

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和4年度】

2023 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

〒 176-0001

所在地 東京都練馬区練馬1-20-2

評価機関名 株式会社日本生活介護

認証評価機関番号

機構 02 - 015

電話番号 03-3991-8440

代表者氏名 佐藤 義夫

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	櫻井 良平	福祉	H1901005
	②	中條 りう	福祉	H1302050
	③	玉腰 宏之	経営	H2201003
	④	齋藤 貴明	福祉	H1102028
	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	港区立特別養護老人ホームサン・サン赤坂		指定番号	1370301473
事業所連絡先	〒	107-0052		
	所在地	東京都港区赤坂6-6-14		
	TEL	03-5561-7833		
事業所代表者氏名	施設長 若井 世台子			
契約日	2022 年 11 月 21 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 1 月 5 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 1 月 26 日			
自己評価の調査票配付日	2022 年 12 月 10 日			
自己評価結果報告日	2023 年 1 月 26 日			
訪問調査日	2023 年 2 月 3 日			
評価合議日	2023 年 2 月 3 日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査については、個別の聞き取り調査を行った。また、利用者調査を補完するために、家族アンケートも行った。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

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

2023 年 3 月 日

事業者代表者氏名

印

<p>1</p>	<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)法人理念にある「四恩報謝」の教えに根本を置いた「聖労」（報いを求めない聖（きよ）き労働）を実践し、「地域とともに育つ」ことを常に忘れず、社会福祉の目的の実現をめざします。 2)赤坂の地域性・特徴を十分に生かし、質の高いサービスを提供することにより地域福祉に貢献します。 3)ご利用者一人ひとりが安全で気兼ねなく安心して過ごせる施設を目指します。 4)併設する赤坂子ども中高生プラザとの間では、コロナ禍での新しい高齢児童交流の充実に努めます。 5)職員にとって働きやすい職場づくりを目指します。</p>
<p>2</p>	<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> <p>東京聖労院には人事考課制度がありその中で下記に示された内容で職員像を示しています。 ○組織人間力 法人の歴史を理解し、歴史を支えた理念に共感し、実践することを期待しています。 ○福祉人間力 利用者本意の姿勢と考え方で接することができるマインドの持ち主であることとともに、利用者等の声や気持ちを十分に受けとめることができる豊かな感受性を期待しています。 ○仕事・役割「情意効果」 組織人としての「規律性」「責任性」「協調性」「積極性」について評価基準を設定し、仕事への根本的な姿勢について求められる職員像を明確にしています。 ○仕事・役割「組織役割」 全職種・全職位共通の評価項目として所属部署内での個別役割を設定しています。法人・施設の成長に向けて、職員が組織に対する責任を果たし役割を達成する姿勢の持ち主であることを求めています。 ○仕事・役割「個別専門職務」 各専門職・各職位に応じて求められる個別専門職務について評価基準を設定しています。福祉専門職として職種・キャリア・職位に応じた個別専門職務を身に着け、更なる成長に向けて弛まぬ努力を続ける姿勢を持つことを求めています。</p> <p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>時代が変わり、求められる事柄は増えつつも「福祉は人なり」の真理が変わることはなく、最も重要なものは「（福祉に携わる）人」と言えます。その「方向性」を見失うことなく「ゴールなきゴール」を目指し「恒常的」に「自己研鑽」を積み「変化・成長」を重ね続ける姿こそが「（福祉に携わる）人」像と考えています。</p>

調査対象

登録利用者全員を対象とした(事業所と協議の上、聞き取りが困難な利用者を除く)

調査方法

調査員と個別の聞き取り調査を行った。

利用者総数

77

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	29	29
0	28	28
0.0	36.4	36.4

利用者調査全体のコメント

調査対象29名のうち、28名から回答を得ることができた。共通評価項目のうち、「施設内の清掃・整理整頓は行き届いていますか」「日常生活に必要な介助を受けていますか」「職員の接遇・態度は適切ですか」「職員は日常的に、健康状態を気にかけてくれますか」「利用者の気持ちを尊重した対応がされていますか」「施設の生活はくつろげますか」などの項目において、満足度が高く、サービスの提供や安心・快適性に関して、満足している様子が窺える。また、総合的な満足度では、21名が「大変満足、満足」、7名が「どちらとも言えない」と回答し、「職員の皆さんに感謝しています」「最低限の事をしてくれます」「安全、安心です」「体の事を気にしてくれます」などのコメントがあがっている。また、利用者調査を補完するために実施した家族アンケートでは、32世帯から回答を得ることができた。「ケアプラン作成時に利用者本人の状況や、本人・家族の要望を十分に理解してくれたか」「職員は丁寧に対応してくれていると思うか」「契約のとき、内容の説明は十分にあったか」などの項目において、満足度が高かった。

場面観察方式の調査結果

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

評価機関としての調査結果

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

《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	22	3	3	0
22名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「満足しています」「美味しいです、栄養をもう少し考えてほしいです」「肉が食べられません」「栄養バランスをもう少し考えてほしい」「ご飯がもう少し多いと良いです」などのコメントがあがっている。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	26	2	0	0
26名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と回答している。 「とてもよくしてくれます」「呼んだらすぐに来てくれます」「とても優しくしてくれます」「夜間に職員が少ないです」などのコメントがあがっている。				
3. 施設の生活はくつろげるか	22	6	0	0
22名が「はい」、6名が「どちらともいえない」と回答している。 「読書をしています」「テレビを見ていることが多いです」「歌を歌っている時が楽しいです」「散歩ができていません」「好きなことは特にありません」などのコメントがあがっている。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	23	4	1	0
23名が「はい」、4名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「声をかけてくれます」「親切にしてくれます」「人によって違う時があります」「あいさつしない人もいます」「医務の人が声をかけてくれます」などのコメントがあがっている。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	28	0	0	0
28名全員が「はい」と回答している。 「とてもきれいです」「いつも掃除してくれています」「まあまあきれいだと思います」などのコメントがあがっている。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	25	3	0	0
25名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答している。 「やさしい言葉遣いです」「良い人ばかりです」「職員によっては言葉が気になる人がいます」「丁寧な人もいます」「気になるところはあります」などのコメントがあがっている。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	21	2	0	5
21名が「はい」、2名が「どちらともいえない」、と回答している。 「信用できます」「安心してます」「そうなってみないとわかりません」「プロなので信頼しています」「とてもよくしてくれます」などのコメントがあがっている。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	13	6	0	9
13名が「はい」、6名が「どちらともいえない」と回答している。 「そういうことはありません」「職員がよく見てくれています」「そういうことがないのでわかりません」「大丈夫と思います」「いさかいとかはありません」などのコメントがあがっている。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	23	3	1	1
23名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「気にかけてくれています」「いつでも優しく対応してくれます」「気になる職員もいます」「普通だと思います」「ありがたく思っています」などのコメントがあがっている。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	21	3	0	4
21名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答している。 「隠していることはありません」「守ってくれていると思います」「考え方は人それぞれです」「あまりよくわかりません」などのコメントがあがっている。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	5	8	2	13
5名が「はい」、8名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「よくわかりません」「計画の意味がわからない」「忘れてます」などのコメントがあがっている。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	4	10	1	13
4名が「はい」、10名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「わかりません」「意味がわかりません」「忘れてるかもしれません」などのコメントがあがっている。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	14	6	1	7
14名が「はい」、6名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「よくやってくれています」「忙しそう但也有ります」「言えば聞いてくれると思います」「言ったことはありません」「待たされるのが不満です」などのコメントがあがっている。				
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	5	5	6	12
5名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、6名が「いいえ」と回答している。 「区役所に相談できると言われました」「忘れてます」「問いの意味がわかりません」「よくわかりません」などのコメントがあがっている。				

