

東京都福祉サービス第三者評価 評価結果

評価結果基本情報

評価年度	平成27年度
サービス名称	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】
法人名称	社会福祉法人台東区社会福祉事業団
事業所名称	台東区立特別養護老人ホーム浅草
評価機関名称	公益社団法人 長寿社会文化協会

コメント

利用者調査として利用者への聞き取りを実施した。訪問調査日に評価員全員が喫食を行い、食事介助の様子や食事後の排泄介助の様子を詳細に観察した。

(内容)

- I 事業者の理念・方針、期待する職員像
- II 全体の評価講評
- III 事業者が特に力を入れている取り組み
- IV 利用者調査結果
- V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）
- VI サービス提供のプロセス項目

公益財団法人東京都福祉保健財団

Copyright©2003 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

I 事業者の理念・方針、期待する職員像

1 理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
事業者が大切にしている考え方（事業者の理念・ビジョン・使命など）
1) 高齢者の方が住みなれた街で安心して暮らし続けられるようにお手伝いいたします 2) 支え合いの地域社会実現のため、地域に開かれた施設作づくりを目指します 3) 区民から信頼される施設として、自立ある健全な施設運営を目指します 4) 利用者本位のサービスの提供 5) 地域福祉機能の充実
2 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）
(1) 職員に求めている人材像や役割 専門職としての価値観と知識と技術の体系を基盤に有していること。常に目の前の現実に向き合い、仕事に取り組めること。
(2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ご利用者に共感を持ってどこまでも近づいていこうとする姿勢を保つこと。地域社会中の施設の役割、地域社会の一員としてのご利用者支援を追及していくこと。

II 全体の評価講評

全体の評価講評

特に良いと思う点

	ヒヤリハット・事故時の原因分析をしっかりと行い、事故の予防・再発防止に努めている
1	ヒヤリハットや事故が起きた場合は、その日のうちに事故対策会議を開催し、シェル分析（ヒューマンエラーの分析法）による原因分析をおこない、対応策を検討し、記録に残している。対応策が有効だったのかという検証も後日行い、重要な事案は月1回のスタッフミーティングでも取り上げ、見直しをおこなうなど、事故の再発防止にしっかりと取り組んでいる。
2	スーパービジョン（対人援助法）への取り組みを経年的に取り組んでいる
3	スーパービジョン（対人援助法）体制と職員研修プログラム充実を人材育成の柱と位置づけ、職員の資質向上を経年的に実施している。平成27年度は定例のリーダーミーティングを活用し、短時間勤務職員も含めたグループスーパービジョンを開催し、職員の専門性をさらに高めていく取り組みがおこなわれている。職員研修プログラムでは、全職員必修の基礎研修と、リーダー・主任クラスの受講が義務付けられている中級研修、及び係長・施設長の受講が義務付けられている幹部研修とに体系化され、階層別に必要な知識・技術の習得がおこなわれている。

さらなる改善が望まれる点

	建物・設備老朽化に伴う諸問題への対応の加速化が望まれる
1	施設は建設から28年を経過しており、老朽化による建物や設備の劣化・故障が利用者へのサービス低下に、つながらない様な対応が望まれる。施設では、計画的に対応を行っているが、より急がれる問題については、臨時の対応策も含め、工夫に努めることが望まれる。
2	職員定着化のため、さらなる取り組みの強化が望まれる
3	職員アンケートでは必要な人材の確保ができていない、職員の定着化が図られていない、といった人手不足感を訴える意見が多く、必要な人材の確保・定着化が課題と認識する。施設でもすでに非常勤職員から常勤職員への登用や、職員の意向の把握、また職員のこころのケアのため精神科医による定期的な面談などを実施しているが、今後、さらなる人材の確保・定着化に向けた努力が望まれる。具体的には人事考課マネジメントサイクルの中だけでなく、職員一人ひとりの精神面のフォローを管理者が日常的に努めていくなど、木目の細かい取り組みが望まれる。

III 事業者が特に力を入れている取り組み

	<p>★ 区の福祉におけるセーフティネットとしての役割を果たしている</p>
1	<p>医療ニーズの高い人や虐待の疑いある人の受入を積極的に行い、採算面から民間業者がためらうケースにも取り組み、区の福祉セーフティネットとしての役割を果たしている。</p>
<p>関連評価項目(事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある)</p>	
	<p>★ 精神科医によるコンサルテーションの仕組みを職員の心の健康対策にも活かしている</p>
2	<p>月に1度精神科医の訪問があり、コンサルテーションの形で協力体制が築かれている。訪問時は医師が2部体制で対応をおこない、前半で利用者状況を確認し医学的見地から支援方法の助言を行い、後半は職員の精神面についての相談を受け、状態に応じてアドバイスを実施している。社会情勢としても、ストレスチェックの義務化など、メンタルヘルス（心の健康）対策が強化されているが、施設としても、医師と相談しながら職員の健康管理をおこなう仕組みを活かし、定期的な個別面接も実施しながら、心のケアも含んだマネジメントに取り組んでいる。</p>
<p>関連評価項目(さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している)</p>	
	<p>★ 専門チームを編成し、誤嚥防止、口腔ケアに取り組み支援している</p>
3	<p>歯科医師、歯科衛生士、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護職員による専門チームを編成し口腔ケアカンファレンスを実施している。「口腔ケア」が誤嚥性肺炎の予防、口腔機能向上による低栄養の改善や咀嚼運動への刺激効果であることを踏まえ、毎月食形態の見直しをしている。必要であれば、咽喉ファーバースコープ（内視鏡）なども採り入れ、医学的根拠も判断材料としている。</p>
<p>関連評価項目(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>	

IV 利用者調査結果

調査概要

調査対象：全利用者 80 名のうち、事業者と協議し、利用者の状態に合わせて聞き取り可能な人 7 名を対象とした。

調査方法：聞き取り方式

利用者と調査員による一对の聞き取り方式で行った。

利用者総数	80人
アンケートや聞き取りを行った人数	7人
有効回答者数	7人
回答者割合 (%)	8.8%

総括

各項目に対する満足度は、14項目のうち5項目で「はい」の回答が70%以上であった。生活で必要な介助を受けていますか、という項目では85.7%が「はい」と答え、また、生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか、という項目でも85.77%と、サービスの提供や安心・快適性の項目で高い評価となっている。総合的な満足度では、「大変満足」が0%、「満足」が57.1%、「どちらともいえない」28.6%、「不満」0%、「大変不満」14.3%となっている。

