

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和2年度】

2021年 4月 26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

〒 106-0032
所在地 東京都港区六本木四丁目3番11号 六本木ユニハウス22
3号

評価機関名 サポート・ネット株式会社

認証評価機関番号
電話番号 03- 5655- 0851
代表者氏名 三田村 雅敏

機構 13 - 220



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	三田村 雅敏	経営	H0202033
	②	中尾 元信	福祉	H0202038
	③	小池 美枝子	福祉	H1901033
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】			
評価対象事業所名称	和楽ホーム		指定番号	1372800100
事業所連絡先	〒	198-0002		
	所在地	東京都青梅市富岡1丁目318番地		
	TEL	0428-74-4411		
事業所代表者氏名	宮澤 良浩			
契約日	2020年 7月 15日			
利用者調査票配付日(実施日)	2020年 12月 7日			
利用者調査結果報告日	2020年 12月 20日			
自己評価の調査票配付日	2020年 10月 9日			
自己評価結果報告日	2020年 12月 16日			
訪問調査日	2020年 12月 23日			
評価合議日	2020年 12月 23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)	事業者の組織価値観に基づいて組織変革を促進し、独自の強みを発揮できる特徴的な組織として認識されるための課題を確認することを目的に、第三者評価制度の実施を位置付けています。本評価では、事業者の事業特性と事業環境、および組織の状態に基づき導出した、事業競争力の強化につながる重要方針について、事業者と評価者とが共有しました。評価者はそれぞれの専門的観点を持って、重要方針に基づく評価の視点を明らかにし、全てのカテゴリーにわたる取り組みとその状態について評価しました。			

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。

2021年 3月 29日

事業者代表者氏名 社会福祉法人 博仁会 和楽ホーム ホーム長 宮澤 良浩



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)法人理念 2)法人理念に基づく行動基準(博仁会三訓)の実践 3)入居者本意の個別ケアの実践 4)自らが成長し続ける為の「博仁会育成の三旨」の実践 5)地域福祉としての役割</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・礼節を尊ぶことのできる職員 ・細かい配慮(目配り、気配り、心配り)ができること ・基本に忠実であること <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"> ・自らが自覚と責任をもった行動、発言ができること ・常に必要となる知識、技術に対する向上心、探究心を持ち続けること

調査対象

事業所と協議し、入居者120名からコミュニケーションの取れる19名を対象に、対面聞き取り方式によるアンケート調査を実施しました。

調査方法

聞き取り調査は、コロナ禍の状況を鑑み1階エントランスホールに利用者をお連れし、ソーシャルディスタンスに十分配慮して実施しました。調査員4名を配し、調査時間は1名30分程度で終わるよう配慮し、入浴時間を避けるなど利用者のスケジュールを優先して実施しました。

利用者総数

120

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
0	19	19
0	19	19
0.0	15.8	15.8

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

調査対象利用者の回答が19名中、14名(75%)以上の回答を「はい」と分類した項目は、食事(問1)、介助の充足度(問2)、施設内での自己実現・余暇活動(問3)、施設内美化・保清(問5)、職員の接遇態度(問6)、緊急対応(問7)、個人の尊厳の尊重(問9)、意見・要望への対応(問13)と多岐に渡っており、良質なケアの提供に努めていることが調査結果の数値になって表れているといえます。一方、計画立案の際の要望の把握(問11)、支援や計画についての説明(問12)について、計画を認識している調査対象利用者は少数に留まりました。利用者には支援計画の説明はしていますが、記憶に留めておくことが難しいようです。総合的な満足度としては、約8割の調査対象利用者が満足を示しており(大変満足、10.5%、満足、57.9%、少々満足、10.5%)、昨年度より約6ポイント増加しました。日ごろ感じている施設に対する意見について、職員の接遇態度、言葉遣いへの満足度が高い意見がいくつか寄せられましたが、一部の職員への改善期待を寄せる声もみうけられました。

