

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

2024年 5月 11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

〒 179-0084

所在地 東京都練馬区氷川台4-47-20-107

評価機関名 有限会社ヘルスサポート

認証評価機関番号

機構 06 - 164

電話番号 03-5948-5468

代表者氏名 代表取締役 茅野 文義

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	茅野 文義	経営	H0701078
	②	大久保 とし子	福祉	H0702019
	③	津田 嵩	福祉	H1301031
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム・ケアハウス)			
評価対象事業所名称	あじさい苑		指定番号	1373100500
事業所連絡先	〒	185-0014		
	所在地	東京都国分寺市東恋ヶ窪3-23-8		
	TEL	042-300-2088		
事業所代表者氏名	千葉 寿美子			
契約日	2023年 9月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023年 11月 8日			
利用者調査結果報告日	2024年 1月 15日			
自己評価の調査票配付日	2023年 10月 10日			
自己評価結果報告日	2024年 1月 15日			
訪問調査日	2024年 2月 1日			
評価合議日	2024年 2月 1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)	訪問調査は事前に提出していただいた資料を読み込み、経営層へのヒアリングを行った。個人ファイルやマニュアル等の資料を閲覧、必要な資料をファイリングして預かった。			

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、

- ① 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ② 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ③ 別添の理由書により、公表には同意しません。

2024年 5月 8日

事業者代表者氏名 千葉 寿美子

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述                  （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 基本的人権の尊重</li> <li>2) 利用者様の自主性の尊重</li> <li>3) 利用者様の有する能力の維持・向上</li> <li>4) 利用者様及びご家族様との連携</li> <li>5) 優しさと思いやりを持った介護の提供</li> </ol>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者様の立場に立った介護を心掛け、気持ちをくみ取る姿勢を大切にする</li> <li>・職員間の連携を密にし、より良いサービスが提供できるよう協力していく姿勢を持つ</li> </ul> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プロ意識を持って常に業務にあたること</li> <li>・学びの姿勢や向上心を持って常にスキルアップを目指すこと</li> <li>・利用者様をご家族と思ひ誠実さや思いやりを持つこと</li> </ul>

調査対象

事業者と協議し、質問内容の理解が難しい利用者などを除いた、調査に協力可能な利用者3名を調査対象とした。全員女性である。

調査方法

聞き取り方式の調査を実施した。調査可能な利用者を予め事業所側と打合せ、共有スペースや居室等、利用者の話しやすく落ち着く場所を事業所側を選択していただき、1対1の対面により調査項目に則って実施した。

利用者総数

18

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
	3	3
	3	3
0.0	16.7	16.7

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

総合的な満足度として、「大変満足」が33%、「満足」が34%、「どちらともいえない」が33%であった。設問の中で、「はい」の比率が高かった項目は、設問「1.5.7.8.9.10」で、回答者全員が「はい」と答えている。自由意見では「一人で歩きたい。トイレや買い物にも」「スーパーに何回も行きたい」「何の不満もないので満足していますが、自分はぼおっとしているので分からない事が多い」との声があった。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

[Empty box for evaluation results]

《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》

[Empty box for user mood changes]

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事介助には、満足しているか 「全て食べる。ほぼ合格」「全て食べる。肉より魚が好き(多い)」「普通です。たまに残す事もある」等のコメントがあった。	3	0	0	0
2. 入浴介助は安心できるか 「ある程度待てば来てもらえる(ナースコール)」「ほぼ大丈夫」「すぐ忘れるから分からない。たぶん自分でしている」等のコメントがあった。	2	1	0	0
3. 食事、入浴以外の日常生活に必要な介助を受けているか 「自分でしているので分かりません」とのコメントがあった。	2	1	0	0
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか 「忙しそう。こちらから話しかける」「優しい。親切。良く話をする」「分からない」等のコメントがあった。	1	2	0	0
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか 「シーツ交換。掃除、ゴミもやってもらえる」「係の人が時々来るので、とりあえず綺麗です」等のコメントがあった。	3	0	0	0

