者に周知している

施設運営を円滑に行うため、運営会議、職員会議、事務連絡会議等の各種会議のほか、リスクマネジメント委員会等の各種委員会も設置している。開催日、出席職員等明確になっており、円滑に開催されている。また、事業計画の作成等、重要な案件は、月2回開催し、施設長ほか全職種が参加する事務連絡会議を中心に検討、意思決定を行っている。決定内容等については、職員会議、フロア会議等を活用し、周知、徹底を図っている。利用者等に対しても、利用料金の決定等、重要な案件については、その内容を利用者伝え、同意書をとるなど徹底させている。

2			カテゴリー2	
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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<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)などの理解が深まるように取り組んでいる		<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々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		<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当	

カテゴリー2の講評

基本的人権の尊重を基本理念に掲げ、全職員に倫理等の理解が深まるようにしている

施設運営の基本理念として、基本的人権の尊重等をあげ、毎年の事業計画書の冒頭に掲げている。別に倫理規程を作成し、従業員の基本的態度、守秘義務、人権の尊重等を定めている。倫理規程は各部署に置き、全職員の理解が深まるよう取り組んでいる。今年度の事業計画の重点取り組み事項でも、第1に福祉施設におけるサービスマナーの充実をあげ、利用者に対しては、すべて丁寧語で対応していくこととし、第2に高齢者虐待防止に向けての理解と取り組みをあげ、「虐待の芽チェックシート」を活用するなど、職員への理解の徹底に努めている。

ホームページに第三者評価結果報告書を公表するなど、透明性の確保に努めている

平成25年のホームページの公開時から、第三者評価の報告書、各年度の決算報告書、現況報告書などを公開し、施設の透明性の確保に努めている。広報誌「瑞江だより」も年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ている。事業報告書、決算書のほか事業計画書、予算書の詳細については、施設玄関脇の窓口に置いてあり、ホームページでも公開していることの記載もある。窓口には、これらの資料に加え、施設パンフレット等も置かれており、自由に確認出来るようになっている。

地域社会との交流・連携を図り、ボランティアの受け入れ等にも取り組んでいる

施設の機能や福祉の専門性を活かし、地域との交流、連携を図っている。専門学校の実習生受け入れ、近隣の小学生の社会科見学、中学生のチャレンジ・ザ・ドリーム、高校生の奉仕体験実習など、積極的に受け入れ、交流を図っている。また、区の熟年者福祉施設連絡会等に参画、介護フェアへの参加など、ネットワーク化にも貢献している。ボランティアについては、ボランティアコーディネーターを配置し、各階食堂での喫茶、歌会、行事の手伝いなどの利用者処遇に活かしている。今後、ボランティア受入マニュアルの作成などの整備も期待したい。

カテゴリ-3		
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-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	
<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	<input type="radio"/> 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	
<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を把握することに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-3の講評		
利用者一人ひとりの意向(苦情等)を積極的に把握し、対応している 2か月に1回の利用者懇談会や年2回の家族懇談会を活用するなど、利用者一人ひとりの意向を把握し、対応している。別に、法人では「利用者からの苦情解決の取り組みに関する実施要綱」を設け、苦情解決責任者(施設長)、苦情受付担当者、第三者委員等の実施体制など定めている。利用者には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、第三者委員の掲示がある。各フロアには苦情申出書の様式とともに、「意見箱」が置かれている。		
利用者の意向を集約し、サービス向上に取り組んでいる 利用者懇談会には、相談員、栄養士のほか施設長も出席し、積極的に意見を聞いている。食事の話が多いが、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。「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況は施設内に掲示するほか、ホームページでも公表するなど、広く徹底を図っている。家族とは年2回の家族懇談会を開催し、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ている。年2回、家族アンケートも実施し、利用者等の意見の集約に努め、外出、余暇活動等の事業計画に反映させている。		
地域・事業環境に関する情報の収集に取り組んでいる 地域の福祉ニーズの収集については、併設の地域包括支援センターと密接な連携を図り、情報収集に努めている。区内の地域連携会議には施設長も出席している。福祉事業全体の動向については都や広域社協等の研修会などに参加するほか、福祉関係の雑誌等を通じて把握している。雑誌等で職員に参考になりそうな箇所はコピーし、各部署に配布している。制度改正がある場合など、必要に応じて勉強会も行っている。施設では、地域の中で、中心的な役割をしていくためには、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向の更なる整理・分析が必要であるとしている。		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ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	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の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. 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-4の講評

施設理念のほか重点取り組み事項等を掲げた年度単位の事業計画を策定している
 事業計画の策定にあたっては、1月には各部署、フロアから予算要望を提出させるなど、現場の意向を反映させている。それらを取りまとめ、施設長、事務長、各主任、各副主任が出席する事務連絡会議で検討、意思決定し、3月中には理事会の承認を得ている。計画書には基本理念、当該年度の重点取り組み事項、各事業計画のほか、各会議、委員会、行事などの担当者、実施時期等も明らかにされた実践的な計画書となっている。一方、中長期計画については未整備である。施設整備、職員の資質向上等の課題に対応するためにも計画の整備を期待したい

各部署との連携を図るなど、計画の着実な実行に取り組んでいる
 事業計画では、各会議、委員会、行事など、具体的な開催時期のほか、担当者一覧も作成し、明示している。各担当は、各部署と連絡を取りながら、実施計画を作成し、行事等実施している。行事終了後は行事報告書を作成している。施設運営の基本である入所稼働率については、施設長、事務長等で毎月確認している。行事等についても主任等で随時確認、必要に応じて会議も開催している。重点取り組み事項としてサービスマナーの向上があり、利用者に対してすべて丁寧語で対応するとしている。丁寧語振り返りシートを作成し、達成状況など話し合っている

緊急時の対応マニュアルを作成するなど、利用者の安全確保に取り組んでいる
 事故、感染症、防災などに対する緊急時のマニュアルを整備している。事故については介護事故防止委員会、感染症については感染症対策委員会を開催するなど、発生防止等に努めている。インフルエンザやノロウイルス等、嘱託医とも密接な連携を図り、流行期に入る前に勉強会を実施している。防災については、近隣3町会と防災協定を結び、夜間の緊急体制を確立している。防災訓練計画があり、毎月1回、各種の訓練を実施し、職員等の防災意識を高めている。大災害時に備えて、食糧を3日間分備蓄しているが、事業継続計画等更なる整備を期待したい

