

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7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

〒 203-0054

所在地 東京都東久留米市中央町4-7-1

評価機関名 特定非営利活動法人アクティブハンディネット



認証評価機関番号

機構 05 - 154

電話番号 042-470-7050

代表者氏名 理事長 君島 久康



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	小林 由里子	経営	H0404020
	②	小林 俊恵	福祉	H0404002
	③	所 満紀子	福祉	H2201090
	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	原町ホーム		指定番号	1370400341
事業所連絡先	〒	162-0053		
	所在地	東京都新宿区原町3-8		
	TEL	03-3359-5651		
事業所代表者氏名	施設長 神田 祐一			
契約日	2025 年 7 月 17 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 10 月 22 日			
利用者調査結果報告日	2025 年 12 月 1 日			
自己評価の調査票配付日	2025 年 9 月 26 日			
自己評価結果報告日	2025 年 12 月 1 日			
訪問調査日	2025 年 12 月 9 日			
評価合議日	2026 年 1 月 29 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)	毎年、第三者評価を受審している。職員を対象に第三者評価の意義、評価項目の変更点、評点基準、確認根拠資料の準備について説明を行なった。事業評価は、リーダー層、一般職員、非常勤職員別に分析を行なった。利用者調査は、全員を対象としているが、確実にコミュニケーションが可能な方10人を事業所と選定し、評価者・利用者共にマスクを着用して行ない、面接にて有効な回答を得ることができた。利用者の精神的負担を軽減するために事前に事業所から協力依頼を行なった。			

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。

2026 年 2 月 18 日
社会福祉法人恩賜財団東京都同胞援護会

事業者代表者氏名

原町ホーム
施設長 神田祐一



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> <ol style="list-style-type: none">1) 個人の尊厳をまもり、利用者の意向を十分に尊重致します2) 利用者の心身の健全と、一人ひとりに応じた自立を支援します。3) やさしさを起点とした介護を目指します。4) ご利用者の安全・やすらぎ・尊厳を保障を基本とし、その人らしい生活を支援します5) 地域に根差した事業所となり、共に支え合って生きる地域のまちづくりに寄与します。
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">○ 利用者に敬意をもって接し、丁寧で優しい対応ができる職員。○ 認知症、身体障害など、利用者個々に異なる状況に対応するため、高いスキルを身につけること。○ 主体的に積極的にチャレンジしていく意欲のある方 <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">○ パーソンセンタードケアに基づき、一人一人の人権に配慮した介護を実現すること。○ 認知症カフェなど新しい考え方に柔軟に取り組み、創意に満ちた介護を実現すること。○ 地域に貢献できる特別養護老人ホームかを常に考え、在宅サービスも含めた思考ができること。

調査対象

2025年10月1日現在の利用者を対象としたが、確実に話を聞くことができた方は10人であった。回答者は男性3人、女性7人、年齢は85歳以上が7人、要介護度は要介護3が8人、生活年数は3年未満が7人である。

調査方法

高齢者の面接調査の経験を有する調査員3人を配し、マスクを着用して、1対1で利用者が回答できる場所で実施した。面接調査の時間は平均15分。利用者の調査協力への同意と不安解消のため、事前に事業所から対象者へ趣旨説明と協力依頼を行なった。

利用者総数

50

共通評価項目による調査対象者数

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
0	10	10
0	10	10
0.0	20.0	20.0

利用者調査全体のコメント

全体的な評価は「大変満足」20%、「満足」60%、合わせて80%の利用者が満足している。「はい」の回答が100%の項目は、問1、食事の献立や食事介助、問7、体調が悪くなった時の職員の対応、問10、プライバシーの確保である。総合的な感想では「外食を認めてくれて送り出してくれる。楽しみがあることは生活にハリが出る。職員が理解してくれているので不安はない」「入所したときミシンが好きなら入れてあげようかと言ってくれてうれしかった」「今まで一人暮らしだったから悲しく思うこと、泣きたいと思うこともあった(今はそのようなことはない)」「ここに来て良かった。家族も安心している」「ケーキを食べたいと言って迷惑だったかなと思ってしまう。不満はない」「良くやってくれるから要望はない」などの意見がある。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	10	0	0	
10人全員が「はい」と回答している。「美味しいです」「いろいろ考えて作ってくれる」「トロミがあるので食べやすい」等の意見がある。				
2. 日常生活で必要な介助を受けているか	8	1	1	0
8人(80%)が「はい」と回答している。「十分やってくれています。感謝してます」「お願いすればすぐ来てくれる」「移動など困ったことはない」等の意見がある。				
3. 施設の生活はくつろげるか	7	3	0	0
7人(70%)が「はい」と回答している。「テレビを見ている」「のんびりしている」「本を読んでいる」「リハビリをして退屈していない」「食事がすんだら廊下を2往復歩いている。夏には家族と旅行をした。リハビリをして良かった」「食事が楽しみ」等の意見がある。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	7	0	3	0
7人(70%)が「はい」と回答している。「よく聞いてくれます」「元気ですね、と声をかけてくれる」「安心している」等の意見がある。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	1	0	0
9人(90%)が「はい」と回答している。「きれいにしてくれています」という意見が多数である。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	8	0	2	0
8人(80%)が「はい」と回答している。「皆親切です」「皆優しいです」「この仕事が向いているなと思う人がたくさんいます」「嫌だと思ったことが無い」等の意見がある。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	0	0	0
10人全員が「はい」と回答している。「よくやってくれます」「信頼しています」「安心している」等の意見がある。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	4	0	0
6人(60%)が「はい」と回答している。「いさかいはないけど、職員が中に入って止めてくれる」「いじめはないのでわかりません」等の意見がある。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	8	1	1	0
8人(80%)が「はい」と回答している。「声をかけてくれる」「心遣いをしてくれてありがたい」「やわらかいクッションを用意してくれてうれしかった」「寒い時何も言わなくても上着を着せてくれる」「体操に誘ってくれる。やりたくないときは、やらなくていいよ、と言ってくれる」「親切です」等の意見がある。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	10	0	0	0
10人全員が「はい」と回答している。「守ってくれています」という意見が多数である。				
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	4	5	1	0
4人(40%)が「はい」と回答している。「わかりません」「家族が対応している」という意見が多く「どちらともいえない」とした。				
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	3	7	0	0
3人(30%)が「はい」と回答している。「わかりません」「家族が対応している」という意見が多く「どちらともいえない」とした。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	6	2	2	0
6人(60%)が「はい」と回答している。「言えばなんでも助けてくれます」「不満をいったことが無いけど、いえばやってくれると信頼している」等の意見がある。				
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	2	8	0	0
2人(20%)が「はい」と回答している。「わかりません」「家族が対応している」という意見が多く「どちらともいえない」とした。				

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		
1	カテゴリ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る	○非該当	
カテゴリ1の講評			
<p>事業計画、パンフレットに理念と方針を掲げ毎日朝礼で唱和をして周知徹底を図っている</p> <p>事業計画の冒頭に法人理念と基本方針、高齢支援系グループの方針と目標、事業所の運営方針「やさしさを起点とした介護、その人らしい生活を支援します」を記載している。施設長は毎日朝礼で理念、方針等を説明し、職員全員で唱和をして理解を深めている。職員全員で唱和することで、職員間の一体感も高まっている。更に施設長はリーダー会議、職員会議の場面を通じてその都度周知している。独自のパンフレットにも理念を具体的に明示している。利用者や家族には、家族会の時に法人の便りや事業計画を配付し、理念や方針なども伝えている。</p> <p>経営層の責務を業務分掌に示し職員と共に考える姿勢でリーダーシップを発揮している</p> <p>経営層は、事業所が目指す理念、ビジョン等の実現に向けて、自らの役割と責任を事業計画において職員組織図、業務分掌にて明示している。施設長は朝礼時、リーダー会議、職員会議等でも『主体は利用者であること』『職員本位になっていないか確認すること』を伝えており、『職員から意見や要望を聴き一緒に考える』という姿勢でリーダーシップを発揮している。職員調査では経営層の役割に対して約7割が理解しており、『今年度、困っている事が改善された』『コミュニケーションがしっかりとれている』を良い点として挙げている。</p> <p>重要案件の検討は職員会議を最終的な意思決定機関としている</p> <p>施設運営にあたる会議体として、職員会議(全職員参加)、運営会議、介護職員会議(副主任と介護職員)がそれぞれ月1回、利用者の課題を検討するフロア会議(介護職員、ケアマネジャー)が月2回開催している。重要案件の検討や決定手順について、職員会議を最終的な意思決定機関としている。会議録はサーバーに入力され内容の確認ができる。また、事業計画等の策定にあたっては、常に職員の参画を促しており、若い職員の育成も期待している。利用者等にはホーム会議での説明やお便りの配付、行事などの開催を通じて理解を伝えている。</p>			