6. 職員の接遇・態度は適切か	2	1	0	0
「忙しい」「気にならない」「普通に話をしています」等のコメントがあった。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	3	0	0	0
「病院もある」「病院があって看護師もいるから安心」「今までは何もなかったけれど、多分大丈夫」等のコメントがあった。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	3	0	0	0
「大丈夫。上手にやる」「安心している」「ほとんど部屋にいないので無いと思います」等のコメントがあった。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	3	0	0	0
「もっと職員と話がしたい。忙しい」「たくさん話をしている」「多分してくれていると思います」等のコメントがあった。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	3	0	0	0
「気になった事がない」とのコメントがあった。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	2	0	1	0
「忙しいから話をしない」「書道クラブ大好き。先生がくる」「体操などの連絡はしてくれる」等のコメントがあった。				
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	1	2	0	0
「忙しい」「移動スーパー楽しみ(火、金)」「何のことも分かりません」等のコメントがあった。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	2	1	0	0
「対応している」「あれば言うと思います。言った事がないので分からない」等のコメントがあった。				
14. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	0	0	3	0
「覚えていない」「知りませんでした」等のコメントがあった。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当
	カテゴリ1の講評	
	法人のスローガンを毎日唱和し、理念は会議時に唱和し周知している 法人や事業所の基本理念や基本方針はホームページにも明示し、苑内の事務所や休憩室等にも掲示し周知している。また、スローガンは毎日実施する朝礼で唱和し、法人の理念は各会議で唱和することで職員の意識を高めている。また、理念は毎年作成する事業計画にも掲載し、職員会議や入職時研修で説明したり、年度当初の各会議でも周知している。	
	職員の職務職責は運営規程や職務権限規程で周知し経営層は事業所運営をリードしている 運営規程や職務権限規程等では各職員の職務職責を謳い、入職時や個別面談時にはキャリアパス制度とともに周知している。施設長を始めとした経営層は、事業所を代表して地域との折衝や家族との連携、さらに法人内の会議等にも参画、各種情報の共有とともに事業所運営をリードしている。また、職員の育成や各会議、委員会等も開催し、リーダーシップを発揮している。	
	事業所の重要事項は運営会議で決定し、職員会議や委員会で周知している 事業所の重要な案件は最終的に理事会で決定しているが、先ず運営会議で事業所案として意思決定している。そのため、各会議や各委員会からの意見や要望を受け入れ、検討の上決定している。決定事項は運営会議で整理の上、各会議や委員会で説明し法人内の会報でも周知している。利用者や家族には「苑だより」やお知らせとして伝えたり、電話や直接でも説明するようにしている。	

2 カテゴリー2		
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当
カテゴリー2の講評		
<p>利用者からはお茶会や行事後アンケート調査を行い、毎年嗜好調査も実施している</p> <p>当事業所は一般のケアハウスと介護付きの特定施設入居者生活介護とが併設され、一般のケアハウスの利用者が経年の変化により、居室がそのまま特定施設入居者生活介護へと移行するケースもある。そのため、顔馴染みの職員がそのまま支援するため、毎年実施している嗜好調査から利用者の食事サービスにつなげ、日常の茶話会での内容や、行事後のアンケート調査から振り返りや次回の行事につなげている。</p> <p>職員との個別面談や各会議から意向を収集し、年度計画や事業所の運営につなげている</p> <p>職員とは定期的な個別面談を実施するとともに随時でも行い、事業所運営に対する意向の把握にもつなげている。特に利用者サービスに関わる内容は次年度の事業計画にもつなげている。さらに法人理事長が市の医療や福祉の要職を担っているため、法人内の施設長会から地域や国全体の福祉や介護の情報が得られ、その情報をベースとして課題やニーズを把握するとともに、単年度計画にも活かしている。</p> <p>毎年事業計画を策定し、会議や委員会等で着実な実行に向けた振り返りを行っている</p> <p>法人や事業所の中長期計画を基に毎年事業計画を策定し、目標達成に向け取り組んでいる。単年度の事業計画は前年度の振り返りとともに次年度にもつなげ、委員会活動等それぞれ担当や期間を決め取り組んでいる。クラブ活動や研修、行事等もすべて計画に組み入れ、各会議や各委員会では進捗状況を共有し、振り返りや半期での見直しに向けている。また、収支に関する項目は数値での予実管理も行い、特に運営会議で共有するとともに毎月振り返りも行っている。</p>		



3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>2/2</b>
<b>評価項目1</b> 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。 <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
サブカテゴリ-2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>4/4</b>
<b>評価項目1</b> 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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 <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<b>評価項目2</b> 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
サブカテゴリ-3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>5/5</b>
<b>評価項目1</b> 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<b>評価項目2</b> 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している <span style="float: right;">〇 非該当</span>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる <span style="float: right;">〇 非該当</span>	

カテゴリー3の講評

各種のマニュアルに基づく支援を行い、法令順守とともに尊厳を大切にしている

法令の順守や利用者の尊厳の尊重は、マニュアルや自己評価等も含めすべての職員への徹底した取り組みにつなげている。そのため、入職時には就業規則の説明や各種マニュアル類に基づいた研修を実施、さらに毎年研修計画の中にも組み入れ、虐待の防止とともに複数回開催している。研修への不参加者へも研修内容を回覧し、それぞれ感想や意見も収集、振り返りも含めている。また、「高齢者虐待防止マニュアル」も策定し、利用者への敬意を込めた接し方とともに早期対応への体制も構築している。虐待は市へも報告することとしている。