カテゴリー5		
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 8/8
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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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 6/7
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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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、互いに学ぶことに取り組んでいる	<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	<input type="radio"/> 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(○○○●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・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	<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、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	<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、やる気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. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー5の講評

基本理念を実現するための人材像を明示している

事業計画書、事業報告書の表紙にも、副題として、介護の基本姿勢としての「心かよわせて真心こめて」があり、施設では、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る。採用についてはハローワークや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。しかし、現在配置基準は満たしているが、看護職員、厨房職員は厳しい状況にある。利用者サービスに影響しないよう採用計画の見直しにも取り組んでいる。配置についても現状を踏まえたうえで、職員の男女バランス、経験等を配慮している。

業務振り返りシートを活用するなど、職員育成に取り組んでいる

業務振り返りシートでは、「利用者への接し方」等に関する個人目標に対し、初回、1か月後、2か月後、3か月後の4回にわたり、自己評価と副主任評価を行っている。施設長等の確認もあり、職員育成に努めている。内部研修では、高齢者虐待に関する研修の隔月での実施など、時間外勤務扱いとするなど配慮している。また、日頃から職員の能力向上に関する意向を把握し、都や広域社協等が開催する研修には本人の希望や施設の必要とする研修に派遣している。今後は、個別育成のより計画的実践に向け、業務振り返りシートの活用等、検討を期待したい。

福利厚生制度の充実を図るなど、職員の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、毎月1回開催している。また、福利厚生センターや複数の退職金制度に加入しているほか、職員親睦会による結婚祝金、出産祝金、餞別金等の福利厚生制度の充実にも取り組んでいる。事業計画でも職員と管理職のコミュニケーションを密にし勤労意欲を高めることをあげている。一方、今回の職員アンケートには、頑張っている職員が報われないなどの意見もある。職員のやる気向上に向け、更なる対応を期待したい。

カテゴリー8

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

駐車場の整備を行い、介護ベッドの買い替え等も計画的にすすめている
 施設整備を計画的に進めている。本年7月には隣接する場所に駐車場を確保、整備することができた。20台ほど駐車可能で利用者家族が利用している。併設の地域包括支援センター利用者も活用しており、地域にも貢献している。また、介護ベッドの買い替えも計画的(年間10～15台)に進めている。本年も予定どおり進めており、職員の負担軽減にもつながっている。通信カラオケも新しく整備して、利用者のレクリエーション等に役立っている。一方、施設の理念にも沿った「利用者への接し方」を毎朝復唱している。今年度の重点事項でもある「利用者には敬意を表し丁寧語のみ」を加えるなど、一部修正し、接遇の向上に役立っている。

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

介護職員の充足に取り組み、業務振り返りシートも活用、職員の能力向上に努めている
 昨年は職員の退職が相次ぎ、介護、看護職員については厳しい状況になっていた。採用計画を見直すなど人材確保に努めた結果、介護職員は定着してきており、充足が図られてきている。また、今年度の重点取り組み事項の一つとして、職員の資質向上を掲げ、職員個々の目標に合致した外部研修に積極的に参加させるなど、内部・外部研修の充実に力を入れている。研修結果は研修報告として報告させるほか、必要に応じ、発表の場を設けている。また、2年ほど前から、業務振り返りシートを活用し利用者への接し方など個人目標等をあげ、自己評価等を行っている。本年はリニューアルを行い、職員の能力向上に努めている。

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

パソコンによる情報の共有化を図り、利用者へのサービス提供にも力を入れている
 パソコンによる情報の共有については、共有ファイルにより、各種一覧を閲覧できるようになり、全職員がすぐに情報を共有できるようになった。また、随時、ソフトのバージョンアップも行い使いやすいうように更新している。パソコン入力のマニュアルも一部改正している。また、マイナンバー制度の理解を進めるため、特定個人情報に関する基本方針、取扱規定を作成、個人情報について特に配慮した取り組みを行っている。サービスの提供では、区の口腔保健センターの協力により、2か月に1回、摂食・嚥下に関する訪問指導を受けている。嚥下困難な利用者には口腔マッサージも実施している。月に1度実施している選択外注食は、メニューをカラーにして選びやすくし、多くの利用者に楽しんでもらうよう努めている。

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

利用者の柔軟な受入等による稼働率の向上に取り組んでいる

財政状態に関して最も問題となる稼働率について、達成度合い等施設長、事務長等で毎月チェックし、目標の達成に努めている。特に特養部門と一体的に運営しているショートステイ利用者の受け入れについてはホームページで、毎日の空き状況を情報提供し、利用者の積極的な受入による稼働率の向上に力を入れている。各種加算についてもサービス体制を整備、積極的に算定するようにし、利用者には契約書の説明の際、詳しく説明している。また、物品等の購入にあたっては契約方法等にも配慮し、経費の削減に努めている。オムツなど勉強会も実施し、正しい排泄介助の技術を学び、不要なオムツを減らすことによる経費、ゴミ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・家族アンケートの実施等により利用者意向の把握に力を入れている

今年度の重点取り組み事項の一つに利用者・家族アンケートの実施を掲げ、利用者意向の把握に力を入れている。利用者アンケートについては第三者評価の利用者調査を受審している。5月には昨年度の「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況をホームページに掲載し、施設掲示板にも掲示している。家族アンケートも年2回実施しており、本年も9月に実施している。家族会等で報告するほか、外出や余暇活動等の事業計画にも反映させている。また、ターミナルケアの振り返りも行っている。家族等の意見を聞き、今後の業務に活かすようにしている。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
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1の講評		
<p>事業所の情報は、複数の媒体で利用希望者等に提供している</p> <p>施設情報の媒体は、ホームページや広報誌「瑞江だより」、パンフレット等がある。ホームページには、第三者評価結果を載せ、客観的で透明性のあるものになっている。また、ショートステイの空き情報を毎日更新し、利用希望者が常に最新情報を得られるようにしている。広報誌「瑞江だより」は、年2回発行し、家族、見学者等に配布している他、施設の玄関にも常置している。また、行事毎の利用者の写真で日頃の様子を知ることができる。施設の窓口には、事業計画、事業報告書などが常置され利用希望者等が自由に閲覧できるようになっている。</p> <p>行政や関係機関に対しさらなる情報提供が望まれる</p> <p>東京都には、半年毎に、入退所状況等を送付している。また、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。インフルエンザ等の感染症拡大が疑われるときには直ちに保健所に連絡することになっており、緊急時連絡一覧により徹底されている。区熟年者福祉施設連絡会、施設長会、広域社協職員研修委員会等に参加時は、事業所の利用者などの近況状況の情報を提供している。今後は、広報誌の「瑞江だより」等を利用するなど、近隣機関などへの情報提供の工夫が望まれる。</p> <p>利用希望者等には個別に丁寧に対応している</p> <p>利用希望者等への対応は、相談員が対応しており、見学は毎月4～5件ある。見学希望者に対しては、曜日や時間などの要望をできるだけ考慮して、施設長や相談員が広報誌や入所申し込み書、料金表などを使用し、フロアや浴室、リハビリ室など、プライバシーに配慮した見学を行っている。見学时、利用者に対しては事前に館内放送で周知する他、個別にも説明し了承を得ている。利用希望者からの問い合わせの内容は、費用、申込方法、場所、アクセス、入所できる時期、待機者数などであり丁寧に対応している。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ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(000)
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