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・職員の意向、地域の関係機関からの状況等を踏まえ課題を抽出している</p> <p>課題を把握するために、利用者等の意向は生活・食事アンケート及び日々の関わりから把握している。職員意向は事業計画作成時の確認や面接等で把握しており日常的にも常に意見を聴いている。地域福祉の動向は、区内社会福祉法人連絡会、町内の複合施設運営推進会議に参加し連携した取り組み等から得ている。更に行政、社会福祉協議会や全国老人福祉施設協議会、福祉新聞等からも情報収集を行っている。経営状況については月次報告を基に運営会議等で話し合いを行ない、課題を抽出し稼働率向上に向けて方策等を検討している。</p> <p>法人の中長期計画を基に、昨年度の振り替えも踏まえ単年度事業計画を策定している</p> <p>法人では3ヶ年中長期計画(2018～2027年)を策定しており、事業所では本計画及び報告を踏まえ単年度の事業計画を作成している。作成に当たり各セクションでの振り返り及び分析等を行ない、次年度の目標を設定している。事業計画には、理念(グループ目標①利用者支援サービスの充実、②地域社会への取組、③福祉人材の育成と職場環境の整備、④財政基盤の強化)、施設概要、目標(重点運営目標と重点支援目標、稼働率目標、SDGsに基づく3か年計画)、利用者支援、地域社会への取り組み、職員体制が記載されている。</p> <p>計画の着実な実行に向けて、各種会議で必要に応じて見直しを行なっている</p> <p>計画推進に当たり、各種会議で必要に応じて見直し・検討を行ない月次報告等で共有している。7項目の重点運営目標(①コンプライアンスを核とした運営、人材の育成、②収支状況を踏まえた職員の適正配置と経費の節減、③利用者のより良い生活の向上、④外国人職員の確保と育成、⑤地域向けサービスの充実により、安心して暮らせる街づくりへの貢献、⑥感染症予防対策、⑦生産性の向上)と重点支援目標を掲げており達成度合いを確認・評価している。地域の状況把握が不十分で人員も不足しており、今後、中長期計画の適切な活用が課題となっている。</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	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、職員が相互に日常的言動を振り返り、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

カテゴリー3の講評

福祉事業従事者としての規範等は、朝礼、職員会議、各種研修の場を通じて伝えている

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、倫理等については、事業計画に掲げ、朝礼時、職員会議などを通じて説明をしている。またコンプライアンスを核とした運営、利用者サービスの向上を目指し法人研修、施設内研修、外部研修等を行っており、職員は個人情報保護の観点からの誓約書を提出している。職員調査では、全員が法、規範、倫理等を遵守していると回答しており、徹底化の成果がうかがえる。事業所としての透明性を高めるため、毎年第三者評価を受審しその結果を開示をしている。

利用者の権利擁護のため苦情相談窓口を設置し、研修等で虐待防止に努めている

利用者の権利擁護のため利用者等の意向や苦情相談について入所時や家族会で、重要事項説明書にて説明し同意を得ている。要望・苦情等については申立書の活用、日々の業務の中での聴き取りで対応している。虐待防止と予防に向けては、虐待防止マニュアルの作成・活用や研修、「虐待の芽チェックリスト」の実施・集計・報告を行ない、職員個々で振り返りを行なえる機会を作っている。虐待等の発生を認識した場合、管理者に報告し所内及び必要時には関係機関と連携をとって対処している。法人では、今年度虐待防止の全職員対象の悉皆研修を実施している。

福祉拠点として地域住民との交流、地域内企業との連携、要介護者支援等を実践している

地域貢献については『地域の中で介護・福祉の拠点としての役割を果たすこと』を目標に掲げており、コロナ禍前の取り組みに戻せるよう段階的に取り組んでいる。組織的には地域交流室を設置し、地域交流事業の年内の再開、地域内企業と連携した企画、福祉避難所としての要介護者支援、フードパントリーへの参加、地域への職員派遣、また認知症対応のスウェーデン式ハプティックセラピーの地域住民への普及活動も行っている。社会福祉協議会、高齢福祉部会、区内社会福祉法人連絡会などと連携した地域貢献にも地域の一員として積極的に取り組んでいる。

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(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 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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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 type="radio"/> 非該当
<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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ4の講評		
<p>リスクに対してマニュアルの整備、委員会の設置などの体制を整えている</p> <p>事業所が目指していることを阻害する恐れのあるあるリスクに対して、優先順位までは付けていないが、法人としての事故発生防止の指針に基づき、事故や感染症、災害について対応マニュアルを整備している。体制としては、リスクマネジメント委員会(リスク管理の取り組み、ヒヤリハットの検討)、防災委員会(防災活動全般、BCP作成)、感染症対策委員会等を設置して組織的に検討できる体制を整備している。施設内研修では感染症及びリスクマネジメントに関するプログラムもあり、職員調査でもリスクマネジメントに対する理解は高い。</p> <p>災害時及び感染症のBCPを作成し、リスク発生時は委員会等で検討を行なっている</p> <p>リスクに遭遇した際の備えとして防災委員会を中心に災害時及び感染症に関するBCPを作成しており、職員への理解・浸透に努めている。各フロアにも設置している。BCP及び「帰宅困難者対策」を基に訓練を定期的実施している。防災設備の保守点検、非常用食品の管理、更に区と協定を結び災害時における福祉避難所の指定を受けている。リスクが発生した場合は安全衛生推進者や事故対策委員会を中心に対応策などを検討し、BCPの見直しも行なっている。ヒヤリハット及び介護事故に関しては報告書を作成して共有し再発防止に努めている。</p> <p>「個人情報管理規程」に基づき職員研修を行ないパソコンにはパスワードを設定している</p> <p>個人情報の管理などについて「個人情報管理規程」を基本としている。職員は入職時に情報管理に関する誓約書を提出している。研修や日常的な声掛けにより職員個々に情報に関する重要性や保護の大切さが浸透しており、自発的な行動が身に付いている。入手した個人情報はサーバーに入力クラウドでの管理を行なっており、パソコンにはパスワードを設定しネットワーク全体でウイルスチェックを行なっている。利用者・家族には「個人情報管理規程」や契約書で説明し同意を得ている。今後介護ソフトを活用した情報の一元化を目指している。</p>		

5			カテゴリ-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(〇〇)	
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 type="radio"/> 非該当	
<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		<input type="radio"/> 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			
<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 type="radio"/> 非該当	
<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		<input type="radio"/> 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			
<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(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(〇〇〇)	
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

法人の採用方式に即して人材を確保し、キャリアパスに基づいて人員配置を行なっている

事業所が求める人材の確保に向けて法人独自や各種採用イベントに参加している。一方人材不足の状況は継続しており現在外国人の職員を7名採用している。人員配置については職員の意向も把握しつつ、人事考課の結果やキャリアパス体系に基づく人事異動を實踐し適材適所な体制を目指している。職責と職務内容に応じた長期的な展望であるキャリアパスは、「職員人事考課規程」に基づいており職員会議等で職員に説明しており、あわせて事業計画の業務分掌等でその役割と責任を明示している。しかし職員調査では、キャリアパスへの理解度は低い傾向にある。