利用者からの意向にはその場も含め、早期での対応に向けた体制を構築している

ケアハウス入居者も多いため、利用者からの意見や要望にはその場も含め早期での対応を行っている。そのため、上長への報告とともに当日の内に返事をするようにしている。規模の大きな意向等は委員会や会議等での解決に向け、当日中にその旨を利用者に伝えるようにしている。さらに苦情に関しては報告書とともに委員会で速やかに対応するようにしている。

事業所を開放してストレッチ体操や「あじさいCafé」を開催している

事業所を開放して毎週3回「ストレッチ教室」を開催し、さらに毎月1回「あじさいCafé」も開催、健康や体力の増強、高齢者とのふれあいの場を提供している。「あじさいCafé」では法人理事長を始めとした医療や介護の専門職の講義も行い、講義を目的に来苑する近隣の人も多い。さらに「親子ひろば」も開設し、新米ママや3歳以下の子どもの憩いや相談の場として提供している。また、社会福祉協議会と連携し、車椅子ステーションとして登録、車椅子の貸し出しも行っている。

4 カテゴリー4		
リスクマネジメント		
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	
カテゴリー4の講評		
<p>新型コロナウイルスや感染症予防対策を継続して実施、安全の確保を図っている</p> <p>今年度も新型コロナウイルスを中心とした感染症予防対策に力を入れ、利用者の安全の確保を図っている。手洗いやアルコール消毒、換気やマスク等はルーティーン化し、新型コロナウイルス対策シミュレーションも全員参加で徹底している。また、安全衛生委員会と防災委員会が主となりリスク対策も協議、対応策を講じたうえでマニュアルとして作成、対応手順として職員間に周知している。</p> <p>定期的な防災訓練とともに、年度末には市や医師会と連携した防災訓練も予定している</p> <p>BCPは感染症と大規模災害に分け、電子媒体の活用とともに、事務所内の各マニュアル類と同じ場所に設置し、何時でも確認できるようにしている。新型コロナウイルス対策シミュレーションも全員参加で徹底している。また、定期的に実施する防災訓練では大災害を想定し、職員間での意識付けも行っている。さらに年度末には市や医師会、自治会と連携して法人としての防災訓練も予定している。事故に関しては報告書の提出とともに、施設長を中心にその原因や要因を抽出、検証とともに再発防止に向けている。</p> <p>情報のデータ化とともに職員一人ひとりにパスワード等を付与し、情報管理に努めている</p> <p>個人情報保護の苑内規程を設け、職員や実習生等にも個人情報の取り扱い方や注意点として伝えている。また、介護ソフトも活用し、職員一人ひとりにIDやパスワードを付与、職種や職階別での情報管理も徹底している。契約書等の重要書類は鍵の掛かるキャビネットで保管し、文書管理規程に基づき廃棄や保管も行っている。また、利用者の情報の利用目的を明確にし、家族等と個人情報使用同意書で同意を得、利用者の情報の家族等への開示方法も契約書で共有している。</p>		

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

カテゴリー5の講評

**職員一人ひとりのライフスタイルも大切に、配置転換や法人内での異動も行っている**

職員の採用や育成は法人と連携し、入職者や各職員のライフスタイルに応じた勤務地や勤務時間帯、介護サービス等を提供、それぞれの目標や経験に応じるようにしている。そのため、法人内施設長会議を毎月開催したり、定期での個別面談だけでなく随時での面談も実施し、法人全体や施設単体の目標に応じた配置や異動を行っている。さらに人事考課とキャリアパスとを連動させ、年間の個別目標を上長と共有している。

**全職員対象の必須研修を実施し、自己評価や上長評価で育成につなげている**

職員の育成も法人内で連動、全体で実施したり事業所ごとに行い、すべての職員必須として職階や資格、経験に応じた研修を受講する体制を構築している。そのためキャリアパス等とも連動、毎年職員個別のキャリアアップや目標に応じた研修計画も策定、育成に向けている。さらに法人内共通の「業務マニュアルチェックリスト」を活用し、育成の成果を確認するとともに進捗状況もチェック、バックアップ体制も整えている。また、指導者研修も実施し、リーダーの育成や支援にもつなげている。

**施設長とのランチ面談を設定し、職員からの相談にも応じている**

研修の受講者は研修報告書を記載するとともに資料を回覧したり会議、委員会等で報告研修を行い、研修内容を共有している。昼食時には施設長と気軽に会話できる機会を設け、ランチ面談として利用者支援に対する職員の思いを傾聴したり、個別の相談も受け、コミュニケーションを深めている。また、上長との個別面談も回数を増やすことで、コミュニケーションにつなげている。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