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》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	17	2	0	0
調査対象利用者19名のうち、17名(89.4%)の回答内容を「はい」としました。「おいしい」「最近、味付けがなくなった」などの意見が寄せられました。「量以外は満足している」「味が濃い」など、改善期待のある声も寄せられました。多少の改善期待の声が寄せられましたが、調査対象利用者の満足度はかなり高いことが見受けられます。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	15	1	1	2
調査対象利用者19名のうち、15名(78.9%)の回答内容を「はい」としました。「職員の方が大好き」「自分一人ではできないが、ちゃんとやってくれる」「不自由はしていない」等、満足度の高い声が多くみられました。しかしながら、「不自由は感じる」「職員によっては、車いすから立って歩くように言われる」等、改善期待の声も寄せられました。多少の改善期待の声が寄せられましたが、調査対象利用者の満足度はかなり高いことが見受けられます。				
3. 施設の生活はくつろげるか	19	0	0	0
調査対象利用者19名全員の回答内容を「はい」としました。「テレビが好き」「仲間と話をしたり、出掛けたりしている」「編み物が好き」「日記をつけている」等、それぞれ思い思いに過ごしていることが見受けられます。満足度の高い声が多くみられました。「日中ヒマでしょうがない時がある」「金銭的な制限はあるが、何とか過ごしている」等の声も寄せられましたが、調査対象利用者の満足度はかなり高いことが見受けられます。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	13	2	1	3
調査対象利用者19名のうち、13名(68.4%)の回答内容を「はい」としました。「よく聞いてくれる。面倒も見えてくれる。『何か困ったことはない?』とかよく聞いてくれる。大好き」「『うるさい』と思うくらいに聞いてくれる」「良くしてもらっている」などの意見が寄せられました。「あまり聞いてくれない」「病院じゃないから難しいと思う。看護師は人数少ない」「忙しそうで大変そう」などの改善期待のある声も寄せられましたが、調査対象利用者の満足度は比較的高いことが見受けられます。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	18	0	0	1
調査対象利用者19名のうち、18名(94.7%)の回答内容を「はい」としました。「いつもきれいになっている」「きれいに掃除してくれる」などの意見が大半でした。ほぼ全員の回答者の回答内容が「はい」と選択できたことから、調査対象利用者の満足度はかなり高いことが見受けられます。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	18	1	0	0
調査対象利用者19名のうち、18名(94.7%)の回答内容を「はい」としました。「すごく丁寧。すごく良い」「みんなきちんとしている」など、満足度の高い意見が寄せられた一方、「人によって違う。悪い人もいる」「優しい人はすごく優しいが、一部に言葉遣いなど悪いのがある、喧嘩したことがあり、今日もした」などの改善期待のある意見が寄せられました。改善期待の意見はみられたものの、ほぼ全ての回答者が「はい」と判断できる回答を寄せられたことから、調査対象利用者の満足度はかなり高いことが見受けられます。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	17	1	0	1
調査対象利用者19名のうち、17名(89.5%)の回答内容を「はい」としました。「病気もケガもしていないが、したらずごく良く対応してくれると思う」「入院した時にちゃんと対応してくれた」「安心している」など、たくさんの満足度の高い意見が寄せられました。ごく少数ながら「職員による」旨の改善期待の意見も寄せられました。「体調が悪くなったことが無い」旨の意見は「非該当」としました。9割近い回答者が「はい」と判断できる回答を寄せられたことから、調査対象利用者の満足度はかなり高いことが見受けられます。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	11	2	1	5
調査対象利用者19名のうち、11名(57.9%)の回答内容を「はい」としました。「ちゃんと見てくれていると思う」「いじめとか全然ないが、あればきちんとしてくれると思う」「たまに見かけるけど、職員がいるので大丈夫」などの満足度の高い意見が寄せられました。一方、「職員による」「ある利用者はすぐに顔を叩く癖があり、私も顔を叩かれたので、職員に言ったが満足な対応をしてくれなかった」旨の改善期待の意見も寄せられました。「そのような経験がない」「喧嘩やいじめはない」旨の意見は「非該当」としました。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	16	2	1	0
調査対象利用者19名のうち、16名(84.2%)の回答内容を「はい」としました。「きちんとしてくれる」「若いのにきちんとしている」「態度がすごく良い」「そう思う」「食事の人とか看護師さんとか色々聞いてくれる」等、満足度のある意見が多数寄せられました。「職員による」「怒る人がいるからねえ」との改善期待の意見もありました。8割以上の回答者が「はい」と判断できる回答を寄せられたことから、調査対象利用者の満足度はかなり高いことが見受けられます。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	13	1	0	5
調査対象利用者19名のうち、13名(68.4%)の回答内容を「はい」としました。「守ってくれていると思う」「大変満足しているが、特に聞かれて困ることもない」「大丈夫」等の声も寄せられました。改善期待の意見として「難しいからね」との声も寄せられました。「見られたくないことなどない」「隠すようなこともない」「わからない」等の声は「非該当」としました。約7割回答者が「はい」と判断できる回答を寄せられたことから、調査対象利用者の満足度は高いことが見受けられます。				
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	5	1	0	13
調査対象利用者19名のうち、5名(26.3%)の回答内容を「はい」としました。「説明してくれたと思う」「タオル巻きを手伝っている」「聞いてくれる」等の意見が寄せられました。「知らない」「わからない」等の意見は「無回答」としました。調査対象利用者の大半は、記憶に留めていることが難しいようです。				
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	4	1	1	13
調査対象利用者19名のうち、4名(21.1%)の回答内容を「はい」としました。「やってくれる」「大丈夫」等の意見が寄せられました。「難しいからね」「無い」との改善期待の意見も寄せられました。「説明されたことはない」「話したことはない」「そのような説明はない」「よくわからない」等の意見が多く見られ「無回答」としました。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	15	3	1	0
<p>調査対象利用者19名のうち、15名(78.9%)の回答内容を「はい」としました。「やってくれると思う」「話はよく聞いてくれている」「えこひいきはしない」「不満はない」などの意見が寄せられました。「不満はないが、あったとしても言わない」「職員によると思う」「あまり自分から言わないようにしている」「なかなか言うことは出来ない」などの改善期待のある意見も寄せられました。改善期待の意見は寄せられましたが、8割近い回答者が「はい」と判断できる回答を寄せたことから、調査対象利用者の満足度は高いことが見受けられます。</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	9	2	0	8
<p>調査対象利用者19名のうち、9名(47.4%)の回答内容を「はい」としました。「知っていた」「聞いたことはある」「先日青梅市の人も来た」「3年に1回来てくれてい」などの意見が寄せられました。「知らなかった」「伝えられたことはないが、困ることもない」「聞いたことはない」などの意見が多く寄せられましたが「非該当」としました。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/>非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <input type="radio"/>非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えていく <input type="radio"/>非該当
	カテゴリ1の講評	
	経営理念・ビジョンを運営に関わる全ての人へ浸透を図り、価値観の共有を図っています 法人理念や施設方針は法人経営計画書に明記され全職員へ配布し、朝礼時には法人理念の唱和を行っていましたが、新型コロナ禍の状況下を鑑み朝礼や各種会議は必要最小限の人員で集まっていることで、リスクの低減を図っています。また、法人手帳には組織の行動基準が明記され、入職時には法人経営計画書をもとに理念・方針に関する研修を実施しているなど、全職員への法人理念の浸透と価値観の統一を図っています。法人理念でもある「人間愛」を基調とする価値観の共通認識を図っていることにより、利用者への質の高い支援の実施につながっています。	
	施設運営の取り組みについての意図を、職員が理解できるよう伝えることが期待されます 法人の人事制度や経営層の責任と業務内容などは、役割等級制度として役割基準書に明示されており、全職員に配布していることで経営層の役割と責任を明確にしています。役割基準書には、全等級の責任の範疇と業務内容を記載し、施設運営の仕組みについての職員理解を促しています。半期ごとの人事考課の際の職員面接では、職員のモチベーションアップや目的達成のためのプロセスのアドバイスをを行うなど、リーダーシップを発揮した施設運営が行われていますが、その取り組みの意図を職員が理解できるよう伝え、納得度を高めることが期待されます。	
	重要案件の決定プロセスについて、職員の理解度や浸透度を点検することが期待されます 重要案件決定に関してのプロセスは規定により明文化されており、各種会議にて議案が検討された後に上層会議へとかけられて決定していることから、職員の意見や現場の実情が反映される仕組みが機能しています。決定した内容については、経営者会議や職員会議などを通して浸透が図られ、決定までのプロセスの透明性と決定内容の理解ができるよう取り組んでいますが、それらの取り組みについての、職員の理解度や浸透度について点検し課題を洗い出すことが期待されます。	

カテゴリ-2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ-1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>利用者ニーズや職員の意向等の把握に努め、継続的なサービス改善につなげています</p> <p>入居者懇談会は、新型コロナ禍の影響を受けることなく実施できており、従来型特養は階ごとに、新型特養はユニットごとに入居者懇談会を行い、生活相談員が利用者から意向を聴取し、食事や介助方法などの改善やサービスの質の向上に繋げています。事業所運営に対する職員の意向は悪の手段として、各種会議や日常的なミーティング等で把握し検討されています。把握した利用者ニーズや職員の意向等について、経営会議及び職員会議などで検討され課題を明確にしているなど、多角的に意向を把握し継続的なサービス改善につなげています。</p> <p>地域の福祉ニーズを把握し、施設運営に活かせる体制の整備に努めています</p> <p>地域の高齢者福祉に関する現状把握のために、同法人の通所介護事業所や居宅介護支援事業所等との連携や、近隣地域の居宅介護支援事業所、病院、介護老人保健施設、地域包括支援センターなどの福祉関連事業所との情報交換等で地域ニーズや経営関連情報の収集に努めています。福祉関連の公的団体が主催する各種会合は、新型コロナ禍の影響で中止または延期になり情報交換は難しい状況ですが、印刷物やメール、ホームページへのアクセス等で情報収集に努めており、施設運営に活かせる体制の整備に努めています。</p> <p>中長期計画や年度ごとの事業計画は、課題の解消に向けた内容の立案に努めています</p> <p>毎年更新している事業計画書に、経営目標として長期経営目標と中期目標が項目として明示されており、それに沿った施設運営が行われています。経営計画の作成にあたり、各種会議で事業計画に関わる達成度合いの確認や、サービス、運営に関する改善課題などを把握して、事業報告書や事業計画書の作成につなげています。中長期計画は、来年度の法改正や新型コロナ禍の影響などを踏まえ今年度見直ししており、来年度はケア場面で使い捨て手袋やサージカルマスクを必ず使用するなど、感染症対策を強化するなど、課題の解消に向けた計画立案に努めています。</p>		