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	
	<p>法人理念を職員に周知するために様々な取り組みを実施している</p> <p>事業所では、法人理念を職員に周知するために、まずは入職時の新任研修において、理事長自らが法人の理念及び歴史を説明している。現役職員に対しても、朝礼時に全員で唱和したり、職員会議(年2回)の際に改めて確認している。そして、人事考課においては、法人理念の理解を考課項目の一つとしており、職員が自らの言葉で法人の理念について語れるかどうかを確認している。このような仕組みにより法人理念の周知に努めているため、職員への浸透度が高く、職員は理念を行動規範として様々な業務に当たっている。</p> <p>法人の状況を利用者の家族に理解してもらうための工夫をしている</p> <p>事業所では例年、家族会を年2回開催している(コロナ禍以降は書面開催)。事業所への苦情やその対応結果について、予算について、事業計画・報告について等のテーマで、半年ごとにまとめて伝えている。また、年に1回行う利用者アンケートの集計結果も報告している。コロナ禍以降は面会の回数や時間が制限されたことから、利用者の各担当職員が、利用者の事業所での様子や事業所の状況を家族に電話で伝えている。このような工夫により、利用者の家族に法人の活動を理解してもらうようにしている。</p> <p>経営層で決定した重要事項を、職員全員に周知するための仕組みを整えている</p> <p>課長以上の管理職員で構成する「課長会」を設置し、事業所の方針や課題を検討するとともに、各部署の連絡調整を図る組織と位置づけている。そして、課長会の下に「連絡会」を設けている。連絡会は課単位で構成され、係長や専門職が参加している。各課長は、連絡会で課長会での決定事項を伝えている。さらに、連絡会の下に部署ごとの「拡大ミーティング」を設置しており、部署の全職員が参加している。拡大ミーティングでは、課長会及び連絡会の決定事項を伝えている。このような流れで、重要な決定事項について職員全員に周知している。</p>	

カテゴリー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		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
<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
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
<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
カテゴリー2の講評		
<p>毎年、利用者アンケートを実施し、利用者及び家族の意向を把握している</p> <p>事業所では、毎年1回、利用者及び家族に対してアンケート調査を実施している。質問項目は、(1)職員の対応(言葉づかい、態度、服装など)、(2)日常介護・健康面(食事、入浴、排泄など)、(3)余暇活動(行事、レクリエーションなど)、(4)施設的环境・情報提供、(5)自由記述、の5項目である。利用者からは直接聞きとり、家族には郵送により行っている。回答を集計してまとめ、業務改善に活かしている。また、結果をについて、家族への郵送、事業所内掲示、事業報告書への記載といった形で公表している。</p> <p>人事考課面談や個別面談などの実施を通じて、職員の意向把握に努めている</p> <p>職員に対しては、毎年4月に目標を設定してもらい、年度末に達成状況の振り返りをしてもらっている。この人事考課面談は直属の上司が行っているが、その際には、本人の仕事に対する意識や希望なども聞いている。この仕組みに加えて、施設サービス部生活課長による個別面談も実施している。日々の業務上の報告・連絡・相談だけではつかみきれない、職員個人の思いを把握するよう努めている。生活課長は、職員の心情に共感するとともに、法人理念をわかりやすく説明することも行っている。</p> <p>地域の団体や福祉関連の団体に多数所属し、広い範囲から情報を収集している</p> <p>事業所では、「地域懇談会」(地域の町内会、民生委員、行政機関等が参加)、「青少年対策赤坂地区委員会」(青少年の健全育成を進める自主的な団体)「港区高齢者地域支援連絡協議会」(地域の様々な団体や機関が参加)に加盟している。また、「港区施設長会」(区内の社会福祉関連施設の施設長が参加)や、東京都社会福祉協議会の「東京都高齢者福祉施設協議会」など、福祉関係の団体にも加盟している。こうした団体の会合に出席することで、行政担当者から福祉関連法令や制度の改廃情報を入手したり、地域の福祉ニーズを把握することができている。</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

カテゴリー3の講評

倫理綱領や倫理綱領ガイドラインを定め、職員全員が遵守するよう取り組んでいる

運営法人では、職員倫理綱領を定めている。倫理綱領では、人間としての尊厳の保持、人権の尊重など、7つの職員の責務を記している。合わせて、職員倫理綱領ガイドラインも定めている。そこでは、利用者には、「いかなる虐待からも守られる権利があり、職員はいかなる理由においても虐待はしません」等と規定している。倫理綱領については、入職時の新任研修時の説明から始まり、その後も毎年1回、全職員に「周知テスト」を課して浸透を図っている。また、倫理綱領は法人ホームページにアップロードして、誰もが見られるようにしている。

専属の担当者を配置してボランティアや、実習生を広く受け入れている

事業所では、専属のボランティアコーディネーターを配置している。コーディネーターは地域からのボランティア申込みの窓口となり、また自らも個人や団体に働きかけ、登録、活動設定、事務手続きなどを手掛けている。活動内容は、事業所内での芸の披露、利用者の散髪、イベントの手伝い等、多岐にわたっている。また、実習生についても、大学や専門学校等の学生のみならず、行政機関職員の新任研修等も受け入れている。指導は実習指導者研修を修了した職員を充てて行っている。コロナ禍においても、感染症対策を講じながら可能な限り受け入れている。

様々な形で地域と関わる中で事業所が人が集う場となっており、地域貢献を行っている

地域と協同して、(1)イベント等を行う、(2)事業所を訪れてもらう、(3)地域の団体、会合に加わる、といった形で交流を深めている。(1)については、納涼祭、合同防災訓練などがある。(2)については、地域のキーパーソンが集う「地域懇談会」、事業所内のカフェ、事業所見学、ボランティアの来訪などがある。事業所を地域の人が集える場とすることで、顔の見える関係を構築している。(3)については、青少年健全育成を進める「青少年対策赤坂地区委員会」、高齢者支援を進める「港区高齢者地域支援連絡協議会」等に加盟している。

カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(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
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
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
カテゴリー4の講評		
<p>様々なリスクを想定し、事前の対策、発生時の対応、手順等を定めている</p> <p>事業所では、地震などの大規模災害、感染症の発生、火災等、起こりうるリスクごとに対策、発生時の対応、発生後の事業継続等を定めている。このための組織として「施設安全対策委員会」、「感染症予防検討委員会」、「マニュアル整備検討会」などを設置している。これらの組織において、たとえば、火事であれば「消防計画」、「避難訓練計画」を策定し、災害であれば「事業継続計画」などを策定している。合わせて、地域との連携や港区役所への報告についても手順を定めている。</p> <p>従来より守秘義務や個人情報保護に取り組んでおり、一層の充実を図っている</p> <p>運営法人及び事業所では、創業時から就業規則や運営規程において、業務上知り得た利用者及び家族に関する秘密を他に漏らしてはならないこと等を定めている。そして、2010年にプライバシーマーク(Pマーク)を取得したことで、個人情報管理についても同基準に則って厳格に行ってきた。2022年度は、個人情報保護法の改正やPマークの更新審査を受けて、「個人情報保護基本規程」の見直しを行った。これにより、全職員に個人情報保護の理解度テストを行う、パソコンのパスワードは2ヶ月に1回変更する等、多面的な措置を講じている。</p> <p>事故について、検証及び再発防止のための組織を設置している</p> <p>事業所内で起きたヒヤリハットや事故についての対応結果を検証し、再発防止策を検討するための組織として、係長以上の職員で構成する「事故対応委員会」を設置している。昨年度は、同委員会に加えて、現場で介護や支援にあたる介護福祉士、看護師、理学療法士、生活相談員で構成する「事故予防係」も設置した。同係は、事故発生時の利用者の動きを再現して、どのような経過で事故に至った原因を検証するとともに、今後の予防策を検討する役割を担っている。現場レベルと管理職レベルの二重体制を構築することで事故の減少を目指している。</p>		