職員は自己目標を掲げて法人研修・施設内研修などに参加している

人材育成に関しては、キャリアパスと連動した人材育成計画が策定している。職員は、キャリアパスに即して自己目標を設定し、上司と年2回の面接を行なって、進捗状況を確認し、必要な助言等を受けている。研修体制として、法人研修、施設内研修、新規採用職員研修、中堅の育成が計画されており、WEBや複数回行なうなど多数参加できるように配慮している。人員不足の中で職員・組織共に強化する研修への参加機会が少なく、個人別育成計画等による育成を図っている。また新人教育プログラムでは現場で活かせる内容や指導方法を検討している。

職員の関係が良好で人事考課の活用により職員が安心して働ける環境をとなっている

働きやすい環境整備が組織力向上に繋がっている。人事考課システムにより、職員個々と面談し、昇給と昇格、期末勤勉手当等へ反映しており、職員に安心感を生んでいる。毎年度法人全体でストレスチェックを行ない必要があれば医療等へ繋げている。また年休取得率を集計し翌年度に活かしている。職員間の関係性が密で、研修後は朝礼での発表や研修報告の回覧で共有している。主任・副主任が職員の気付き等を把握し申し送りノート等で共有し業務改善に繋げている。職員意向が組織運営に反映されることで働きがいの向上にも繋がっている。

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)

昨年度の目標:ケア方法の進化に伴い、ICT化による介護ソフトの変更及びWi-Fi環境整備を整える。理由:介護職員的环境整備とともに、生産性向上を図る方向で取り組んできた。取り組み:導入に向けた準備を進めた。福祉機器などの選定のためのDX委員会を立ち上げ、また福祉機器展などに参加して情報収集に努めた。介護職員たちと、導入の目的、福祉機器の種類や使い方などについて方向性を確認した。見守り機器の説明、試行等も行った。取り組みの結果:初めてのことに對する職員の一定の反発はあったが、介護ソフトの活用により職員の記録などの作業が減少するなど労働環境の効率化が上がるが見込まれたため、思いのほかスムーズに理解が進んだ。予算についての検討も行った。今後の方向性:今年度は介護ソフト導入に向けて具体的に取り組んでいる。Wi-Fi環境整備を整え、見守り機器とカメラの設置について導入が決定され予算化も進んでいる。試行の段階でも職員の負担が減っている部分(夜勤明けの申し送り等)も出てきており、職員間での成果の共有も進めている。更に生活相談員の負担軽減(ケアプラン作成時の情報共有など)についての検証も行なっている。

<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

昨年度の目標『ケア方法の進化に伴い、ICT化による介護ソフトの変更及びWi-Fi環境整備を整える』は、介護職員的环境整備と生産性向上を図る方向で取り組んできた目標で、事業計画にも『通信機器技術を活用したケアの質の向上、ICT・AIの効率的な活用』を掲げており適切な設定といえる(P)。取り組みは、導入に向けた準備として、委員会を立ち上げ選定について検討し福祉機器展などにも参加して情報収集に努めた。また介護職員との話し合いの場を設け、目的と成果の共有を図っている。検討体制と現場の意見把握と両面から視点で適切な内容といえる(D)。取り組みの結果、職員の一定の反発はあったが、記録などの作業が減少するなど労働環境の効率化が上がることを検証しており、導入の根拠となる分析を行なっている(C)。この結果を受けて、今年度は介護ソフト導入、Wi-Fi環境整備による見守り機器とカメラの設置について導入が決定され、介護職員の負担が軽減の成果も確認している。職員間での導入の理解も進み、更に生活相談員にとつての成果も検討しており(A)、PDCAに即した取り組みとし評価した。今後は利用者にとつての成果の検証分析も期待したい。

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)

昨年度の目標:地域との連携により開かれた施設を目指す。理由:社会福祉法人の責務として「地域貢献」が求められている、地域の拠点施設としての役割を果たすために継続して地域との連携の上に開かれた施設を目指し4年前より取り組んでいる。また地域包括ケア構築の一助になるので継続していく。取り組み:①地域交流活動を実施する。②地域・学校・家族、ボランティア等との連携を強化する。③福祉避難所として区や地域と連携しながら介護が必要な方への支援を行なう。取り組みの結果:以前より実施していた地域と関わる取り組みは期待通りには行なえなかった。①については、コロナ禍前には取り組んできた活動なので、現状として、どこまで何ができるのか、ターゲットの絞り込みなど検討の段階で実践はできなかった。②については家族会の開催、敬老会などへの家族参加の取り組みを行なった。中学校とは体験の受け入れ準備ができた。今後の方向性:地域交流活動は年度内に実施することが決まり準備を進めている。法人内の各事業所の地域交流にも参加している。また企業との連携や大学との交流も検討しており、コロナ前の状況復活を目指して段階的に進めている。

<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

昨年度の目標『地域との連携により開かれた施設を目指す』は、地域貢献という社会福祉法人の責務と、地域の拠点施設としての役割、と2つのビジョンを背景を背景としており、開かれた施設を目指し継続した取り組みでもあり、適切な設定といえる(P)。取り組みは、コロナ禍前の取り組みの復活を目指し、地域交流活動、地域・学校・家族、ボランティア等との連携強化、福祉避難所としての支援を取り上げており、具体的な設定といえる(D)。取り組みの結果は、実践までには至らなかったが、地域交流活動については、地域の現状(ニーズ)と事業所としての体制との兼ね合いも検討している。家族との関わり、中学校の体験受け入れなども段階的に進めている。次年度に繋がる分析も行なっている(C)。この結果を受け、地域交流活動は年度内に実施することが決まり、コロナ前の状況を目指して段階的に進めている。事業計画においても『福祉避難所として地域住民や近隣町内との繋がりを強め地域包括ケアの一員として役割を果たす。地域社会の福祉拠点として関係各所との連携を強化する』と掲げており(A)、PDCAに即した取り組みとして評価した。事業所が要となった地域作りの取り組みに期待したい。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の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>事業所はホームページやパンフレットを活用し事業所の情報を分かりやすく発信している</p> <p>法人と事業所作成のホームページそれぞれとパンフレットにて情報発信している。パンフレットでは複合型施設であることや基本理念・基本方針を明記し、かつ事業所のホームページの二次元コードを添付している。事業所のホームページでは「やさしさ」を起点とした介護を実践する事業所概要の他、居室や浴室等の写真や入居までの流れが掲載され施設の詳細な情報が入手しやすい工夫がされている。法人のホームページでは「認知症対応型グループホームや小規模多機能型サービスを行ない地域包括ケアの一役を担っている」と紹介されている。</p> <p>高齢者支援の複合型施設である地域の中核的存在として行政等に情報発信を行なっている</p> <p>高齢者支援の複合型施設内の特別養護老人ホームという地域の高齢者支援事業の中核を担う事業所として、行政や地域の高齢者サービス事業所へ積極的に情報発信を行なっている。パンフレットを含む施設情報は、行政、社会福祉協議会、行政が発行するホームページ等へ提供している。他、2ヶ月に一度開催される特別養護老人ホーム相談員連絡会にも参加し情報共有に努めている。事業所では、医療との連携に注力しており、ストマやバルーン、尿カテーテル等が必要な人の受け入れも可能であり、その情報を必要としている利用希望者に届くよう努めている。</p> <p>利用希望者などの要望に応じて、事業所の見学対応を可能な範囲で柔軟に受け入れている</p> <p>問い合わせや見学希望者への対応は生活相談員が日時の調整をし個別に対応をしている。事業所内の見学に加え、提供するサービス内容や、料金、食事などの内容を伝えている。見学者からは、利用料に関する質問も多く受けるため、課税・非課税の段階、要介護度に応じた概算利用料一覧表を準備し、かつ事業所は多床室が設けられているため経済的な課題がある場合も利用を検討しやすい利用料であることも併せて説明している。また、入所後に認識の違いが生じないようにリハビリの内容や、医療体制についても説明し、相談員日誌に記録を残している。</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 6/6

