

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

〒 102-0083

所在地 東京都千代田区麹町1丁目5番地4-712

評価機関名 株式会社 ケアシステムズ

認証評価機関番号

機構 06 - 167

電話番号 03-3511-5035

代表者氏名 和田 俊一



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	久保 俊明	福祉	H1801028
	②	井上 和男	福祉	H2001039
	③	和田 俊一	経営	H0601057
	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	特別養護老人ホームさくらテラス青葉町			指定番号 1372702330
事業所連絡先	〒	189-0002		
	所在地	東京都東村山市青葉町1丁目7番地72		
	Tel	042-399-8040		
事業所代表者氏名	施設長 河口 和子			
契約日	2025 年 6 月 27 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 8 月 15 日			
利用者調査結果報告日	2026 年 1 月 12 日			
自己評価の調査票配付日	2025 年 7 月 10 日			
自己評価結果報告日	2026 年 1 月 12 日			
訪問調査日	2026 年 1 月 19 日			
評価合議日	2026 年 1 月 19 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)	利用者調査は、施設と協議のうえ、評価者が個別に聞き取りをした。また、利用者の家族に対してもアンケートを実施し評価の参考とした。 事業評価については、職員からも各標準項目にチェックを入れた分析シートを回収し、集計結果報告に反映した。 第三者性確保については、当評価機関と事業者の間には特別な関係は存在せず、中立公正な立場で調査を実施した。			

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

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

年 月 日

事業者代表者氏名 施設長 河口 和子 印



調査対象

事業者と協議の上、135名の利用者の中から、心身状況が聞き取り調査に耐え得る利用者の内3名を選定して調査対象とした。実際の有効回答数の年齢構成は、70歳代2名、90歳以上1名であった。

調査方法

事業者との協議により、聞き取り方式を採用した。調査は、施設内の居室や共用スペースを使用して、評価者が利用者とマンツーマン方式で聞き取りを行った。利用者が安心して答えられるように十分な距離間隔を置いて実施した。

利用者総数

135

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	3	3
0	3	3
0.0	2.2	2.2

**利用者調査全体のコメント**

総合的な満足度に関する調査の結果は、対象者の全員が「大変満足」または「満足」の回答であり、大変高い満足度が得られている。  
 項目別で見ると、＜サービスの提供＞に関する4設問は2設問において、大変高い満足度であった。特に「生活上での必要な介助」、「体調を気にかけてくれるか」では、全員が「はい」と回答する、大変高い満足度が得られている。  
 ＜安心・快適性＞に関する4設問は全設問において、全員が「はい」と回答する、大変高い満足度であった。  
 ＜利用者個人の尊重＞に関する4設問は3設問において、大変高い満足度であった。特に「気持ちの尊重」、「ケアプラン作成時の傾聴」、「ケアプランやサービス内容の説明はわかりやすいか」では、全員が「はい」と回答する、大変高い満足度が得られている。  
 ＜不満や要望への対応＞において、「不満や要望への対応」は全員が「はい」と回答する、大変高い満足度であったが、「外部の相談窓口の案内」については、さらに高い満足度が望まれる結果であった。

**場面観察方式の調査結果**

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

**評価機関としての調査結果**

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

《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	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「麺の日パンの日があります。美味しくいただいています」、「味付けが薄い」という声が聞かれた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「移乗移動、お風呂は一番風呂にいつも決まっている方が丁寧に入ってくれます。ポータブルトイレの掃除は一日二回」、「片側がマヒしてるので手伝ってもらっている」という声が聞かれた。				
3. 施設の生活はくつろげるか	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「テレビを見て自由にしています」、「塗り絵が好き」という声が聞かれた。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「職員によりませんが話しかけてくれます。話すことが楽しみ」という声が聞かれた。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「週一回シーツ交換と掃除をしてくれる」、「週一回のシーツ交換」という声が聞かれた。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「良く気をつけてニコニコして対応して下さる」、「忙しい時はそれなりに職員はよくやってくれる」という声が聞かれた。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「ナースコール、専門職がいるので安心」、「自分から伝える」という声が聞かれた。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「トラブルは見たことがない」という声が聞かれた。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「職員とは馴染みの関係です」という声が聞かれた。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	2	0	0	1
「はい」が66.7%、「無回答・非該当」が33.3%であった。自由意見では、「問題ありません」という声が聞かれた。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「聞かれたことはあります」、「職員が部屋に来て話をしている」という声が聞かれた。				
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	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「家族対応」という声が聞かれた。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見は特になかった。				
14. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	0	1	2	0
「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が66.7%であった。自由意見では、「知りませんでした」という声が聞かれた。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
	<b>評価項目1</b> 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	
	<b>評点(〇〇)</b>	
	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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<b>評価項目2</b> 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	
	<b>評点(〇〇)</b>	
	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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<b>評価項目3</b> 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	
	<b>評点(〇〇〇)</b>	
	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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	広報誌や施設内掲示により、理念・基本方針の周知を図っている 法人理念および運営方針は、法人広報誌「歩実の心」や施設の事業計画書に明示されている。施設においては、毎年4月のリーダー会議において施設長が運営方針を説明し、職員への周知に努めている。また、広報誌「さくら日和」を定期的に発行し、理念や方針、施設の取り組みを利用者・家族へ発信している。広報誌には事業展開・推進の方向性や重点方針が示されている。理念や倫理綱領の施設内掲示により日常的に確認できる環境を整備しており、職員および利用者・家族に対し理念・基本方針の周知を図っている。	
	経営層の責任範囲と位置づけを職員へ表明し、リーダーシップ発揮に努めている 経営層の役割および責任は、リーダー会議や施設長面談を通じて職員へ伝達されている。年度当初には施設目標および運営方針を明確にし職員へ示している。問題や課題、トラブルが発生した場合には会議を開催し、協議・検討の上で対応方針を決定しており、その過程で職責や役割分担を整理し、各職員が担うべき役割を明確にしている。また、個別面談を通じて職員の意向を把握しつつ、経営層としての方向性を示している。経営層の責任範囲と意思決定の位置づけを職員へ表明し、リーダーシップ発揮に努めている。	
	組織的な会議体系と情報共有の仕組みに基づき、意思決定と周知を行っている 法人では2～3か月ごとに施設長会議を開催し、法人経営会議で決定された事項を各事業所へ共有している。施設では毎月の衛生委員会・リーダー会議を最高意思決定会議とし、4委員会(褥瘡・感染症対策、身体拘束廃止・虐待防止、事故防止、QOC委員会)で協議を行っている。重要事項は委員会で検討後、部署会議や朝礼、議事録により全職員へ周知している。利用者・家族に関わる事項については書面や口頭で説明し、個別事項は直接伝達している。組織的な会議体系と情報共有の仕組みに基づき、意思決定と周知を行っている。	