サービス開始時は、重要事項説明書等で詳しく説明し同意を得ている
 サービス開始にあたり、入所事前面談を2度行っている。1度目は相談員が訪問して面談し、2度目は施設に利用者と家族に来所してもらい、施設長、相談員が面談を行い、契約を締結している。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、利用者や家族の理解と同意を得た上で署名をもらっている。契約書には、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、相談・要望・苦情処理の窓口等が項目ごとに詳しく掲載されている。

利用者が安心して生活ができるように、面談で必要な情報を詳細に把握している
 入所日に再度、各専門職より、利用者と家族に意向や現状の聞き取りをしている。利用者の生活歴での意向、趣味、身体状況、病歴、服薬状況等を詳細に情報収集し、入所前面談表と日常生活動作状況表、ケアチェック表に記録し、可能な限り在宅生活に近い安心な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、排泄、睡眠などのチェックや業務日誌の心身の特記事項欄に記載するなど密に観察している。また、居室には「ようこそ瑞江ホームへ」のメッセージを掲示し、優しく受け入れられていることを感じられる工夫がある。

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継ぎをしている。入院中には、施設長や相談員が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れる希望をもってもらっている。主治医や医療相談員からの情報を家族に伝える等、家族には継続して相談できる配慮をし、家族の不安軽減に努めている。一方、看取り指針をもとに、職員との信頼関係を築く中、利用者や家族の同意を得ながら多職種連携で適切な看取りを行い、利用者や家族の不安軽減につなげている。

サブカテゴリ-3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
----------	-----------------	-------------------------	--------------

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
--	--	----------------

評価	標準項目	
<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くみを整備している	<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くみがある	<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

サブカテゴリー3の講評

利用者のニーズや課題を把握し詳細に記録できる仕組みがある
 利用者の心身状況や生活状況は、日常生活動作状況表、ADL一覧表(食事、入浴方法 入浴、更衣、整容、排泄用具 排泄、寝返り、移動手段 移動、移乗、認知の有無)、ケアチェック表(食事、水分、排泄、入浴、口腔清潔、更衣、基本動作介助、リハビリテーション、医療・健康、心理・社会面など)、食形態一覧、介護日誌、業務日誌、申し送り用紙などがあり、きめ細かに評価・活用されている。モニタリング記録表(生活全般の解決すべき課題、援助目標、サービス内容、サービス実施の経過、今後の対応等)を使用しモニタリングをしている。

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
 毎日の施設長の巡回、日々の支援での会話、家族の面会、家族懇談会(年2回・9月と1月)、利用者懇談会(2か月毎)、食事の際の栄養士や相談員の巡回、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、施設サービス計画書に反映させている。多職種参加のケース会議を週1回行い、多職種の意見をも反映させている。施設サービス計画書(1)では利用者及び家族の生活に対する意向、介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定、総合的な援助の方針を、(2)では生活全般の解決すべき課題を記述する書式になっている。

全職員で利用者の情報を共有して安定したサービスを行っている
 各フロアでは、毎月ケースカンファレンスを行い、利用者の情報を全職員に周知・共有して支援を行っている。利用者の施設サービス計画は、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。日々の利用者の変化等は、ケース記録や業務日誌、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、交代勤務での引継ぎに漏れがないようにして、利用者に安定したサービスを行っている。今後、リハビリテーションと看護記録をパソコンにリンクさせることが望まれる。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外者とや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	<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	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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ5の講評

プライバシーの配慮とプライバシーの取り扱いを明確にしている
 利用者の尊厳を守り安全管理に配慮する個人情報保護方針を明示している。今年度から、「個人情報・特定個人情報の利用目的」を使用し、明確に利用目的を特定し、利用者、家族にわかりやすく丁寧に説明して同意を得ている。また、今年度、「個人情報保護推進委員会」を立ち上げ、個人データの安全管理について定期的に自己評価を行い、見直しや改善に努めている。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など配慮している。また、排泄時や入浴時等の羞恥心への配慮を行っている。

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、意向などを入所前面談、利用者懇談会(年6回)、家族懇談会(年2回)、家族アンケート(年2回)、家族の面会、日常の支援などを通じ、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基づく、「週間サービス計画表」では1日の流れを通しての1時間単位として詳しく取り入れて支援をしている。居室内には、カレンダーや家族写真等が飾られている。食堂や廊下のコーナーや壁などには、観葉植物、絵画等が飾られ、季節感を感じられる家庭的な温かさのある空間に配慮した支援をしている。

利用者の権利を守り不適切な対応の排除に努めている
 事業所玄関に、「身体拘束のない介護」のポスターが貼られている。身体拘束廃止推進委員会が月1度開催され、身体拘束ゼロで推移している。「心かよわせて真心こめて」を介護の基本姿勢とし、「利用者への接し方」を、各フロアに掲示するとともに朝礼後は復唱するなど意識の強化を図り、利用者の権利を守り意思を尊重した支援に努めている。虐待に関する内部研修を毎年行い、参加できない職員には資料を配布している。3年前から虐待の芽チェックリスト、今年から丁寧語振り返りシートによる点検を行い、効果的な活用法を検討している。

サブカテゴリ6

6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ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	
<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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー6の講評

業務の標準化を図るためのマニュアル等が整備されている

感染症、地震発生時対応、褥瘡予防、虐待予防などのマニュアルが作成され、各フロアに常置され、必要時に直ぐに活用できるようにしている。介護業務のマニュアルは、パソコン入力からケアプラン作成の流れまで13項目あり、分かりやすく、実用的なものになっている。嘔吐、ノロウイルス等のマニュアルは、新人でもすぐに活用できるようにフローチャート化している。緊急時マニュアルのフローチャートは目立つようにフロアに掲示している。フロア毎に利用者対応マニュアルで個別支援とケアチェック表を用いて、支援が的確に行われるようにしている。