評価項目1
サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<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

サブカテゴリー2の講評

サービス開始時に基本的ルールや利用料金等を説明し、署名捺印を以て契約をしている
 サービス開始時には生活相談員が重要事項説明書を中心に事業所の基本的ルールやサービス内容、職員体制、利用料金等の重要事項について入所希望者や家族に説明し署名捺印を以て入所の契約を締結している。利用者や家族の気持ちに寄り添い、入所に関すること以外でも事業所で力になれることを尋ね、家族や介護の状況、伝えておきたい事柄などを確認し、利用者や家族の不安の軽減とニーズの把握に努めている。看取り介護にも対応していることを伝え、入居時の段階での医療的ケアの意向の聴き取りを必須とし情報の齟齬が生じないよう配慮をしている。

入所後も本人らしい生活が送れるよう、入所前面談等から多様な情報の把握に努めている
 入所前は生活相談員が自宅等本人の居所に赴いて面談し、入所希望者の意向や身体の状態、生活の様子、要望、困っていることなどを聴き取り、入所前面談記録に記載している。自宅等に赴くことで入所希望者のより具体的な趣味嗜好も把握することができ、入所後も本人らしさを大切に生活を送れるよう、把握した情報は「施設サービス計画書」作成の会議にて職員間で共有し意向の実現について多面的に協議している。『やさしさを起点とした利用者本位のサービスの提供』を念頭に置き、入所当日もストレスのないよう意向を汲んだ配慮を実践している。

サービス終了時は、利用者や家族の気持ちに配慮しながらきめ細かな支援に臨んでいる
 サービスの終了事由として、看取り介護の場合には、「看取り介護についての同意書」を交わし穏やかな気持ちで最期を迎えられるよう、事業所としての理念に基づく「看取りに関する指針」に沿い医師を含む多職種協働体制での緩和ケアを行なっている。長期入院等の場合は、利用者や家族の意向を聴き取り、退院後入所の生活を送りたいとの意向があれば、事業所の医師や看護職員、入院先のケースワーカーと連携し再入所に向けての対応を検討している。サービス終了に際し、利用者の意向と尊厳を護る支援を行うと共に家族の心情へ配慮した支援に臨んでいる。

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
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>			
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	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>			
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きみを整備している	<input type="radio"/> 非該当	
<p>評価項目3 利用者に関する記録を適切に作成する体制を確立している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>			
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きみがある	<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	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>			
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. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-3の講評			
<p>利用者の意向を尊重しながら、状態や状況を職員全体で多面的に把握している</p> <p>入所前の面談等で聴き取った利用者や家族の意向を汲み、施設サービス計画書の作成に反映させている。意向の他、要介護度や身体状況、既往歴等もアセスメント表に記録されているが、施設ケアマネジャー(以下ケアマネジャー)や介護担当の職員等職員全体で入所後もアセスメントを継続して実施している。利用者がリラックスして過ごしているのはどのような時か、日々の会話から聞かれた本人の希望等も職員間で共有し、モニタリングを実施しながら概ね1ヶ月後にケアプラン会議を開催し、暫定ケアプランから正式な施設サービス計画書に移行している。</p> <p>多職種連携でケアプラン会議を実施し、「施設サービス計画書」を定期的に見直している</p> <p>個別ケースごとに年に2回、ケアプラン会議を開催している。ケアマネジャーを中心に、生活相談員、介護職員、管理栄養士、看護職員、機能訓練指導員が参加し「施設サービス計画書」の作成及び見直しを行なっている。ケアプラン会議では、新規入所者の「施設サービス計画書」の作成の他、個別の支援内容や課題についても多職種で検討する場にもなっており、利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう各職種が意見を共有し協議する体制が構築されている。また、退院時や介護度の変更など状態に変化が生じた際は随時ケアプラン会議を実施している。</p> <p>支援に関する情報をICTを活用することにより、迅速に入手することができている</p> <p>本年度より記録のICT化が導入され、各フロアに設置されているタブレットやパソコンを用い利用者一人ひとりの日々の様子や状況について、介護ソフトの記録システムに入力されている。その他、ビジネスチャットツールも活用し利用者の様子や家族からの問い合わせ事項等を副主任から介護職員全体に発信されリアルタイムに情報共有を図ることができている。就労前に職員は記録を確認し、併せて朝夕の申し送り時に利用者の情報共有も行ない職員全体で情報把握が徹底されるよう取り組んでいる。職員調査では、情報共有や職員間の連携に対する評価が高い。</p>			

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(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)	
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			
法人が定める秘密保持の規程に基づき、利用者などの個人情報を適切に管理している 契約書において法人が定める秘密保持の規程に基づき、『事業所及びその従事者はサービス提供をする上で知り得た利用者及び家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らさない』こととしている。この守秘義務は契約終了後も同様である事を伝え、事業所は利用者または家族からあらかじめ文書で同意を得て、署名・捺印を以て締結している。個人情報保護について利用者や家族、職員に対し説明を行ない、個人情報の同意書についても随時利用者や家族に確認を行ない、利用者のプライバシー配慮を徹底している。			
プライバシーや尊厳を護るため、文書の取り扱いだけでなく羞恥心にも十分配慮している 個人宛の郵便物の取扱いについては、鍵のついた保管庫にて管理し面会時に渡すなど、プライバシーへの配慮に努めている。文書の取扱いについては入所時に利用者や家族に確認をしており、文書の種類によっては開封を依頼されているものもあり、個々利用者や家族の状況や意向に添った対応を行なっている。居室は多床室のため羞恥心への配慮に対しパーテーションの活用等ケアマニュアルに明記している。利用者の尊厳の尊重については、法人全体で「個人情報保護規程」を制定し、各施設でも利用者本位を徹底し尊厳の配慮がされるよう取り組んでいる。			
事業所での生活や日常の支援にあたり、利用者個々の価値観や意思の尊重に努めている 事業所のホームページにおいて、その概要を『利用者の安全・やすらぎ・尊厳の保障を基本に利用者の立場にたち、ニーズを的確に把握し、その人らしい生活を支援する』と明記しており、利用者の価値観や入所前の生活習慣をできるだけ尊重した支援に努めている。入浴や食事の場面では、利用者のその時の希望に応じて対応するなど、日常の支援にあたり個々の利用者の意思を尊重した支援に臨んでいる。			

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 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

業務マニュアルはサーバー内でも確認でき、必要時に閲覧することができる工夫がある
 業務の標準化を図るため、各業務ごとのサービスの基本事項や手順等のマニュアルを作成しており、サーバー内でも明記されており、パソコンやタブレットの共有フォルダから閲覧することができる。日々の支援に必要な基本的な生活支援項目として入浴ケア、食事ケア、排泄ケアについては、具体的な支援方法のマニュアルを作成している。急変時の対応に関するフローチャートは万一の時に備えスタッフルームに配置され職員はいつでも確認することができる。一方、職員調査からは、手順書などの課題に関する意見も挙がっている。

サービス向上委員会等の各委員会を通じ、事業所として業務水準の向上に取り組んでいる
 サービス向上委員会を通じて利用者サービスや介護職員の技術向上などについて話し合っている他、感染症対策委員会・衛生委員会・リスクマネジメント委員会等も設置し、多職種で話し合う機会を創出し業務水準の向上に取り組んでいる。マニュアルの見直しについてはOJT委員会で話し合う等各委員会を通じ事業所として業務水準の向上に取り組んでいる。また、朝礼時に事業所の理念や基本方針を唱和する時間を設けており、職員は日々の業務の中で、提供しているサービスが利用者にとって適正であるか、検討している。