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>内部および外部環境の情報を多面的に収集・把握し、課題を抽出している</p> <p>利用者の意向はアンケートおよび日常の聞き取りにより把握している。職員の意向は職員意見箱や個別面談を通じて収集している。地域の福祉ニーズについては行政刊行物、インターネット、自治会会議などへの参加により情報収集を行っている。業界動向は厚生労働省、東京都、東村山市からの情報を確認している。経営状況は月次報告により把握し、検討を行っている。収集した情報はリーダー会議や委員会と共有し、課題の抽出を行っている。内部および外部環境の情報を多面的に収集し、組織内で検討する体制を構築している。</p> <p>中期計画および単年度計画を策定し、理念の実現に向けた計画体系を整備している</p> <p>法人として長期および中期事業計画を策定している。単年度計画は法人の中期計画に基づき、施設長が原案を作成し、事業所目標および部署目標へ展開している。計画策定にあたっては、前年度の振り返りにより課題を洗い出し、リーダー層と協議の上、利用者の意向や職員の意見を反映させている。各計画には実施目標、数値目標、具体的成果を明示しており、進捗および達成度を確認できる内容としている。予算は各部署の申請を基に事業計画と連動して編成され、理念の実現に向けた計画体系に取り組んでいる。</p> <p>月次または半期ごとに計画および予算の達成状況を把握し計画を遂行している</p> <p>年度当初に施設全体および各委員会の目標を設定している。職員個人についても目標記入シートを作成し、年度内の取り組み内容を明確にしている。進捗状況は評価者との面談を通じて確認している。予算執行状況は月次報告により管理し、半期ごとに計画および予算の達成状況を検証のうえ、必要に応じて補正予算を編成している。接遇向上や地域貢献等の重点目標については、事業計画に基づき研修の実施やフロア再開などの具体的施策を展開している。計画の策定から実行、進捗確認、見直しまでの一連の管理体制を確立している。</p>		

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

### カテゴリ3の講評

#### 継続的な周知と確認により、職員が法令・倫理を遵守できるよう取り組んでいる

各種マニュアルおよび行動規範を整備し、職員の行動指針を明示しており、施設内には倫理綱領を掲示している。法令遵守および倫理に関して、職員には入職時オリエンテーション、各種研修、委員会活動、個人面談などを通じて説明し周知に努め、チェックリストやグループワークを実施し理解度を確保している。法令順守やコンプライアンス遵守については法人に推進委員会を設置し、規程に基づき運用している。行動規範や倫理綱領の継続的な周知と確認により、全職員が法令および倫理の遵守をできる体制を整えている。

#### マニュアルや体制を整備し苦情・虐待に対応している

利用者および家族には入所時に苦情解決制度を説明し、施設内にポスターを掲示している。苦情は苦情対応マニュアルに基づき、苦情解決委員会が窓口となり受け付け・検討している。苦情受付表やケース記録を活用し、検討結果は内容に応じて公開または個別にフィードバックしている。虐待防止については委員会を設置し、人権研修、虐待防止研修、ユマニテュード研修を実施している。「虐待の芽チェック」により状況を把握し、該当事案が発生した場合は事実確認および関係者面談を行い、法人担当部署や行政と連携して対応している。

#### 地域ニーズを踏まえ事業所活動を行っている

施設の活動内容はホームページおよび広報紙「さくら日和」で公表し、また開示資料を玄関に設置して情報公開している。実習生やボランティアの受け入れを行い、昨年度は介護実習生3名、傾聴ボランティアなど11名を受け入れている。地域交流事業として施設設備の地域開放を行い、地域向け祭りを開催している。東村山市主催事業への参画や、町会、学校、社会福祉協議会、他の法人施設との連携を実施している。区および市の施設長会や福祉施設協議会に参加し情報共有を行い、地域ニーズを踏まえた取り組みを継続している。

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 <b>5/5</b>
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 <b>4/4</b>
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>生命・身体の安全確保を最優先事項とし、リスクマネジメントに取り組んでいる</p> <p>施設では、利用者および職員の生命・身体の安全確保を最優先事項とし、組織的なリスクマネジメント体制を整備している。事故防止委員会、褥瘡・感染症対策委員会、身体拘束廃止・虐待防止委員会を設置し、各種リスクの洗い出しと分析を行っている。事故およびヒヤリハット事案については報告書を作成し、所管責任者を経て施設長または相談員へ報告する仕組みとしており、各委員会において多面的な検討を行い再発防止策を策定し、関係職員へ周知している。検討結果は職員間で共有され、必要に応じて対応策を見直している。</p> <p>事業継続計画を策定し、利用者支援を継続できる体制整備に努めている</p> <p>各種災害および感染症を想定した事業継続計画(BCP)を策定し、計画に基づく対応体制を整備している。BCPの内容については職員や利用者に対して必要な説明を実施している。防災訓練は定期的に実施し、計画内容の実効性を確認するとともに、実施結果を踏まえた見直しを行っている。地域の消防署および自治会と連携協定を結び、総合防災訓練の実施に向けた準備を進めており、夜間を想定した訓練や職員参集体制の強化についても検討を行っている。災害発生時においても利用者支援を継続できる体制整備を図っている。</p> <p>各種規程を整備し適切な管理により、情報漏えい防止に努めている</p> <p>個人情報保護規程および文書管理規程を整備し、情報の適正管理に取り組んでいる。法人に個人情報保護推進委員会を設置し、体制整備および運用状況の確認を行っている。職員に対しては入職時オリエンテーションおよび個人情報保護研修を実施し、規程の理解と遵守を徹底し、ボランティアや実習生に対しても受け入れ時に説明を行っている。紙媒体の重要書類は金庫や施錠可能なキャビネットに保管し、電子媒体はID・パスワード管理によりアクセス制限を設けている。適切な管理により、情報漏えい防止に努めている。</p>		

カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input 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(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input 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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー5の講評

求める人材像を明示し、外国人人材の採用も行って人員体制の確保に努めている

法人として求める人材像を明示し、採用時の面接を通じて適性を確認している。新卒採用は法人本部が実施し、中途採用は事業所にて公共職業安定所や紹介会社を活用している。外国人人材の採用も行き、人員体制の確保に努めている。職員配置については、自己申告書による本人希望、人事考課結果、現場の人員バランスを総合的に勘案し、法人内および事業所内での適材適所の配置を行っている。前年度は採用29名、退職21名であり、一定の人材確保を行っているが、職員定着および離職防止が課題として認識されている。

法人共通のキャリアパスを策定し、組織運営を担う人材の育成を図っている

法人共通のキャリアパスを策定し、人材育成の体系を明確にしている。目標記入シートによる目標管理を行い、年度ごとに研修計画を作成している。評価は振り返りシートに基づき実施し、育成・評価・処遇を連動させる仕組みとしている。新人職員に対してはチューター制度を導入し、1年間を通じてスキルアップを目指してOJTを実施している。リーダー職育成として独自のプログラムを実施し、組織運営を担う人材の育成を図り、求める人材像に基づいた段階的育成体制を整備している。