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

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

看取り支援のさらなる充実化を目指し、昨年度は研修に力を入れたり看取り支援終了後のデスクカンファレンスで振り返りを行い、職員一人ひとりの意識の向上を図っている。法人の病院が隣接しているため、医師や看護師との連携は充実しているが、夜勤等少数人数での勤務時の不安の解消を目指している。法人内には看取り支援を実施している特別養護老人ホームが3事業所在るため、研修にも出掛けている。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> <li><input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

これまでは看取り期になると法人内の特別養護老人ホームへの転苑が多かったが、自事業所での看取り支援の実施を大きく意識し、施設内研修では死生観等にも向け、さらに看護師を中心とした経験談も多く傾聴している。当初は不安があったが、意識して利用者の最期を看取ったことで気持ちが大きく変わっている。また、デスクカンファレンスでは共通した思いも生まれ、次の利用者への意識が高まっている。今年度も看取り支援を行い、職員の意識がさらに向上している。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

昨年度も新型コロナウイルス対策に力を入れ、利用者の安全の確保を図っている。ワクチン接種の徹底とともに、換気も繰り返し、可能な限り外部との接触を避けるようにした。また、マスクの着用や手洗い、アルコール消毒等は前々年度から引き続いてきたため、ルーティン化したまま継続している。また、職員はPCR検査も定期的に実施し、法人内での連携体制を目指している。

目標の設定と 取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評</p> <p>連続して同じ目標ではあったが、換気やアルコール消毒等はルーティーン化し、職員だけでなく利用者の意識も安全の確保に向けられた。また、新型コロナウイルスシミュレーションを全職員参加で実施し、罹患時に「具体的に何をやるか」を繰り返して共有、今年度は2週間に1回のペースで実施している。新型コロナウイルスだけでなくノロウイルスやインフルエンザ等、感染症全体におよび、今年度も連続して感染症予防対策を掲げ、利用者の安全の確保を図っている。</p>	

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 5/5
評価項目1 利用希望者等に対して介護サービスの情報を提供している		評点(00000)
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、介護サービス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. 新たに介護を必要とする利用希望者等や入居者に向けて、介護サービスの利用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	4. 介護サービスの情報を、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	5. 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>事業所の情報はホームページやパンフレットで提供している</p> <p>事業所の情報は法人のホームページからケアハウスとして分かり易く提供している。さらに併設のグループホームとともに「あじさい苑パンフレット」を作成し、当事業所の情報を提供している。パンフレットは写真や絵を活用し、文字も大きくして読みやすいように工夫している。さらに市内を中心とした当法人の病院や特別養護老人ホーム等、利用者の状態の変化に応じ、他の介護サービスも選択できるようにしている。</p> <p>市へも事業所や利用者の状況を報告し、市のホームページや冊子等からも提供されている</p> <p>事業所や利用者の情報は市へ入居者数とともに定期的に報告し、市のホームページや冊子からも市民へ情報として提供されている。また、市内を中心とした居宅介護支援事業所へもパンフレットを中心に提供し、地域包括支援センターとも連携している。当法人は医療と介護、さらに保育も網羅した医療および福祉の総合法人として地域に貢献しているため、各施設等とも連携し、各種の情報を共有している。</p> <p>各種の相談や見学の希望には何時でも対応している</p> <p>電話での問い合わせにはその場でも応じ、介護等の相談にも答えている。また、来所や見学の希望には希望する日時に合わせ、丁寧な説明を行っている。併設のグループホームと同日での見学希望や、予約なしでの見学希望にも応じ、丁寧な説明を心掛けている。</p>		



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	7/7
<p>評価項目1 介護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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 介護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. 介護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. 介護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
<p>評価項目2 介護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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 介護サービス開始時に、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. 介護サービスの利用開始直後には、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. 介護サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 介護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

**入居が内定すると事業所内で生活上のルールや重要項目等を説明している**  
 一般のケアハウス入居者が経年の変化に伴い、特定施設入居者生活介護に移行するケースがあり、初めて当特定施設入居者生活介護を利用するケースもあるが、どちらも移行や入居が内定すると事業所内で家族も同席のうえで、事業所での生活上のルールや重要項目、さらに負担金等を説明している。さらに初めて当事業所へ入居する場合には入居予定者の事業所内の見学も勧め、入居後のイメージづくりにつなげている。入居日までは契約書や重要事項説明書を読み合わせ、同意を得ている。

**家族からも協力を得、入居前アセスメントを詳細に行っている**  
 入居前には家族からも協力を得、詳細なアセスメントを実施している。入居予定者の生活史や生活習慣、趣味やこだわり等を収集し、入居後の事業所での生活設計や支援に向けている。また、入居予定者を担当しているケアマネージャーや医療・介護関係者からも情報を収集し、家族の意向とともに計画に組み入れるようにしている。