日々の支援の中での気づきを多職種で意見を出しあい、対応を協議できる風土がある
 事業所では、日々の支援の中で介護職員に限らず多職種が利用者に対して、より良いサービスの提供について意識を高く持っており、気づいたことを意見として出しあい対応を協議できる風土が醸成されている。例えば、入浴の場面を見た看護職員からの羞恥心や尊厳の配慮に対する提案、事業所の設備に関する不具合などの気づきに迅速に対応し、サービスの見直しにも繋げている。小さな気づきでも職員間で共有することにより、対応についての協議や改善の提案に繋がっている。

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
			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>「施設サービス計画書」に沿ってその人らしい生活を支援している</p> <p>利用者の生活はあくまでも自立生活が基本であり、『利用者本意』を徹底して「施設サービス計画書」に沿った支援を行なっている。その人らしい生活を送ることができるよう、できる事は自分でやっていただき職員は見守り・多職種の意見を聴く・家族も含めてのチームケアを実践するという3つを基本として、支援している。毎月月末には居室担当職員と介護支援専門員が月のまとめとモニタリングを行ない計画に沿った支援ができていくかどうかを確認しており、その結果は家族にも伝えている。寝食分離を意識して自立支援に繋げている。</p> <p>利用前の生活の継続性を尊重した個別ケアに努めている</p> <p>利用者の意向は「入所前面接表」やアセスメントで把握し、継続性を持った支援をしている。日々の生活の中では、利用前の部屋の環境に近いかたちとなるように現在の環境を整える、家族の協力で好きなテレビ番組が録画できるよう録画機能がついたテレビを設置する、雑誌や新聞の定期購読を継続するといった日常の継続支援の他にも、家族と遠距離の旅行に行きイベントの見学に合わせて兄弟にも会って来る、毎週家族とお茶や夕食を楽しむ利用者もあり、医療的な制約がなければ利用者の楽しみを優先するようにしている。</p> <p>多職種と家族が連携して1つのチームであると考えて支援している</p> <p>事業所では家族を含めて1つのチームと考えて、「施設サービス計画書」を基本に、各職種が連携して支援を実施している。職員はどのような支援が自立に繋がるかを絶えず検討、深く考慮してそれぞれの専門性を活かして支援に努めている。計画書を作成するにあたって、重度化して意向を伝えることが困難な利用者でも表情の変化を見落とさないよう心掛け、代弁者としての家族の意向を尊重するよう心掛けている。情報の共有はミーティングや日々の申し送りで行なっている。</p>			
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている		○非該当
評価項目2の講評			
<p>利用者の意向や状態に合わせ「栄養ケアマネジメント」に沿って食事を提供している</p> <p>管理栄養士を中心に介護・看護職員は利用者の状態の把握に努め、「栄養ケアマネジメント」に沿って、個々に適した食事の提供や介助を実施している。食事は、主食が米飯・パン。軟飯・ミキサー粥・パン粥、副食は常食・きざみ・極きざみ・ミキサー・ペースト、更に高栄養食品とゼリー食で提供している。管理栄養士は日々食事介助をしながらアセスメントやモニタリングを行なっている。毎年利用者全員に「食事アンケート」をとり「嗜好調査」としてまとめ、結果を分析し献立作りに活用している。</p> <p>利用者の栄養状態を把握し低栄養の改善に向けて支援している</p> <p>毎月の体重測定の結果や、毎年の健康診断時での血液検査、毎食後に記録している「喫食チェック表」から摂取栄養量を把握し低栄養のリスクを確認している。更に、個々の状況に応じて不可対応を検討し予防・改善に努めている。管理栄養士は昼食時にミールラウンドをして個々の利用者の咀嚼や嚥下の様子を見ている。低栄養のリスクが見られる利用者については多職種で検討して食形態を変更したり、嚥下医から高カロリー・栄養補助食品を処方してもらったり、家族には、嗜好品や本人が好きなものの差し入れ等の協力もお願いしている。</p> <p>口腔ケア、誤嚥性肺炎予防など、多職種連携で嚥下に対する取り組みに力を入れている</p> <p>食事の前には口腔体操を実施している。管理栄養士・介護・看護職員らは食事介助をしながら個々の利用者の嚥下の様子を見ている。嚥下能力の評価は画像の撮影を歯科医に依頼し確認している。むせ込み等による誤嚥性肺炎を予防し、安全でスムーズな嚥下を促すためにトロミをつける事を必要とする利用者は増加しているため、トロミ剤についての検討もしている。鼻腔栄養の利用者からの希望で多職種が連携して取り組み、経口摂取に移行できた例もある。</p>			

3 評価項目3

利用者が食事を楽しむための工夫をしている

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目3の講評

利用者の希望を優先したメニューで食を楽しむ機会を工夫している

以前より利用者へ人気の高いあんぱんの選択日を設けていたが、パンメニューについては食材の高騰で検討が必要となった。「食事アンケート」の結果、7割以上の利用者からパンメニューが好評であったことから継続を決めている。更にうどんや素麺の導入など選択食の一部を再開している。またケーキバイキングや喫茶行事で利用者が選択する事ができる機会を設ける等、常に利用者の嗜好や希望を確認し優先しながら楽しみな食の提供に努めている。月2回のホーム喫茶では有名コーヒESHOPのBGMを流しドリップしたコーヒーを楽しんでいた。

利用者の希望に応じて食事時間をずらすことができる

食事時間は、委託業者の「衛生マニュアル」に則り2時間を限度にずらすことができる。利用者の体調や気分などによる希望があった場合や、受診などの外出で間に合わない場合は、食事時間を延長することができる。基本的な食事時間はそれぞれ朝食7時40分、昼食12時、夕食18時からとなっている。個々に入所前の生活での食習慣が異なっても事業所での基本的な食事時間内で食事しており、やむを得ない理由以外で、食事時間をずらす利用者はいない。

食席、配膳の手順など、利用者の安全性と希望に配慮して慎重に行なっている

食事席は見守りや安全面を第一に考慮した上で、利用者の希望に対し柔軟に対応している。配膳は誤食予防の観点からも個々の利用者の動きを注視し、状況に合わせて行なっている。配膳時は食事形態を確認してから行ない、与薬がある場合は薬袋に記入されている名前を確認して行なっている。外国人職員に分かるよう利用者の顔写真とローマ字表記の名前をシールにして薬袋、座席表、個人別のプレートに貼っている。下膳は声掛けをしてから行ない、摂取状況の確認と記録、食べこぼしなどの拭き取りで清潔を心掛けている。

4 評価項目4

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当
●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当

評価項目4の講評

入浴形態は利用者の身体状況やADLに合わせて選択し個別ケアに基づいて実施している

入浴は利用者の状態や意向を把握し「アセスメント表」に記載したうえで、その状況に応じた入浴形態で支援している。入浴形態は、個々の利用者の自立度を重視し介護職員が利用者の身体状況に合わせてアセスメントし、一般浴・中間浴(リフト浴)・特殊機械浴(ストレッチャー浴)の中から選択している。個別ケアのもと、その日の状況に応じた安全な入浴支援をするよう心掛けている。支援中の気付きは「申し送りノート」に記載して職員間で共有している。重度化が進み一般浴対象の利用者は減り、大半の利用者が中間浴と特殊機械浴の対象となっている。

入浴は羞恥心への配慮を心掛け浴室内の介助はマンツーマンで行なっている

入浴の誘導や入浴時の介助などを行なう際には、浴室内での介助時はマンツーマン対応で行ない、声掛けの方法を考慮したりカーテンやパーテーション、またタオルなどを使用して羞恥心に配慮するよう心掛けている。認知症の特性であったり、お風呂嫌い、その時の気分が乗らないなど様々な理由で入浴に対し消極的であったり拒否が見られる場合には、誘導時の声掛けに工夫をしたり、対応する職員を交代する、入浴スケジュールを変更するなどに対応し、効果的であった事例については記録に残し、他の職員の参考になるよう互いに情報を共有している。