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

各委員会や会議で上がった課題について、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。職員や利用者の意見や提案を反映し、介護業務マニュアルでは、今年の6月に介護記録を8月にはトイレ消毒の手順を見直し改善を行った。また、排泄マニュアルを改定した。意見箱や利用者懇談会、家族懇談会、日々のケアの中やアンケート等から、意見や要望を吸い上げ、各会議等にかけて検討し随時改定等行っている。施設では、更なるサービスの向上を図るため、来年度、マニュアル等の見直し委員会の常設を検討している。

業務の一定水準を確保するための取り組みをしている

新規採用職員は、研修後に一人立ちできるようにマンツーマンで指導を受けている。また、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者で指導する体制が整っている。外部研修の他、毎月内部研修(利用者の安全に関わることを主に)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、資料の回覧や会議や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、対策を検討して全職員に周知している。さらに今後は、職員教育に関するマニュアル作りを期待したい。

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>ケアプラン作成の流れに沿って、施設サービス計画書を作成し、支援を行っている</p> <p>ケアプラン作成の流れは、①アセスメント(ケアチェック表の作成)、②ケアプランの作成、③ケース会議の開催、④本プラン作成・ケアプランの実施、⑤モニタリングの3か月ごとの実施で、これを繰り返し実施することにより支援の継続性を確保している。入所時は、入所前面接表や日常生活動作状況表を参考にしながら、介護支援専門員が暫定プランを作成して支援を開始している。また、ケアプランは、施設サービスだけでなく、家族・ボランティアなどの支援を積極的にとりいれる姿勢を示している。日々の支援はパソコンに記録し、情報共有している。</p> <p>利用者の意向などを聞きながら、在宅からの生活が継続できるように支援している</p> <p>施設では、「心かよわせ真心こめて」をスローガンに掲げ、施設サービスの質の向上に力をいれている。利用者や家族の意向などは、入所時に家族から聞きとり、利用者の生活歴、既往歴などを把握している。また、家族の面会時に趣味や特技などの情報を得ている。在宅で使用していた愛着のあるものは、持ち込み可能としているので、湯のみなどを持参する場合も見られる。家族の面会は、昨年度は、1日で平均で7~8人となっている。日常的に家族の面会が多いことから、意向を聞く機会があり、生活の継続性に配慮しながら支援している。</p> <p>関係部署連携で、さらなる自立した生活が実現できるように取り組んでいる</p> <p>利用者の支援は、介護支援専門員が中心になり施設サービス計画書(ケアプラン)が作成している。ケースカンファレンスは、施設長、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、介護職員、機能回復訓練士、管理栄養士などの参加のもとに週1回、開催している。介護サービスの検討、評価、見直しを繰り返し実施し、計画書の周知徹底に努めている。しかし、ケースカンファレンスに家族の参加はほとんどない。また、利用者に対して、自立に目を向けた支援をしながら、さらなる自立した生活が実現できるようにすることを施設では課題としている。</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

利用者の心身の状態や嚥下状態に応じた食事形態の提供や、食事介助を行っている

食事形態は、利用者の心身の状態や嚥下状態を考慮しながら提供している。主食はごはん・粥・ミキサー粥、副菜は、普通・きざみなど4種類の形態としている。食事形態の変更は、利用者の嗜好や嚥下の状態によって食事箋で行っている。当施設は、自家厨房方式を開設当時から継続し、利用者の状態に応じて、すぐ対応できる体制が整っている。利用者調査では、食事の献立や食事介助に73.7%の利用者が満足していると回答している。また、嚥下状態を良くするために昼食前に口腔体操を実施したり、麦茶ゼリーや投薬用ゼリーを提供している。

栄養ケアマネジメントで評価し、個別栄養計画を作成し、栄養状態の改善に努めている

栄養ケアマネジメントにより個別に評価し、栄養ケア計画を作成し利用者の低栄養の予防、改善に取り組んでいる。低栄養の判定は、血液検査、体重の増減、食事の摂食状況などで、「低リスク」「中リスク」「高リスク」としている。今年9月現在で「高リスク」「中リスク」を合わせて、1割程度の利用者が栄養改善の対象となっている。栄養状態の低下が見られる利用者には、濃厚流動の高カロリー食を提供し、栄養状態の改善に努めている。日々の摂食状況の把握や体重測定を実施し、3か月ごとスクリーニング、モニタリングをし、栄養状態の把握に努めている。

関係部署連携で情報を共有しながら、日々の食事サービスに努めている

管理栄養士は、ケースカンファレンスに参加して、利用者の生活全般を把握し、関係部署連携で情報を共有しながら、食事サービスに努めている。全フロアにおいて食事摂取全介助の利用者は20%弱で、嚥下障害などから食事摂取が困難な利用者に対しては、個人に合わせた形態にして、食事摂取量の低下にならないように努めている。また、区口腔保健センターの摂食・嚥下に関する訪問指導を受けながら、経口での食事ができるように支援している。訪問指導は、2か月に1回実施され、実際の食事の様子をみてもらい、安全な食事になるように支援している。

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)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

選択外注食のメニューをイメージしやすく工夫し、利用者が楽しめる機会を増やしている

外注の選択食は、料金は施設負担で、利用者が自由に好きなものを選べるようになっている。昨年度から、文字のみのメニュー表であったが、カラーの実物の写真のメニューになり、食べたいものがイメージしやすくなっている。にぎり寿司、海鮮丼、まぐろづくし丼、穴子丼、その他、天ぷらそば、ラーメン、うな重などがある。嚥下困難者にはやわらか食、やわらか押し寿司などで対応し、利用者が楽しく選択することができる機会を毎月、第4金曜日に実施している。また、デザートバイキングでは、笑顔いっぱいの利用者が「瑞江だより」の紙面を飾っている。

関係部署と連携しながら、食事を楽しむ工夫や、満足度向上に取り組んでいる

月1回、実施される献立検討会議は、毎日の食事に利用者の声を反映させて、食事内容の充実を図ることを目的として、施設長はじめ生活相談員など全職種参加であらゆる方向から食事サービスの向上に努めている。献立検討会議で出た意見は、すぐに対応している。6月に、「麺類の量が少ない」という意見があり、その日の夕食からタイムリーに対応し、職員全体の事務連絡会議でも報告されている。また、利用者の要望であるおやつ購入は、食事委員会で検討し、購入希望品を聞いて注文する方法を新たに導入し、利用者の生活の満足度向上に取り組んでいる。