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

評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ3の講評

法・規範の遵守について、職員共有の機会を多く持ちより深い理解浸透を図っています
 守るべき法・規範について、「博仁会職員必携」に取りまとめ職員に配布しており、法人理念を達成するための行動基準を「博仁会三訓」として明示し、職員会議や朝礼での唱和、新任研修や職員会議など、価値観の共有の機会を多く持ち職員へのより深い理解浸透を図っています。苦情解決制度については重要事項説明書に明記しており、施設の玄関および各階・ユニットごとの掲示板に掲示しているほか、ホームページに意見や要望、苦情などのお問い合わせフォームを設定しているなどで施設の姿勢を示し、利用者や家族への周知に努めています。

利用者の権利擁護のための取り組みが、組織的に行われています
 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動から虐待につながる事の無いよう、虐待防止策と対応については各種マニュアルを整備しているほか、高齢者虐待防止委員会を3ヶ月毎および必要に応じて開催しその中で確認や検討が行われているなど、利用者の権利擁護のための取り組みが組織的に行われています。また、適宜職員会議等で確認・徹底しているなど、職員への指導体制の強化を図り、職員同士が主体的に注意し合える関係性の構築に努めており、職員による虐待に該当する事例は過去数十年にわたり発生していないことが成果として挙げられます。

コロナ禍の中でも地域活動を行っており、地域の福祉文化への貢献に努めています
 地域交流は盛んに行われており、書道、生け花、陶芸などの各種クラブ活動の講師や、ドックセラピー、傾聴など、数多くのボランティアが訪れています。また、地域の方が中心となって喫茶コーナーを運営していましたが、コロナ禍の影響でボランティア活動は、ほとんど中止もしくは延期となっています。また、認知症指定病院である系列病院と、自治体、当施設が協働して行っていた介護者教室の再開に向けて、定期的に検討会を行っており、加えて、業界団体の高齢福祉の委員長を引き受けているなど、地域の福祉力の向上や福祉文化への貢献に努めています。

カテゴリ4

4 リスクマネジメント

サブカテゴリ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(〇〇〇〇〇)
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の実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
<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4の講評		
<p>リスクマネジメントに対する職員の意識を高め、質の高いサービスの提供に努めています</p> <p>事故防止、身体拘束廃止、虐待防止、感染症対策など、リスクマネジメントに関する委員会を設置し、各種マニュアルの見直しや、職員から報告されるインシデントレポートを基に毎月会議を実施し対応策などを検討しています。現任職員研修としてリスクマネジメント系の各委員会が、事故防止、身体拘束廃止、虐待防止、感染症対策、救急救命などをテーマにした研修を毎月行うことを法人経営計画書に位置付け、職員の意識や能力向上を図っています。リスクマネジメントに対する職員の意識を高め、安心・安全で質の高いケアサービスの提供に努めています。</p> <p>事業継続計画(BCP)の、職員へのさらなる理解の深耕に努めることが期待されます</p> <p>事業継続計画(BCP)の策定について、法人内の各施設の運営責任者で構成する策定委員会で検討・策定され、各フロアや各部門にファイルにして設置し、職員は適宜確認できるようにしています。また、危険予測訓練を実施しており、毎月の発生状況を分析し次月以降の対策につなげ、ノウハウの蓄積に努めています。今年度は内容を見直し、新型コロナ禍の状況下から感染症リスクを加えましたが、事業継続計画(BCP)の趣旨に沿った訓練の実施が今後の課題としていますが、まずは職員へのさらなる周知に努めることが期待されます。</p> <p>利用者家族や職員、実習生などに、個人情報保護に関する考え方と対応を明示しています</p> <p>利用者や利用者家族に対しては契約時に法人や施設の姿勢を説明したうえで「個人情報の使用に係る同意書」をいただき、職員に関しては採用時に個人情報保護に関する誓約書を取り付けています。個人情報保護方針や個人情報保護規程は規程集の中にファイルし、いつでも閲覧可能な状態にしています。情報開示の請求については、施設内の掲示板に掲示しており、ボランティアにはボランティアガイドブックを利用してオリエンテーションを、実習生にも行う仕組みを確立しているなど、個人情報保護に関する施設の考え方と対応を明示しています。</p>		
カテゴリ5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	

評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/3
----------------	------------------	-----

評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-5の講評

介護職員の業務負担の軽減を主眼に置き、職場環境の改善に努めています

必要な能力要件や職員評価については、役割等級制度要綱、評価制度要綱、賃金制度要綱に明示しており全職員に配布し、管理職および選抜されたリーダー職員で定期的に見直されています。また、半期毎に人事異動の必要の有無を部門毎に検討し、定期的および必要に応じて人員配置が行われているなど、適材適所の人員配置に努めています。また、清掃やベッドメイキングなど利用者への直接介護ではない業務に専用の職員を配し、介護ロボットやパワーアシストスーツの導入など、介護職員の業務負担の軽減を主眼に置き、職場環境の改善に努めています。

職責、職務に応じた役割等級制度に沿った個別育成計画を基に、研修計画を立てています

職員育成について人事制度要綱に基づき、職責、職務に応じてキャリアパス制度を実施しており、半期ごとに実施する個別に行う職員面接に向けて、人事考課シートに個別育成希望を職員自身が記入し、面接で上席とともに振り返りや確認が行われています。人事考課シートには、役割等級制度に基づき職員ごとに与えられた等級に対する役割分担が明記しており、それに沿った個別育成計画が組み立てられています。職員は、習得すべき内容の施設内外の研修に参加し、理解が不十分であれば繰り返し学習する仕組みがあることで、職員の納得性を高めています。

業務の負担軽減とともに効率化に取り組んでおり、職員への普及・定着に努めています

法人や施設の事業方針や財務状況などの職員への情報発信や、職員個別の育成計画を、実行・実践するための職員支援の取り組みや、年2回の長期休暇、月単位でのスポット休暇の取得促進、ストレスチェック、相談相手としての「エキスパート」の存在など、職員の働きがいや意欲向上に向けて就業環境の改善に取り組んでいます。また、利用者情報や日々の記録のICT化やシルエット見守りセンサーの導入、看護師・医師との24時間オンコール体制の外注など、業務の負担軽減を図るとともに効率化に取り組んでおり、職員への普及・定着に努めています。

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)

経営収支の改善を課題・目標とて挙げました。
前年度に行った具体的な取り組みとして、入居待機者減少や人材確保の困難などの理由が重なって、当施設の経営数値においては、平成28年度より連続赤字が続いています。良質なサービス提供も、施設としての経営基盤が確立し、はじめてなし得ると考えます。年度ごとの安定した収支を確保することを短期目標とし、赤字からの脱却に向け、経営指標となる稼働率の改善を図っていきます。
上記の目標を達成するために、前年度に行った具体的な取り組みとして、西多摩地区にある特別養護老人ホーム事業者が共同で連絡事務所を作り、申し込みの1本化やホームページの運用、ガイドブックの発行を行っており、ホームページやガイドブック閲覧後にパンフレットを取り寄せた方や利用申し込みをした方への対応を重視し、迅速なアプローチと丁寧な対応に心掛けました。また、ガイドブック経由の場合だけではなく、外部からの問い合わせ等に適切な対応がいつでも可能となるよう、相談部門と事務部門の連携を強化してスムーズな応答を通じて入居者確保につなげました。