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

カテゴリー5の講評

職員採用のための取り組みを積極的に行い、かつ採用した職員の育成にも力を入れている

運営法人は、職員を採用するために、(1)施設見学会を行う、(2)ハローワーク、就活ナビサイト、民間求人サイトに登録する、(3)就職セミナーに出展する、(4)大学、専門学校等と連携する、など様々な方法を用いて募集活動を行っている。この結果、昨年度は、事業所としては十数名の採用に至った。そして、新卒内定者に対しては、着任前に説明会を開くなどして期待を持てるように配慮している。また、介護経験のない採用者に対しては、介護技術基礎研修を用意し、かつOJTによりマンツーマン指導を行うなど、職員の育成に力を入れている。

職員研修について、継続的・体系的な計画を策定している

新入職員から管理職員に至るまで、継続的・体系的な研修計画を構築している。新入職員に対して、法人が新任研修を実施し、その後は事業所においてOJTによりスキル習得を支援している。半年後にはフィードバック研修も行っている。中堅職員研修、昇格者研修、専門技術研修など、経験年数や職位に応じた研修を用意している。また、全職員対象の施設内研修(毎月)も開催している。さらに、外部研修受講や資格取得、研究活動なども奨励している。多彩な研修を用意し、かつ自発的研修も支援しているので、職員は学び続けることができている。

キャリアパスのルート及び仕組みを定め、職員にオープンにしている

キャリアパスについては、「キャリアアップコース」と「専門職コース」を用意している。前者は、中堅から主任、係長、課長、次長へと進んでいくコースであり、後者は、中堅からベテラン主任へと進んでいくコースである。合わせて、上位ポストに昇格するための必要経験年数も明示している。職員はキャリアマップを見ることで、自分がどの方向を目指すのかをシミュレーションすることができている。この二つのコースのどちらを選ぶかは限定していないので、職員は経験年数、年齢、子育て・介護といった個人的事情などに合わせていつでも変更できる。

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)	
【目標】 先入観にとらわれることなく科学的視点を持って介護にあたることで、利用者の安心安全を具現化する。 【取り組みの内容】 ・リスクの高い事故が発生したときに直ちに検証と再発防止策の策定を行うための組織として、「重大事項検討会」を設置した。 ・事故発生現場において、事故発生時の状況を職員が再現する「再現検証」を行った。 ・従来から設置している「事故検討委員会」(構成員は管理職)に加えて、現場職員で構成する「事故予防係」を新たに設置した。 【取り組みの結果】 2020年度までの半期ごとの転倒、転落事故は平均70件程度であったが、2021年度以降は、平均35件と約半数に減少させることができた。 【ふりかえりと今後の方向性】 事故の件数を減らすことができたのは、取り組みを通じて、職員が事故を「予見」するよう習慣付けたことが大きいと思われるので、この習慣を維持発展させて、次年度以降もさらに事故を減らすことを目指していく。	
目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
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	
【講評】 事業所においては、医療的な処置を必要とする要介護度の高い利用者に係る転落という重大事故が数年前に発生していた。幸い転落による骨折も手術により回復し、ご家族と施設との関係についても、再発防止策や日頃のケアに対する納得感等から、引き続き良好な関係が確保できたところであるが、重く受けとめなければならない事故であった。施設は、ショートステイが20床と比較的多いこともあり、特養とショートステイの双方において、転倒事故、転落事故も時々発生していた。事業所としては、起きた事故については、以前より事故報告書に基づいて検証、原因究明、再発防止策を講じていたが、これは、会議室という場所で、事故報告書という文書に基づいて行うものであった。施設では、二度と重大事故を起こさないため、新たに、事故が起きた現場での再現検証を行うことで、原因のみならず事故の前段階の状況(予兆)もつかめることができるようになった。その結果、職員が、そうした状況から事故を「予見」する習慣も身に付けることができ、これが事故の削減に大きな効果をもたらした。この取り組みを次年度以降も継続することを期待する。	

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

【目標】

職員定数として定められた員数を常勤職員で充足させる。
職員が年次有給休暇を気軽に取れる職場環境を構築する。

【取り組みの内容】

・新規学卒者を採用するための募集活動を積極的に行った。具体的には、営業所ホームページに求人情報を掲載する、職場見学希望者に対しては、施設長他幹部が丁寧に説明を行う、等の取り組みを実施した。
・退職者を減らす取り組みとして、中途採用者に対しては、定例面接に加えて仕事上の疑問や困りごとについて確認するための面談を行った。

【取り組みの結果】

新卒の介護職員を3名採用できた。
中途採用の職員を3名採用できた。

【ふりかえりと今後の方向性】

職員の中途採用を減らすためには、職員一人ひとりの気持ち、心情、悩み等をまずはくみ取り、そしてそれを率直に受けとめ、さらには組織としてフィードバックすることが大切であることに気づいた。今後もこの姿勢を強めていくことで、職員の定着を目指す。また、この姿勢が就職希望者に伝わるよう取り組んでいく。

目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

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

【講評】

職員を採用すること及び採用した職員に長く働き続けてもらうことが難しくなっているのは、社会福祉事業所に共通して起きている問題だと思われる。そうした状況の中で、当事業所が、採用面、定着面の双方において新たな取り組みを行い、一定の成果をあげたことは高く評価できる。

今回の第三者評価で実施された職員アンケートにおいては、相対的に肯定回答率が低い項目がいくつか見られる。それらに共通しているのは、制度の仕組みや内容が職員に十分には伝わっていないことであると考えられる。よって、今後は、上述の取り組みの継続とともに、キャリアパスや研修制度等人事労務に関する制度についてより丁寧な説明を行うことが期待される。

II サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<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見学が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>毎月1回、事業所のホームページを更新し、利用希望者に対する情報提供に努めている</p> <p>事業所の情報は、施設のパフレットや区の情報誌の他、ホームページにも掲載しており、利用希望者に対する情報提供に努めている。事業所のホームページについては、毎月1回更新している。主に、活動行事について、写真とともに記事を掲載している。さらに、ホームページには入所方法について案内を掲載しており、対象者や申込書、入所定員、設備、相談窓口、申込から入所までの期間、医療的な処置が必要な方の入所等について分かりやすく記載している。</p> <p>日頃からのコミュニケーションを通して、事業所の情報を行政や関係機関に提供している</p> <p>年3回発行の法人機関誌を、区役所や町会、民生委員、企業等に送付する等、情報提供に力を注いでいる。法人機関誌には、理事の就任や理事会報告、職員採用、職員研修、写真を多く用いた活動・行事の紹介、ボランティアや実習生等について掲載している。また、事業所の相談員を中心に、地域の介護事業所と日頃から緊密な連携を取っている。事業所が区立施設であり、きめ細やかなケアを行っていること、夜間も看護職員が配置され医療的ケアの必要な利用者を積極的に受け入れていること等が、各ケアマネージャーにも浸透している。</p> <p>必要な感染症対策を講じながら、個別の見学希望に対して柔軟かつ丁寧に対応している</p> <p>事業所では、ホームページを通じて、見学に関する案内を行っている。そして、問い合わせがあれば、極力希望日での日程調整を行い、個別に対応している。また、問合せなしでの見学にもできる限り応じている。見学の中身については、感染状況に応じて、区のガイドラインに則り、工夫している。短時間、実際に各階に上がり、遠目にフロアの様子を見たり、事前にとった写真をスライドショーで見せながら職員が説明したり、オンラインツアー形式でタブレットを用いて職員がフロアを移動しながら紹介したりする等、柔軟かつ丁寧に対応している。</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		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>サービスの開始に先立ち、利用者や家族等の意向を確認し、希望調査書に記録している</p> <p>事業所では、サービスの開始に先立ち、基本的ルールや重要事項、利用者負担金等について明記された「契約書」、「契約書別紙」、「重要事項説明書」等を用いて、利用者や家族等の関係者に説明し、同意を得ている。説明においては、利用者の状況に応じて、丁寧に行っている。また、それだけでなく、サービスの利用にあたっての「希望調査書」、「急変時に対する希望書」、「急変時及び看取りに対する希望書」等をもとに、利用者や家族等の意向を確認し、記録している。</p> <p>サービス開始間もない利用者に対しては、実状を踏まえた最適な支援を提供している</p> <p>事業所では、サービスの利用開始時に、利用者の支援に必要な個別の事情や要望等をフェイスシートに記録し、把握している。そして、職員間で当該情報を共有した上で支援に臨んでいる。さらに、サービスの利用開始後、間もない利用者に対しては、2週間から1ヶ月間程の期間において、丁寧に経過を観察している。事前に把握した情報を大切にしながらも、実際に入所してからの様子を観察することで、必要があれば当初のケアプランを変更し、実状を踏まえた最適な支援を提供するように心がけている。</p> <p>利用者のサービスの終了に際しては、幅広く情報収集し、複数の選択肢を提供している</p> <p>利用者のサービスの終了に際しては、可能な限り幅広く情報収集をした上で、複数の選択肢を提供している。それによって、利用者や家族等の不安を軽減し、最適な支援が継続されるように配慮している。また、看取り介護においては、利用者本人はもちろん、家族へのケアにも十分に配慮している。例として、看取りの利用者の家族については、コロナ禍であるがフロアへ上がってもらい直接面会してもらうなど、家族の希望を最大限尊重し、柔軟に対応できるように努めている。</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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		<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
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある		<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
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-3の講評			
利用者の心身・生活状況について事前訪問報告書に記録し、把握している 支援提供の上で必要な利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況等について、「施設利用希望者事前訪問報告書」書式に記録し、把握に努めている。利用者の個別のニーズや課題等についても、入所判定会議を開催し、当該報告書を基に協議をする手順となっている。また、その協議内容を判定会議録に記録している。そして、入所後6ヶ月間のケアプランを作成し、3ヶ月経過時点で確認し、必要に応じて見直ししている。このように、アセスメントの定期的な見直しの時期と手順を定め、着実に実行している。			
利用者の個別希望を尊重した施設サービス計画を作成し、3ヶ月毎に見直ししている 事業所では、利用者一人ひとりの個別の希望を尊重した施設サービス計画を作成し、3ヶ月毎に見直しを行っている。初回の施設サービス計画については、事前訪問で確認した利用者の要望を反映する形で、1週間以内に作成している。そして、半年毎のアセスメント・プラン作成の中間時点である3ヶ月毎に、都度改めて要望を確認し、見直ししている。その他にも、利用者の状態に変化が生じた場合には、随時見直しを行っている。計画変更の必要性については、多職種参加の会議の場にて検討している。			
利用者に関する細かく丁寧な記録がなされ、職員は日々確認した上で業務に臨んでいる ケース記録や看護記録、リハビリ記録、支援課日誌、その他各チェック表等において、利用者一人ひとりの状況に関して、細かく丁寧な記録がなされている。そして、プランの達成状況についても、毎月評価されケース記録に記載されている。さらに、計画の見直しや変更についても、ミーティングノートに添付され、把握できるようになっている。各職員は日々、ミーティングでの情報共有に加え、このような記録を確認した上で業務に臨むため、情報の共有が徹底されている。			