食事時間の変更を行うと共にテーブルの席は、利用者の状況に応じて柔軟に対応している

食事時間の変更やテーブルの席は、利用者の希望に可能な限り柔軟に対応している。食堂は各フロア毎にあり、4人掛けのテーブルがあるが、今年7月現在、車イス利用者は約90%なので狭い環境になっている。そのため、廊下の長テーブルの席で食事をしている利用者も見られた。利用者調査時に「ムース食が美味しい」と述べていた利用者は、廊下側を向いて、職員と会話をしながら自力摂取している。壁側を向いている利用者には、壁などに何かの工夫や、また、壁に掲示してある献立表は、車椅子利用者には見えにくい位置なので、今後の工夫が望まれる。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4の講評

入浴は、利用者の心身の安らぐ場所として、安全性を確保しながら支援している

入浴は週2回、機械浴、中間浴、一般浴などで対応している。その他、利用者の状況に応じて、シャワー浴、足浴、手浴、洗髪(ケリーバット)、清拭で清潔保持に努めている。今年7月現在で、中間浴48.8%、機械浴26.3%、一般浴25.0%と中間浴が多くなっている。入浴は、利用者が心身の安らぐひと時であるとしながら、身体の異常や変化などの観察できる機会として、また、事故のリスクが高い場所としている。そのため、入浴室内には、①安全ベルトの確認②目を離さず③お湯の温度の確認など入浴時の事故防止の掲示で注意喚起に努めている。

利用者の羞恥心の配慮や、認知症や入浴を好まない利用者への対応の仕組みができています

利用者の入浴は「利用者入浴一覧表」をフロアに掲示し、フロアごとに、男女のどちらが先に入浴するか明示し、公平な支援をしている。入浴時には、利用者の検温、血圧などを測定し身体状況を確認した上で実施している。また、入浴室内2人、脱衣室2人、誘導1名の体制で、ドア・カーテンをして、羞恥心やプライバシーの配慮をしている。入浴後には、乾燥肌防止に湯あがりローションで保湿し、夏場の6月から9月には、冷たい飲み物で水分補給をしている。認知症の利用者や入浴を好まず拒否する利用者には、声かけや清拭の対応などの支援を行っている。

利用者がジャスミン湯、りんご湯など、季節感がある入浴を年間を通して楽しんでいる

一般浴の入浴設備は、岩風呂風になっていて、鑑賞用植物も置いてあり、ゆっくりと楽しめる雰囲気となっている。日本の伝統行事である5月の菖蒲湯、12月の柚子湯などを区公衆浴場の協力により年間を通して実施している。その他、4月にはラベンダー湯、6月にはよもぎ湯、8月には、ペパーミント湯など、毎月、香りを楽しみながら、季節感あふれた入浴になっている。年末には、長野県から生のりんごが届いて、湯に浮かべるにはもったいないという意見もあったが、リンゴの香りと、年末の寒い時期に心と体を温める、ひと味違った入浴を楽しんでいる。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目5の講評

利用者の排泄パターンを把握し、自然排便を促し、快適さが保てるように工夫をしている

排泄チェック表で排泄パターンを把握し、おむつ使用者の減少を目標におむつを外し、ポータブルトイレの活用、トイレの誘導の徹底を行っている。おむつ外しは、おむつかぶれ、褥創、尿路感染症を予防し自然排便によって、快適さが保てるように取り組んでいる。また、便秘対策として、一部の利用者が腸内の働きを良くするヨーグルトやオリゴ糖を毎朝に摂取し、自然排便を促すように支援している。今後も、排泄に関する委員会を中心に、おむつ外しをすることにより、おむつの濡れている時間を少なくし、より快適な排泄を目標にして取り組んでいる。

利用者の羞恥心に配慮したトイレ誘導、衛生面や臭いの対策に取り組んでいる

トイレ誘導をする時や、排便状況を確認するときは、大きな声は避け、耳元で他人には聞こえないように声かけを注意している。居室での排泄介助では、必ずカーテンを引いて羞恥心に配慮している。トイレの清潔については、ポータブルトイレの使用後すぐに脱臭剤で臭い対策をしている。また、家族アンケートや来所者からフロアの臭いの指摘があり、今年度、業務用の大型消臭器を計画的に導入する予定としている。また、換気をこまめに行い、利用者、来所者が快適に過ごすことができる取り組みを強化している。

排泄介助技術の向上に内外の研修に積極的に参加して取り組んでいる

外部研修は、「多職種で臨む排泄サポート研修」に参加し、内部研修では、「おむつに関する勉強会」を夜間に実施している。内部研修では、おむつメーカーより講師を招いて、正しいおむつ介助の技術を学んでいる。具体的には、おむつの当て方、使い方や快適なサイズの選び方、男性のしくみ・女性のしくみなど細部にわたっている。職員からは、日頃の疑問点などの質問があるなど、利用者個人に合わせたより快適な排泄介助の方法を学んでいる。内外の研修によって、おむつの見直しになり、排泄時の不快感を減少し、おむつの使用削減となっている。

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)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

移動の支援は、利用者の意向や状態に応じて支援が行われている

利用者の移動手段は、自歩、歩行器、車椅子で、定員80名に対して72名の利用者が車椅子で移動している。移動の一部介助は、介護者が手や肩を貸せば歩けること、車椅子などに介助して乗せた後に自力で施設内を移動できることとし、「利用者ADL一覧表」で一目でわかるようになっている。利用者が重度化していく状況に合わせて、楽に座り続けるためにお尻、太ももにかかる体重を背中や腰に分散できるティルト式や、背もたれの角度を自由に調節できるリクライニング式などの機器を導入しながら、残存機能の活用ができるように支援している。

移乗の支援は、「移乗介助マニュアル」に沿って安心、安全の対応となっている

移乗介助は、「移乗介助マニュアル」に沿って安全に行っている。一人介助としてベットから車椅子の場合、二人介助でベットから車椅子(リクライニング・ティルト型)の場合として詳細に定めている。内容としては、最初に声かけをし、これから移乗介助することを伝える。最後は、介助が終了したことを伝え、利用者が安心、安全に思える対応となっている。二人介助の場合は、頭部側の介助者と足元の介助者の役割分担を定め、入浴の場面においても同様な対応としている。「移乗介助マニュアル」は平成28年8月改定の最新のものとなっている。