法人および施設は、働きやすい職場環境整備と組織力向上に取り組んでいる

目標設定制度、キャリアパス制度、人事評価制度を整備し、職員が役割を担い遂行できる体制を構築している。施設長面談を年1回以上実施し、職員の意向や就業状況を把握している。衛生委員会ではメンタルヘルス相談などを実施し、福利厚生としてソウエルクラブや互助会の活用、法人内クラブ活動、フレッシュアップ休暇制度などを導入している。部署ミーティングや各種委員会を設け、業務改善提案を共有し、優秀な提案は法人表彰の対象としている。働きやすい職場環境整備と組織力向上に取り組んでいる。

カテゴリ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)

施設では開設以降、地域との関係づくりに努めており、新型コロナ5類移行以降は施設設備の開放やボランティア受入れの再開など、地域との交流拡大および情報発信に取り組んでいる。施設が地域への開放拡大を進める中で、外部来訪者への対応機会が増加したことから、職員の接遇および専門職としての資質向上が必要と実感し、今般の組織的課題として設定した。目標は、利用者に対する職員の接遇改善および資質向上である。実施事項として、新任職員研修を2~3か月に1回実施し、非常勤職員を含めた基礎的技術および接遇に関する教育を行った。OJTでは適切な先輩職員を担当者として配置し、実践を通じた指導を行っている。また接遇に関する苦情や改善事項はリーダー会議で共有し、組織全体の課題として改善策を検討している。全職員が前期・後期に個人目標を設定し、面談を通じて進捗確認を行う体制としている。

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

評価項目1で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評

全職員が個人目標を設定し、評価者との面談を通じて進捗確認を行うことにより、接遇および資質向上に向けた取り組み状況を可視化している。新人職員については新任研修およびOJTを通じて基礎的対応方法を習得する機会を設けている。既存職員は施設内研修の運営を担うことで自己研鑽の機会としている。一方で、育成後の職員定着および離職防止が課題として認識されている。このため、部署ごとの特色を活かし、職員が意欲を持って働くことができる体制整備を検討している。また、限られた人材および設備の中で質の高いケアを継続するため、生産性向上に向けた取り組みを新たな年度目標として位置づけている。今後は接遇向上の継続とあわせ、働きやすい職場環境整備および業務効率化を図ることで、組織全体の質向上を目指す方針としている。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

コロナ禍以降、地域との直接的な交流機会が減少していたことから、地域との関係再構築および強化が課題となっていた。また、施設内では一部フロアの受け入れを停止していた経緯があり、地域ニーズへの対応体制の見直しが必要とされていた。こうした状況をふまえ、地域貢献を柱の一つと位置付け、「待機者の円滑な受け入れ」と「外部団体の受け入れ」を目標に設定した。実施事項として、前年度より施設設備の地域開放を積極的に再開し、ホールやテラスなどを地域住民が利用できる環境を整備した。令和7年3月には地域向けの祭りを開催し、住民との交流機会を創出した。また入所待機者数が多い状況を踏まえ、令和6年7月から一時停止していたフロアの受け入れを再開した。あわせて空床短期入所生活介護を活用し、地域の緊急的・一時的ニーズへの対応を行った。これらの取り組みは、地域住民が立ち寄りやすい環境整備と、入所機会の拡充を目的として実施している。

目標の設定と  
取り組み

- 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
- 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
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 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)
- 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

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 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
- 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

地域向け祭りの開催や施設開放の取り組みにより、地域住民との接点が増加し、施設の認知向上の機会となった。また、市内他法人と連携し地域事業に参画するなど、地域ネットワークの再構築が進められている。一方で、受け入れを再開したフロアについては満床には至らず、稼働率向上が継続課題となっている。待機者の円滑な受け入れ体制は整備されたが、入所調整や情報発信の方法については、より効果的な取り組みの検討が必要とされている。地域との関わりについても、単発的なイベント実施にとどまらず、継続的な交流機会の創出や、施設利用者自身が地域住民の一員であるという視点を踏まえた取り組みが求められている。今後は、地域向けイベントの継続実施に加え、地域関係機関との協働体制を強化し、施設機能の活用方法を検討することとしている。また、稼働率向上に向けて、入所調整の迅速化やユニット型の活用方法の見直しを事業計画に反映し、地域ニーズに即した施設運営を推進する方針である。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3, 6-5~6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリ1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評			
<p>ホームページやパンフレットなどを活用して広く地域に施設情報を発信している</p> <p>施設情報はホームページやパンフレットなどを活用して広く地域に発信している。文字を少なく、写真を多く使用することで、利用希望者にとってわかりやすいものになるように工夫している。ホームページでは、関東のみならず大阪や広島エリアでも展開している法人の全事業を見ることができる。パンフレットはA3を折り込んだ特徴的なもので、多床室とユニット型個室を選べるなどの特徴を明示し、他にも広報誌「さくら日和」でも、実際に利用者が生活している様子や行事などの情報を発信している。</p> <p>関係協力機関と密接に連携して、地域のニーズや課題の把握に努めている</p> <p>自治会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、近隣病院、老人保健施設、近隣大学などの関係協力機関と密接に連携して、施設の最新情報を提供している。利用希望者などに施設情報が正確に伝わるとともに、地域のニーズや課題の把握に努めている。しかし、ホームページは法人や法人の全施設、採用など情報は多いものの、施設自体の情報が少なく施設の特徴が伝わりきれていないため、内容の見直しとSNSを活用した情報発信にも期待したい。</p> <p>見学は希望に合わせて行い、日常生活の様子を知ることができるように配慮している</p> <p>見学は、月曜日から土曜日までの9時から18時の間で、希望に合わせて行っている。見学ではパンフレットの他、フロアごとに作成している広報誌を使用することで、利用者の日常生活の様子を知ることができるように配慮している。また、多床室とユニット型個室を選べることから、料金表にそれぞれの月額例を記載して、ミスマッチのないように努めている。料金の他にも施設のルールなどの重要事項を説明し、必要時には空床利用のショートステイの利用案内も行い、利用者および家族の不安解消にも努めている。</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 <b>6/6</b>	
<b>評価項目1</b> サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている <p style="text-align: right;"><b>評点(000)</b></p>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>
<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
<b>評価項目2</b> サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている <p style="text-align: right;"><b>評点(000)</b></p>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>
<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
<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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
<b>サブカテゴリー2の講評</b>	
<b>契約時には契約書、重要事項説明書、料金表に基づいて説明し、理解を得ている</b> 見学や問い合わせ時にも、サービス内容や施設のルール、料金などの重要事項を説明している。特に多床室とユニット型個室を有することから料金表に基づいて負担割合や介護度など丁寧に説明している。その上で、契約時には改めて契約書、重要事項説明書、料金表に基づいて説明し、理解を得ている。説明の際には、リスク・看取り介護・個人情報の保護・協力医療機関・緊急時の対応・身体拘束・苦情対応・虐待防止などをわかりやすく丁寧に説明し、同意を得ている。あわせて、利用者や家族の意向や入所後に望む生活などの聞き取りを心がけている。	
<b>コミュニケーションを積極的に取ることで馴染みの関係づくりに努めている</b> 入所前面接では、利用者や家族の意向、心身状況、生活歴、普段の過ごし方、趣味や嗜好などの利用者らしさと入所前の生活継続に必要な情報を詳しく聞き取り、フェイスシートとアセスメントシートに記入し、職員間で共有している。その情報を基に、入所後の環境変化がなるべく少なくなるように、家族とともに馴染みの品などの持ち込みやベッドの向きなどを工夫している。入所後は、職種に関わらず全職種がコミュニケーションを積極的に取ることで馴染みの関係づくりに努め、本プラン策定のための状況の把握を図っている。	
<b>退所時にも入院先と連携することで生活が途切れることのないように努めている</b> 入所前の情報を参考に、環境変化による心身への影響が少なくなるように配慮し、主治医やケアマネジャー、サービス提供事業所などとも連携して、利用者らしい生活の継続を図っている。退所は看取りが最も多く、続いて入院死亡、長期入院となっている。亡くなられた場合には、写真をアルバムにしてご家族に渡し、入院の場合には状態が変わった際には気軽に連絡するよう伝えている。入所にあたり関係協力機関と連携してスムーズな移行を図っているが、退所時にも入院先と連携することで生活が途切れることのないように努めている。	