**入居当初は利用者に寄り添い、不安やストレスの軽減を図っている**  
 ケアハウスの同じ居室での入居のまま特定施設入居者生活介護としての支援に切り替わるケースがほとんどのため、日常的に良好なコミュニケーションがなされ、落ち着いた生活に向けられている。また、事業所の方針として看取りも視野にした「終の棲家」としての支援も掲げているため、利用者や家族の希望に応じて厳かな最期への支援も行っている。特別養護老人ホームや病院等への転院・転所には積極的に情報を提供するようにしている。転院・転所は同法人内でも可能としている。

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

11/11

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特定施設サービス計画を作成している

評点(〇〇〇〇)

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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当

評価項目3  
利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○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-3の講評

計画の見直し時には利用者から希望も聴き、計画や支援に組み入れている

利用者の計画は6ヵ月毎に見直しを行うことを基本とし、入居当初だけは利用者の状況に並び、早期での見直しを行っている。計画の見直し前には利用者から希望を聴き、組み入れている。また、家族へはサービス担当者会議の開催を伝え、欠席時には電話や面会での来所時に希望を確認している。利用者の状態に大きく変化がみられた場合にはその場合も含め、緊急や早期での計画の見直しとともに新たな支援にもつなげている。

計画の見直しに合わせ、再アセスメントも行っている

計画作成担当職員は計画の見直しに合わせ、再アセスメントを行っている。利用者からの受け答えや状態も観察し、新たな課題の抽出にもつなげている。さらに毎月モニタリングを行うことを基本とし、看護師や管理栄養士とも連携、計画に対する支援の評価を行っている。また、その結果はアセスメント表に追記し、カンファレンスで共有、時には計画や支援方法の変更にもつなげている。

法人内共通の介護ソフトを活用して記録し2回の申し送りで利用者の状況を共有している

法人内の病院や特別養護老人ホームと同様の介護ソフトを活用し、ICT(情報通信技術)化を進めている。そのため、病院でも利用者の状況把握がなされている。介護ソフトには利用者の日常の状況や体温や血圧等のバイタル結果、食事量や体重等のすべてを記載、就業時にはすべての職員が業務日誌とともに閲覧している。さらに勤務の都度申し送りも行い、電子媒体の申し送りを閲覧することで利用者の状況を共有している。

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

5/5

評価項目1  
利用者のプライバシー保護を徹底している

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2  
サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(00)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー5の講評

利用者一人ひとりの羞恥心やプライバシーに配慮した支援を行っている  
 契約時には個人情報保護法を説明、利用者の情報の提供先や提供内容等を家族も含め共有している。また、利用者宛の郵便物は家族の来所時に直接渡したり、個別で家族とのルールを作るようになっている。居室やトイレ等はノックや声掛けで許可を得てからドアを開け、入浴や排泄、着替えは同性職員による支援を基本とし、異性の場合には利用者に確認の上で行っている。

価値観や生活習慣に配慮し、その意思を尊重した支援を行っている  
 詳細な入居前アセスメントや再アセスメントを実施し、利用者一人ひとりの嗜好や習慣、こだわり等に合わせた支援を行っている。次の行動や支援に移る前には「〇〇しましょう」と声掛けし、その時の拒否も受け入れ、無理強いのない支援を行っている。そのため、複数回確認したり必要な支援は職員が交替したり、時間を空けて声掛けするようになっている。食べ物の嗜好も把握し、健康にも配慮している。

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	5/5
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介護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、日常的に介護サービスの手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 介護サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供している介護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. 提供している介護サービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当	

サブカテゴリー6の講評

各種のマニュアル類を作成して周知、マニュアルチェックリストを記載し提出している  
 接遇や法律、利用者の安全や介助等、各種のマニュアル類を作成し、研修とともにマニュアルに基づく支援が行われている。各種マニュアル類は事務所の分かり易い棚に配備、いつでも活用できるようにしている。特に経験の浅い職員はOJTでの育成とともに各種マニュアル類を確認するようにしている。法人や事業所では「業務マニュアルチェックリスト」で支援等の細部に亘る詳細な自己評価を実施、さらに同じ項目を上長評価の上で共有、マニュアルに基づいた支援の点検や修正につなげ、業務の標準化や育成が行われている。