安全で快適に利用できるように車椅子のメンテナンスを定期的実施している

利用者の90%が車椅子を使用しているので、メンテナンスは定期的実施し環境整備に努めている。「車椅子空気圧チェック表」によって毎週1回必ず実施するルールができています。車椅子の左右の空気圧を点検し、不具合が見つかった場合は、代替の車椅子を用意し、「修繕依頼書」で速やかに対応し、利用者の移動手段の安全確保に努めている。また、車椅子の操作が正しくない不具合の原因になるとして、操作に関するマニュアルの作成やその他の福祉用具のメンテナンスや清掃などの改善が必要であるとしている。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

快適な生活になるように、個別の機能訓練計画書を作成して支援している

機能回復訓練は、「安全に、快適に、利用者のレベル」で快適な生活になるように個別の機能訓練計画書を作成して支援している。機能訓練の目標は、現状維持、機能向上、緩和処置の3項目に分けて、個別の残存機能を考慮し、利用者・家族の希望を聞きながら取り組んでいる。脳血管障害の片麻痺には、起立訓練、歩行訓練、関節可動域訓練、ホットバックなどの温熱療法を行っている。利用者には、週間予定表を作成し、訓練の予定をわかりやすく工夫している。3か月ごとにモニタリングをして、計画書を作成し、継続した支援を行っている。

身体状況に合わせて個別・集団で生活の質の向上に取り組んでいる

日常生活の中で、廃用性症候群の予防として、個別に筋力増強訓練、歩行訓練、座位保持訓練を実施している。また、体の機能が低下し、ベッド上での生活がほとんどの利用者には、機能回復訓練士がベッドサイドで、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身体状況に合わせて実施し、生活の質の向上に取り組んでいる。その他、集団でのリハビリ体操を週1回、各フロアで実施し、また、介護の職員が中心で、日曜レクとして散歩やフロアで体を動かすなどのレクリエーションを日曜日の午後に行っている。

日常生活に活かせる生活リハビリが関係部署連携で、さらなる推進が期待される

機能回復訓練士は、ケースカンファレンスに参加して、関係部署連携で情報を共有しながら、日頃の訓練が日常生活に生かせるように取り組んでいる。平成27年度の機能回復訓練状況は、月平均延べ人数で200人強の利用者に実施している。今年度の事業計画では、フロアでの訓練の実施として、①毎朝(日・祝日は除く)廊下にてラジオ体操の実施②杖、歩行器による歩行訓練と車椅子操作の訓練の実施③ベッドサイドマッサージの実施④レクリエーションによる訓練の実施を掲げている。今後は、さらなる、関係部署連携で生活リハビリの推進が望まれる。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

利用者のいつもと違う状況を早期に発見して、健康面の支援をしている

利用者の健康管理は、日々の観察により異常を早期発見し、早期治療、疾病予防に取り組んでいる。利用者の健康診断は年1回実施し、毎日のバイタル、栄養、排泄、睡眠、皮膚の状況、痰の絡みなどの健康チェックをしている。健康の促進対策として、寝食分離に心がけ、胃ろう1名の他は、全員が食堂で食事をしている。また、医師と看護職員によって身体的、精神的な指導に努めている。利用者の健康状態については、家族に積極的に医師から説明する機会を設け、家族の協力や理解を得ながら、利用者の健康面を支援している。

口腔ケア、ターミナルケアの仕組みがあり、関係職員が相互協力のもとで実施している

摂食・嚥下リハビリテーションとして、区口腔保健センターから歯科医が派遣され、2か月に1回、摂食嚥下指導、口腔ケア、食事時のポジショニングを利用者の食事状況を観察しながら指導を受けている。口腔ケアサポーター養成研修に職員を派遣し、安全な食事摂取の向上に努めている。また、ターミナルケアについては、「看取り介護に関する指針」を明示し、利用者にとって尊厳ある死を迎えられるように、家族、嘱託医、関係職員が相互協力しながら取り組んでいる。今後、ターミナルケアに対する理解を深める取り組みがさらに必要としている。

服薬管理は二重チェック体制で、嘱託医との連絡はいつでも取れ安心な生活である

服薬管理は、薬ケース確認表で、看護職員と介護職員で二重チェックし、確認不足のないように努めている。また、飲み忘れ防止のために、空袋チェック表を作成し、うっかりミスがないように体制を整えている。利用者の体調の急変時の対応は、「緊急対応マニュアル」がフローチャートでわかりやすく作成している。マニュアルでは、担当看護職員に連絡が取れない場合、協力病院が受入可能時、不可の場合など具体的に示されている。また、嘱託医はいつでも連絡がとれるようになっていて、医療面で利用者、職員ともに安心な仕組みになっている。

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(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

日々の身だしなみは、利用者の好みを尊重し、おしゃれに気を配って支援している

朝の起床は、6時で熱い蒸しタオルで洗面介助を行っている。洗面タオルだけでは、目やにが取れにくい場合は、拭き綿を使って清潔保持に努めている。朝の更衣支援は、寝たきりの利用者には、実施されていないが、自立や一部介助の利用者に対しては見守りで支援している。利用者の着替えは主に、週2回の入浴時であるが、利用者が衣類を選ぶときは、利用者の好みを尊重し、おしゃれに気を配った整容介助をしている。「長寿の集い」では、いつもと違った装いで式典に臨んだり、買い物サロンでは、真剣に洋服を選ぶ様子が「瑞江だより」で紹介されている。

利用者が快適な生活ができるように、環境整備に力をいれて取り組んでいる

当施設は、平成元年に事業を開始し、今年で28年が経過し、3年前には、居室の床の張り替えが終了し、現在は、介護ベットや床頭台の買い替えを年次ごとに計画し、日々快適に暮らせるように施設整備に力を入れている。また、施設のすぐ隣りに改築したばかりの区立小学校があり、中心の道路から離れた静かな環境に位置している。居室の窓際は、障子風の窓で、4人部屋のプライバシーカーテンは明るいピンク色で、落ち着いた環境になっている。朝の起床は6時で、消灯は21時30分で規則正しく、日々の生活が快適になるように支援している。