利用者調査結果

1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか

はい	5人	どちらともいえない	2人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

食事の献立や食事介助などに満足しているか、では71.4%が「はい」と答えている。「まことにないが、薄味で少し物足りない」という自由意見があった。

2. 日常生活で必要な介助を受けているか

はい	6人	どちらともいえない	0人	いいえ	0人	無回答・非該当	1人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

日常生活で必要な介助を受けているか、ではほぼ全員(85.7%)が「はい」と答えている。「介助の必要はないが、用事ある時はきちんと対応してくれている」という自由意見があった。

3. 施設の生活はくつろげるか

はい	4人	どちらともいえない	1人	いいえ	2人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

施設の生活はくつろげるか、では57.1%の人が「はい」と答えている。「いつも部屋でテレビを観ている」という自由意見があった。

4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか

はい	3人	どちらともいえない	4人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

職員は日常的に健康状態を気にかけているかでは、42.9%の人が「はい」と答えている。「あまり声かけはされてない」「時々聞いてくれる」という自由意見があった。

5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか

はい	6人	どちらともいえない	1人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

施設内の清掃、整理整頓は行き届いているかでは、ほぼ全員(85.7%)の利用者が「はい」と答えている。「常にやっている」という自由意見があった。

6. 職員の接遇・態度は適切か

はい	5人	どちらともいえない	2人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

職員の接遇・態度は適切か、では71.4%が「はい」と答えている。「普通です」「特に悪くはない」という自由意見があった。

7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか

はい	6人	どちらともいえない	0人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか、ではほぼ全員(85.7%)が「はい」と答えている。「体調悪い時聞きますので、その時はきちんと対応してくれていると思う」「1回くらいしかないが、ちゃんと看護してくれたと思う」という自由意見があった。

8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか

はい	3人	どちらともいえない	3人	いいえ	0人	無回答・非該当	1人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

利用者同士のトラブルに関する対応では信頼できるか、では42.9%が「はい」と答えている。「靴がなかった時、探してくれた」という自由意見があった。

9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか

はい	4人	どちらともいえない	3人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

利用者の気持ちを尊重した対応がされているか、では57.1%が「はい」と答えている。自由意見なし。

10. 利用者のプライバシーは守られているか

はい	4人	どちらともいえない	3人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

利用者のプライバシーは守られているか、では57.1%が「はい」と答えている。「隠すことはないが、そう思う」という自由意見があった。

11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか

はい	2人	どちらともいえない	4人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

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、では「はい」が28.6%に留まっているが、「どちらともいえない」が57.1%と、質問の答えに迷っている傾向がうかがえる。

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

はい	1人	どちらともいえない	3人	いいえ	3人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

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、では「はい」は14.3%に留まっている。「覚えてないので」「子どもから聞いているので」という自由意見があった。

13. 利用者の不満や要望は対応されているか

はい	3人	どちらともいえない	2人	いいえ	1人	無回答・非該当	1人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

利用者の不満や要望は対応されているか、では42.9%が「はい」と答えている。「頼めばやってくれるので」という自由意見があった。

14. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか

はい	1人	どちらともいえない	3人	いいえ	3人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

外部の苦情窓口にも相談できることを伝えられているか、ではわずかに14.3%が「はい」と答えている。「わからない」「知らなかったので」という自由意見があった。

V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー1 リーダーシップと意思決定			
	評価項目1	事業所が目指していること（理念、基本方針）を明確化・周知している	実施状況
	標準項目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）を明示している	○
	標準項目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、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○
	標準項目3	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	○
	標準項目4	重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）を思い起こすことができる取り組みを行っている（会議中に確認できるなど）	○
	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	実施状況
	標準項目1	経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	○
	標準項目2	経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	○
	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	実施状況
	標準項目1	重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	○
	標準項目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	○
	標準項目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	○

講評

施設の事業計画で基本理念・基本方針が明示され周知されている

運営法人の基本理念は（1）高齢者が住み慣れた街で安心して暮らし続けられるお手伝い（2）支え合いの地域社会実現のため地域に開かれた施設づくり（3）区民から信頼される施設として自立ある健全な施設運営を掲げている。この基本理念に基づき、5つの基本方針が定められており、毎年度策定されている施設の事業計画に施設の運営方針とともに明示されている。策定された事業計画は館内（玄関・会議スペース・ケアマネジメントセンター等）に掲示され、職員・利用者へ、施設の基本理念・基本方針について周知に努めている。

策定された事業計画を全職員に配布して役割・責任を周知している

施設長は策定された事業計画を短時間勤務職員を含む全職員に配布し、「職種別職務分担概要」という項目の中で、職員の果たすべき役割と責任を明示し、いつでも職員自身が自らの役割と責任について振り返ることができるよう周知を図っている。また新人研修にて、施設の基本理念・基本方針について説明が行われている。

重要な案件は施設運営会議で定め、スタッフミーティングで周知を図っている

施設の事業計画で各事業の意思決定システムが定められており、重要な案件は隨時開催される施設運営会議で決定され、各セクション（サービス）の責任者で構成されるスタッフミーティング（月1回）で周知を図っている。また、急を要する重要案件は適宜、施設長・担当係長による会議を開催し、決定の経緯・内容を関係職員に周知している。

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー2 経営における社会的責任

サブカテゴリー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			
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・倫理などを周知している	実施状況
標準項目1		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）などを明示している	○
標準項目2		全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳）などの理解が深まるよう取り組んでいる	○
評価項目2		第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている	実施状況
標準項目1		第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○
標準項目2		透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法（事業者便り・会報など）で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○

サブカテゴリー2 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			
評価項目1		事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある	実施状況
標準項目1		事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している（施設・備品等の開放、個別相談など）	○
標準項目2		地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動（研修会の開催、講師派遣など）を行っている	○
評価項目2		ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している	実施状況
標準項目1		ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○
標準項目2		ボランティアの受け入れ体制を整備している（担当者の配置、手引き書の作成など）	○
標準項目3		ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○
評価項目3		地域の関係機関との連携を図っている	実施状況
標準項目1		地域の関係機関のネットワーク（事業者連絡会など）に参画している	○
標準項目2		地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○

講評**規範・倫理は事業計画に明示され、施設内研修でも毎年取り上げ周知を図っている**

倫理綱領は「笑顔の浅草・千束15か条」および「利用者権利擁護指針（コンプライアンスルール）」として事業計画書に明示され、全職員に配布されている。また毎年4、5月に行われる「倫理・法令順守虐待防止研修」という施設内研修において周知を図っている。さらにコンプライアンスルールを全職員に配布し、自己チェック結果を提出する仕組みの中で、各職員が振り返るができるようにしている。