短期目標に対する支援内容を詳細に記載し、利用者に応じ支援手順書として活用している  
 計画の短期目標に対する支援内容をより具体的に記載し、利用者に応じ支援手順書として活用している。そのため、モニタリングで計画に基づく支援内容を確認し、カンファレンスではモニタリング結果とともに支援手順を確認したり新たな支援方法を共有している。計画の見直し時には短期目標やその支援内容をさらに詳細化し、成功例等を共有、修正したり追記している。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	16/16
1 評価項目1 特定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している		評点(〇〇〇)		
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 特定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. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当		
●あり ○なし	3. 利用者の支援は関係機関と連携をとって行っている	○非該当		
評価項目1の講評				
<p>計画に基づく支援を基本とし、申し送りで引き継いだりモニタリングで評価も行っている</p> <p>利用者への支援や1日の生活は計画に基づくことを基本とし、計画作成担当職員の作成した計画をすべての職員間で共有、申し送り等で確認しながら実践している。計画作成担当職員は計画内容の変更や支援方法の変更時には申し送りノートにも記載し、職員間での共有化に向けている。毎月モニタリングも実施し、計画に基づいた支援状況を確認、評価も行っている。</p> <p>利用者の経年による心身の変化に応じたコミュニケーションを工夫している</p> <p>ケアハウス利用から引き続き特定施設入居者生活介護として支援を受けている利用者が多く、職員は経年による心身の変化も観察、身体の動きとともに視覚や聴覚の衰えに対してもゆっくり話したり大きな声で伝える等、対応している。さらに利用者に合わせて、耳元で話し掛けたり筆談でも伝え、申し送りノートも活用しながら職員間で共有している。</p> <p>事業所内とともに施設内や法人内の多職種と連携した支援を行っている</p> <p>利用者の状態は介護ソフトや申し送り、さらにカンファレンス等で共有し、連携した支援を行っている。また、事業所内の看護師や管理栄養士等の専門職とも利用者の状況を共有し、連携した支援を行っている。さらに隣接する同法人の病院の医師とも連携、法人全体での連携した支援を行っている。特に病院とは利用者の情報をICT(情報通信技術)化により共有、医療面での早期での支援や指示も得られている。</p>				
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 利用者状況に応じた食事介助を行っている	○非該当		
●あり ○なし	2. 利用者状況に応じた入浴介助を行っている	○非該当		
●あり ○なし	3. 利用者状況に応じた排泄介助を行っている	○非該当		
●あり ○なし	4. 利用者の好みを反映した服装、整容の介助を行っている	○非該当		
●あり ○なし	5. 利用者の状況に配慮した移動・離床その他の介助を行っている	○非該当		
評価項目2の講評				
<p>利用者の嚥下状態に応じた食事を提供し、居室への配・下膳も行っている</p> <p>施設の1階には食堂が広いスペースで設けられ、食事時間になると自由に食堂まで行き、食事を楽しんでいる。必要な場合には職員が移動の支援を行い、移動が困難になったり希望する場合には居室で食事を提供している。また、声掛け等の一部や全面での食事介助も行っている。食事形態も嚥下の状態に合わせて、刻みやミキサー食、トロミも付け提供している。</p> <p>入浴や排泄はマンツーマンで支援し、羞恥心やプライバシーに配慮している</p> <p>入浴は職員とのマンツーマンでの支援を基本とし、普通浴室で楽しむようにしている。必要な場合には職員2名での支援や機械式チェア浴も設けているため、利用者の希望や状態に応じた入浴介助や支援を行っている。排泄も利用者に応じたナースコールやポータブルトイレ等での支援も行っている。歩行器やシルバーカー、杖等の移動の道具も利用者の状態や変化に応じ、車椅子はティルト等、高機能タイプも活用し、利用者の状態に応じている。</p> <p>好みの衣類を準備し、歩行器や移動の道具を工夫しながら介助を行っている</p> <p>歩行器やシルバーカー、杖等も利用者の状態や変化に応じ、車椅子はティルト等、高機能タイプも活用し、利用者の状態に応じている。自立を大切にしながら朝・夕の着替え、整容への支援や介助も利用者の状態に応じて行い、日中用の衣類は利用者の好みを確認しながら支援している。着替えや整容は利用者の可動域等も観察しながら手の届かない部分への支援や最終チェックを行うようにしている。また、訪問での理・美容も毎月来所するため、事前の予約で利用している。</p>				