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

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

前年度末までの取り組みの状況や目標達成の度合いとしては、西多摩地域の特別養護老人ホーム事業者の共同ガイドブックやホームページの運用が、各保険者や地域包括支援センター等で着実に進み、問い合わせ件数は増加しましたが、資料請求のみなどで入居につながる件数は1割程度に留まりました。
今年度の目標設定や取り組み内容について、ガイドブックやホームページは利用希望者の閲覧や申し込みなどの活用が浸透しつつある中、申込者が複数の施設へ同時に申し込みをしていることから、当施設を選択してもらえるよう前年度に引き続き迅速かつ丁寧なアプローチを行っていきたくとしています。
西多摩地域の特別養護老人ホーム事業者が共同して運用している、ガイドブックやホームページが定着しており、問い合わせ件数も順調に伸びています。利用者にとって1つのサイトから複数の施設に同時に申し込めることに利便性を感じ、利用率も伸びていることが見受けられます。今後とも、引き続き迅速かつ丁寧なアプローチを行っていくとありますが、当施設の特徴や力を入れて成果があがっている取り組みを伝えるなど、成約率の改善に向けて工夫を凝らしていくことが期待されます。

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)

情報共有を重要課題として挙げました。全職員がそれぞれの入居者に関する同じ情報を持ち、誰もが一定のケアサービス提供することができるように徹底し、業務の標準化を目指します。ICT環境が整備され、各種の情報がタイムリーに共有できる環境が整ったため、情報共有に向けた運用面での検討が必要となっていることが、その課題を抽出した理由・背景として挙げました。

その目標を達成するための具体的な取り組みとして、ICT委員会を立ち上げ、定期的に機器の操作方法の普及活動と具体的な運用面でのマニュアルを完成させました。

その取り組み成果として、ICT委員会主導により、介護現場でICTを活用した記録の入力を実施する仕組みを構築しました。

今後の方向性として、ICTの運用の定着を図ることを挙げました。具体的には、前年度に導入したICTを活用し、入居者一人一人の情報を施設内のいつでも、どこでも共有でき、必要なアプローチが適時的確に行えるよう、共有方法を検討しました。

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

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

ICTの導入により、情報共有が進み業務の効率化が進み、加えて夜間オンコール体制、見守りセンサー、介護ロボット、パワーアシストスーツなどの導入、施設内の清掃・ベッドメイキング専門の職員の配置など、介護職員の業務負担の軽減を図ってきました。施設の取り組みとして、他施設ではあまり見られない「エキスパート」や3名の「チーフ」を配置し、意思疎通や価値観の共有を円滑に職員に浸透させてきたなど、人員配置、ソフト面、ハード面の3方向から業務環境の改善に取り組んできました。それらの成果を実感できている職員がいる一方、依然として負担感を感じている職員もいるようです。どのようにしたら職員がそれらの取り組みの意図の理解を深め、能動的に主体性をもって業務改革に取り組めるか、職員の真の意向の把握に取り組むことが期待されます。

II サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリー1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評			
<p>ホームページやパンフレット以外に地域の特養合同でのネット紹介でも発信しています</p> <p>施設を紹介するツールとしては、法人のホームページや法人が法人全体のニュース等を紹介する月1回発行の「博仁会だより」、パンフレットがあります。ホームページやパンフレットには、理念や併設施設等の紹介、施設の内部や施設の従来型とユニット型のそれぞれの説明、行事や日々の暮らし、クラブ活動の様子等が写真を多く使って分かりやすく紹介されています。また、西多摩地区の多くの施設が協働して設置している施設の紹介や入居申し込みもできるインターネットでの「西多摩特養ガイド」にも施設の内容を掲載し問い合わせも増加しています。</p> <p>広報誌である「博仁会だより」も読み易いように工夫され、関係者にも配布されています</p> <p>ホームページと同様に、月1回発行される「博仁会だより」も、ホームページの閲覧者や読者に配慮し、字体を大きめにしており、活動の内容がわかりやすいように、行事やその都度の写真を多く使って広報を行っています。「博仁会だより」は家族や外部支援者である後援会の方々、公的機関や社会福祉協議会、地主やボランティア、地域や地元の方々へと広い範囲に渡って配布されています。見学者や入所希望者への説明や営業のために施設の特色を伝える施設独自の媒体の作成も検討されていましたが、今回の緊急事態を受けて一時棚上げとなっています。</p> <p>コロナ禍での制限はありますが、可能な範囲で丁寧な対応を行うように努めています</p> <p>「西多摩特養ガイド」との関連で区内の行政や家族からの問い合わせも多くなってきていますが、コロナ禍により見学についてはパンフレットを送付し、来館時には館内の見学は不可なのでタブレットで館内の写真を見て頂くようにしています。問い合わせ、見学は基本的には相談員が対応を行います。見学の際には従来型とユニット型の料金を含めた施設の特徴などを中心に説明を行い、医療対応の範囲、入所までの期間等の見学者の質問にも丁寧に対応を行い、自然豊かであり、庭園等で様々な行事を実施していること等を主に説明しています。</p>			