第三者による評価結果の公表に努めているが、自身のHPによる公表が望まれる

施設では「自己評価及び第三者による事業評価・意見収集等」を運営のひとつの柱として掲げ、積極的に外部評価の実施にも取り組んでいる。しかしながら評価結果について、施設からの直接の公表はされていない。今後、評価結果について施設HP（ホームページ）からの直接の公表が望まれる。

ボランティア育成に取組んでいるが、近隣とのより密接なネットワーク作りが望まれる

施設では「地域に開かれた施設運営」を運営の柱のひとつとして掲げ、施設のある区の在住・在勤者を対象に介護ボランティア育成事業や区内中学生とのふれあい体験学習等に取り組んでいる。しかしながらボランティアの方々の高齢化にともない地域ボランティアが減ってきており、今後近隣の町会等との、より緊密なネットワーク作りが望まれる。

※実施あり：○、実施なし：✗、非該当：-

カテゴリー3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用			
サブカテゴリー1 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			
	評価項目1	利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目2	利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○
	評価項目2	利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる	実施状況
	標準項目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を把握することに取り組んでいる	○
	標準項目2	事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○
	標準項目3	利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○
	評価項目3	地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している	実施状況
	標準項目1	地域の福祉ニーズの収集（地域での聞き取り、地域懇談会など）に取り組んでいる	○
	標準項目2	福祉事業全体の動向（行政や業界などの動き）の収集に取り組んでいる	○
	標準項目3	事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○

講評

苦情・相談窓口は重要事項説明書等に明記し、また施設内に掲示して周知に努めている

苦情・相談窓口は重要事項説明書や契約書等に明記され、また施設内にも掲示するとともに、月2回の区の介護相談員訪問予定日をあらかじめ周知して利用者が相談しやすいように努めている。日常の関わりの中で出た利用者からの意見・要望は居室担当介護職員、看護師、介護支援専門員等で協議し対応を行っている。

定期的に利用者アンケートを実施し、課題の把握を行っている

毎年3月には18の項目からなる質問事項と自由意見からなる利用者アンケートを実施し、課題の把握を行っている。課題対応策は利用者のサービス計画に反映し、サービスの向上につなげている。

区内の施設長会参加や街づくり懇談会の開催を通じ、地域の情報収集に努めている

定期的に開催される施設長会に参加し、地域の情報収集に努めている他、「笑顔の浅草 街づくり懇談会」を開催し、地元町会、ボランティア、利用者家族、地域関係機関と協働で地域福祉活動の推進に努めている。

※実施あり：○、実施なし：✗、非該当：-

カテゴリー4 計画の策定と着実な実行						
サブカテゴリー1 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる						
評価項目1	取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		実施状況			
	標準項目1 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している		○			
	標準項目2 年度単位の計画を策定している		○			
	標準項目3 短期の活動についても、計画的（担当者・スケジュールの設定など）に取り組んでいる		○			
評価項目2	多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		実施状況			
	標準項目1 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている		○			
	標準項目2 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている		○			
	標準項目3 計画は、サービスの現状（利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など）を踏まえて策定している		○			
	標準項目4 計画は、想定されるリスク（利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など）を踏まえて策定している		○			
評価項目3	着実な計画の実行に取り組んでいる		実施状況			
	標準項目1 計画推進の方法（体制、職員の役割や活動内容など）を明示している		○			
	標準項目2 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている		○			
	標準項目3 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している		×			
	標準項目4 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		○			
サブカテゴリー2 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる						
評価項目1	利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		実施状況			
	標準項目1 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している		○			
	標準項目2 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している		○			
	標準項目3 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている		○			
	標準項目4 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる		○			
講評						
年度毎に事業計画が策定され、併せて中長期目標が記されている						
施設は毎年度事業計画を策定し、運営に必要な項目毎に施策が示されている。中長期計画については、人材育成、事務改革（全事業共通）、業務改革、収支改革の4つの指標が記され、運営改善への道しるべが明示されている。						
計画の着実な実行のため、職員の目標達成意識の向上に取り組むことが望まれる						
計画の策定過程において施設運営会議・調整会議で課題の明確化を図り、事業計画に反映させている。また計画推進の方法については、事業計画に組織及び職務分担の内容を明示している。しかしながら職員自己評価では「着実な計画の実行に取り組んでいるか」、という項目について75%以上の職員ができていないところがある、と答えており、今後、目標の達成度合いを測る指標の明示と、目標達成意識の向上に取り組むことが望まれる。						
施設全体で事業を横断するリスクマネジメント委員会を設置し、事故防止に努めている						
施設全体で事業を横断するリスクマネジメント委員会（月1回）を設置し、恒常的に事故防止のための活動を継続している。ヒヤリハットや事故が起きた場合は、その日のうちに事故対策会議を開催し、シェル分析（ヒューマンエラーの分析法）による原因分析を行い、対応策を検討し、記録に残している。対応策が有効だったかどうかの検証も後日行い、重要な事案は月1回のスタッフミーティングでも取り上げ、見直しを行っている。職員自己評価でも、「利用者の安全の確保・向上に取り組んでいるか」では、70%の職員ができていると答えている。						

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

カテゴリー5 職員と組織の能力向上**サブカテゴリー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・育成に取り組んでいる**

評価項目1		事業所にとって必要な人材構成にしている	実施状況
標準項目1		事業所の人事制度に関する方針（人材像、職員育成・評価の考え方）を明示している	○
標準項目2		事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○
標準項目3		適材適所の人員配置に取り組んでいる	○
評価項目2		職員の質の向上に取り組んでいる	実施状況
標準項目1		職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○
標準項目2		事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成（研修）計画を策定している	○
標準項目3		個人別の育成（研修）計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得（取得）などの視点を入れて策定している	○
標準項目4		職員一人ひとりの個人別の育成（研修）計画に基づいて、必要な支援をしている	○
標準項目5		職員の研修成果を確認し（研修時・研修直後・研修数ヶ月後など）、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○

サブカテゴリー2 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

評価項目1		職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	実施状況
標準項目1		職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○
標準項目2		職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○
標準項目3		職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○
評価項目2		職員のやる気向上に取り組んでいる	実施状況
標準項目1		事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬（賃金、昇進・昇格、賞賛など）が連動した人材マネジメントを行っている	○
標準項目2		就業状況（勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど）を把握し、改善に取り組んでいる	○
標準項目3		職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○
標準項目4		福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○