3 評価項目3 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)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態を把握し、必要に応じて利用者や家族に説明をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 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
評価項目3の講評		
<p>毎朝バイタルチェックを行い、状況に応じ家族へも状況報告や説明を行っている          毎日の体温や血圧等のバイタルチェックを行い、体重測定や食事量も記録し、その推移から体調が分かるように工夫している。利用者の体調の変化に応じ、家族へも連絡した上で法人の病院を受診、さらに受診結果も家族に報告、状況に応じ詳細に説明するようにしている。また、看取り支援も行っているため、希望する家族とは連絡を密にとるようにしている。</p> <p>法人の病院が隣接地に在り、緊急時を含め必要時には医師と連携している          施設の隣接地には法人本部の病院が在り、ICT(情報通信技術)化により病院の医師が利用者一人ひとりの健康状態を把握している。そのため、利用者の状態に応じ看護師から病院へ連絡、何時でも受診できる体制とともに緊急時の体制も確立している。事業所内の看護師とは連携体制を構築し、利用者の健康情報は看護師へ集中させている。また、病院の理学療法士や作業療法士とも連携し、体操や身体を動かすゲームも行っている。</p> <p>服薬チェック表を活用するとともにマニュアルに基づく服薬支援を行っている          服薬支援に関わるマニュアルが作成され、マニュアルに基づく支援を行っている。薬の管理や配薬箱へのセットは看護師が行い、服薬チェック表を活用したうえで介護職員が服薬支援を行っている。複数の職員が確認し、服薬前には声に出して薬袋を読んだり薬を飲み終わるまで確認している。また、印鑑欄も複数設け、チェック体制を強化することで誤りのない服薬支援を行っている。</p>		
4 評価項目4 利用者の身体機能などの状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 生活機能の向上、低下の予防等に関する取り組みの計画を作成し、実施している	○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いかすことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 福祉用具は定期的に使用状況を確認し、必要に応じて対処をしている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>個別機能訓練計画書を作成し、訓練とともにモニタリングも行っている          機能訓練指導員と連携し、アセスメント結果等から面談や状態の確認を行い、利用者一人ひとりの「個別機能訓練計画書」を作成、身体機能低下予防とともに維持・向上に向けた支援を行っている。事業所を開放して「ストレッチ教室」を毎週3回開催し、近隣の人たちとも体操で身体を動かすようにしている。モニタリングも行い、新たな課題や計画にもつなげている。</p> <p>集団リハビリや個別ストレッチ等は、日常生活に役立つよう工夫されている          平日はラジオ体操や筋力体操、棒体操等、医師や理学療法士等の専門職の考案したオリジナル体操を行い、持つ、掴まる等日常生活に直結するペットボトル体操も組み入れ、体操週間予定表に基づいた機能訓練を行っている。また、毎週金曜日には楽しく続けられるように工夫された法人内認知症疾患医療センター職員による単語記憶訓練も行い、心身両面に亘る訓練を行っている。</p> <p>機能訓練指導員が利用者に合致する福祉用具を提供している          機能訓練指導員が利用者の動きを観察し、居室内ではベッドやベッド柵、ポールや手すり等を工夫している。さらに移動のための杖やシルバーカー、車椅子も同様に利用者一人ひとりに合わせ、モニタリング時には使用状況も再確認、必要に応じてタイプを変えたりシルバーカーから車椅子等への変更も行っている。職員の観察からも申し送りの記載とともに、機能訓練指導員との連携につなげている。</p>		

5 評価項目5 事業者と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族からの相談に対応する担当職員の存在をわかりやすく明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を定期的に家族に知らせている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>居室担当制を設け、計画作成担当職員や生活相談員とともに家族との窓口となっている</p> <p>利用者を担当する担当職員制を設け、家族との窓口者の一員としている。さらに計画作成担当職員や入居当初から家族と接点のある生活相談員、合わせて三者が窓口となり、相談や要望等を受けたり利用者の状況を報告している。異動時には家族へも報告しているが、担当職員は定期的に交代し、多くの職員が利用者の詳細な情報を把握できるよう工夫している。</p> <p>毎月「月次報告書」を家族宛に送付し、ホームページからブログも活用している</p> <p>毎月、「月次報告」として家族宛に利用者の様子を記載した文書とともに利用者の写真を送付している。居室担当職員がそれぞれの利用者を担当し、レクリエーションで楽しんでいる様子や全体の様子、利用者の状態等を報告している。翌月の行事等の予定も記載し、家族の参加も勧めている。また、ホームページでもブログ的な報告欄を設け、写真等で家族に利用者の様子を伝えている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル①	体操やカフェ、親子ひろば等で地域の人たちと交流している	
内容①	施設では元サービススペースの大半を活用し「親子ひろば」を運営している。当事業所の利用者也元サービスの一部スペースで過ごすため、隣接され、子どもの動きが見えたり声も聞こえ、楽しみにもつながられている。また、毎月開催する「あじさいCafé」や毎週3回実施する「ストレッチ体操」も地域に開放しているため、利用者はカフェや体操等で家族や近隣の人たちとの交流を楽しんでいる。移動スーパーとも交流し、地域貢献や利用者の楽しみはコロナ禍前の状態に戻ってきた。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-1	手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている
タイトル②	職員はマニュアルに基づく支援とともに、チェック表で自己評価や上長評価を行っている	
内容②	各種のマニュアル類を作成したり見直しを行い、すべての職員はマニュアルに基づく利用者支援を行っている。支援状況のチェックとして、「業務マニュアルチェックリスト」による自己評価で振り返りを行い、さらに同項目を上長が評価し、共有することでさらなる育成につなげている。また、上長との相違点も個別面談で鮮明にし、キャリアアップに向けた目標設定も行われている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-4	利用者の身体機能などの状況に応じた機能訓練等を行っている
タイトル③	理学療法士と連携し、利用者一人ひとりの「個別機能訓練計画書」を作成、訓練している	
内容③	病院の医師や理学療法士、さらに作業療法士とも連携、「個別機能訓練計画書」が利用者一人ひとりに作成され、体操を含む訓練やリハビリ等を毎日行っている。モニタリングも実施し、利用者の状態に応じた機能訓練につなげている。職員も理学療法士と連携、日常的に身体を動かす取り組みを行っている。利用者は「ストレッチ体操」にも参加し、健康や機能の維持、改善を目標に身体を動かしている。	