サブカテゴリ-3

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

評価項目1  
定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(000)

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(000)

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を適切に作成する体制を確立している 評点(00)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4  
利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(00)

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

**アセスメントでは、利用者らしさを把握するための情報を収集している**  
 利用者の心身状況や生活状況は組織が定めた統一のフェイスシートやアセスメントシートに記録し、適切に把握している。アセスメントでは、ADLやIADL、健康状態などの他にも、普段の過ごし方、趣味や嗜好、家族関係、地域との関係などの利用者らしさを把握するための情報を収集している。アセスメントは原則6か月ごとの見直しとしているが、入所後2週間程度は全職種が改めてアセスメントを行い、利用者の不安に寄り添いながら、本プラン作成のための情報を収集し、一人ひとりのニーズに応じた計画策定に取り組んでいる。

**施設サービス計画書は、利用者の状態に変化があった場合、随時見直しを行っている**  
 施設サービス計画書の見直しは原則6か月ごとの見直しとしているが、入退院などで利用者の状態に変化があった場合や看取り介護に移行した場合、意向に変化があった場合には、随時見直しを行っている。特に看取り介護の場合には、見直しが細かく行われ、利用者の「今」に合わせて施設サービス計画書は見直しされている。見直しの際には、利用者や家族の意向を改めて確認しているが、利用者の意向は、日頃のコミュニケーションの中で把握に努め、表情やしぐさからも読み取るように努めている。家族の意向は面会時などでも把握することを心がけている。

**介護記録システム、申し送りノートや朝礼で利用者情報を共有している**  
 施設サービス計画書の情報や実施状況、利用者一人ひとりの生活状況などは、介護記録システムに集約されていて、ICT化により、業務の効率化と全職員のタイムリーな情報共有が図られている。システム上での共有のほか、申し送りノートや朝礼、申し送りでも確認し、情報を共有する仕組みを作っている。その上で、部署会議やリーダー会議、看取り会議、ケアプラン会議、各種委員会等でも直接話し合い、情報共有の徹底を図っている。施設では、報告・連絡・相談の徹底を課題として考えており、さらなる情報共有の工夫に取り組んでいる。

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(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(00)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ5の講評			
<p>入所契約時に「個人情報の保護」について説明し、同意を得ている</p> <p>入所契約時に、利用者や家族に契約書や重要事項説明書に基づいて「秘密の保持」や「個人情報の保護」について説明し、個人情報の使用期間、使用目的、使用条件を個人情報の使用に係る同意書に基づいて説明し、同意を得ている。個人情報の保護は運営規程にも明記し、職員からは入職時に、在職中はもちろん退職後も守秘義務を遵守する旨の誓約書を受け、新任職員研修で周知している。その後も、毎年実施しているキャンパス研修の中で個人情報保護の重要性などの再確認を行っている。</p> <p>一人ひとりに合った支援を行い、プライバシーや羞恥心に配慮している。</p> <p>居室への入室時には必ずノック声かけしてから入室することとしている。排せつケアは、一人ひとりに合った支援を行い、必ずカーテンを閉め、他の利用者にわからないようにトートバッグを使用している。入浴時には、肌の露出を少なくするように腰や胸をタオルで隠すなど、プライバシーや羞恥心に配慮している。また個人宛の郵便物に関しては、家族とも確認した上で利用者本人に直接渡すか、家族に渡すかを決め、プライバシーを守っている。倫理綱領でも「自尊心を傷つけることなく、権利を行使できるように支援する」ことを定めている。</p> <p>利用者の自己選択と自己決定を重視して支援にあたっている</p> <p>利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮し、個別に対応することで、より良い生活環境の提供に努めている。支援の前には、必ず支援の目的や内容を伝え、承諾を得るようにしている。承諾が得られなかった場合には、無理強いすることなく時間をおいて声かけするか、他の職員が声かけするなど、利用者の自己選択と自己決定、その時の体調や感情を重視して支援にあたっている。それでも承諾が得られなかった場合には、日時の変更や、入浴を清拭に変更するなどの利用者負担のない支援を行うなど、常に利用者の意思の尊重に努めている。</p>			

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

5/5

評価項目1  
手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供している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改変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している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー6の講評

各種マニュアルやBCPを整備して、業務標準化を進めている

各種マニュアルや感染症・自然災害のBCPを整備して、業務標準化を進めている。QOC委員会などの委員会による定期的な見直しを行い、各部署に設置し、職員が常に確認できるようにしている。職員はマニュアルに沿った個別ケアの提供に努め、マニュアルに沿った実践ができていくか、フロアリーダーが適宜チェックを行っている。無資格、未経験、外国人採用などが増えることを想定し、より詳細なマニュアルとともに、フローチャートや画像を使用した、業務中にも確認しやすいものに内容を充実させることにも期待したい。

目標管理制度とICT化推進による業務の標準化に取り組んでいる

目標管理制度とICT化推進による業務の効率化と標準化、サービスの向上を目指して取り組んでいる。目標管理制度では、年2回の面談で事業計画達成のための個人目標を設定し、職員一人ひとりの育成計画を立案、人材育成やキャリアアップにつなげている。またICT化により、利用者情報は介護記録システムに集約されていて、業務の効率化と全職員のタイムリーな情報共有による業務標準化が図られている。委員会やリーダー会議の場では、利用者、家族、職員の意見を集約して検討を重ね、サービスの向上に向けた取り組みを行っている。