講評**適材適所の人員配置に努めているが、さらなる人材の定着化に向けた取り組みが望まれる**

年1回の自己申告書・意向調査を踏まえ職員全員との個別面談の実施をもとに適材適所の配置に務めているが、職員自己評価では、「事業所にとって必要な人材構成にしているか」では、できていない、と回答した職員が多い。 原因は職員数の不足や定着率の低さに起因すると思われ、施設でも職員の意向の把握や、非常勤職員から常勤職員への登用などに努めている。今後、さらなる人材の定着化・戦力化に向けた努力が望まれる。

自己評価と一年間の目標を元に個別研修計画を策定し、参加を促している

人事評価制度の仕組みの中で、職員は自己評価と一年間の目標を元に管理者と話し合い、個別研修計画を立て研修参加を計画的に行っている。また管理者は職員個別の課題を明確に示し、個別指導とOJTを実施している。

人事考課制度の導入により職員の育成・評価・報酬が連動したマネジメントを行っている

人事考課制度の導入により施設の管理母体である法人全体で職員の育成・評価・報酬が連動したマネジメントを行っている。また労働安全衛生委員会による職員の近況把握や衛生管理者によるアンケート調査などで、働く意欲の向上についての改善策の検討を行っている。福祉厚生面では、互助会のあっせんや、バトミントン・ビーチバレー・ヨガ等のリラクゼーションの会を月2回開催し、職員の自主参加を促している。

※実施あり：○、実施なし：✗、非該当：-

カテゴリー7 情報の保護・共有		
サブカテゴリー1 情報の保護・共有に取り組んでいる		
評価項目1	事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる	実施状況
標準項目1	情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	○
標準項目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・保管している	○
標準項目3	保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している	○
評価項目2	個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している	実施状況
標準項目1	事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	○
標準項目2	個人情報の保護に関する規定を明示している	○
標準項目3	開示請求に対する対応方法を明示している	○
標準項目4	個人情報の保護について職員（実習生やボランティアを含む）が理解し行動できるための取り組みを行っている	○

講評
法人の管理者がID・パスワードを管理し階層毎にアクセス権限を設定している
介護システムにより、利用者情報、介護記録、職員への伝達事項掲示など行っており、情報の内容によりアクセス権限を職務別・階層別に法人が一元的に設定・管理している。紙媒体の記録は法人のファイリング基準に沿って管理され、その管理状況は法人の内部監査により定期的に確認されている。
個人情報保護に関する施設内研修は毎年受講が義務付けられている
個人情報保護に関する規定は利用者に契約時に明示し、施設内に掲示している。また職員には、「個人情報保護法とセキュリティ対策」という研修を毎年受講することが義務付けられている。また係長・施設長といったリーダークラスの職員は、「情報活用とセキュリティ」という職員に技術指導できるレベルの研修参加が求められている。
ボランティアに個人情報保護の重要性を説明し、誓約書の提出を義務付けている
ボランティアの受入に際しては個人情報保護の重要性を説明し、ボランティアからボランティア活動上知りえた利用者の情報等につき、開示・漏洩しないよう誓約書の提出を義務づけている。

※実施あり：○、実施なし：✗、非該当：-

カテゴリー8 カテゴリー1～7に関する活動成果		
サブカテゴリー1 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している		
評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー1：「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2：「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4：「計画の策定と着実な実行」	
評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている	
利用者権利擁護指針（コンプライアンスルール）に基づいたサービス提供ができた 施設の事業計画で定めた利用者権利擁護指針（コンプライアンスルール）について職員が自己チェックできる仕組みを新たに導入したこと、コンプライアンスルールに基づいたサービスの提供に努めることができた。		
サブカテゴリー2 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している		
評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー5：「職員と組織の能力向上」	
評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている	
介護主任が配属されたことで、組織的な対応が出来るようになった 職員体制強化の一環として、新たに介護主任の配属を行い、より組織的な対応ができるようになり、職員と組織の能力が向上した。また外部講師によるリスクマネジメント研修を実施し、医学的所見からの介助方法を学ぶことで、職員の能力向上が図られた。		
サブカテゴリー3 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している		
評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー6：「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7：「情報の保護・共有」	
評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている	
施設の行事の記録をホームページ等で発信し、利用者の様子がうかがえるよう努めている 隅田川花火大会見学や幼稚園児との交流、節句・菖蒲湯など施設行事の記録をより積極的にホームページで発信し、利用者の様子がうかがえるように努めている。年2回発行の「笑顔の浅草」という広報紙の内容をより充実させ、利用者家族へ郵送し、利用者の施設での様子を届けている。		
サブカテゴリー4 事業所の財政等において向上している		
評価項目1	財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている	
評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない	
空床利用の短期入所生活介護の希望者に活用し利用率の向上を図った 入院者の空きベッドを短期入所生活介護（ショートステイ）希望者に活用し、利用率の向上を図った。しかしながら事業計画上の利用率目標（98%）に対して、現時点では94%であり、達成には至っていない。		
サブカテゴリー5 前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している		
評価項目1	前年度（比較困難な場合は可能な期間で）と比べて、利用者満足や以下のカテゴリーで評価される部分において改善傾向を示している ・カテゴリー3：「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」	
評価結果	改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている	
レクリエーションの工夫により利用者満足度の向上が図られた 利用者の誕生会をおやつ時に行うなど、新しい工夫により、利用者から満足の声が多く挙がっている。		

VI サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6）

カテゴリー6 サービス提供のプロセス		
サブカテゴリー1 サービス情報の提供		
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	実施状況
標準項目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"/>
標準項目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している	<input type="radio"/>
標準項目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"/>
標準項目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"/>

講評

ホームページやパンフレットの配布により事業所の情報を提供している

事業所のサービス内容をホームページやパンフレット、介護保険情報ガイドブックにて、利用者に提供している。パンフレットは、問い合わせのあった利用者に配布するとともに、居宅支援事業所に置き、選択の際の資料としている。介護保険情報ブックは、希望があれば手に入れることができるため、ほとんどの利用者が手に入れることができる。また、サービス内容を詳細に記載した重要事項説明書を1階のロビー及び各階に掲示し、利用希望者を含む来訪者が目にすることができる。