1日のメリハリをつけて、安定した睡眠ができるように支援している

安定した睡眠がとれるように、日中の過ごし方を工夫している。3度の食事は、体調不良の利用者以外は、1日のメリハリをつけるために離床を促し、全員が食堂で食事をしている。日曜レクなどの趣味活動に全員が参加するようにし、日中の活性化に努めている。不眠の利用者には精神科医と相談しながら、眠剤などを服薬している。また、利用者の話を傾聴したり、飲み物の提供、足浴したり、居室の明るさ、ベットの位置の配置を替えるなどいろいろ工夫している。夜間に目がさめた場合には状態により離床を促し、落ち着いて再入眠できるように支援している。

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>施設の生活については、利用者の意思が活かされるように支援している</p> <p>施設での生活については、契約書の重要事項説明書で、「施設利用のお約束」で明示されている。面会は、8時から21時の間であればいつでも可能で、飲酒、喫煙については、定められた場所、時間であれば可能としている。現在は、喫煙者はいない。飲酒については、毎月の誕生会にビールやジュースで施設長と共に乾杯し、長寿を祝う楽しみな時間としている。また、2か月に1回の利用者懇談会で利用者の声を聞きながら、改善するように努めている。利用者調査では、「気持ちを大切にしてくれるか」に対して、73.7%の利用者が肯定的に回答している。</p> <p>日本の伝統的な行事や、外出などで利用者の楽しみが増すように支援している</p> <p>4月には桜にちなんだお花見弁当、七夕には、短冊に願い事を書き飾り、迎え火、送り火で故人を偲び、夏には、暑気払いをし、9月の長寿を祝う集いでは、区長を迎えて長寿を祝っている。日本の伝統的な行事は、季節を感じ、行事食を味わうことで、利用者にとっては楽しみなひと時となっている。また、季節に応じた外出は、6月の近隣の菖蒲園での散策、シルバー週間には、葛西の水族館見学、11月には、区内のお寺に菊展の鑑賞に出かけている。少人数での参加であるが、笑顔いっぱいの利用者が「瑞江だより」で紹介され生活の潤いを支援している。</p> <p>心かよわせ真心こめてを基本姿勢に、優しさと思いやりの介護サービスを目指している</p> <p>「心かよわせ真心こめて」をスローガンに掲げて、利用者一人ひとりに「心をかよわせて真心こめて」介護をすることを介護の基本姿勢として取り組んでいる。特に、「利用者への接し方」、「職員同士の心得」を明文化し、毎朝に復唱し実践している。利用者への接し方は、①利用者には敬意を表し、丁寧語のみ使用②笑顔で明るく接する③目線とペースは相手に合わせてゆっくりなど7項目を設けている。職員同士の心得は、3項目を揚げ、利用者の気持ちに寄り添った声かけを実践し、優しさと思いやりの心を持った介護サービスを行っている。</p>		
11	<p>評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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

外出の機会が減少しているので、今後さらなる外出の機会を確保して行きたいとしている

平成27年度は、6月の近隣菖蒲園での散策、シルバー週間には葛西の水族館の見学、11月には区内のお寺に菊展の鑑賞などの外出の機会を設けている。9月のシルバー週間に利用者付き添いである職員1名が無料で入園でき、久しぶりの外出を楽しんでいる。日曜日の午後、少人数で介護職員が中心に企画するフロアレクリエーションを実施し、近くの公園へ散歩に出かけている。利用者からは、「風が気持ちいいね」「きれいな花だね」と花に触れる様子などが見られた。施設ではさらなる外出の機会を確保して行きたいと考えている。

地域住民や地域の子ども達との交流は、日々の生活の潤いと活性化に繋がっている

地域住民や地域の子どもたちとの交流の機会があり、利用者の活性化に繋がっている。隣接する小学校からは体験学習、中学校からはチャレンジ・ドリーム、高校からは奉仕学習など、昨年度は延べ606人が利用者との交流を深めている。施設内の廊下には、子どもたちからの感謝の気持ちや感想が賑やかに展示されている。その他、地域住民が日常の奉仕として、清掃、洗濯物の整理、水分補給、買い物付き添い、リネン交換や音楽、歌会、民謡などクラブ活動で利用者に関わり、日々の生活に潤いと活性化に貢献している。

地域社会の一員として、地域住民との交流の機会を支援している

地域の情報は、区広報紙を配布したり、いつでも見れるようにしているが、区の花火大会や文化祭の参加は、利用者の重度化や職員体制の問題からなかなか実施できない状況となっている。9月の「笑顔いっぱい長寿の集い」では、利用者・家族・地域町会などが多数参加して式典が行われ、利用者の長寿を祝いながら、交流の機会としている。1月の新年会では、地域住民の参加のもとに、式典、演芸会が盛大に開催され、楽しいひと時を過ごしている。また、選挙は、施設でできる仕組みがあるが、家族と投票所に行き選挙をする場合も見られる。

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)

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

利用者の様子は、日々の家族の面会時に必ず知らせるようにしている

利用者の約97%は区内からの入所で占めているため面会に来る家族が多い傾向で、昨年度は、1日で平均で7~8人となっている。隣接する小学校の改修工事が終了し、今年7月、新たに数十台用の駐車場を整備したことに伴い利便性が良くなり、施設に来やすい環境になっている。そのため、利用者の様子は、日々の面会時に対面しながら、必ず伝えるようにしている。また、利用者の健康状態については、家族に積極的に医師から説明する機会を設け、健康上の少しの変化についてもその都度、家族に電話で連絡し、協力や理解を得るように努めている。

施設サービスの向上と風通しの良い施設を目指して家族などにアンケートを実施している

利用者・家族に年2回アンケートを実施し、サービスの向上と情報公開により風通しの良い施設を目指している。平成27年度の1回目の家族アンケートは9月に実施されている。アンケートの内容は、①提供している介護サービス②職員の利用者に対する言葉づかい③職員の家族面会時に対するマナー④施設の設備⑤施設の衛生面(臭いなど)の5項目を4段階の評価で実施している。また、気になる点や要望等には施設が回答している。アンケートの集計数は22件あり、これらの結果は、施設運営に活用すると明示している。

家族懇談会は年2回実施し、家族が施設に要望を伝える機会としている

家族懇談会は、9月の「笑顔いっぱい長寿の集い」、1月の「新年会」の実施後の年2回開かれている。施設の事業説明や生活の現況などについて説明している。平成28年1月に実施された懇談会では、施設長はじめ、各職種の職員が参加し、利用者家族は、11家族14名の参加であった。内容としては、施設長の挨拶、相談員からはマイナンバー制度についてや肺炎球菌ワクチンの予防接種のお願いに理解と協力について話をしている。家族からは相談員や看護師への質問、介護に対する感謝の言葉が述べられるなど、家族が意見を述べる機会としている。