委員会と研修充実による職員のスキルアップとサービス向上に努めている

委員会と研修充実による職員のスキルアップに努めている。感染症予防、身体拘束廃止、虐待防止、事故防止、QOC、看取り、ケアプラン、レクリエーションという委員会や会議で検討した内容を、業務改善や運営に反映させている。職育成計画に基づいたOJTや研修で職員育成にあたり、スキルアップとともにサービスの向上を図っている。職員アンケートでも個別ケアの充実が上がっているが、委員会活動と研修の充実により気づきや工夫が生まれ、多職種が連携して利用者支援を行うことが、サービスの向上につながっている。

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		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況												
		サブカテゴリー4 43/43												
<p>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</p> <p align="right">評点(〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている</td> <td align="right">○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td align="right">○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td align="right">○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">評価項目1の講評</p> <p>ケアプランに基づいた支援が提供できるように記録を重視している                  ケアマネジャーや介護副主任が中心となって、2～3か月ごとにケアプラン会議を開催し、「ケアプランに沿った支援がなされているか」などを確認する機会を設けている。ケアプランに基づく支援の提供に取り組んでおり、実際にケース記録はケアプランに基づいて記載されていることがうかがえる。また、介護支援ソフトによって情報共有が行えているため、ケアプランの変更も比較的速やかに行えている。一方で、多床室とユニットでは、職員のケアプランに対する意識の多少の温度差があることを課題としている。</p> <p>サービス担当者会議への家族の参加が増えるような工夫をすることが望まれる                  ケアプランは通常6か月ごとに見直すことにしており、サービス担当者会議は毎月開催している。基本的には多職種の担当者出席のもとに、ケアプランの進捗や達成状況を検証し、必要に応じて見直すことにしている。ケアプランはケアマネジャーがアセスメント、モニタリング、利用者・家族の要望を考慮して、プランの原案を作成し、専門職間で検討する流れとしている。家族への会議参加の案内は面会時や電話で行っており、さらなる家族の会議への参加が増えるような工夫をすることが望まれる。</p>			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	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												
<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</p> <p align="right">評点(〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている</td> <td align="right">○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td align="right">○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td align="right">○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">評価項目2の講評</p> <p>利用者一人ひとりの状態に沿った食事提供に取り組んでいる                  栄養士は、利用者一人ひとりの意向や状態を入所時のアセスメントシートや、他の施設からのサマリーなどを把握して適切な食事形態が提供できるようにしている。主食は、米飯(約20%)、軟飯(約20%)、全粥(約40%)、ソフト食(約20%)、副食は、常食(約20%)、キザミ食(約20%)、極キザミ食(約40%)、ペースト食(約20%)など各種の食事形態を用意しており、利用者の状態に沿った食事が提供できるようにしている。栄養士によるミールラウンドを行い、退院時・状態変化時には、食形態の変更に対応している。</p> <p>栄養ケア計画をもとに適切な栄養摂取に取り組んでいる                  年1回の定期健康診断や毎月測定している体重測定の結果をもとに栄養ケア計画を策定し、栄養改善に取り組んでいる。利用者の体調変化などの場合に、速やかに献立変更や代替食に対応できるように、栄養士を中心に各フロア・ユニットとの連携体制を整えている。必要に応じて食形態を変更したり高カロリー食を用いて、早期に改善できるようにしている。嚥下やシーティングで課題のある利用者については、サービス担当者会議20%となっており、高リスクには食事量の調整と補助食品から栄養改善が適切に実施されている。</p> <p>多職種との連携により経口摂取の継続に取り組んでいる                  経口摂取の継続や改善に力を入れて取り組んでいる。栄養士や看護師も嚥食状況を確認して連携を図り、介護職による口腔ケアを実施している。また、週1回歯科医による利用者の嚥下状態を把握して改善に取り組んでいる。さらに、嚥下能力が低下している利用者のみ食事時間をずらして、マンツーマンで食事提供できるようにしている。嚥下やシーティングで課題のある利用者については、サービス担当者会議や個別の打ち合わせにおいて多職種で評価と結果についての検証に取り組み、経口摂取維持に努めている。</p>			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	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												

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(0000)
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

**行事食や外出食を定期的に提供して食事の楽しみを増やしている**

歳時記にちなんだ催し物を開催する際には、行事食を提供して食事を楽しんでもらうよう努めている。献立には季節の野菜を使用したり、手作りおやつ(ケーキ、和菓子、洋菓子など)を提供したり、楽しい食事になるようテーブルに季節のものを飾ることなどに取り組んでいる。昼食場を視察した際にも、フロアごとに心身状況に合った適切な食事提供や介助が行われていることが確認できている。嗜好調査を実施しているが統一の献立のため、利用者の嗜好を十分に反映できているとは言えないと思われる。

**食事時間は利用者の状況に可能な限り対応している**

利用者の前で配膳を行い、視覚・嗅覚から食事を楽しめるよう工夫している。また、ユニットでは瀬戸物の食器を使用し、食事を楽しめる取り組みを開始している。また、食事は事故防止のため職員が決定しているため、利用者の希望を十分に反映できていないことを施設では認識している。また、利用者の状況や受診などで食事時間に間に合わない場合には2時間までの延食を行い、それ以後は代替え食を提供している。利用者の重度化に伴い食事介助が多いため、配膳を早めることなど個別に対応することを原則としている。

**利用者が落ち着いて楽しく食事ができるように食事環境に努めている**

食事提供時間については、朝食(7:00~7:30)、昼食(11:30~12:30)、夕食(17:00~18:00)など決められた時間に提供することになっている。食事時の席は、利用者の身体状況や相性、介助・見守りの状態などに配慮している。食事時間は、ほぼ2時間と決まっているが、利用者の希望や体調などに応じて可能な限り柔軟に対応している。身体状況などから車イスでの食事の席は、移動の動線などで支障ないように、安全に食事ができるように配慮されている。また、食事介助が必要な利用者を中心に食席が決められている。

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(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当
●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当

評価項目4の講評

**利用者の身体状況に応じた入浴支援が取り組まれている**

個別浴・リフト浴・ストレッチャー式の機械式浴槽などを利用者の状態に応じて選択し、安心して安全な入浴支援に取り組んでいる。利用者の重度化などによってストレッチャー式の機械式浴槽での入浴支援が中心になっていることをふまえ、できる限り残存機能を生かした入浴に努めている。利用者の身体状況に変化が見られた場合には、看護師や機能訓練指導員へ報告して多職種で意見交換しながら安全・安楽な入浴方法となるように入浴方法、浴槽を検討して決定している。職員によってケアの違いが生じないようにマニュアルを作成している。