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	6/6
2	サービスの開始・終了時の対応		
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>入所時の面談やオリエンテーションで施設の説明と利用者情報の聞き取りに努めています</p> <p>利用申し込み書を入手後、事前の説明と事前情報の収集を兼ねて相談員が看護師と共に利用者、家族への事前面談に赴き、相談員等が記入した事前面談表、医師の診断結果を基に、ホーム長及び各職種による入所判定委員会で決定を行います。介護支援専門員は生活相談員からの事前情報を基に入所前に暫定のケアプランを策定しており、入所日に相談員が重要事項説明書等の説明を行い、介護職や専門職を交えてオリエンテーションで必要な事項を聞き取り、その場でのサービス担当者会議となり、利用者家族の意向を聞き取りケアプランを完成させます。</p> <p>利用者に関する事前の情報は様々な形でフロアや職員に提供され周知が図られています</p> <p>居室担当職員は入居前に決定され、利用者の事前面談表や利用者に関して事前に入手できた情報や資料等はフロアに配布され、ファイリングされて職員が閲覧できるようになっています。また、ケアマネジャーからの情報等も含めて、これらの情報は相談員によってパソコンに入力されていきます。入所時に策定されたケアプランもフロアに配布されると共にケアマネジャーによってパソコンに入力され、職員はいずれの記録や資料についても閲覧することが出来ます。また注意すべき点などはメモにして各フロアにある連絡ノートでも周知を図っています。</p> <p>施設での生活や退所後についても利用者や家族の希望に沿った支援を丁寧に行っています</p> <p>利用者が施設入所後に感じるストレス等には、声掛け等を行なう他に、ユニット型では家族に今迄利用者が馴染んできた家具等を持参してもらおう精神的に落ち着きを感じて慣れもらうことを基本とした対応を行うようにしています。病院での継続治療とか他施設への転居等で退所される利用者には、利用者や家族の了承を得て当施設でのサマリーを出しています。昨年度二桁以上の看取りを実施していますし、家族からの要望で最後は自宅で見取りたいとの希望で自宅に戻られた方もあり、利用者や家族の希望に沿った退所後の丁寧な対応は評価できます。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●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必要な情報を記載するしきみがある		○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		○非該当
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			
<p>日々の記録を基に定期的に生活状況をまとめ、プラン更新に反映するようにしています</p> <p>利用者の日常のバイタルや排泄等の記録類は紙媒体の生活シートに記入し、入浴や行事や活動については支援を行った職員がパソコンに入力を行います。月2回、月半ばと月末にこれらの記録類を見ながら記入マニュアルに沿って利用者のその時の生活状況記録を作成し、パソコンに入力、印刷もしています。ケアプランは利用者によっての期間は異なりますが、半年に1回の見直しを行うことになっており、居室担当者が策定前にモニタリング、アセスメントを行い、プランは介護職及び専門職の意見を聞き取りながらケアマネジャーが集約していくようにしています。</p> <p>「施設サービス計画書策定要綱」に基いてのケアプランの検討や更新等がなされています</p> <p>施設では「施設サービス計画書(ケアプラン)策定要綱」が定められており、ケアカンファレンスの対象者、見直し時期、利用者の状態変化の適用、アセスメント、モニタリングについて、従来型とユニット型別の作成手順書等が詳しく記載されており、その要綱に沿ってのケアプランの策定が行われています。ケアプランへの利用者の希望は各職種も含めた職員が聞き取るようにして、家族には意向伺いの手紙を送り、返信でその意向や要望の確認をしています。カンファレンスで確定したプランは各部署に配布され、家族、利用者ので了承後に発効させています。</p> <p>プランに基づく支援の実際はモニタリングで確認し、日々の状況も共有が図られています</p> <p>ケアプランに沿った支援が行われているかどうかは、1か月毎に居室担当者によるモニタリングが行われており、モニタリングの際には、ケアプランの短期目標の達成度、利用者や家族等の満足度、現行ケアプランの持続性という、3つの要素が判るように、実施状況や利用者本人の反応を踏まえての介護職員の所感を記録するように指導しています。利用者日々の状況については、ホーム長、各フロアの代表、専門職等が参加する全体朝礼を受けて各フロアで業務日誌や入居者用と施設用の2つの申し送りノートを使って出勤職員への周知が図られています。</p>			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p>法人の個人情報保護方針、個人情報保護規定等に沿っての管理や保護が行われています</p> <p>ホームページには、個人情報の利用目的、情報の管理、情報の提供、情報の開示、訂正等を定めた法人のプライバシーポリシー(個人情報保護方針)が掲載され、明示されています。施設では個人情報保護規定が定められており、規定に沿って利用者個人の情報の保護が行われています。契約時に個人情報の使用に係る同意書の内容を説明し、同意を得ています。利用者の写真等については記載されませんが、規程に従っての運用を行っており、使用に当たっては個々に口頭での同意を得ようとしています。</p> <p>プライバシーの保護や羞恥心への配慮は細かい点まで守られるよう指導がされています</p> <p>職員全員に配布されている「博仁会職員必携」には、利用者への対処の心構えやケアの基本的ありかた、利用者への接し方等について説明が行われており、傾聴や十分な説明と理解と納得、プライバシーの保護、支援前の声掛け等の徹底が挙げられています。これらの基本的な考え方に基づいて居室入室の際の声掛けと許可を得ること等のプライバシー保護の実践が行われています。羞恥心の配慮についても同性介助を基本としており、トイレ誘導の際の周囲への配慮、入浴、排泄等でのカーテンの使用等と十分な注意を払っての支援を行うようにしています。</p> <p>時間に追われても、職員の都合によるケアは行わないことを基本として堅持しています</p> <p>利用者個人の意思の尊重については、声掛け、複数の選択肢を示すなどの工夫をして、本人の了解を得てからケアを行うようにしています。施設ではケアの在り方では「寄り添う介護」を基本とし、施設内の研修の根底に置いており、それに沿ったケアの実践を心掛けています。時間に追われるような状況の中でも、職員の都合によるケアの提供はしないように指導を行っており、その原則は堅持されています。意思をさせないような利用者への意思決定支援については、迷ったらその場で即座に集まり、ミーティングでの協議を行うようにしています。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>ケアの基本業務や手順等に精通した専門職員による職員個別の指導が行われています</p> <p>施設には基礎介護技術マニュアルが整備され、各フロアと各職種の部屋に配備され、職員は随時閲覧可能ですが、より便利にデジタル化を進めようとしています。施設には職務体制として介護の基本業務等に精通した「エキスパート」が配置されており、介護に関する基本的なことへの指導を行っています。指導は、新人職員の場合は1週間行い、就業している職員に対しても個別研修として行われ、研修結果として記録されます。注意すべき点や指導方法も記載されてフロアにフィードバックされ、リーダー職員はそれに基づいた指導が行われています。</p> <p>マニュアルや手順書等は組織的に見直しや更新が行われ、職員に周知されています</p> <p>エキスパートは現場業務にも携わっており、それらの体験も踏まえて、介護等に関するマニュアル等も毎年3月に彼らを中心として見直しや更新を行い、研修も担当しています。法人全体に係るものは総務が管轄し、見直し、点検も行われています。施設名が入ったマニュアル類は施設の各部署や職種、委員会で見直しを行います。また、緊急な必要が生じたもの、補完すべき事項等が出現した場合には、必要に応じての整備や補完が行われています。これらの見直し等は職員会議で発表され、差し替えを配布して各部署で充当していくこととなっています。</p> <p>職員や利用者からの意見や要望を聞き取り、業務改善を進めていく取り組みがあります</p> <p>介護の基本的事項や手順等の改善、例えば入浴介助や服薬支援等については、各会議や日々の業務の中で提案等が挙げられ、リーダーや主任へ伝えられ、それについて検討して、フロアで対応できる案件は現場での対応が行われます。また業務の改善等について、現場職員の声を汲み取るツールとして提案書や上申書もあります。会議で現場職員の腰痛防止対策としてパワーアシストスーツの導入の希望が挙がり、各フロアで複数が整備されて、職員の負担軽減に役立っています。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリ4	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>利用者への聞き取りを含め、専門職を含めたカンファレンスで状態の共有を図っています</p> <p>ケアプランへの利用者の希望は、担当する職員等が面談を行い聞き取るようにしていますが、自らの希望を表明できる方は少なく、表明できない利用者については、個別に開催しているカンファレンスで専門職を含めた関係職員が現場で把握した利用者の意見や要望等を共有し、担当職員がそれぞれの支援についての検討を行うようにしています。利用者の生活状況は、半月ごとに担当の職員がケース記録や利用者に係る様々な記録等から、マニュアルに沿って利用者のその時の生活状況の記録を作成し、パソコンに入力して確認できるようにしています。</p> <p>担当職員が作成する生活状況の記録やモニタリング記録で利用者の状況を把握しています</p> <p>ケアプランに沿っての支援が行われているかどうか、プランに基づく利用者の状態の推移については、1か月毎に居室担当職員によるモニタリングが行われています。その際には、ケアプランの短期目標の達成度、本人等の満足度、現行ケアプランの持続性という、3つの要素が判るように、実施状況や利用者本人の反応を踏まえて、介護職員の所感も記録するようになっています。ケアマネジャーはモニタリング記録や生活状況の記録、その他ケース記録等を把握しながら、ケアプランの目標設定等と具体的支援についてプランの更新案を策定していきます。</p> <p>支援現場での問題について、現場で職種間のミニカンファレンスを持ち対応しています</p> <p>施設のケアプラン策定上で中心としている点は「一人ひとりに合ったケアプラン策定」を目標にしている、この目標に向かって専門的知識・技術の向上とチームワークの充実に努めています。新規利用者の入所時のオリエンテーションからケアプラン策定や利用者のケアに関するカンファレンス等利用者に係る会議や打ち合わせ等には各職種が必ず参加し、利用者情報や課題等の共有を図っています。現場において問題が生じた場合には近くにいる専門職を含む関係職員がミニカンファレンスを迅速に開き話し合いを行って、問題の解決を図るようにしています。</p>				
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)		
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている		○非該当	
●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている		○非該当	
評価項目2の講評				
<p>利用者の嗜好や嚥下状況に応じた食事形態を提供しています</p> <p>栄養士による栄養ケアマネジメントを行い、利用者の体調に応じた食事を提供しています。嚥下状態の低下状況に合わせて、刻み食、ソフト食、ゼリー食を用意し、さらに疾病に合わせた治療食を提供しています。現場の職員と連携を図り、体調に応じて食事形態を変化できる体制をとっています。利用者からの聞き取りやアンケートをとり、うどんやそば、スパゲッティなど種類を増やし、利用者の希望にこたえています。また、施設の食事と違った出前や目の前で料理を作る試みを増やしていく検討をしています。</p> <p>低栄養状態の利用者には、栄養補助食品を提供しています</p> <p>毎月体重測定やアルブミン値を測定し、3か月に1度栄養アセスメントを行い、栄養ケア計画書を作成しています。利用者の栄養状態を確認し体重が1kg増減時や褥瘡がある場合は月2回測定し、栄養補助食品を甘味や辛味など嗜好に合わせて6種類用意し提供しています。茶碗蒸しなど口当たりのよいものを用意し食欲が促進できるような工夫や、必要に応じ食事介助を行い、利用者の栄養状態の維持向上に努めています。今後さらに口腔ケアを充実させ職員栄養士協同で食事体制を整備されることが期待されます。</p> <p>栄養士により、栄養マネジメントを行い経口摂取の支援に努めています</p> <p>栄養士、看護師、機能訓練等の専門職員と協同して適切な食事の姿勢等指導しています。車いすの利用者は可能な限り、椅子に移乗して正しい姿勢で食事ができるように支援しています。経管栄養の利用者に対しても、なるべく経口から摂取できるように、甘い和菓子など少量介助し改善できるように努めています。嚥下能力の低下に関し、口腔機能の維持向上を図れるよう歯科医師に受診し、経口摂取が続けられるように支援しています。</p>				