入浴時間が楽しくなるよう季節を感じる演出や声掛けの工夫をしている

季節に応じた演出などで楽しい入浴を提供している。毎年、菖蒲湯・柚子湯の季節には期間を設け、利用者全員が楽しめるよう工夫をしている。湯温を利用者の好みに合わせて調節したりマンツーマンでの会話でゆったりと楽しい時間を過ごせるよう対応している。入浴時にリラックスした利用者からは日常では聴く事のできない話や思いを吐露される事があり、職員にとっても利用者理解を深める貴重な時間となっている。体調不良で入浴ができない場合は看護職員の協力を得て、温タオルでの全身清拭や更衣支援を行ない清潔を保持している。

5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>利用者の加齢による重度化に合わせそれぞれに合わせた排泄介助を行なっている</p> <p>職員は整備した「排泄表」を基に声掛け・誘導をしているが、全介助でベッド上での排泄となっているケースもある。全介助であってもできるだけトイレ誘導を行ない自然排泄を促している。以前は自然排便を促す為に乳酸菌飲料の摂取などを試みてはいたが、現在は重度化により便秘傾向が多く見られるため医療による下剤の処方や自然排便を促す座位の維持、などの支援となっている。排泄支援はトイレでもオムツでも定時ではなく随時を基本として行なっている。</p> <p>排泄支援は「排泄マニュアル」に沿って羞恥心やプライバシーに配慮し実施している</p> <p>排泄の誘導時の声掛けは周囲の状況のみで音量や誘い方、使用するワードなどの工夫をし、対応している。また、カーテンやパーテーションを閉めるなど羞恥心への配慮に努めている。昨年度の大規模改修でトイレが準個室となったことで、その特性を活かしプライバシー保護の面でも改善する事ができた。マニュアルには他にも感染症予防や転倒リスクの回避などについても記載されており、それに準じてトイレの入口には車イスが入り隠せるカーテンを設置、片麻痺の利用者が使用するトイレには左右に手すりを設置し健側が活用できるようにした。</p> <p>排泄向上委員会を中心に検討を重ね排泄ケアの向上に努めている</p> <p>排泄ケア向上委員会を中心にアセスメントに基づいて、排泄ケアの方法や使用する物品の検討を重ねている。更に、排泄用品メーカーの指導DVDによる研修・機能訓練指導員による移乗指導を受けるなど、個別排泄ケアの徹底を図っている。介助時には準備を整え、段取りに従って丁寧に行なうよう心掛け、オムツ交換の方法や陰部清拭・陰部洗浄の技術の習得にも努めている。トイレは専門清掃員が毎日清掃作業を行ない、介護職員も状況に応じて随時行なって衛生的で清潔な状態を維持している。また、専用消臭剤を使用するなど環境面にも配慮もしている。</p>		
6 評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>利用者の状態を評価し作成された「個別機能訓練計画書」に沿って移動支援をしている</p> <p>「個別機能訓練計画書」を作成し個々の利用者の意向や状態に応じた自力での移動を支援している。利用者の状態は客観的に評価し、持てる力に合わせて補充器具を選定している。現在、2割弱の利用者が自立歩行・杖歩行・歩行器・車イスなどでの自力移動ができ、8割近くの利用者は歩行介助・車イスの一部介助・車イスやストレッチャーの全面介助となっており、介助を必要とする利用者は増加する傾向にある。今後は更に自立支援に向けたより多面的なアセスメントとそれに基づいたチームケアの向上が不可欠であると考えている。</p> <p>『持ち上げない介護』を基本とし利用者・介助者双方に安全・安心な支援を行なっている</p> <p>利用者・介助者双方にとって安全で安心な移乗や移動介助を実践するため、「個別機能訓練計画書」や「移乗マニュアル」などに沿って支援している。ベッド移乗や車イスの操作などについては専門職からのアドバイスを受けながら利用者の心身に負担の少ない『持ち上げない介助』を継続して実施している。ベッドから車イスへの移乗介助時に利用者が内出血や擦過傷などを起こさないよう、また介護者の腰痛予防や負担軽減のために、スライディングシートを使用して2人介助で行なっている。今後は更に福祉用具の活用と介助技術の向上を図りたいと考えている。</p> <p>個々の利用者が安全で快適な移動ができるよう車イスなどの環境整備に努めている</p> <p>機能訓練指導員を中心に車イスの点検・調整を行ない利用者が快適に使用できるよう環境整備に努めている。事業所では日々、多くの利用者が車イスを使用して移動している。機能訓練指導員は一人ひとりの状態に適した車イスを選定し点検・調整をしている。介護職員はブレーキの効き具合やタイヤの空気圧・摩耗、キャスターの回転、アームレストの固定、フットレストの破損や左右の緩みなど不具合を見つけた時は即時に機能訓練指導員に報告して点検を仰いでいる。また、車イスの清掃も介護職員が随時行なっている。</p>		

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○非該当
評価項目7の講評		
<p>機能訓練は「個別機能訓練計画書」に沿って実施し定期的に見直し・更新している</p> <p>個々の利用者の評価を行ない機能訓練指導員は一人ひとりに応じた「個別機能訓練計画書」を作成している。更に計画書に沿って、マッサージを含む可動域訓練、ベッド・ポジショニングを含む起居動作、規律訓練、トランスファー訓練、歩行訓練、筋力強化などの機能訓練プログラムを実施している。計画書は看護職員や介護職員など多職種と連携して利用者の状態を把握し、基本的には3ヶ月毎に見直し・更新しているが、利用者の状態変化時には速やかに対応している。機能訓練は利用者の身体状況に応じて個別訓練とグループ訓練の両輪で実施している。</p> <p>機能訓練を日常生活の中に組み込み計画書に沿った生活リハビリを実施している</p> <p>計画書は、機能訓練指導員が行なう回復訓練と、機能訓練プログラムを日常生活の中でも行なえるように生活リハビリを組み込み多職種で実施できるよう作成されている。居室からトイレまでの歩行訓練や立位保持での排泄支援や衣類の上げ下げ、座位姿勢可による入浴支援、食事をはじめ生活の各場面での残存能力の維持強化を目指し実施している。座位姿勢が可能になり特殊機械浴から中間浴が可能になった例もあり、日々の様子は介護職員が記録し、専門職による機能訓練についてはリハビリ日誌や介護ソフトの記録などで他職種で共有し連携している。</p> <p>機能訓練指導員と介護職員は協働で福祉用具の点検・整備・清掃を行なっている</p> <p>機能訓練指導員と介護職員の連携で車イスやその他の福祉用具は定期的使用状況の確認をし、変更などを行なっている。利用者が使用している福祉用具の点検は機能面・安全面を重視し日々空気圧やブレーキの効きなどを確認しつつ、衛生面への配慮も必要であるとして調整や整備に加えて清掃も行なっている。更に、利用者の状態は日々変化しているためその支援方法や車イスなどの福祉用具を見直す必要が生じた時は介護職員と機能訓練指導員が確認し、速やかに対応している。変更内容は朝礼・夕礼や「申し送りノート」等で迅速に職員間で共有している。</p>		
8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしきみを整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当
評価項目8の講評		
<p>利用者の健康は提携医療機関の協力や看護職員などにより安心の医療体制で守られている</p> <p>利用者の健康な生活を維持するため、毎日、看護職員によるバイタルチェックを行ない、毎年の1回健康診断を実施している。必要が生じた場合は血圧測定・検温・血液検査・心電図検査などを行ない嘱託医の指示で適切な処置を施している。特に慢性疾患の利用者は定期的に検査を受けている。看護職員は嘱託医からの指示による処置を行ったり利用者に対し健康指導もしている。週2回、提携医療機関からの内科医と訪問歯科医の往診がある。他にも、月2回精神科医が診察している。また、希望者には月1回、眼科医の診察と処方を受ける事ができる。</p> <p>服薬袋に利用者の写真を貼るなど服薬管理の工夫をして誤薬防止に努めている</p> <p>利用者の服薬管理は、与薬する職員の誤薬防止を図るため、嘱託医の処方箋に基づいて1包化している。更に事業所では外国人職員が多いことから調剤薬局の協力で服薬袋に利用者の顔写真とローマ字表記の利用者名のシールを添付している。薬局から届いた薬は看護職員がセット・確認して医務室に保管している。朝・昼・夕それぞれ「与薬チェック表」に与薬者と確認者2人が押印、ダブルチェックで誤薬防止に努めている。食後は歯科衛生士の指導を受けた介護職員が口腔ケアを実施し、「口腔ケアチェックシート」に記録して漏れが無いようにしている。</p> <p>体調変化時の緊急対応の体制が整備されており長期にわたり看取り介護も継続している</p> <p>利用者の体調変化時の緊急対応は提携医療機関との連携で速やかに対応できる体制が整っている。利用者にはカルテと合わせて夜間・休日用の指示書があり、急変時には提携医療機関の医師や看護師と連絡が可能になっている。事業所では長期に亘り看取り介護を継続している事で職員の対応力も高い。利用者・家族への意思確認・看取り指針・マニュアルを基に職員は利用者の気持ちに寄り添う事を最優先し、利用者のその時の状態に合わせて考え、工夫を重ねて最善を尽くし、終了時には家族から感謝の言葉を多くいただいている。</p>		