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>法人としてプライバシーマークを取得しており、プライバシーの保護を徹底している</p> <p>法人として、プライバシーマークを取得しており、その認証基準に基づいた管理を徹底している。毎年、内部監査や全職員に個人情報に関する研修を実施する等の取り組みをしている。利用者に関する情報の外部とのやり取りに関しても、契約時に「個人情報の取扱いについての同意書」を交わしており、細心の注意を払って実施している。当該同意書には、介護サービスに付随する各種連絡や、カンファレンスの実施・ケアプランの作成等、必要な場合における個人情報の利用について明記した上で、丁寧に説明している。</p> <p>入浴・排泄介助をはじめ、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援に努めている</p> <p>倫理綱領や介護マニュアルでは、入浴介助や排泄介助の際に、配慮すべきポイントについて触れられている。当該介助の際には、特に利用者の羞恥心に配慮し、ドアやカーテンを閉めること、身体にバスタオルを掛けること、周囲に察せられてしまうような発言を避けること等について、職員全員で徹底している。また、当事業所では、排泄介助のことを「さわやか」と呼んでおり、介助の必要な利用者にさりげなく「さわやかをご希望ですか?」と尋ねる等、利用者目線に立った上で、創意工夫して取り組んでいる。</p> <p>利用者の権利擁護について、倫理綱領に定め、職員で読み合わせをする等、注力している</p> <p>利用者の権利擁護については、法人の倫理綱領に定めており、職員の新任研修や職員ミーティング等の機会において読み合わせをする等、力を注いで取り組んでいる。さらに、倫理綱領委員会を中心に、年に1度全職員を対象とした倫理綱領に関する確認テストも実施しており、その理解と浸透についても施策を講じている。また、日常の支援においても、利用者に対して都度、事前確認の声掛けを行い、利用者の思いを尊重する形で支援に当たっている。そして、利用者の価値観や生活習慣にも配慮した上で介護計画書を作成し、それに基づいた支援を提供している。</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		
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>各種マニュアルを整備している上に、マニュアル整備検討会を設置して常に見直している</p> <p>事業所では、各種マニュアルを整備し、業務の標準化を図っている。「身体介護業務(食事・排泄・入浴・口腔ケア・体位変換・移乗・夜間巡視等)対応マニュアル」、「事務(電話・窓口・来訪者応接・弔辞等)対応マニュアル」、「感染症マニュアル」、「褥瘡対応マニュアル」、「配薬マニュアル」、「症状別緊急対応マニュアル」、「急変時看取りマニュアル」、「リスクマネジメントマニュアル」等があり、詳細かつ具体的な業務手順が明記されている。また、マニュアル整備検討会を設置し、職員や利用者の意向を踏まえ、常に内容を見直している。</p> <p>職員・利用者アンケート結果を基に、サービスの基本事項や手順等の見直しに努めている</p> <p>事業所では、利用者に対するサービス評価アンケートを、独自に継続的に実施している。アンケートの項目は、職員の対応や日常の介護、余暇活動、施設環境、情報提供等に関する満足度や意見・要望を問うものとなっている。そして、アンケートを通じて寄せられたコメント一件一件に対する回答や対応策を一覧表にまとめ、配布・説明するとともに掲示している。また、東京都福祉サービス第三者評価のアンケート結果も併せて鑑みた上で、サービスの基本事項や手順等の見直しに反映させている。</p> <p>各種マニュアルの整備に努める一方、職員の負担感を軽減する対策が期待される</p> <p>事業所では、業務の標準化及びサービスの質の向上に取り組んでおり、各種指針やマニュアルの整備に注力している。しかし、それに伴って会議や書類作成等の事務仕事が増えており、職員の負担感が増していることが、職員アンケート結果からもうかがわれている。従って、この点に関して、改めて事業所としての取り組みについての共通理解・共通認識を醸成していくとともに、職員の負担感を軽減することにつながる取り組みの検討が期待される。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		43 / 43	
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>施設サービス計画書に基づいた支援について、日々チェックし、月毎にも評価している</p> <p>「施設サービス計画書」(以下ケアプラン)は、利用者が生活をする中で必要と考えられる内容を基に、きめ細やかに作成されている。ケアプランが実効性を伴うように、連絡ノートに貼って職員に周知している。職員には出勤したら連絡ノートを見ることを徹底しており、ケアプランに基づいた支援の実践に努めている。利用者の様子等はケース記録に記載し、職員間で共有している。また、ケアプランの内容が実行されているか、毎日チェック表に記載するとともに、月毎にまとめて「ケアプラン評価表」に記載して確認している。</p> <p>利用者の意向等はケアプランに記載して、生活の継続性に配慮した支援を実践している</p> <p>利用者の心身の状況や生活状況、趣味・嗜好等について事前面談で聞き取り、「フェイスシート」等に記して生活習慣を把握している。新規で入所した利用者については、「ケアプラン②」で確認し、可能な限りこれまでの生活に配慮した支援を実施している。これまで読んでいた新聞の定期購読や晩酌、茶道の師範免状の更新に介護ヘルパー等の手配を行なう等、生活の継続性を踏まえた支援を実践している。また、日々の活動等についても、利用者が望むことを一緒に探してケアプランに反映するなど、利用者の主体性を尊重した生活が送れるようにしている。</p> <p>毎月のケース会議には多職種が参加し、支援内容の検討・調整等を行なっている</p> <p>毎月のケース会議には、生活課、医務課、支援課、リハビリ、栄養課等の多職種が参加して、多角的視点から「ケアプラン」「栄養ケア計画書」「個別機能訓練計画書」について、支援内容の検討及び調整を行なっている。体重が減少している利用者の支援、看取り期の利用者の支援、関節の拘縮が強い利用者等、個別の状態に応じた支援を検討して、食事の見直しや疼痛緩和のためのマッサージ等について話し合っている。また、日々の支援の中でも、利用者のポジショニング、生活リハビリ、体調管理、食事の摂取状況など多職種が連携して行なっている。</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>「栄養ケア計画書」に基づいて利用者の状態に応じた食事形態で提供している</p> <p>利用者の食事摂取状況や栄養状態について、介護・看護職員、管理栄養士等が共同でアセスメントし、利用者一人ひとりの嗜好、ニーズ等に配慮した「栄養ケア計画書」を管理栄養士が作成し、3ヶ月毎に定期的に見直している。食事形態については、主食は常食、軟飯、全粥、ゼリー粥、嗜好に応じてパン食を提供している。副食は常菜、一口大、刻み、ペースト等があり、「栄養ケア計画書」に基づいて食事の提供が行われている。また、咀嚼・嚥下機能等に変化が見られた場合は多職種で話し合い、食事形態の見直しを行なう等、安全な食事提供に努めている。</p> <p>管理栄養士を中心にアセスメント、モニタリング行ない利用者の栄養状態を把握している</p> <p>管理栄養士は、こまめにミールラウンドを行ない、利用者一人ひとりの喫食状況を確認している。毎月の体重測定、老人健診時の採血の結果等から、栄養状態についてのスクリーニング・アセスメントを行なっている。低栄養のリスクが高い場合は、その都度多職種で話し合いの場を設けて、嗜好食品や高栄養のゼリー、飲み物等の提供を行なっている。必要に応じて医師から高カロリー飲料等の処方を受けるなど、低栄養改善に努めている。経管栄養の利用者についても、体重の増減や採血検査の結果を把握し、栄養管理を行なっている。</p> <p>多職種が連携し、定期的に嚥下状況を確認する機会を設けて経口維持に努めている</p> <p>歯科医師、管理栄養士、看護職員、介護職員が連携して定期的に嚥下状況を確認する機会を設けており、利用者の経口維持に努めている。食事中のむせ込み等が継続して見られる場合は、ケース会議で食事摂取時の姿勢や自助具の使用、トロミ剤の使用などを協議している。また、毎月各フロアで対象の利用者に往診の歯科医師が嚥下評価を実施しており、現在22名の利用者に「経口維持計画書」を作成し、多職種が連携してミールラウンドを行ない、嚥下状況を確認している。必要に応じて嚥下テストを実施して食事形態の見直しを行なっている。</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			
<p>コロナ禍で外食等を自粛しているため、小グループで昼食会や茶話会を楽しんでいる</p> <p>コロナ禍前までは近隣のレストラン等に少人数で出かけて、いつもとは違う雰囲気ですべてを楽しんでいた。しかし、コロナ禍では「昼食会」「茶話会」と称して、利用者の好きなメニューを聞いてピザやハンバーガー、中華等をテイクアウトして昼食を楽しんでいる。また、料理・おやつクラブでは、利用者と一緒に希望メニューを聞いて焼肉やお饅頭など、簡単な料理を作っていたが、コロナ禍で中止となっている。そのため、ケーキ等を購入して小グループでの「茶話会」を実施している。毎月の行事食は予定通り提供しており、食事を楽しむ工夫が行われている。</p> <p>食事の提供時間は衛生管理上、盛り付けから1時間30分以内として対応している</p> <p>食事の提供時間は、衛生管理上盛り付けから1時間30分程度を設定している。利用者の都合や体調不良等の状況に応じて延食の対応を行なっている。時間内であれば、各フロアの冷蔵庫で取り置きして提供しているが、受診等で遅くなった場合は栄養課から軽食等を出してもらい対応している。また、食品の品質管理手法に基づき食材の安全性の確認、衛生管理の徹底を行なっている。職員についても、施設内研修を通して、食中毒及び感染症防止のための衛生知識の向上を図っている。</p> <p>食事席は利用者同士の相性や介助・見守り等、利用者の状況に応じて決めている</p> <p>食事席は、利用者同士の相性や食事介助、見守りの状況等を考慮して決めているが、利用者の意向等で随時見直しを図っている。また、食事は温冷配膳車で適温で提供している。配膳は利用者の着席を確認してから配膳を行なっている。誤配膳を防止するために、一人分ずつ配膳することを徹底している。利用者が食べやすいように、利用者の状態に応じた食器のセットや自助具、エプロン、おしぼり、お茶等の準備を行なっている。食事中もテレビはつけており、利用者はテレビを見ながらゆったりした雰囲気の中で食事をしている。</p>			
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			
<p>5種類の浴槽を整備して、利用者の状態に合わせた入浴形態で支援を行なっている</p> <p>臥床式と座位式の2種類の機械浴、リフト浴、一般浴(個別浴槽、大きい浴槽)と5種類の浴槽を整備している。利用者の意向や心身の状況を考慮して、利用者一人ひとりに合わせた入浴形態で支援を行なっている。浴室が2階にあるため、3階の利用者は移動する必要があるため、浴室で長い時間待つことがないように配慮して誘導を行なっている。入浴回数は基本的には週2回としており、入浴前にはフルバイタル測定で利用者の体調確認を行ない、看護師が入浴の可否を判断している。利用者の状態に応じては清拭等の対応を行なっている。</p> <p>事業計画やマニュアル等に基づいて利用者の羞恥心に配慮した支援を実践している</p> <p>単年度の「事業計画書」にサービス内容の説明が記載されており、入浴の項目では利用者のプライバシー保護を最大限配慮した入浴介助を行なうとしており、身体介護業務・対応マニュアルでも確認できている。利用者一人ひとりの介助については、「ケアチェック表」の具体的な支援内容に沿って行われている。同性介助の希望や、男性職員の気配を嫌う利用者の意向を尊重して個別支援を実施している。また、認知症等により、拒否がある場合は時間や職員を変えたり、入浴後のおやつやレクリエーション等の予定を伝えるなど、誘導方法を工夫している。</p> <p>菖蒲湯やゆず湯等を実施して、季節を味わいリラックスできるように努めている</p> <p>入浴支援では、ゆとりをもって利用者がゆったり入浴できるように配慮している。5月には菖蒲湯、12月にはゆず湯を実施しており、利用者が季節感を味わい、リラックスできるように努めている。リラックスした中で、利用者と職員との会話も弾み、楽しい時間となっている。また、利用者のこだわりで、肌にやさしいボディークリームやシャンプー、リンス、ヘアパック等を個人で用意している利用者もいる。職員は利用者の意向を尊重した対応により、楽しめる入浴を支援している。浴室内の環境にも配慮し、室温や湯温に細心の留意を払っている。</p>			