3 評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○非該当
●あり ○なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当
●あり ○なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○非該当
●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当

評価項目3の講評

体調に合わせ、個々に合わせた好みの食事を提供しています

食事の量や好みで代替え食を用意し、利用者個々に可能な限り合わせて提供するように努めています。セレクト食を用意し、肉か魚を選べるように献立に反映し、ケーキバイキングを実施したり利用者が食事を楽しめるように努めています。毎年行っているマグロの解体ショーはコロナで中止し握りずしを提供しました。好みにより主食をパンや雑炊にしたりと栄養士、看護師とも相談して利用者の好みに合わせた食事の提供を行っています。

栄養士や調理職員により、利用者の要望の聞き取りを行っています

日ごろから、直接聞き取ったり、アンケートをとったりし、利用者の食事の要望・好みを把握して、献立を作成しています。麺類が増えたり、カレーライスなど人気の食事提供に努めています。好みにより納豆を変更したり青魚を白身魚にしたりし、また牛乳を飲むヨーグルトに変更するなどして、利用者の個々の好みや嗜好に合わせてこまめに変更していることで、利用者の満足度の向上につながっています。

利用者の交友関係を配慮して、食堂の環境を整えています

食堂の席はほぼ決まっていますが、日ごろの利用者同士の付き合いや人間関係を見極めて、要望も確認して決めています。食堂では食事時間以外も利用者のコミュニケーションの場所になっており、ゲームをしたりおしゃべりをして過ごしています。食事時には気持ちよく即時が出来るような環境づくりにも配慮し、献立表を張り出したり部屋内の季節に応じ飾りつけを行ったりして、楽しめる空間づくりに努めています。

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、安全安心に入浴できるように支援しています

臥床位・リフト・チェアバス・一般浴の入浴介助を用意し、利用者の状態に応じ介助しています。その日の体調で変更や中止も随時可能で利用者の希望に応じ対応できる体制にしています。入浴専門の職員は派遣はやめてパート西日本介助するばあいもあり、職員同士の情報共有には気を付けています。好みでシャンプー・リンス、入浴剤を使用し、皮膚の状態等確認し情報共有します。

利用者の希望や尊厳を重視し、羞恥心に配慮し支援しています

医療処置が必要な利用者には看護師が対応し、安心して入浴できる体制を図っています。入浴時は肌の状態が観察できるので、職員には異常があれば、すぐ報告して看護師につなげるように徹底しています。気持ち良く入れるように脱衣場や浴室の室温や湯温にも気を付けて、入浴剤やゆず湯・しょうぶ湯など季節折々で楽しめる入浴を提供しています。また、羞恥心には仕切りカーテンや声かけ、バスタオル等で配慮し支援しています。

利用者への声掛けは必ず行い、浴室へ誘導し脱衣場や浴室の環境を整備しています

利用者には、必ず声かけし、強引な誘導はせず、気持ち良く入浴できるように心がけています。拒否的な方には、声かけの職員を変えたり時間を空けたりしてお連れしています。温泉の話をしたり音楽をかけたりと、その方が入る気持ちになるように関わり、職員が情報共有して入浴時の対応や、浴室の環境整備を図っています。

5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
<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		
<p>利用者の残存能力に合わせ、援助は極力少なくし自然排便につながる支援を行っています</p> <p>可能な限りトイレでの排せつを基本に考え、機能訓練指導員と協働して、個々の介助方法を検討して支援に結びつけています。手引き歩行やズボンの上げ下げなど能力に応じ援助は極力少なくし、できない部分だけ手伝うようにしています。排便パターンで便秘が続くときは看護師や医師、介護職員が連携して下剤や浣腸を使用しますが、発酵食品や繊維食品を多く取り入れた食事の提供など栄養士との連携や、生活リハビリの中で運動を促進し自然排便につながる支援を行っています。</p> <p>羞恥心に配慮し、基礎技術マニュアルに沿って理学療法士の指導のもとに支援しています</p> <p>介護技術マニュアルにより職員の技術能力は均等に維持できるように指導し、羞恥心への配慮や身体の麻痺部位に応じオムツ交換やトイレ誘導が行えるように、理学療法士の指導のもと実践しています。パッドは尿量に応じ数種類用意し、排便後はホットタオルできれいにふき取り、陰部臀部が衛生的に保たれるように支援しています。</p> <p>トイレやポータブルトイレは、常に清潔が保てるよう衛生管理を徹底しています</p> <p>居住スペース内にある共同トイレは、午前・午後の定期清掃のほかに、汚れたときに都度、職員が清掃しており、臭いがこもらないように常に衛生的に管理しています。歩行が困難でも座位が取れてポータブルトイレを使用している利用者には、昼間にはトイレを使用していただき、夜間はベッド脇に設置する体制を取っています。基本的には使用後すぐに清掃し廃棄処分し、消臭剤を使用し臭いが拡散しないようにしているなど、常に清潔が保てるよう衛生管理を徹底しています。</p>		
6 評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(000)
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		
<p>理学療法士は介護職員と協働し、個別の歩行訓練や筋力・体力の維持に努めています</p> <p>利用者の状態は理学療法士がチェックして介護職員に伝え、自立歩行が可能か、車いすへの移乗にも介助を要するかなどを確認し、介助が必要な場合は職員が支援しています。入居者の身体状況に応じ、理学療法士による評価を行い、本人の能力を引き出せるように援助しています。個々の利用者の施設サービス計画に機能訓練に関する目標設定し、月1回モニタリングして評価しています。また、施設サービス計画を基に理学療法士が作成している機能訓練計画に基づき、介護職員と協働して個別の歩行訓練や筋力・体力の維持に努め、利用者の健康を支えています。</p> <p>理学療法士の指導のもと、移動・移譲が円滑で安全に行えるよう努めています</p> <p>理学療法士や機能訓練指導員によって車いすの定期点検を行い、安全に車いすが利用できるように努めており、ブレーキや空気圧などは職員も常に気を付けて整備するようしており、食べこぼしなどの汚れがある場合、すぐに洗浄し天日干しにするなど、常に衛生的に気持よく使用できるようにしています。また、利用者の体格や特性に合わせた車いすや杖、その他の歩行補助具などの購入も検討されており、理学療法士の指導のもと、移動・移譲が円滑で安全に行えるよう、利用者の意向や状態を把握し支援に反映させるよう努めています。</p>		