ホームページやパンフレットは写真を多く用いサービスの内容がわかりやすくできている

特養のホームページやパンフレットは、写真を多く取り入れ、誰が読んでもわかりやすいように作成している。ことに、利用者及び利用者家族には高齢者が多いため、できる限り専門用語やカタカナ文字の使用を避け表記している。また、文字の大きさも、一般的印刷物にみられる10.5～11.0フォントより一回り大きな12.0～14.0フォントの太文字を用い読みやすくしている。加えて、掲載する行事の写真は、雰囲気の伝わるものを選択し、簡単な説明をつけ掲載している。

見学や問い合わせは、利用者に配慮しながら、随時対応している

見学や問い合わせには、生活相談員が対応している。原則的には、月曜日から土曜日の8：00～17：30としているが、見学者の要望に応じ、祝日や夜間の見学にも対応している。見学は、利用希望者以外にも、地域住民や学校関係者にも柔軟に対応している。問い合わせ及び見学については、問い合わせ簿及び見学者名簿に記載し管理している。見学の際は、利用者の気持ちや生活の流れに十分配慮したうえで対応している。

サブカテゴリー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	実施状況
標準項目1	サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/>
標準項目2	サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/>
標準項目3	サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/>
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	実施状況
標準項目1	サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/>
標準項目2	利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/>
標準項目3	サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/>

講評**生活相談員や看護師が、在宅における状態を詳細に聴取し支援している**

生活相談員は、施設または利用者の自宅にて、在宅での生活の状態や心身の状態を聴き取るとともに、生活歴なども詳細に聴き取っている。施設での生活にあたり、利用者や家族が希望することを必ず具体的に聴いている。医療面での支援を要する利用者には、面談時に看護師が同席し、医療的経過や現状、服薬の状況などを専門的立場から把握し、施設介護計画作成に役立てている。

重要事項説明書などを用い、サービス内容を利用者及び家族に過不足なく説明している

利用契約時には、生活相談員が利用者と家族に向けて「重要事項説明書」や「利用のご案内」などをもとにサービス内容を説明している。重要事項説明書の中には、職員体制、施設の設備、サービス内容、料金、施設での生活の内容、中途退所やキャンセルなどが盛り込まれている。また、「利用のご案内」には、入所の時間、必要な持ち物、面会時間、緊急時の説明について記載しており、複数の書類を用いて説明することで、サービスの内容を過不足なく伝えている。

在宅サービスからも情報を得て、援助方針を決めている

入所の際の会議では、通所介護や訪問介護などの在宅サービスに加え、薬局、訪問看護師、かかりつけ医からも情報提供を受けている。情報からは、利用者が語らない入所における不安なども分析され、支援に役立てている。また、利用開始後も、必要に応じ介護支援専門員からの情報提供を受け、施設で安定して生活が継続できるよう取り組んでいる。入所後は、施設内の看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護職員、生活相談員がともに情報を共有し支援している。

サブカテゴリー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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目2	計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○
	標準項目3	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○
	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	実施状況
	標準項目1	利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	○
	標準項目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	○
	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
講評			
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明示している			
定められた手順に従ってアセスメントを行い利用者のサービス場面ごとの課題を明示している。アセスメントには、身体、精神、生活の状況などが詳細に把握できる項目となっており、利用前の面談にて聴取している。医療面の支援が必要な利用者には、看護師が同席し、利用者を観察するとともに、バイタルチェックの頻度、日中の過ごし方、入浴の形式や食事の形態などを、専門性を活かし分析している。			
ほぼすべての部署の職員が参加するケアカンファレンスで検討し計画を作成している			
事前面談にて現況を把握し、計画を立てている。作成した施設介護計画の内容は、利用開始時に本人および家族に説明し、署名、捺印をもらっている。計画を立てる際は、ケアカンファレンスを通して、体調や服薬の変化、注意すべき点などについてケース検討を行っている。状態の急変や事故発生のような緊急時には、早急に臨時の検討会を招集し計画の見直しを行っている。			
介護・看護記録は、介護システムを用いて日々管理している			
介護・看護記録は、介護システムを用いて入力し、パソコン内で管理している。介護システムには、血圧、体温、脈拍、血中酸素濃度などのバイタルサインや、入浴や排泄、食事提供情報、生活の状況などが記載されている。各項目には、実施した時刻を明記するとともに、どこの場所で確認したかも記載している。介護・看護が共通のシステムを利用することで、職種を超えて情報を共有することができる。また、個別計画は、紙ベースでもファイルされており、職員がすぐに手に取り確認することができる			

サブカテゴリー4 サービスの実施		
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	実施状況
標準項目1	施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○
標準項目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	○
標準項目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	○
講評		
利用者の疾病や精神状態に合わせた対応を工夫している		
利用するにあたり、在宅との違いをより気に留め、注意深く支援をしている。病院や老人保健施設、在宅から施設を利用する場合、身体状態、精神状態を家族、看護師、担当職員などで検討して支援している。たとえば、不安を払拭するために、リビングでできるだけ会話のできるグループに参加してもらったり、また、落ち着きなくフロアを歩き回ったり、職員の働きかけへの抵抗の強い利用者には、本人が納得いくまで無理に支援せず、じっくり見守るなどの対応をしている。		
利用者が自立した生活が送れるよう日常習慣の継続を支援している		
利用者が自立し、自分らしい生活が継続できるよう、無理のない支援を行っている。例えば、歩行機能の維持のため、おやつや食事の誘導時に、フロア内を歩行したり、利用者の要望に応じて、嗜好品を摂取できる場所を提供している。また、利用者の要望をより深く知り「寄り添いケア」を実践するために、生活史を記した「ライフレビュー ブック」を作成し、現在の要望が何を根拠として発生しているのかを探る取り組みを行っている。		
ケアカンファレンスや記録から情報を共有し、多職種が連携して支援している		
ケアカンファレンスは、生活相談員、介護支援専門員、介護職員、看護師、管理栄養士、理学療法士などが参加する。計画を立てるにあたっては、それぞれの専門性を活かした意見を栄養マネジメント、口腔マネジメント、健康管理などの項目に盛り込みながら作成している。日々の支援の内容は、介護システム、連絡ノート、ミーティングなどで共有し他職種が連携し支援している。		
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	実施状況
標準項目1	利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○
標準項目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	○
標準項目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	○
講評		
可能な限り、利用者自身で食べることのできるよう支援を行っている		
利用時に、日常の摂食状況と本人、家族の要望を聴取し支援している。固いものが食べられない利用者には、ソフト食を提供している。ソフト食は、見た目や味は常食と変わらずに、固さだけが舌で潰せるくらい柔らかくできているので、他の利用者の視線を気にすることなく、食事をすることができる。また、片方の手しか使えない利用者には、食器などを工夫し、滑りづらいお盆や掴みやすい箸やスプーンなどを提供している。食事の時間には、栄養士や介護職員、看護師が利用者の様子を観察し、口腔マネジメントに活かしている。		
栄養カンファレンスにて毎月の状況を検討し食事を提供している		
多職種でチームを作り、栄養マネジメントを行っている。栄養マネジメントは、栄養カンファレンスにて毎月の体重測定と食事摂取量を確認し、食事の形態（ソフト食、刻みの大きさ）、分量、水分量を検討している。水分摂取をしにくい利用者には、ゼリー状の補水液などで対応している。食事の形態を変更しても、食事量が増加しなかったり、誤嚥を繰り返すなど、食事以外での栄養摂取を必要と判断した場合は、高カロリー補助食品を提供している。補助食品の導入の際には、家族にも状態を説明し同意を得ている。		
専門チームによるカンファレンスで、経口での食事摂取に取り組んでいる		
歯科医師、歯科衛生士、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、介護職員による専門チームを編成し、口腔カンファレンスを実施し支援している。口腔カンファレンスでは、嚥下機能の低下した利用者が、経口での食物摂取が継続できるよう、安全面と美しさの両面から取り組んでいるソフト食を提供したり、むせ込みの見られる利用者には、咽喉ファイバースコープを実施し、その結果により食事の形態や食べる速さを検討し、経口での食物摂取が継続できるよう取り組んでいる。		