9 評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当
評価項目9の講評		
<p>起床時・就寝前の更衣支援は利用者の負担とならない範囲で行なっている</p> <p>事業所ではこれまで、起床時・就寝時のタイミングでの更衣支援は単に自立支援・気分転換・生活場面に合わせた服装というだけでなく、昼夜のメリハリが認知症高齢者のケアの一環としても効果があると考えて行なってきた。しかし利用者の高齢化により更衣支援そのものが一部または全面介助を要するという現状がある。更に重度化も進み、関節などの拘縮や皮膚の脆弱と言ったリスクも課題となっている。そのため起床時・就寝時の更衣支援は個々の意向や生活習慣・性格などを鑑みて、負担とならない範囲で実施することとし、入浴時や汚染時に行なっている。</p> <p>身だしなみ支援は利用者の状態に合わせて見守りや介助で支援している</p> <p>起床時の整容については、各部屋の洗面台を使用して自力で洗顔のできる利用者は少なく、ほとんどが蒸しタオルで手や顔を拭いていた。だき、ブラシでの整髪を支援している。基本的に、個々の利用者のADLに合わせて見守りや介助といった支援を行なっている。日中の生活場面でも、職員は髪や着衣の乱れを整えたり、食べこぼしなどにも注意して清潔を保持している。食後の口腔ケアでは個人の身体能力に合わせて歯ブラシでのブラッシング・口腔内清拭・先口・舌苔ケアなどを実施している。訪問内容サービスではカットの他にも髭剃りを受ける事ができる。</p> <p>夜間の快適な睡眠が獲得できるよう日中の過ごし方も工夫し支援している</p> <p>利用者のスムーズな入眠や快適な睡眠のため、室温・湿度の調整、騒音・臭気、共有部の照明など快適な睡眠環境の整備に配慮している。また安楽な睡眠姿勢が取れるよう個々に対応したり、定期的な夜間巡回をして利用者の睡眠状況を確認し、寝返りができない利用者には2時間ごとの体位変換を補助支援している。また日中はできる限り離床を促し、日光を浴びたりフロアでのレクリエーション活動や生活リハビリで夜間の良質な睡眠が確保できるよう支援している。夜間にもハプティックセラピーを導入して、リラックスして眠るための支援を行なっている。</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	
●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>利用者の思いを大切にその意向を尊重して個々の満足を引き出している</p> <p>他の利用者の状況などを考慮しながら可能な限り個別に対応している。支援する側の都合や価値観ではなく個々の利用者のニーズや希望を優先して捉え利用者が主体的に判断・選択・決定できる事を最大限尊重したサービスに努めている。職員は多職種連携で、利用者が『その人らしい生活』の継続に向けて、持てる力を活かして可能な限り自立した生活を送れるよう、『どうしたいか』という気持ちの聴き取りを積極的に行ない職員間で共有し対応している。</p> <p>職員は今できることを考慮して利用者の楽しみが継続するよう努めている</p> <p>コロナ禍で途切れた季節の行事やクラブ活動の再開を企画し参加者の希望を確認している。お花見・端午の節句・敬老会・秋祭り・節分・ひな祭り・彼岸法要など入所前の生活の継続性を持った行事を中心に自主性を尊重した企画やレクリエーションを提供している。七夕では職員の協力で短冊に願い事を書き、星形のゼリーが飾られた素麺を食べた。クリスマスには職員と共にツリーの飾り付けを行ない、ケーキバイキングを楽しんだ。新年を迎え健康を祈願し祝う互礼会ではお節料理味わった。これまでやってきたことが今できるかたちで継続している。</p> <p>利用者が不安なく穏やかに過ごせるよう一人ひとりに寄り添ったケアを心掛けている</p> <p>認知症の利用者が落ち着いて過ごせるケアとしてスウェーデン式認知症緩和療法であるハプティックセラピーを導入しており好評である。皮膚と皮膚のコミュニケーションと言われるハプティックセラピーでは認知症に限らず言葉によるコミュニケーションが困難な利用者に対し、触れることで心と体を繋ぎ、慈しみや承認の感覚を提供する事ができるため、不安や恐怖が軽減し、自尊心や安心感を得たりストレスを緩和することができる。職員はこれを応用し、利用者一人ひとりに合わせた声掛けを心掛け、同様の効果を得るよう努めている。</p>		