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(0000)
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、定期的の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		
<p>理学療法士と介護職との視点を反映させ連携し、個別機能訓練に取り組み実践しています</p> <p>理学療法士が個々の利用者に応じた機能訓練プログラムを作成して、定期的に評価し見直ししています。退院時には病院でのカンファレンスに参加し、手足の可動域の向上を目指し機能訓練計画に組み入れて関係職員が協働して支援できるようにしています。現場の介護職員から、理学療法士へ相談し、理学療法士と介護職と双方の視点を反映させ連携して、歩行訓練や個別機能訓練に取り組み実践しています。また、定期的にモニタリングし評価し次の計画に反映させているなど、関係職員の協働のもと利用者の身体機能の維持・向上に努めています。</p> <p>関係職員が密接に連携を図り、提供している自立支援ケアの質の向上を図っています</p> <p>日常生活の中で生きたりハビリが実践できるように、理学療法士と介護職員が協働して機能訓練を行っています。それぞれの視点から意見を出し合い、暮らしの中での立ち上がりや歩行が安全に行えるように見守り、日々の動きの中で生活リハビリが個々の機能の維持向上に役立つように支援しています。提供している機能訓練が日常生活の自立につながるよう、理学療養士をはじめとして関係する全ての職員が密接に連携を図り、提供している自立支援ケアの質の向上を図っています。</p>		
8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(00000)
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きみを整えている	<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		
<p>利用者の既往歴を把握し生活観察要綱にまとめ、状態を日々観察しています</p> <p>利用者が健康で穏やかに施設での生活が送れるよう、担当者は既往歴から疾病による症状を把握し日常生活観察要綱にまとめ、身体変化の留意点を伝え関係職員と共有し日常的な確認態勢を整えています。異変が認められた場合、看護師に連絡し早期対応を行っているなど、日常の観察と医師の早めの対応で入院に至らないようにしています。夜間の緊急時はオンコールにて看護師に連絡し、必要に応じ救急車搬送で提携先の病院で受診できるようにしていますが、緊急時に確実に受け入れてくれる病院の整備を図っていくことが課題認識されています。</p> <p>急変時の体制の充実を図り、施設への家族の信頼性と安心感の向上につながっています</p> <p>夜間帯は外部の夜間オンコール代行サービスを利用し、看護師や介護職員の負担軽減を図っています。緊急時や相談したいときに医療専門家からの意見を聞けるよう、テレビ電話で利用者の状態を説明し指示を受けられる仕組みになっています。昼間は看護師が常駐し、利用者の急変時には時間を問わず緊急対応がとれる体制を整備しており、状況によって、医師と家族、利用者との面談を実施するなど、利用者や家族の意向をできる限り把握する取り組みもことから、施設に対する家族の信頼性と安心感の向上につながっています。</p>		