5	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
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>オムツを使用しているも利用者の意向や身体状況に応じてトイレでの排泄を支援している</p> <p>排泄の自立支援の一環として、利用者の意向があったり、立位が可能な場合は、オムツを使用しているも出来る限り、トイレでの排泄支援を行なっている。自然排便については、利用者の状況に応じて、水分補給や日中の活動等を考慮した対応を行なっている。家族からヨーグルトの差し入れがあったり、乳酸飲料の定期購入している利用者もあり、個別での対応が行なわれている。また、座位になると排便がある利用者については、立位が困難でもベッドサイドにポータブルトイレを設置し、職員2名体制で排泄を促す支援を行なっている。</p> <p>羞恥心に配慮した支援はケアチェック表、マニュアル、事業計画等に沿って実施している</p> <p>利用者の排泄介助は「ケアチェック表」で手順や留意事項等を確認し、個別ケアを実践している。羞恥心に配慮した支援については、「事業計画書」「身体介護業務・対応マニュアル」に基づいて実施している。排泄誘導時は職員共通の隠語を用いて他者に気づかれないように対応している。多床室のベッド上で介助する時はカーテンをきちんと閉めて、職員の言動や臭いに配慮し、換気や消臭剤等を使用している。また、排泄介助時の備品についても個別にバッグに入れて行なっている。排泄状況は「排せつチェック表」に記載し、職員間で共有している。</p> <p>介護見直し会議で決定した事項はミーティングノートで職員に周知している</p> <p>利用者一人ひとりに合ったオムツの選定や当て方については、専門業者に講習を依頼をしている。新任職員には、OJTで時間をかけて介護技術を指導している。日々の支援の中でも、尿量や排泄時間帯等をチェックし、適切なオムツの選定や当て方をミーティングノートで職員間で共有している。介護見直し会議においても、個別課題や業務全体の対応を検討しており、その中で紙パンツから布パンツへの変更にも取り組んでいる。トイレの清掃は委託業者が毎日行なっており、次亜塩素酸を使用した清掃も行ない、快適に使用できるようにしている。</p>		
6	<p>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</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>入所時は機能訓練指導員が利用者の身体状況を評価して適正な移動法を見極めている</p> <p>利用者が入所した段階で理学療法士が関わり、身体状況を評価している。利用者の意向も踏まえ、適正な移動法を見極めている。杖、歩行器、シルバーカー、車イス等の福祉用具を選定して、安全な自力移動を支援している。車イスを使用している場合でも、利用者の状況に応じて、自走式車イスや足こぎが出来るタイプの車イスなど、事業所内での自力移動を見守っている。介護職員は、機能訓練指導員と連携して利用者一人に合った福祉用具を使用することで、安全な自立移動に繋げている。</p> <p>抱えない介護を実践しており、福祉用具を使用して移乗支援を行なっている</p> <p>抱えない介護を実践しており、移乗介助の場面では、利用者の状態に応じて2人介助での対応やスライディングボード、スライディングシート等を使用している。移乗用リフトの使用もあり、「ケアチェック表」で個別の介助方法を確認し、安全に配慮した移乗支援を実施している。また、利用者一人ひとりの有する能力やニーズの把握・理解に努め、適切な介護用品や福祉機器の導入・使用により、身体機能の維持や事故予防とともに、利用者・職員双方にとって負担の少ない介助に努めている。</p> <p>「チェック表」に基づいて介護職員を中心に点検・清掃を行なっている</p> <p>全ての車イスに番号をつけて「車イスチェック表」を作成している。介護職員を中心に点検・清掃を行ない、チェック表に沿って車イスの番号、色、特徴、階(フロア)、使用者、タイヤの空気圧、前輪・後輪のブレーキ、清掃、実施日を記入してサインをしている。整備等が必要な場合は機能訓練指導員へ報告して整備し、必要に応じて専門業者に修理を依頼している。車イスは通常タイプと低床タイプ、キルト式タイプ、リクライニングタイプを用意して利用者の身体状況に合わせて選定しており、安全・快適に使用できるように配慮している。</p>		

7	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
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>理学療法士が「個別機能訓練計画書」を作成し、機能訓練を実施している</p> <p>機能訓練指導員として理学療法士を配置し、専門的見地から利用者一人ひとりのアセスメントを行ない、「個別機能訓練計画書」を作成している。利用者の持っている機能を最大限生かし、寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩くなど、日常生活を行なう上で基本となる動作の改善を目指して機能訓練を実施している。機能訓練状況については、毎月行われるリハビリ会議で評価を行ない、3ヶ月毎に「個別機能訓練計画書」の見直しを行なっている。利用者の状態が変化した場合は随時見直しを行なっている。</p> <p>リハビリ会議の中で訓練内容を確認し、理学療法士と連携して生活リハビリをしている</p> <p>個別の機能訓練計画書は、ケアプランとともにファイルに挟み、介護職員が日々確認しながら支援している。リハビリ会議で生活リハビリについて話し合い、立位10秒、手引き歩行、ポジショニングなどの内容を「生活リハビリチェック表」で確認し、実施状況を記載している。また、退院した直後の利用者のトイレ介助について評価をもらい、適正な支援を行なっている。理学療法士の他にマッサージ師3名も配置しており、ベッド上で過ごす時間が長い利用者や、関節の拘縮が強い利用者筋緊張の緩和や血行を促進するマッサージを行なっている。</p> <p>福祉用具の使用状況は理学療法士や介護職員が管理し、使用状況の点検を行なっている</p> <p>福祉用具については、理学療法士と連携の基、利用者一人ひとりの状態に応じて適切な福祉用具を選定している。ベッドやセンサー等は生活課で管理しており、使用状況を点検している。修理が必要な場合は、フロアの主任・係長を経て「修理依頼書」で専門業者へ依頼している。また、歩行器、車イス等の移動福祉機器については、理学療法士が使用状況の管理を行なっており、「清掃チェック表」で確認しながら整備をしている。必要に応じて専門業者に修理を依頼し、安全に福祉用具を使用できるように努めている。</p>		
8	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇)</p>	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当
評価項目8の講評		
<p>利用者の健康管理は看護職員を中心に多職種が連携して行なっている</p> <p>日中は各フロアに看護師を配置し、多職種と連携して利用者の健康管理を行なっている。毎日、午前中に全利用者の体温測定を行い、体調を確認している。利用者の状態に応じては午後も体温測定を行なっている。さらに、看護職員を中心に介護職員、機能訓練指導員、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士等、利用者に関わる多職種が利用者の体調を確認し、情報を共有している。また、毎月の体重測定、年1回の老人健診の他、3名の内科配置医や精神科医、眼科医、歯科医等の定期的な往診があり、利用者の健康状態を把握している。</p> <p>服薬支援は介護職員と連携して「服薬手順マニュアル」を基に支援を実施している</p> <p>毎月処方される定時薬は看護師が利用者ごとのボックスにセットを行ない、当日の看護師リーダーが夕・眼前・朝・昼の分を配薬ボックスにセットし、他の看護職員がそれをチェックしている。服薬支援は基本的には看護職員が行っているが、夜間は看護職員が1名になるため、介護職員と連携して「配薬手順マニュアル」に沿って介護職員が行なっている。配薬時も薬袋の名前と日付を確認し、ダブルチェックにより誤薬防止に努めている。また、口腔ケアは毎食後に介護職員が行っており、歯科往診の際に必要なに応じて歯科衛生士からの助言・指導を受けている。</p> <p>夜間も看護職員を配置し、利用者の体調変化時等に速やかに対応できる体制を整えている</p> <p>夜間も看護師配置を配置している。胃瘻、ストマ、インスリン、吸引、留置カテーテルなど、医療的処置・観察の必要な利用者が多いため、利用者・家族、介護職員にとって安心できる体制となっている。配置医にも24時間連絡できる体制にあり、利用者の体調変化時に速やかに対応が出来る。また入所時に、利用者の体調変化時の対応や延命処置等について「意向確認書」を得ており、1年毎に更新をしている。看取り介護についても説明し、看取り期になった場合は配置医から家族に説明の後、「看取り介護指針」に基づいてケアを実施している。</p>		