**入浴介助の質の向上を目指している**

利用者にはバスタオルを使用して露出を避け、カーテンを使用してプライバシーや羞恥心に十分配慮する介助に努めている。認知症の利用者には当日に入浴できるように、こだわりや好みを把握して、無理強いすることのない職員の対応に努め、スムーズに入浴してもらえるよう、誘導方法を工夫している。強い拒否の場合には、穏やかな声かけや誘導の成功例などを職員間で情報共有し、清拭対応や時間を変更して代替日を設けている。バイタルや皮膚観察などから変化が見られた場合には、直ちに看護師へ報告している。

**利用者が快適に入浴を楽しむ環境づくりに努めている**

健康面や他の利用者に支障のない範囲で利用者に浴槽でゆっくりと温まってもらえるように配慮し、全身の皮膚や爪などの観察を行っている。また、必ずタオルで体を覆い、可能な限り湯加減、入浴時間などについて意向に応じて入浴時に身体全体の皮膚観察などを行い、アザなどの異常が見られれば、直ちに看護師へ報告し対処している。安心感を得られるように努め、季節に応じて入浴剤などを活用したり、自宅からの好みのシャンプーやリンスなどの持ち込みにも対応して、利用者が快適に入浴を楽しむ環境づくりに努めている。

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(0000)
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><b>排泄はトイレで行うことを基本とし、より自立した排泄を促している</b></p> <p>個別排泄表をもとに排泄状況を確認し、立位が可能な利用者にはできる限りトイレでの排泄介助に努めている。ユニットでは利用者個々の状態を把握するために、申し送り事項の周知徹底に努め、利用者の変化の必要に応じて介助方法やオムツ、パットの見直しの話し合いを行っている。排泄ケアについて作成したマニュアルに則り、排泄ケアの実践に取り組んでいる。薬に頼らず、生活リズム・食事などからの自然排泄を促す工夫をしている。現在は定時と本人からの訴えによって支援しており、ユニットでは可能な限りトイレ誘導を実践している。</p> <p><b>利用者の羞恥心に配慮した排泄支援に努めている</b></p> <p>利用者の残存機能維持を図るための介助法については、危険でない限りできるだけ自力で行うよう、便器に着座したら利用者の視界から消えるような配慮をしながら見守っていく排泄支援を行っている。認知症の利用者への誘導のタイミングや方法などにも、尊厳を傷つけない声かけに留意して支援をしている。日中の時間帯は介助用物品を小さなバッグに入れ訪室するなど、きめ細やかな対応を行っている。また、ベッド上でのオムツ交換では、おむつの当て方を適切に行えるように研修を実施している。</p> <p><b>清掃職員によるトイレの清掃で清潔が保持されている</b></p> <p>トイレは毎日専門の清掃業者が入っており、清潔で消臭対策もなされている。さらに、トイレの使用後は介助した職員が都度清掃し、汚れなどがあれば適宜処理している。ポータブルトイレにおいても、その都度清掃され定期的な消毒も実施されて清潔保持へ努めている。共用トイレにおいて、おしぼり、パット、バケツなども設置されており、利用者の状況によって迅速な支援が提供できるようにしている。消臭剤を使用したり、居室換気をするなどして消臭にも配慮し清潔確保に取り組んでいる。</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(000)
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><b>利用者の安全面に配慮して移動・移乗介助を行っている</b></p> <p>個別機能訓練計画には、日常生活の中にリハビリを取り入れて作成している。トイレまでの手引き歩行や車イスでの自操、自力での食事摂取や更衣などが日々行えるようにしている。利用者が楽しみながら体を動かすことで無理なく負荷がかかるように、集団体操やレクリエーションなどでできるだけ日中に活発な生活が送れるように配慮している。また、できる限り自立して移乗できるように、ベッドの高さ調節、可動式の介助パー、トイレ内の手すりの設置など安全に留意しながら介護職員との連携により実施している。</p> <p><b>各種移動用具の定期的なメンテナンスを実施している</b></p> <p>利用者が安全に車イスを使用できるよう福祉用具チェックリストを作成し点検・清掃・整備を実施している。車イス・ベッド・ナースコール・センサーマットなどそれぞれの状態を各居室担当者が一覧表にチェックし、汚れがある場合には、夜勤帯にて洗浄をしている。パンク修理などは相談員が業者へ修理依頼している。実施記録はパソコンから職員に周知されている。</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いかすことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 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

作業療法士による個別機能訓練を実施している

作業療法士が利用者一人ひとりの個別機能訓練計画を策定している。入所時にアセスメントなど相談員からの情報をもとに計画書を作成し、モニタリングを1か月に1回各フロアで多職種と見直ししている。また、ノーフティングケアの視点から、利用者により適した福祉用具の選定ができています。機能訓練を実施して、6か月ごとにケース会議を実施して評価を行い、達成状況を確認し新たな計画を作成している。訓練内容は残存機能の活用を意識して生活リハビリによって自立支援を促している。計画書に基づき安全な移動移乗への取り組みに努めている。

生活の中で機能の維持、訓練ができるよう取り組んでいる

各フロアで実施している集団体操などから楽しく体を動かすことを中心に、歩行訓練などの機能訓練を意識した生活リハビリの視点を盛り込んだ支援を実施している。利用者の状況に応じたトイレ誘導・車イスの自操・椅子やベッドへの移乗など、歩行訓練や利用者の身支度などの生活動作、また職員との集団体操や概ねコロナ以前に戻った季節の行事などの開催によって、自然に体を動かす機会を設けている。日常生活動作を、利用者一人ひとりの状況に応じた目標を設定し、生活リハビリとして生活動作訓練を無理なく取り組んでいる。

8 評価項目8

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●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

多職種が連携し利用者の健康管理に努めている

利用者の体調には介護職員を中心に各職種がそれぞれの視点から観察することを実践しており、変化が見受けられた際には速やかに看護師に報告する体制が整っている。年1回の健康診断や血液検査、月1回の体重測定、入浴前のバイタルサインのチェックや入浴時の皮膚観察などによって健康状態を管理している。常勤医師の配置により、スムーズな診察・医療の提供ができる体制が整っており、健康診断の結果や体調変化に応じて、きめ細かく健康状態を把握し早期治療を受けられるよう健康管理に努めている。

服薬マニュアルに沿ってダブルチェックを励行し誤薬防止に努めている

薬局から搬入された薬は、薬袋に記入された氏名を確認後、医務室内に保管管理されている。朝、昼、夕、就寝薬と時間別に色分けされ、同性、同名者の区別に留意し薬箱を用意して、置き間違え防止に努めている。フロアに薬箱を持って行った看護師と介護職員とのチェック体制があり、看護と介護の連携のもと誤薬防止に努めている。また、誤薬を防ぐため服薬管理システムを導入しており、誤薬の発生は「ゼロ」であることが報告されている。また、誤薬が発生した際には医師に連絡して迅速に対処することになっている。