9	評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目9の講評			
<p>整容や身だしなみに気を配り、入居生活が快適に過ごせるよう支援しています</p> <p>自分でできることは自ら行う自立支援を念頭に置きサービスが展開されています。起床時はヘアブラシを手渡し整髪を手伝い、温かいタオルを用意し男性利用者にはひげ剃りができるよう準備するなどの支援を行っています。また、着衣や脱衣、常に清潔な下着を身に付けるなどの整容や身だしなみには気を配り、清潔で快適に生活が送れるよう支援をしています。テレビは持ち込んでいる利用者が多くみられますが、多床室の場合、回りの利用者に迷惑にならないようにイヤホンを使用するよう声を掛け、共同生活が気持ちよく快適に過ごせるよう支援しています。</p> <p>利用者の意向を大切にした整容・更衣支援が行われています</p> <p>利用者に落ち着いた生活を送ってもらうために、ベット回りに愛着あるものや長年使用してきたものなど、本人の気持ちが落ち着くものを置いていただき、家族の写真を置く利用者が多くみられ、ぬいぐるみを抱いて寝ている利用者もいます。また、就寝時には希望に応じてパジャマへの更衣介助が行われていますが、普段からパジャマ兼用の上下スエットで過ごす利用者も多く、そのまま就寝する方には自由意志に任せています。その場合、食べこぼしで汚れた時や入浴時に更衣する支援が行われており、利用者の意向を大切にした更衣支援が行われています。</p>			
10	評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目10の講評			
<p>幸せな老後を過ごせるよう、利用者個々の生活を大切に支援が実践されています</p> <p>利用者の生活歴を把握して居室の環境作りを行っており、施設での暮らし方も利用者の意向を重視し支援しています。個人的な趣味を持っている利用者には十分なサポートを行い、例えば人形作りや読書好きの方のインターネットでの本の購入を支援しています。ボランティアを活用しマニキュアや化粧を行い、週2回喫茶コーナーでコーヒーや紅茶・ケーキなどを楽しむことができていましたが、新型コロナウイルスの影響で中断を余儀なくされています。法人理念である幸せな老後を過ごせるよう、利用者個々の生活を大切に支援が実践されています。</p> <p>施設での生活が楽しくなるよう、利用者の意向を大切に余暇活動が行われています</p> <p>施設での生活が楽しくなるように、さまざまな取り組みが行われており、ボランティアが講師になって、書道や生け花、陶芸などのクラブ活動が行われ、リビングで入居者同士が歌を歌ったりゲームや塗り絵をしたりして、ゆったりと余暇の時間を過ごしてもらえるよう、余暇活動の充実に努めています。また、テレビ・音楽・DVD・CD等をかけ鑑賞できるようにし、盆栽やメダカ・金魚を楽しめるよう環境整備をし、将棋をやりたい方には相手を見つけ、工作をしたい方には定規・ハサミを提供するなど、利用者の意思や意向を大切にされた対応が行われています。</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		
<p>新型コロナ禍の制限下で、以前実施していたお出掛け会や花見等も中断しています</p> <p>コロナ禍により受診を除く外出についての制限や、ボランティア等も含めての外部との接触の制限を行わざるを得ない状況となっています。新型コロナ禍以前に実施していた近隣のセンターへの買い物やフードコートでの食事、ドライブ等を楽しむ月1回の「お出掛け会」、非日常を楽しむ機会としての桜や紅葉の時期の花見、近くのお寺や神社への初詣等も全面的に中断の形を取っています。外出希望の多い利用者には、各フロアで敷地内の散歩等の実施等も考えられていますが、調整が難しい現状であるとみられます。</p> <p>新型コロナ収束後も、今迄の地域交流の繋がりを維持して復活されることが期待されます</p> <p>法人主催の「博仁会サロンコンサート」、音楽クラブの活動の一環として、隣接の養護老人ホームやデイサービスの利用者や近隣の保育園の園児たちも参加し、ボランティアの先生の指導のもとに演奏を楽しんだ機会など、各クラブ活動で指導をいただいていたボランティアの講師の方々、慰問やドッグセラピー、化粧、傾聴のボランティア等との交流も、理容ボランティアの方を除いて基本的に中断をしてもらっています。コロナ収束後には再開される予定なので、今迄の絆を絶やさずに、これらの方々との繋がりが復活されることが期待されます。</p>		
12	<p>評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 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		
<p>コロナ禍で家族の面会も制限下ですが、看取り対象には短時間での面会も実施しています</p> <p>家族との係わりもコロナ禍で制限せざるを得ない状態となっていて、直接の面会は中止し、5月から家族の端末からという段階にまでは至っていませんが、施設の端末を使用してのオンラインでの面会を実施しています。1日5名で午前中と午後の時間を指定させていただき、15分程度の面会を実施しています。ただ、看取り対象の家族の方には検温を実施し、利用者の部屋で10分程度の面会を実施する等の配慮も行っています。但し、今まで実施していた施設行事への招待も取り止めとしています。</p> <p>コロナ禍でも利用者の状況や活動の様子を様々な手段で伝えていくように計らっています</p> <p>以前開催していた家族との交流の機会も中断の形になっています。しかし、服用薬が変化・増量したり、体調が不安定な利用者の家族には定期的に電話等で連絡を行って様子等を報告しており、面会で訪れた家族には積極的に利用者の様子や状況の説明を行っています。また、利用者の状況を掴みにくい家族の為に、家族には、法人が定期的に発行している、写真が豊富に使われた「博仁会だより」で、季節ごとに行われたイベントの様子を報告し、フロアやユニットでも独自に便り等を作成して、利用者家族に送付するようにもしています。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-1	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
タイトル①	「寄り添う介護」の実践例として、在宅復帰や10例以上の看取りケアを行いました	
内容①	<p>利用者の高齢化・重度化の進展、特養や短期入所の稼働率低下といった困難の中にあっても、利用者の意思や希望を尊重して、ここでの生活を最後まで楽しく過ごしていただく「寄り添う介護」を基本としての介護が行われています。特に、施設で最後まで過ごされることを望まれた方々への、職種間の連携による看取り介護の実践が行われ、昨年度は10例以上の実績がありました。また、ご家族の強い意志と協力のもとで在宅復帰を果たされた利用者もあり、利用者、家族の意思や希望に寄り添った支援の展開がなされています。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-1	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	マニュアルや業務に精通した専門の職員を配置し、職員の資質向上に取り組んでいます	
内容②	<p>基本的なマニュアルは整備されており、デジタル化計画も進めようとしています。施設には職務体制として介護の基本業務等に精通したエキスパートと称する職種が配置され、介護に関する基本的なことへの指導を行っています。指導は新人の職員のみではなく就業している職員に対しても補足すべき点についての個別研修が行われています。エキスパートは施設内のマニュアルの点検や更新等も担う他に、現場職員としても勤務し、現場での経験も生かして施設内の研修についての計画や実施も行って、まさにエキスパートとしての機能を果たしています。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	介護職員の業務負担の軽減を主眼に置き、ハード面、ソフト面、人員配置の3方向から労働環境の改善に取り組んでいます
	内容	介護職員の業務負担の軽減を主眼に置き、職場環境の改善に努めています。具体的には、清掃やベッドメイキングなど利用者への直接介護ではない業務に専用の職員を配置し、介護ロボットやパワーアシストスーツ、見守りセンサー、夜間オンコール体制などを導入しています。また、ICTの導入により情報共有と業務の効率化が進み、人員配置においては、「エキスパート」や3名の「チーフ」を配置し、職員の精神的な支えとなり意思疎通や価値観の共有に努めているなど、ハード面、ソフト面、人員配置の3方向から労働環境の改善に取り組んでいます。
2	タイトル	施設が目標とする専門性の高いきめの細かいサービスが誤嚥性肺炎の減少、在宅復帰の推進等利用者のADLの改善に大きく寄与しています
	内容	施設では中期の目標として「入居者の中・重度化への対応体制の強化」を挙げていて、この目標に向かって「専門的知識・技術の向上とチームワークの充実」に取り組んでいます。例えば利用者の食事中でのテレビ放映はしないことで食事に集中することで高齢者に多い誤嚥性肺炎の低下が図られたり、特例でない要介護度1～2の利用者の増加という介護度の低下が目に見える形で示されたり、施設から在宅復帰を行う利用者が2年度連続して続いたり、専門性の高いきめの細かいサービスが利用者のADLの改善に大きく寄与している様子が伺えます。
3	タイトル	ボランティアとの交流などで、利用者が地域の方とふれ合い地域の一員として自覚し充足感を感じることで、満足度の向上につながっています
	内容	新型コロナ禍の影響で、今は中断・延期していますが、近隣のショッピングセンターへの買い物やフードコートでの食事、ドライブ等を楽しむ月1回の「お出かけ会」、桜や紅葉の時期の花見、近隣の神社仏閣への初詣など、利用者が楽しめる行事やイベントを数多く行ってきました。また、講師ボランティアによる生け花や書道・陶芸等のクラブ活動、地域の方が中心のボランティアが運営する喫茶コーナー、認知症カフェの運営など、利用者が地域の方とふれ合い地域の一員として自覚し充足感を感じることで、満足度の向上につながっています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	組織の価値観の浸透に取り組み、職員の主体性が発揮できる職場環境を整えることが期待されます
	内容	役割等級制度の明示や職責、職務に応じたキャリアパス制度の実施などで、組織における職員の立場や役割りが認識・理解される仕組みがあります。また、介護業務の負担を軽減させることを目的に、ICTの導入やケアアシスタント、介護ロボットなどの先端技術の導入も行っていますが、就業環境について改善期待の意見を持っている職員も見受けられます。組織全体の取り組みや、他の職員の役割等について理解するためのレクチャーや勉強会を行うなど、組織の価値観の浸透に取り組み、職員の主体性が発揮できる職場環境を整えることが期待されます。
2	タイトル	介護業務負担軽減のための、人員配置や設備投資の目的や趣旨などを、職員が納得するよう伝えられる中間管理層の人材育成が期待されます
	内容	理念や運営方針を職員に伝える取り組みはありますが、職員の認識や価値観が統一しているとは言い切れないことがうかがわれます。職員一人ひとりに伝え理解させる重要なファクターとして、各部門のチーフがその任を担っていますが、その機能の充実を検討することが期待されます。施設としては、良質なケアサービスの提供を目的に、職員が余裕を持って業務に当たられるよう、人員配置やICTの導入、ハードウェア機器の導入を行ってきました。その趣旨や目的などを職員が納得するよう伝えられる中間管理層の人材育成の取り組みが期待されます。
3	タイトル	職員自らの職務や利用者支援の根拠を再確認しながら、全体を俯瞰し自らの業務や支援を進めていくことができる仕組みの構築が期待されます
	内容	施設ではマニュアル類のデジタル化や各業務のICT化、センサーマットの導入等が図られ、進められています。それは何のためであるか、その意味合いや位置付けの理解が図られているかどうか確認することが期待されます。職員自らの職務や利用者支援が自らのみの最適を図るだけでなく、全体としての最適を求めて図っていくことも必要であるといった視点を職員が持っているか確認することも必要と考えます。職員自らの職務や利用者支援の根拠や意義を再確認し、全体を俯瞰し自らの業務や支援を進めていくことができる仕組みの構築が期待されます。