No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	法人や施設内での連携で利用者の楽しみと同時に地域貢献の場を増やしている
	内容	当事業所は同法人の病院や保育園と隣接し、グループホームとの併設施設として医療や福祉両面での地域貢献を果たしている。特に当施設1階は広く設計され、併設していた元デイサービスのスペースには市との連携で「親子ひろば」として地域の母子の交流の場を提供している。小さな子どもの遊び場であったり、新米ママの交流や相談の場としている。また、運動やリハビリにも力を入れ、毎週3回「ストレッチ体操」の日を設けて事業所を開放、毎月開催する「あじさいCafé」でも介護や医療の相談にも応じ、利用者との交流とともにより多く貢献している。
2	タイトル	医療面での安心の提供とともに、家族へも福祉面での安心を提供している
	内容	法人の病院が隣接しているため、日常の健康管理だけでなく緊急時にも素早い対応がなされ、医療面での安心を提供している。利用者は入居前から法人の病院が主治医であったり、子や孫が保育園を利用したり卒園児であったり、家族がグループホームや特別養護老人ホームに入居したり等々、法人の医療支援や福祉支援の中で生活している。また、体操や機能訓練は利用者一人ひとりの心身の状態に応じ、専門性を活かした観察の上で歩行訓練や各種の体操等で毎日身体を動かしている。レクリエーションでも楽しみながら活動している。
3	タイトル	特定施設入居者生活介護単体ではないため、ケアハウスやグループホーム利用者とはいつでも交流している
	内容	居室フロアはケアハウスとの混在型であり、1階には食堂や交流スペースが在るため、ケアハウスやグループホームの利用者との交流の機会が自然体で設けられている。また、1階には「親子ひろば」も設けられ、デイサービススペースで寛いでいる利用者は見学するだけでも心が落ち着いている。グループホームの利用者とは事業所の大きな行事で交流するとともに、日常的なレクリエーションでも一緒に楽しみ、事業所を開放して開催する「ストレッチ体操」では施設内だけでなく地域の人たちとも交流し、大きな輪の中で生活している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	さらなる職員の育成が期待される
	内容	事業所では年間の研修計画を作成し、電子媒体を活用したり外部研修への参加等にも支援している。また、職員一人ひとりが「業務マニュアルチェックリスト」で、マニュアルに基づいた支援に対する自己評価を行っている。そのため、職員一人ひとりの得意・不得意を共有し、両方の育成が期待される。得意な部分はさらなる自信につながるものと思われる。
2	タイトル	ヒヤリハットをさらに多く収集し、利用者の安全の確保に向けた支援手順書につなげていきたい
	内容	事故やヒヤリハットは報告書等で共有し、検証することで事故防止や再発防止につなげている。その中で、ヒヤリハットを多く収集し、利用者一人ひとりの事故等に至らないための支援手順書等につなげることが期待される。複数の職員が同様のヒヤリハットを経験する場合には事故の可能性が大きくなるため、多くを共有していきたい。
3	タイトル	施設内全職員間での情報共有に向け、さらなる電子媒体等の導入が期待される
	内容	当事業所は一般ケアハウスや併設のグループホームとの交流の機会をより多く設定し、利用者の交流の幅や楽しみを提供している。職員間では介護ソフト等を活用したり全体での申し送り等で、利用者の状況を共有、全体での支援体制の構築化につなげている。そこで、さらなる電子媒体等も活用し、利用者の状況のリアルタイムでの共有が期待される。ICT(情報通信技術)化を活用していきたい。