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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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すらすことができる	○
標準項目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	○
標準項目4	配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○

講評**食事懇談会などで利用者から直接要望を聴き、食事の提供に反映している**

2カ月に1回、食事の嗜好や献立の希望などについて利用者と直接話し合い、その結果を献立に反映している。食事懇談会では、献立例や料理を写真にし、それを見ながら話し合いを持ち、食べたいものを連想しやすいよう工夫している。ヒレカツ、カキフライ、メロンなど、出された要望は、次の献立に反映するよう取り組んでいる。また、懇談会に出席することのできない利用者に対しても、個別にし嗜好聴取の場を設けている。

色彩りよく、見た目も味もおいしい安心安全な食事の提供をしている

献立は、味、色彩、見た目を大切にしている。献立には、季節感を持たせるほか、各地の郷土料理を取り入れ、食生活を多彩にしている。季節行事には、季節感のあるランチョンマットを用いている。「お楽しみ昼食」と題し、月1回日曜日に、工夫を凝らした食事の提供を行っている。そして年2回程度、献立の選べる選択食を提供している。食材にもこだわりを持ち、食の安全に配慮して、国産の食材を継続的に提供できるよう取り組んでいる。

食事の時間や場所は、可能な限り自由に選択できるよう取り組んでいる

食事の時間は2時間の幅をもって提供している。2時間を超えた場合は、衛生面や次の食事を考慮して、補食になるようなカロリー食やバームクーヘンなど一時的におなかが満足できるものを提供している。食事の場所については、原則的には取り決めはないが、利用者が固定した席を好む傾向が比較的強い。会話のできる利用者は、話せる利用者で集まりグループを作っている。また、特別な食事を摂取する利用者には、施設側から、他の利用者の視線を気にせずに落ち着ける席を配席している。

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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目4	利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○

講評**多種類の浴槽があり、利用者の状況に合わせた入浴方法を提供している**

浴槽は、一人で入れる個浴、銭湯のような大浴場、身体が不自由な利用者でも入れる機械浴があり、身体状況や意向に合わせた入浴方法を提供している。個浴では、脱衣から入浴、更衣まで、一貫して空間を独占できるため、恥ずかしい思いをせずに入浴することができる。大浴場では、銭湯や温泉に入っているようにじっくりと温まることができる。また機械浴では、ストレッチャー（寝台ベッド）で寝たまま入浴できるため、身体的に不自由な利用者が安心して入浴ができる。それぞれの浴槽の利点を活かし、利用者の状況に合った入浴を提供している。

入浴・清潔の保持は、利用者の負担にならないよう工夫して行っている

健康上の理由や精神的に不安定な状態のときは、無理に入浴せずに、清拭や足浴にて対応している。特に、認知症で入浴拒否のある場合は、精神状態が安定している時間帯を観察し、定められた入浴の時間（性別、時間帯など）に拘らず、気分の良い時間帯に入浴を支援している。また、同性介助について100%応えることは難しい状況にあるが、曜日を変えて対応するなど、可能な限り要望に応えられるよう努めている。

入浴後の清掃を徹底し、衛生管理に努めている

浴室の管理は、入浴を担当した職員が定められた手順に従い実施している。まず午前の入浴後、浴槽の湯を落とし、浴槽、ストレッチャーの表面、床を市販の浴用洗剤で洗浄する。そして、午後の入浴後、午前と同様に清掃したうえで、ストレッチャーのカバーも交換する。個浴槽と機械浴槽については、入浴ごとに清掃を行い湯を張っている。昭和62年の建物のため、排水管の劣化や、設備の不具合が見られるものの、現状でできる衛生管理に努めている。

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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○

講評**食事、運動、水分量に配慮し、自然な排泄を促すよう支援している**

利用者の排泄の状況に関して、定例カンファレンスまたは必要に応じて部署内でも対応を検討している。検討の結果、ヨーグルトを増やしたりしている。また、日常的に生活の中でも積極的に水分補給を働きかけるとともに、利用者一人ひとりの排泄時間帯を観察し定時誘導をしたり、グループでの体操を促している。しかし、現状では、積極的な水分補給や体操ができず、排便を促す薬を服用している利用者が少なくない。

利用するトイレは、利用者の気持ちに配慮し、柔軟に対応している

共有トイレおよび多床室に付設したトイレの入り口は、全てカーテンで仕切られている。入り口のカーテンが閉まつていれば使用中という、暗黙の了解のもと使われている。しかし、利用者の中には「落ち着いて入っていられない」という声もあり、そのような場合には、部屋自体の鍵をかけ対応している。それでもなお、施錠を要望する利用者には、トイレにドアがある4階の個室のトイレに案内している。フロアを移動するため、間に合わない可能性もあり課題の一つとなっている。平成28年度以降の改修の一つに挙げている。

トイレの衛生保持や臭いの除去に努めている

トイレは、専門の業者が一日に1回夕方に清掃するとともに、利用ごとに随時清掃するほか、定時（5時、16時）に清掃することを手順書に明記して徹底し、職員が清潔保持に努めている。昭和62年の設備であるため、換気扇の音が大きい、扉がカーテンで臭いが拡散しやすいなど不具合も多く、イオン脱臭機を設置したり、利用するたびに職員が清掃するなど対応している。