家族と連携しながら看取りケアを行っている

夜間は看護師のオンコール体制となっている。終末期を迎える利用者の急変時・看取りなどのマニュアルについては各ユニットや各フロアに常置している。看護師は介護職員の夜勤者に向けて日中の様子観察を夕刻の申し送りに、看護師指導のもと適切な対応が取れるようになっている。看取りの段階では、本人・家族が望む過ごし方ができるように家族と緊密に連携しており、介護職員には状態により細やかな看取りケアの指導を行い全職種での看取り支援体制を整えている。

9 評価項目9

利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

モーニングケアの実施から身だしなみを整える支援をしている

起床後の洗面、洗顔、整容は、洗面自立の人には声かけで自分で行ってもらい、要介護者には洗顔用タオルを届け、個々の状態に合わせて声をかけ、一部介助、全介助で対応して寝ぐせ直しなど身づくりをしている。また、目やにや顔の汚れを拭きとり清潔を保つように配慮している。基本的に更衣支援は入浴日と汚染してしまった時に実施している。起床後、就寝前に更衣支援を行う場合は利用者の身体状態に合わせて個別に対応を検討している。

利用者の状態に沿った整容支援に取り組んでいる

整容支援については、状態に沿って声かけ促しや介助などによって取り組んでいる。起床時には、洗顔や整髪・タオルでの清拭などを行い、できる限り離床してもらうように努めている。朝の整容を促すことで心身が活性化し、より自立した日中活動につながるようにしている。洗顔が自力でできない利用者に対しては洗顔タオルでの清潔確保に努め、髭剃り、寝ぐせなどを整える身だしなみへの支援をしている。また、美容師や理容師が毎月来訪しており利用者や家族の意向によってサービスを受けられるようにしている。

安定した睡眠がとれるように取り組んでいる

居室の照明や温度・湿度、寝具の適性判断を行い快適な睡眠環境を整え、利用者が夜間しっかり眠れるように、日中はできる限り体操やレクリエーションなどに参加を促しメリハリのある生活が送れるよう努めている。不眠が見られる場合には、原因を探って就寝環境を整えたり温かい飲み物を提供するなど、再入眠を促している。認知症により夜間不安を訴える利用者には職員が寄り添い、利用者の心理を読み取るようにして、状況に応じた声かけをするように努めている。症状が続く場合には専門医へつなげ、入眠剤などの処方の一助に必要性について相談している。

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(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目10の講評

日々楽しく生活できるように、多彩なイベントやレクリエーションを提供している

利用者が日々楽しく生活できるように、多彩なイベントやレクリエーションを提供している。9月のさくらテラス祭り(利用者向け)や3月のさくら祭り(地域向けで、キッチンカーや出し物など)、作品展、東村山市社会福祉協議会主催のお年寄りの作品展、音楽療法、地域ボランティアとの交流会、レクリエーション、茶話会などの、季節を感じられて地域住民との交流を図れるような行事を開催することで、利用者の生活に潤いを提供している。また、利用者一人ひとりの気持ちに寄り添い、訴えを傾聴することで、心身の安定を図っている。

研修で学んだことを利用者が安心して過ごせるよう支援に反映させている

「ノーリフティングケア」や「認知症ケア」について研修で学び、全職員が共有することで、利用者の気持ちに添った支援に努めている。「ノーリフティングケア」では利用者の自立支援を図りながらも、利用者・職員ともに負担とならないケア提供に努め、「認知症ケア」では声かけやコミュニケーション、周辺症状への対応などを学び、職員間で共有することで利用者が安心して過ごせるよう支援に反映させている。今後は、パーソン・センタード・ケア、ユマニチュード、パリエーションなど、認知症ケアのメソッドを学ぶことにも期待したい。

11	<b>評価項目11</b> 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	<b>評点(〇〇〇)</b>
	<b>標準項目</b>	
<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
<b>評価項目11の講評</b>		
<b>家族との関わりが深まるように面会・外出・外泊は積極的に推奨している</b> 面会や外出・外泊に制限がなく、家族との関わりが深まるように面会・外出・外泊は積極的に推奨している。施設内はもとより敷地内にも家族と自由に過ごせる環境が多々整備されていて、家族交流の機会が増えている。外出は家族対応が中心ではあるものの、施設内外の散歩や外気浴の機会を設け、短距離でも歩行する機会や気分転換の機会提供にも努めている。またボランティアの受け入れも再開し、地域の人々との交流を図り、社会福祉協議会のお年寄りの作品展などにも参加して、利用者が地域社会と連携して活動できる場も設けている。		
<b>地域と関わる機会を増やすための仕組みと環境づくりを進めている</b> 利用者が地域や地域の住民と直接関わる機会を増やすために、施設に訪れやすくなる仕組みと環境作りを進めている。玄関は自由に出入りができ、地域交流スペースの貸し出しでは地域の体操クラブや会議、講演会などに活用されている点が施設の大きな特色でもある。保育園との交流は、利用者にとっても大きな楽しみの一つとなっていて、利用者と絵本を届け、散歩などで日常的に交流を図っている。多世代交流により利用者が地域社会の一員としての役割を感じられるよう努めているが、出入りが自由であることから、犯罪防止に向けた工夫が期待される。		
<b>地域情報を利用者や家族に伝え、地域活動への参加を促している</b> 市や地域の関係協力機関から地域の情報を収集するとともに地域のニーズや課題の把握にも努め、その情報を施設運営に活用して、広報誌「さくら日和」で施設情報を発信している。また収集した必要な情報は利用者や家族に伝え、地域活動への参加を促している。災害への対応においては地域との連携が不可欠であることから、近隣施設と災害時防災協力協定を締結している。地域との連携をさらに進め、地域住民参加による合同防災訓練が実現できるような働きかけが望まれる。		
12	<b>評価項目12</b> 施設と家族との交流・連携を図っている	<b>評点(〇〇〇)</b>
	<b>標準項目</b>	
<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
<b>評価項目12の講評</b>		
<b>家族とのコミュニケーション充実を図り、信頼関係の強化に努めている</b> 感染症の影響により家族の面会制限などが続いていたが、現在は解除して、感染症対策は継続しながらも面会や外出・外泊は自由として、家族との関わりが深まるように積極的に推奨している。定期的に発行している広報誌では、写真を交えて利用者の日常生活を家族に伝えている。個別訓練計画書には実際の訓練写真を同封して家族宛てに郵送し、利用者の状況が家族に的確に伝わるように強めている。また、何より面会時の家族とのコミュニケーション充実を図ることで、利用者の日常の様子を家族に伝え、信頼関係の強化に努めている。		
<b>意見や要望は、可能な範囲で施設運営に反映させるようにしている</b> 家族との信頼関係構築のため、利用者の状況については細やかな情報提供を行い、意見や要望は意見箱やカンファレンス、何より面会時の聞き取りに努め、可能な範囲で施設運営に反映させるようにしている。特に看取り介護となった利用者に関しては、小さな変化も見逃さず、迅速かつ正確な連絡を心がけている。面会時にも利用者の様子を報告し安心できるよう配慮しているが、今回の家族アンケートには情報提供不足の声も見られていることから、相談員に限らず、どの職員からでも正確かつ詳細な情報提供ができる体制構築も望まれる。		
<b>家族が参加できる行事も開催しているが、懇談会開催も期待したい</b> 利用者の体調に変化があった場合や回診時の医師からの指示などは、速やかに家族に連絡し、意向を確認している。面会や外出、外泊を推奨して、遠方の家族にはWEB面会を行うなど家族との交流が深まるよう取り組んでいる。家族が参加できる行事やイベントも開催して、家族交流を進めている。家族の希望や要望の把握にも努めているものの、家族と施設との懇談会開催も必要であると考えられ、定期的な家族との懇談会を通じて希望や要望の把握に努めて、さらなるサービス向上につなげることに期待したい。		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-2-2	着実な計画の実行に取り組んでいる
タイトル①	安定的な事業運営の確立および稼働率向上に取り組んでいる	
内容①	<p>安定的な事業運営の確立および稼働率向上を重点課題としている。従来型多床室131名、ユニット型30名の定員に対し、受け入れ停止していたフロアを再開し、空床短期入所生活介護を活用するなど、利用者確保に向けた具体的対応を行っている。法人の中長期計画に基づき単年度目標を設定し、数値目標を明示したうえで半期ごとに進捗確認と見直しを実施している。また限られた人材・設備の中で質の高いケアを提供する体制整備を検討しつつ、安定的な事業運営の確立および稼働率向上に取り組んでいる。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-6	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
タイトル②	利用者の残存機能を活かし、心身機能の維持に力を入れている	
内容②	<p>利用者の移動については、利用者の状態や要望に応じて歩行の介助や個別に応じた支援に努めている。ノーリフティングケアを導入し、利用者の身体に適した車イスを選定している。移乗の際には床走行式リフトやスライディングボードなどの福祉用具を使用し、利用者に負担がかからないよう工夫している。各フロア、ノーリフティング委員を中心に各種の介助方法も検討しており、施設全体の技術の底上げのため、委員以外の職員も技術取得できる環境づくりのために研修を実施しているが、技術定着を図る必要があることを施設では認識している。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-10	利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている
タイトル③	入所前のその人らしい生活が続けられるように努めている	
内容③	<p>利用者の意向や今までの生活習慣などを尊重して、最低限のルールのもと、入所前のその人らしい生活を施設においても続けられるように努めている。認知症の利用者が落ち着いて生活できるように、環境を整備し、気持ちの落ち着かない時にはロビーなど一人で過ごせるようなクーリングスペースを多々用意し、馴染みの職員が傾聴することで不安に寄り添っている。施設内は広く、清潔で落ち着いた環境を保ち、敷地内も散歩や外気浴を楽しめる環境にあり、外出や外泊も自由であり、好きな場所で過ごせる環境が整えられている。</p>	