9	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
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>寝やすい睡眠環境と、昼夜の区別をつけるため起床・就寝時の更衣を支援している 更衣支援は、清潔で寝やすい服装と、昼夜の区別をつけて生活のリズムを固める目的から実施している。しかし、着替えの習慣がなく、更衣を望まない場合は無理強いせず、入浴時や汚れた時にその都度、着替えている。その際には、寝やすい素材でゆったりとした衣類を選んでいる。更に、関節の拘縮が強い・皮膚の脆弱が見られる等の場合は、毎日の更衣支援がリスクを高めるため、「ケアチェック表」に記載して職員間で共有している。また、寝具類の包布等は定期的(汚れた時はその都度)に交換して、清潔な睡眠環境を整えている。</p> <p>利用者一人ひとりの状況に合わせて起床後の整容を行なっている 居室には洗面台が設置されており、自分で出来る利用者は、そこで洗顔・整髪等をして、身だしなみを整えている。しかし、多くの利用者は介助や1部介助、見守り等が必要で、ホットタオルを準備してデイルームで支援を行なっている。髪も寝ぐせ直しを使用し、整髪を行っている。髪の長い利用者にはその方に合う髪型に結ぶなど、毎日こざっぱりとした身だしなみを心掛けて支援している。男性利用者には、電気カミソリで髭剃りを行ない、入浴時は丁字カミソリを用いて行なっている。また、訪問利用を受け入れており、利用者の希望で利用している。</p> <p>安定した睡眠がとれるように生活リズムや睡眠環境に配慮している 利用者一人ひとりの睡眠状況を把握し、排泄介助のタイミングを考慮している。多床室でも可能な限りプライベートカーテンを活用し、照明・寝具等の調整を行っている。臥床時のポジショニングについても、理学療法士と連携して利用者一人ひとりのクッションの当て方を写真で確認し、安楽な姿勢を支援している。日中の活動や就寝前のアロマ、ホットミルクの提供など、利用者個々に合った支援を行っている。それでも眠れない利用者には、眠くなるまでスタッフルーム前で過ごしてもらっている。</p>		
10	<p>評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○非該当
●あり ○なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○非該当
評価項目10の講評		
<p>可能な限り利用者の意向や要望等を尊重した支援を実践している 利用者の嗜好を出来るだけ尊重し、生活相談員を中心に、お菓子、筆記用具、花などの買い物支援している。テレビ、CDデッキなどの持ち込みも可能としている。飲酒などの嗜好習慣に関しても、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可能としているが、現在飲酒をしている利用者はいない。また、家族からの差し入れについても、おやつやふりかけ等(衛生管理上手作り料理や生もの以外)の嗜好品を受け入れ、利用者の意向で提供している。1階の喫茶コーナーも自由に利用できていたが、現在はコロナ禍のためテイクアウトで楽しんでいる。</p> <p>多くの余暇活動や行事を計画し、感染症対策を図りながら形や規模を変えて実施している 行事食や月間・年間行事、余暇活動など、多くのプログラムを企画している。しかし、コロナ禍において中止したプログラムもあるが、形・規模を変えるなど、工夫を凝らしながら実施したプログラムもあり、利用者が楽しく過ごせるようにしている。余暇活動のレクリエーションクラブは日々の生活の中で実施しており、季節に応じた行事食も予定通り実施している。月間行事の外出会は中止し、テイクアウトで昼食会を実施している。施設内に模擬の鳥居を作ったの初詣や、フロア毎の納涼祭等、様々な工夫を凝らしている。</p> <p>認知症ケアプロジェクト会議を設置し、利用者本位のケアを実践している 認知症専門研修を修了した職員を中心に、認知症ケアプロジェクト会議を設置している。認知症の症状を有する利用者の言動の背景にある理由に思いを馳せ、共感と敬意を持った介護を行なうことにより、穏やかさを感じられるように努めている。このような支援は介護を行なう上での基本姿勢と捉えている。また、認知症プロジェクトメンバーを中心に、利用者に寄り添った考察を深め、グループケア室を設置して支援を行なっている。細やかなアプローチがあれば、自分で出来ることがある利用者に対して、利用者のペースで主体性を尊重した支援を実践している。</p>		