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	実施状況
標準項目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	○
標準項目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	○
標準項目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	○

講評**利用者・家族の希望やその都度の状態に合わせ柔軟な移動支援を行っている**

理学療法士・作業療法士などの専門職、及び、担当職員による定期的なアセスメントによって、最適な移動方法の個別検討が行われている。転倒リスクが高い利用者であっても、安易に車イスに移行せず、本人・家族の意思を踏まえた上で、現有能力を活かした移動支援を実施している。センサー等の活用で離床・立ち上がり時の見守りを強化し、その都度の身体状況に応じて、手引きや付き添い歩行を促している。こうした柔軟な支援に取り組むことで、一人ひとりの生活の質と機能の低下防止を図っている。

場面ごとの適切な移乗・移動技術の標準化に取り組んでいる

食堂や浴室などへの誘導、外出時など、適切な移乗・移動の介助には一定の技術を要するが、新入職員も多く、対応にやや相違が生じている。リスク管理は徹底しており、安全面への意識は高いが、声掛けのタイミングや基本動作に未熟な部分もあり、リーダー層も課題として捉えている。理学療法士が講座を開き標準化を進めているが、経験値が活かされる技術もあり、養成には時間を要している。「寄り添うケア」の実現を目指し、スーパービジョン（対人援助法）体制も活かした、一層の技術向上が望まれる。

車イス等は専門職が随時の調整を図り安全性・快適性の向上に努めている

日常的に使用している車イスや杖等の整備は、担当職員と理学療法士が連携して、確認・調整を実施している。担当職員が、座位が保てない利用者などに気付くと、速やかに理学療法士に報告し、現状の評価と調整を依頼している。フットレストの高さ調整など、その都度、理学療法士が専門的な視点を活かし、個々の利用者の状態に合わせた、安全性・快適性を重視した整備を実施している。但し、福祉用具の経年劣化への対応は、施設全体の課題となっている。

	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	実施状況
	標準項目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	×
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目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	○

講評**専門職による施術や個別機能評価が適宜実施できる体制の再整備が望まれる**

理学療法士・作業療法士などの専門職による個別機能評価のもと、グループでの体操やワーク、個別の理学療法などが実施されており、モニタリングも行われている。しかし、今年度は、理学療法士が非常勤勤務のみとなり、施術や評価の時間が確保できず、十分な機能訓練が実施できていない状況となっている。その為、利用者アンケートでも「リハビリをしたい」との声が寄せられ、経営層・介護職員も共に、大きな課題として受け止めている。体制の再整備が望まれる。

玩具療法など楽しみながら自然に力を引き出せる支援も実施している

訓練の形ではなく、自然に潜在能力を引き出すような工夫ある支援を取り入れている。もともとは併設のデイサービスが試行した活動であるが、ぬいぐるみやお手玉、カルタ、パズルなどを思い思いに手に取り、楽しんでもらうことで、利用者本来の姿を取り戻し、心身機能にも好影響が期待できる取り組みである。玩具療法の専門家から指導を受け、各フロアに自由に道具を設置したところ、思いのほか多くの利用者が手に取り、活動も促され、その効果を実感している状況である。

	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	実施状況
	標準項目1	利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○
	標準項目2	服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしきみを整えている	○
	標準項目3	利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○
	標準項目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	○
	標準項目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	○

講評**日頃から医療連携がスムーズであり緊急時にも迅速な対応が実施されている**

担当職員や看護師、内科・外科・精神科の嘱託医、各協力病院との連携体制が構築され、利用者の健康支援が円滑に行われている。日常のチェックで何らかの異変が認められると、看護師から家族に一報を入れ、迅速に医療機関に繋ぎ、早期の治療開始をサポートしている。夜間は看護師がオンコール体制を敷き、いつでも対応可能な仕組みも機能させている。褥瘡対策にも力を入れており、委員会を設置し、スケールを用いて利用者の状態を点数評価し、対応の検討を行い、介護職員・看護師・医師との連携で予防に努め、現在発症者はゼロとなっている。

セッティングから看護師・介護職員が何度もチェックを重ね服薬ミスを防いでいる

薬の管理は非常に厳重であり、複数の職員による多重チェックを重ね服薬支援を実施している。毎回のセッティングは、密室で看護師2名で行い、相互に確認を実施後、フロアでの配薬時にも介護職員が2名で対応し、お互いに利用者名を点呼し、確実な与薬を行っている。更に、利用者にもフルネームで呼びかけ、本人の薬であることを確認してもらい、服薬を促し、飲み込むまでをチェックしている。その後、床やテーブルへの落薬を確認し、薬の空き袋を別の職員に視認してもらい、チェック表に記入するまでの一連の流れにより、服薬ミスを防止している。

終の棲家として最期まで暮らしに尊厳と安楽を保てる支援体制が構築されている

最期まで「寄り添うケア」の理念のもと、看取りの支援が行われている。指針に基づき、事前に利用者・家族の意思を確認し、終末期対応を具体的に説明し、個別プランを作成の上、同意を得てケアを実施している。医師や看護師、栄養士、施設長、介護支援専門員、生活相談員、介護職員等が多職種で連携し、情報を共有しながら、最期まで個々の尊厳に配慮した、最善の支援に努めている。チームでの支援体制が確実に機能するよう、看取り介護の理念や死生観教育等を含んだ研修も、定期的に実施されている。

	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	実施状況
	標準項目1	起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○
	標準項目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	○
	標準項目3	利用者が安定した睡眠をとることができるように支援を行っている	○

講評**個々の生活リズムも重視し要望や状態に合わせた更衣や整容の支援を実施している**

本人・家族への聞き取り、及び、職員の観察結果からできること・できないことを見極め、生活習慣も踏まえてアセスメントを行い、必要な行為の促し・見守り・介助を実施している。その都度の状態に合わせ、施設の就寝時間前に眠ってしまう利用者には早めの更衣を行い、移動可能な利用者には洗顔を声掛けで促し、自力で困難な場合にはホットタオルでの介助を実施している。更衣・整容の実施を社会生活継続のための支援と捉え、利用者の現有能力を活かし、個別の生活リズムや価値観を尊重しながら、適切なケアを柔軟に実施している。