No.		特に良いと思う点
1	タイトル	恵まれた施設の設備や環境を活用してさまざまな交流から地域のニーズや課題の把握に努め、その解決に向けて取り組んでいる
	内容	恵まれた施設の設備や環境を活用して、利用者が地域と直接関わる機会を増やすために、施設に訪れやすくなる仕組みと環境づくりを進めている。玄関は自由に出入りができ、地域交流スペースは地域の体操クラブや会議、講演会などに貸し出しており、保育園との交流は、利用者にとっても大きな楽しみの一つとなっている。また、実習生、音楽療法や傾聴ボランティアも積極的に受け入れることで地域交流を促進し、利用者の生活に潤いをもたらしている。多様な交流から地域のニーズや課題の把握に努め、その解決に向けて取り組んでいる。
2	タイトル	ケアプランに沿った支援を提供する仕組みが整っている
	内容	ケアプラン会議を開催し、「ケアプランに沿った支援がなされているか」などを確認する機会を設けたり、ケアプランを見直す際には多職種の職員が参加するカンファレンスを開催している。計画の達成状況に関するコメントを検討し、新たな計画を策定している。また、利用者の心身状況変化によりサービス内容の変更が必要な場合には、適宜カンファレンスを開始し見直しを行っている。現在、ケアカンファレンスへの家族の参加は限られていることをふまえ、面会時か電話で意向を聞き、後日ケアプランを送付して確認のサインをもらって確認を得ている。
3	タイトル	地域との継続的な関係づくりと福祉人材育成への貢献を行い、施設の社会的役割を具体的に実践している
	内容	地域共生社会の実現に向け、町会、近隣小中学校、社会福祉協議会、障がい者施設、保育園などと連携し、福祉学習や福祉体験、防災訓練などを実施している。また、施設設備の地域開放や地域向け祭りの開催など、地域住民が参加できる機会を設けている。さらに、感染症対策を講じながら、介護福祉士・社会福祉士の実習生を受け入れている。地域との継続的な関係づくりと福祉人材育成への貢献を行っている点は、施設の社会的役割を具体的に実践している取り組みである。
No.		さらなる改善が望まれる点
1	タイトル	研修が充実しているとの声もあり、認知症ケアも学んでいるものの、今後は認知症ケアのメソッドの一つを柱として学ぶことにも期待したい
	内容	委員会と研修充実による職員のスキルアップに努めている。委員会で検討した内容を業務改善や運営に反映させ、職育成計画に基づいたOJや研修で職員育成にあたりサービスの向上を図っている。職員アンケートでも「研修が充実している」との声が上がっており、研修参加後は職員間で研修情報を共有し、一人の学びを全体のスキルアップにつなげている。認知症ケアも内部研修で学習しているものの、今後はパーソン・センタード・ケア、ユマニチュード、バリデーションなどの認知症ケアのメソッドの一つを柱として学ぶことにも期待したい。
2	タイトル	ケアプラン更新時期などの迅速な情報共有を課題としている
	内容	居室担当者、看護師、管理栄養士、ケアマネジャーが参加するサービス担当者会議では、意向や状態を多職種で検証し、ケアプランの内容を確定させ、連携して利用者の支援を行っている。利用者や家族の介護に対する意向をケアプランになるべく反映させ、サービスを実施している。記録システムにより、全ての職員がリアルタイムに情報を見ることができているが、今回行った職員自己評価の結果からも、ケアプラン更新時期などの迅速な情報共有を目指していることがうかがえる。
3	タイトル	安定的な施設経営および運営を継続していくため、離職要因の分析や職場環境改善策の具体化を進めることが望まれる
	内容	人材の確保、育成、定着について課題があると考えられる。外国人職員を含む積極的な採用を行っているが、昨年度は採用29名に対し退職21名であり、職員数101名規模の中で離職者数が一定数発生していることから、定着支援策のさらなる具体化が求められる。育成についてはOJTやキャリアパス制度を整備しているが、育成後の職員が継続的に就労できる環境整備や、業務負担軽減に向けた取り組みの強化が必要である。職員の意向把握や面談は実施されているものの、離職要因の分析や職場環境改善策の具体化を一層進めていくことが望まれる。