調査対象	全利用者80人中、調査が可能な20人に対し聞き取り調査を実施し、19人から有効回答を得た。対象者は男4人、女15人である。年齢層では70～80歳未満7人、80～90歳未満7人、90歳以上5人である。要介護度は1が1人、2が3人、3が7人、4が8人である。
調査方法	3人の調査員が、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

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数		20	20
共通評価項目による調査の有効回答者数		19	19
利用者総数に対する回答者割合(%)	0.0	23.8	23.8

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」1人、「満足」13人、合わせて14人(73.7%)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(15.8%)、「不満」2人(10.5%)で、「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、「良い職員が多いです」、「満足しているので要望はないです」、「満足していますが、常に改善の姿勢を持ち続けてほしいです」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・整理整頓は行き届いているか」では94.7%が、「職員の接遇・態度は適切か」では89.5%が「はい」と答えている。「日常の必要な介護」、「病气やけがの対応」、「利用者のプライバシーは守られているか」では約8割の利用者が「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	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	14	3	2	0
「はい」73.7%、「どちらともいえない」15.8%、「いいえ」10.5%である。自由意見では、「好き嫌いなく美味しくいただいています」、「肉が好きです。時々味が濃かったり薄かったりしますが、だいたい満足しています」、「味付けがいいです。ミキサームースが美味しいです」、「献立をもらっていません。貼ってありますが、車椅子なので見えにくいです」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	15	4	0	0
「はい」78.9%、「どちらともいえない」21.1%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「満足できる対応をして貰っているので、ありがたく生活しています」、「基本的には自分でやりますが、頼むと対応してくれます」、「コールを押せば、すぐに来て対応してくれます」、「職員は皆親切で、すぐに来てくれます」、「職員は忙しい時があり、どちらとも言えません」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	12	3	4	0
「はい」63.2%、「どちらともいえない」15.8%、「いいえ」21.1%である。自由意見では、「自分のしたいことをして過ごしています」、「編み物、カラオケ、演歌が好きです。木曜日が楽しみです」、「水曜喫茶と歌会に参加しています」、「以前は編み物をしていました。塗り絵をしたいけれど、手が震えてできません」、「夜眠れないせいで、昼間にはしたいことが出来ません」、「テレビを見たり、昼寝をしています」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	14	2	3	0
「はい」73.7%、「どちらともいえない」10.5%、「いいえ」15.8%である。自由意見では、「日頃から聞いてくれるので、嬉しいです」、「寝ている部屋まで体調を聞きに来てくれます」、「良く声かけてくれます」、「廊下であったとき等に聞いてくれます」、「どちらともいえません」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	1	0	0
「はい」94.7%、「どちらともいえない」5.3%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「施設自体は古いですが、良く整理されています」、「掃除をしっかりしてくれているので綺麗です」、「トイレなど、いつも綺麗になっています」、「綺麗です。自分でも掃除しています」、「職員がかなりまめに掃除やゴミ集めをしてくれます」、「職員が掃除してくれます」などの声が寄せられている。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	17	1	0	1
「はい」89. 5%、「どちらともいえない」5. 3%、「無回答」5. 3%である。「いいえ」はいない。自由意見では、「職員はとても良くしてくれてありがたいです」、「若い職員も含め、対応に感心しています」、「職員は皆、言葉使いが良いです」、「まあまあ良いと思います」、「特別良いわけでもなく、普通です」、「乱暴な言葉使いの人が一人くらいいますが、気にしないようにしています」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	15	2	2	0
「はい」78. 9%、「どちらともいえない」10. 5%、「いいえ」10. 5%である。自由意見では、「体調が悪くなったときには飛んできてくれます」、「親切なので、いざという時も大丈夫だと思います」、「親切なので、いざという時も大丈夫だと思います」、「対応の悪い職員はいません」、「薬を飲むタイミングが一定ではなく、職員によって違います」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	12	4	3	0
「はい」63. 2%、「どちらともいえない」21. 1%、「いいえ」15. 8%である。自由意見では、「信頼できると思います」、「仲裁してくれると思います」、「そういった場面に対応できるように、しっかり教育を受けていると感じます」、「利用者同士は仲がよいです」、「そのような場面に合ったことはありません」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	14	3	1	1
「はい」73. 7%、「どちらともいえない」15. 8%、「いいえ」5. 3%、「無回答」5. 3%である。自由意見では、「利用者の気持ちを尊重した対応をしてくれるので、有り難いと思っています」、「大切にしてくれていると思います。良い職員ばかりです」、「職員は無理強いしません。良くしてくれています」、「きちんと対応してくれます。無理強いはありません」、「わかりません。無理強いはありません」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	3	1	0
「はい」78. 9%、「どちらともいえない」15. 8%、「いいえ」5. 3%である。自由意見では、「プライバシーは守ってくれていると思います。楽しく暮らしています」、「4人部屋ですが、嫌なことはありません」、「職員は個人的な事を他に話したりしません」、「カーテンがあります。恥ずかしい思いはしていません」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	10	5	4	0
「はい」52. 6%、「どちらともいえない」26. 3%、「いいえ」21. 1%である。自由意見では、「風呂に何回入りたいか等を聞いてくれます」、「風呂の対応を聞かれました」、「大勢いるので、全員の要望を聞くのは大変ではないでしょうか」、「家族から聞いているかはわかりません。自分の要望は聞いてくれません」、「無理な要望は言わないようにしています」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	8	9	1	1
「はい」42. 1%、「どちらともいえない」47. 4%、「いいえ」5. 3%、「無回答」5. 3%である。自由意見では、「説明してくれました」、「覚えていないのでわかりません」、「支援に関する計画について聞かれたことはありません」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	14	3	2	0
<p>「はい」73.7%、「どちらともいえない」15.8%、「いいえ」10.5%である。自由意見では、「大丈夫です。職員は皆親切なのできちんと対応してくれます」、「きちんと対応してくれていると思います。ひどい対応はありません」、「要望などを伝えると対応してくれます」、「細かい事まで対応してくれます」、「今のところ不満はありません」、「体調や気分を考慮してもらえない時があります」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	1	8	10	0
<p>「はい」5.3%、「どちらともいえない」42.1%、「いいえ」52.6%である。自由意見では、「入所時に説明を受けました」、「困ったことはありません。聞いた覚えもありません」、「覚えていません」などの声が寄せられている。</p>				