11 評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目11の講評		
<p>利用者が当たり前に出し外の空気を吸う機会を増やせるよう検討している</p> <p>個別のニーズに応じた施設周辺の散歩や家族の協力で実現している利用者は少数いるものの、まだ定期的な外出は行えていない。コロナ禍が1つのきっかけとなったこともあるが、地域の人との交流の機会も少ない状態である。職員調査でも機会を増やしていきたいと考えて望んでいる意見は多く見られた。事業所には、同行してもらえ家族が遠方にいたり、高齢であったり、あるいはいない利用者も多く生活している。更にそのような利用者が増える可能性も考慮し、家族に頼らない外出支援のシステム作りを検討する事も選択肢の1つとして考えている。</p> <p>コロナ禍を経て地域との交流の機会は規模を縮小し安全なカタチで再開しつつある</p> <p>新型コロナウイルスの影響で中止していた地域交流は活動を縮小して再開している。コロナ禍以前は地域交流事業の活動を通して地域との交流を図っていた華道・書道・ブネの演奏などは中止したままとなっているが、体操は再開する事ができた。地域が行なう防災訓練にも参加した。また、今年度も地域のプロサッカーチームの若手メンバーが訪れ近隣の保育園児や複合施設のグループホームや小規模多機能施設の高齢者などと交流する企画が実現した。保育園児が敬老会にプレゼントを持って訪ねてきた時は10名の利用者が交流する事ができた。</p> <p>自治会に加入しており情報は収集しているが利用には至っていない</p> <p>自治会に加入しており地域の情報収集には努めているが、利用者が利用できる事に関する情報は収集できておらず提供には至っていない。フードパントリーにも参加しているが、利用者との接点となる事としては、社会参加の一端として選挙の不在者投票は実施する事ができた。以前より社会福祉法人の責務として『地域の拠点施設』となる事を目指している。事業所の周辺には公園などもあり、地域に社会資源も有効に活用して、どのような形で地域との関わりを持つことができるか、今後も継続して取り組みできる事から実践していきたいと考えている。</p>		
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		
<p>家族には積極的に利用者の様子を伝えるようにしている</p> <p>家族の状況に合わせて連絡方法を考慮しており、家族との連絡は電話とメール・手紙となっている。仕事の都合などで面会に来ることができなかつたり、利用者との関係性が薄い家族にはできるだけ働きかけるようにしている。広報誌は希望する家族に届けており、ホームページなどでは伝えきれない情報があるため、業務負担を軽減しスピード感を増すためにSNSのような新たなツールの活用も検討している。ケアプラン会議には多くの家族が参加し、各職種と共に利用者の支援について考え、要望を伝える事ができている。</p> <p>面会は基本的に自由で、できる限り利用者との交流を制限しないように配慮している</p> <p>面会は基本的に自由で、随時対応しており、頻度は多い。基本的には9:00~17:30となっているが人数・滞在時間・面会場所の制限はない。落ち着いて過ごしたい場合はフロアではなく1階の娯楽室を利用することも可能である。飲食も共にする事ができる。職員は『利用者は家族からの預かり物だから、利用者にとっての普通の生活を知って、家族が利用者にとってあげたい事を自分達も提供したい』と考えているため家族の要望をできる限り聴くようにしている。敬老会・新年の互礼会・誕生会などの行事は家族にも案内して参加を呼びかけている。</p> <p>ケアプラン会議や家族会には多くの家族が参加し自由に意見を交わしている</p> <p>事業所と家族に信頼関係が構築されており、家族は遠慮することなく意向を伝え、利用者の暮らしの様子を確認している。ケアプラン会議では1組30分枠で生活相談員が対応し、利用者に対してここでやって欲しいことや、そのための支援に必要な情報を聴いている。また家族会において事業所は事業報告や事業計画の説明をし、利用者の生活の様子を伝えたあとに、家族間の交流を図りピアカウンセリングの場となるような企画を設けた。小グループに分かれた参加家族は、それぞれ利用者との思い出を話を語り、それを聴く事で互いに共感し合う事ができた。</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	コロナ禍前の地域貢献事業の再開に向けて状況を見ながら段階的に取り組みを始めている	
内容①	地域交流室を設置し、地域交流事業、区内企業との協働企画、認知症に対応したスウェーデン式のハプティックセラピーの取り入れ、地域住民へ普及活動など、地域貢献事業に熱心に取り組んできた。コロナ禍以降、地域との関りが激減しており、地域の一員である意識や活動を取り戻したい、と考えている。地域・学校・家族、ボランティア等との連携を強化し、福祉避難所として要介護者への支援、フードパントリーへの参加、地域への職員派遣、併設する小規模多機能居宅介護主催の地域活動への参加、更に年内には地域交流事業の再開も決定している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-3	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
タイトル②	施設内研修や個別テーマでの研修機会が設定され、職員の意欲向上に繋がっている	
内容②	人事考課システムの活用(上司との面接、個人別育成計画の作成)が職員にとっては安心感を生んでいる。人材育成の体系としては、法人研修、施設内研修、新規採用職員が企画されている。施設内研修は事業所単独の研修と拠点として複数の事業所で行なう研修がある。現場に活かせる研修を目指しており、個別のテーマを決めて、内容に応じて講師も呼び、職員自身はどうするかを考える内容としている。回数も多く参加を高めている。職員からは『研修内容が充実している』『受講者だけでなく講師側も成長』『学んだ内容は職員間で共有している』と好評である。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-1	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③	利用者情報を十分に収集したうえで計画書を作成し、毎月評価検討を行なっている	
内容③	職員は、利用者や家族の思いを中心にサービスを提供したいと考えている。家族も利用者が利用者らしく毎日の生活を営むことができるような計画書が作成されることを望んでいる。その考えの基、ケアプラン会議には多くの家族が出席している。介護支援専門員は多職種と家族の意向を活かした「施設サービス計画書」を作成している。日々の支援記録は介護ソフトに入力され毎月月末に集計している。更に居室担当職員と介護支援専門員は利用者にもモニタリングを行ない、これらを合わせて計画書の目標に対する推移を確認し評価を検討している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業所と家族との関係が良好で、家族もチームケアの一員と考え、更に家族同士も絆が深まるような機会を設けている
	内容	利用者は家族の大切な人であり、家族からの大事な預かり物(者)と考えている。利用者がその人らしく生活できるように、物言えぬ利用者には家族がやってあげたい事をやるという気持ちで支援にあたっている。そのために家族の要望をできる限り聴くよう努めている。利用者にとっての普通の生活を送るためには家族しか知らないたくさんの情報がある。家族会では施設と家族だけでなく、家族同士を繋げる場面も提供した。家族を小グループに分け個々に利用者との思い出話をしていただき家族同士が互いに共感し合って絆を強めることができた。
2	タイトル	情報共有やコミュニケーションが円滑で、職員の間関係や連携が良好なため理念や目指す方向も共有化され働きやすい環境が整っている
	内容	『やさしさを起点として利用者本位のサービスの提供』という理念の元で、医療的ケアが必要、身寄りがない人等でもサービスが必要とする人を積極的に受け入れる姿勢を持っている。また職員同士が尊重しあい、良好な職場環境の風土が形成されているので、事業所の理念が理解され利用者へのサービス向上に繋がっている。職員調査においても、職員間でコミュニケーションがとれている事、職員の間関係や連携が良好な事、職種の隔たりがなく多職種が協力し合い業務にあたることのできる職場である事、などが良い点として多く挙がっている。
3	タイトル	事業所は高齢者複合施設の1つとしてその利点を活かし、地域との交流活動も実施でき利用者にとって安心で豊かな生活を支援している
	内容	同一建物内には事業所の他に小規模多機能居宅介護センター・グループホームの3施設がある。利用者の状態が変化した時にはあらためて他の施設を探す必要が無く同じ建物内で異なるサービスに移行することができ、高齢者にとって環境を変えることなく住み続けることができるという利点がある。地域との関係も関連するイベントなどを共有する事ができる。地域交流事業やフードパントリーへの地域貢献の他にも地域のプロサッカーチームの若手現役選手が訪問しペットボトルによるボーリングで、近隣の園児らと共に交流を楽しむこともできている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	生きがい支援として年間行事を実施しているので、今後は事業所の資源や特性を活かし利用者のニーズに添った余暇活動の企画にも期待したい
	内容	事業所では、生きがい支援としてお花見や端午の節句、敬老会、ケーキバイキング等、毎月行事が実施され利用者の楽しみの一つになっている。一方、利用者調査では、日常生活の中で何か他の活動をしたい、体操をしたい等余暇活動の充実を希望する声も挙がっている。余暇活動は身体機能の維持・向上や社会的交流がうまれ、生活のリズムが整うことにつながることもいわれている。『やさしさを起点とした利用者本位のサービスの提供』を理念として掲げる事業所だからこそできる利用者ニーズに添った新たな余暇活動の企画検討に期待したい。
2	タイトル	各種マニュアルは作成されているので、実際に活かせる内容になっているか見直しを行い、職員がより活用できるものになるよう期待したい
	内容	業務の標準化を図るため、各業務ごとのサービスの基本事項や手順等のマニュアルを作成しており、パソコンやタブレットの共有フォルダから閲覧することができるよう工夫している。また日々の支援に必要な基本的な生活支援項目として入浴ケア、食事ケア、排泄ケアについては、具体的な支援方法のマニュアルを作成している。一方職員調査では、作業の手順等に関する課題を挙げる意見ある。マニュアルはOJT委員会で話し合う機会を創出しているので、職員がより日常的に活用できる内容の検討も期待したい。
3	タイトル	求める人材確保について、リーダー層育成、職場環境の整備(効率化)、高校との連携、ブランディングなど多角的な取り組みに期待したい
	内容	社会状況の変化、少子高齢化、介護労働に対する敬遠等の影響で、求める人材が集まりにくい状況となっており、多角的な視点で人材育成に努めている。一方職員調査では「将来を見据えた外国人・日本人職員の育成」「日本人の介護職員の確保」「職員定着のため意欲向上への取り組み」などの意見も挙がっている。リーダー層の育成、介護負担軽減を目指した介護機器の導入やICT化など労働環境の整備、高校等との連携等、多角的な視点からの人材確保の検討と事業所の魅力のアピール(ブランディング)に期待したい。