11	<p>評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>	
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の一人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>新型コロナウイルス感染症のため外出を自粛し、事業所内での散歩や外気浴を行っている</p> <p>事業所の近くには名所が多く、以前は外出の機会を多く設けており、外食の企画も多くあった。しかし、新型コロナウイルス感染症が発生してからは、外出・外食を自粛しており、外食の代わりに昼食会や茶話会を設けている。地域のお店から中華料理やファーストフード、ケーキ、コーラ等利用者の希望メニューをテイクアウトし、いつもとは違う雰囲気や、レストランで食事をしている気分や喫茶店の雰囲気を演出する等、生活のアクセントとなるように努めている。また、中庭やベランダに出て散歩・外気欲を行ない季節を感じる等、気分転換を図っている。</p> <p>コロナ禍で利用者が地域と直接関わる機会は減少しているが交流を工夫して継続している</p> <p>これまでは事業所主催の「納涼祭」は地域に開かれた最大の行事で大変にぎわっていたが、コロナ感染症が発生して中止していた。今年度は感染者数が減少した時に、3年ぶりの開催を企画したが直前に感染症が再拡大したため、当日はオンラインによる「くじ引き大会」を開催し、利用者も子ども達も大いに盛り上がり、成功を収めている。事前に検討を重ね、企画を成功に導いている。また、児童・高齢交流事業は、プレゼント交換や距離を取ってのシャボン玉飛ばし等、非接触で実施している。</p> <p>当事業所は複合施設の中にあり地域情報が入りやすく、窓口に掲示して提供している</p> <p>当事業所は複合施設の中にあり、1階には地域の子供達が多く出入りしている。地域の様々な情報は、パンフレットコーナーに設置されており入手しやすい環境にある。ボランティアコーディネーターを配置しており、そこからも情報が入っている。コロナ禍でボランティアの受け入れを自粛していたが、今年度、琴のボランティアを少しずつ受け入れている。ネイルやハンドケア等のボランティアの受け入れも検討しており、利用者の楽しみの一環としてボランティアの受け入れを推進している。また、実習生も受け入れている。</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>家族には日々の電話連絡や、ケアプラン、ケース記録等で利用者の様子を伝えている</p> <p>コロナ禍で自由に面会が出来ない中で、日々の電話連絡や半年に一回、ケアプラン、ケース記録、ケアチェック表等を郵送して、利用者の様子を詳しく伝えている。家族調査でも、「相談員、ケアマネジャー等からメールや電話で、適時・適切に連絡をいただいており、満足している」、「電話で報告をよくしていただいて、大丈夫だと思っている」などの意見が寄せられている。また、面会はリモートと対面の選択が出来ようになっており、遠くに住んでいる家族に喜ばれている。対面での面会は感染症対策を行ない、条件付きで別室で行なっている。</p> <p>こまめな電話連絡等で家族との関わりを大切にし、良好な関係構築に努めている</p> <p>生活相談員は、電話やメール等でこまめに家族に連絡を行なっている。利用者の体調変化時にも迅速に伝えている。タブレットでのリモート面会の際は、職員が利用者の補助をしながら家族との関わりを大切にして、リモート上での交流を図っている。対面での面会の際は、検温・手指消毒を行い、「面会票」に体調面も含めて記載してもらい、15分間の面会で2名までとして飲食を禁止して行なっている。その際にも、職員は積極的に家族に声かけをして事業所の状況を伝える等、良好な関係構築に努めている。</p> <p>ケアプランの更新時や面会時などで家族から意見や要望等を聞いている</p> <p>これまでは、ケアプラン会議に利用者・家族が参加して、ケアに対する意見や要望等を聞く機会を設けていたが、コロナ禍で家族の参加を自粛しており、ケアプラン更新時などに電話等で意向を聞いている。また、年2回の家族会も中止しており、今年度は家族アンケートを実施して、事業所に対する意向や要望等を聞き取っている。日々の連絡の際や面会、ケアプラン、ケース記録、ケアチェック表を郵送した際にも、意見や要望等を聞いている。常時、家族からの意見や要望等を聞く体制を整えている。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	4-1-1	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル①	転倒などの事故について、状況を再現することで原因究明を行っている	
内容①	<p>事故及びヒヤリハットに対する対応状況を検証し、かつ再発を防止するための組織として課長以上の管理職で構成する「事故対応委員会」を設置している。さらに、この委員会に加えて、現場で介護、介助に実際にあっている職員（介護福祉士、看護師、理学療法士、生活相談員）で構成する「事故予防係」も設置している。同係は、起きた事故について、その現場で、発生時の状況を再現するという検証を行っている。再現により事故原因を探ることができ、かつ再発防止対策も立てやすくなった。これにより事故件数を減らすことにつながっている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-12	施設と家族との交流・連携を図っている
タイトル②	コロナ禍で自由な面会が出来ない中、定期的な電話連絡等で利用者の様子を伝えている	
内容②	<p>新型コロナウイルス感染症拡大の中で事業所では行政の対応指針に基づいて、家族の面会を制限している。そのため、職員は定期的に利用者の様子を電話で報告している。半年毎にケアプランや、利用者の支援内容や日々の様子を記載したケース記録、ケアチェック表を郵送し、利用者の様子を詳しく伝えている。また、リモート面会や対面での面会の際にも利用者の様子を伝えており、中には携帯電話で利用者の写真撮影を依頼する家族もいる。家族調査でもこまめに電話やメールで報告してもらっている等の意見があり、家族の不安軽減に努めている。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-2	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
タイトル③	各種マニュアルを整備している上に、マニュアル整備検討会を設置し常に見直している	
内容③	<p>事業所では、各種マニュアルを整備し、業務の標準化に注力している。「身体介護業務（食事・排泄・入浴・口腔ケア・体位変換・移乗、夜間巡視等）対応マニュアル」、「事務（電話・窓口・来訪者応接・弔辞等）対応マニュアル」、「感染症マニュアル」、「褥瘡対応マニュアル」、「配薬マニュアル」、「症状別緊急対応マニュアル」、「急変時看取りマニュアル」、「リスクマネジメントマニュアル」等があり、詳細かつ具体的な業務手順が明記されている。さらに、マニュアル整備検討会を設置し、職員や利用者の意向を踏まえ、常に見直しを図っている。</p>	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	面談の機会を数多く設けるなど、職員の職場定着のための取組みを行っている
	内容	法人及び事業所は、職員の仕事上の悩みや意向を丁寧に把握することで、職員が安心して長く働き続けられるよう配慮している。法人では「職員懇談会」を年1回開催している。懇談会は、入職1～3年目の職員から、法人の理事長、専務等が直接話を聞くものであり、事業所の直属上司を交えないことで、新入職員の率直な思いを汲み取っている。また、事業所でも、施設サービス部生活課長が、直属の部下でない職員も含め、個別面談を実施している。このように、面談の場を多く設けることで、職員個人の感情や思いなどを傾聴し、定着率向上に努めている。
2	タイトル	事業所では、サービスの実施にあたり、利用者一人ひとりの価値観や生活習慣、意思等の尊厳の保持に、徹底して取り組んでいる
	内容	事業所では、サービスの実施にあたり、利用者一人ひとりのプライバシーや価値観、生活習慣、意思等の尊厳の保持に、徹底して取り組んでいる。サービス提供に際して、事前に意向を確認した上で、個別性に配慮した柔軟な対応をしている。例えば、入眠が困難な利用者に対しては、アロマオイルを使ったり、ホットミルクを提供したりしている。また、ネイルやハンドケア、大正琴のボランティアによるサービスの提供にも取り組んでいる。さらに、雑誌や、シャンプーやリンス、楽しみの晩酌、枕や布団等の趣味や趣向に合わせ、柔軟に対応している。
3	タイトル	当事業所では認知症ケアプロジェクト会議を設置して、認知症の症状のある利用者が落ち着いて過ごせるように利用者本位の支援に努めている
	内容	認知症の専門研修を修了した職員を中心に、事業所では「認知症ケアプロジェクト会議」を設置している。この会議が中心となって「認知症対応行動指針」を作成し、「認知症の理解と行動・心理症状をなくすために」という指針に基づいて、職員はケアを実践している。グループケア室を設け、行動・心理症状が顕著な利用者でも、細やかなアプローチがあれば自分ことが出来る利用者に対して、小グループでの支援が行なわれている。時間をかけて利用者に寄り添い、考察を深め、利用者本位の支援を実践し、落ち着いて過ごせる環境を提供している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	多数設置されている会議体、委員会の運営のあり方について検討していくことに期待したい
	内容	事業所では、運営事項の審議や調整の場としての会議、また、分野ごとに詳細検討や素案作成等を行う委員会を多数設置している。これらは、事業計画に記載されているものだけでも24あるが、会議の中には、年に1～2回程度開催のものもあるが、毎月開催されているものが多い。業務の性質からして、メンバー全員が集まれる時間の確保だけでも苦労があると想定される。一つの会議体に異なる複数の役割を持たせるなど、会議体の運営のあり方について検討していくことに期待したい。
2	タイトル	事業所における電子化の推進に合わせて、記録作成作業の効率化と利用者へのきめ細かい視点を両立させていくことに期待したい
	内容	事業所では、これまで各種記録の作成において手書きによる業務が多く、電子化の推進に向けた取組みを進めることとしている。事業所における記録類は、大変きめ細かく作成がなされており、職員間での情報共有が図られ、丁寧な利用者への支援につながっていることが窺えた。今後は、従来の記録内容の良さを活かしつつも、電子化により達成できる効率化の利点を取り入れていくことに期待したい。記録作成作業の効率化と、利用者へのきめ細かい観察の視点を両立させていくことに期待したい。
3	タイトル	サービスの質の向上に努めている一方、職員の負担感が増していることがあり、対策を検討していくことが期待される
	内容	事業所では、業務の標準化及びサービスの質の向上に取り組んでおり、各種指針やマニュアルの整備に注力している。しかし、それに伴って会議や書類作成等の事務仕事が増えており、職員の負担感が増えていることが、職員アンケート結果から窺われる。この点に関して、改めて事業所としての取組みについて、効率性や役割分担などの視点から再考していくとともに、職員の負担軽減につながる対策について、検討を進めていくことが期待される。