夜間に覚醒した利用者には個別対応で訴えを聞き取り自然な入眠を促している

夜間に不眠を訴えたり、不穏が強い利用者には、無理に臥床を勧めるのではなく、「寄り添うケア」の実践として、個別対応を実施している。それぞれの訴えを傾聴し、空腹で眠れない場合には、食堂に誘導し、飲み物やお菓子を提供するなど、ゆっくりリラックスして過ごして貰うことで、自然な入眠を促している。また、ミーティングやカンファレンスでも対応方法を検討し、職員間で共有し、一人ひとりに合った睡眠支援を、夜勤者がその都度実施できるよう努めている。

	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目4	利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○

講評**楽しみに繋がる新たなサービスの提供を図り生活の質の向上を目指している**

余暇支援に関しては、季節のイベント、地域行事への参加や子供との交流会、クラブ活動や玩具療法等のサービス提供を図っているが、施設として目指すレベルには達していないとの考え方から、課題にも挙げられていた。そこで、職員が利用者の視点に立ち、協議検討した結果、これまで月ごとにまとめて行っていた誕生会を、利用者個別に実施する形に変更した。おやつと共に写真入りのカードを誕生日に手渡す方式は、本人にも格別の喜びとなり、家族からも好評を博している。少しの工夫から、個々の生活の質の向上に繋がる、新たな楽しみが提供された。

認知症利用者の視点に立ち居室や共用スペースの環境づくりに努めている

「パーソン・セナタード・ケア」（利用者中心のケア）の実践として、居室や共用部分の環境整備にも重点を置き、心安らぐ空間づくりに取り組んでいる。特に、認知症利用者の視点に立ち、居室にはなじみの小物や家族写真を設置し、フロアには年代物の木製家具や大きなソファを数か所に配置し、懐かしさを感じながらも寛げる居場所の提供に努めている。また、多床室であってもプライベート空間を確保するため、和風の衝立をベッドの間に設置し、他の木製家具と違和感なく専有スペースが保てる工夫も進めている。

本人の言葉や家族からの情報も活かしそれぞれの価値観を重視した支援に努めている

本人の言葉、家族の意向、職員の観察結果を活かし、入所前と施設での暮らしに関する情報を整理して、アセスメントを実施している。趣味特技や嬉しいこと、こだわり、大切なことなど、その人らしさを浮かび上がらせ、支援方針に活かしている。一例として、入所前よりぬいぐるみを大切にしている利用者には、その思いを受容し、いつも触れ合って過ごしてもらい、他者とのトラブルなどに配慮しながら、見守り支援を実施している。また、表情観察も欠かさず、不安な様子が見られた際には、落ち着けるキーワードを入れて話しかけ、心の安定に努めている。

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	実施状況
標準項目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	×
標準項目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	○
標準項目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	○

講評**近隣の公園など利用者の希望や状態に応じ定期的に外出できる体制づくりが望まれる**

外出支援は余暇支援と同様に、施設が目指すレベルには達していないとの認識から、課題として捉えられている項目である。地域のお祭りなどイベント時には外出するが、日常的な取り組みとしては定着できていないことから、経営層の改善意識も非常に高くなっている。その要因として、新入職員が多く、外出支援の技術が一定でない為、散歩等のサービスを定期的に提供可能な体制が組めない現状がある。現在、研修プログラムに沿った養成がなされているが、段階的にせよ外出支援の充実が望まれる。

「街づくり懇談会」で利用者のニーズを共有し互助・協働のネットワークを強化している

併設の地域包括支援センターが主催する「街づくり懇談会」に参加し、関係者や住民とのネットワークを強化して、互助・協働の仕組みを活かした利用者支援に取り組んでいる。医師やマッサージ師、町会など地縁組織のメンバーや民生委員、他の居宅介護支援事業所の介護支援専門員、行政職員などが参加し、地域の実情や施設での課題を共有し、解決に向けた協議・検討を行って、支え合いの仕組みづくりを推進している。利用者を社会的存在として捉え、地域住民の一人として暮らしを支援する為、相互に働きかけが可能な関係性の構築に力を入れている。

多数のボランティアや子どもとの交流など地域住民と多くの時間を共有できている

施設では、行事や趣味活動、リラクゼーション、歌、楽器演奏など多くのボランティアが活動しており、日常的な交流が行われている。また、社会福祉協議会主催のボランティアフェスティバルへの参加や、子どもとの交流会も1~2ヶ月ごとに実施され、相互に楽しい時間を共有できている。今後も、こうした関わりの継続が期待されるが、地元ボランティアの高齢化が進み、活動内容の存続が困難となっており、地域での課題ともなっている。経営層としては、区の生涯学習施策なども通じ、新たな担い手の発掘・養成等を図り、活発な交流を保ちたい考えである。

評価項目12	施設と家族との交流・連携を図っている	実施状況
標準項目1	利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○
標準項目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	○
標準項目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	○

講評**交流の場を広げ家族の視点も活かした支え合いの仕組みづくりに取り組んでいる**

従来より施設と家族との交流は盛んであり、行事・イベントや余暇活動への家族の参加、家族会・家族懇談会等の運営に対する施設側のサポートなど、良好な関係性が築かれている。個別カンファレンスへの家族の参加率も高く、情報共有により利用者支援が行われているが、更に相互理解が深まる仕組みとして、少人数での懇談会「春夏秋冬」も設置されている。家族やボランティア、施設職員がそれぞれの視点を活かし、率直な意見交換を行う場であるが、関係性もより深まり、利用者の暮らしの質の向上を目指した、支え合いの仕組みづくりが進められている。

利用者アンケート調査・介護相談員制度も活用し率直な意見の把握を行っている

家族への直接的な意見聴取の機会として、電話連絡や面会時、個別カンファレンスや家族懇談会等を活用し、率直な意向の把握に努めている。また、定期的な取り組みとしては、文書でのアンケート調査も年に1回実施している。集計結果を施設の1階フロアにも掲示し、共有化を図り、課題を抽出して、取り組みの改善に繋げている。間接的な機会としては、区の制度である介護相談員の仕組みを活用し、定期訪問により利用者・家族の訴えを集約してもらい、フィードバックを受けて課題把握を行い、改善策を検討している。

サブカテゴリー5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
	評価項目1	実施状況
	標準項目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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○
	標準項目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	○
	標準項目3 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○
	評価項目2	実施状況
	標準項目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）	○
	標準項目2 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に予防・再発防止を徹底している	○
	標準項目3 虐待被害にあった利用者がいる場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○
	標準項目4 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	○
講評		
自己決定の優先を原則とし利用者の思いを尊重した個別ケアに努めている		
「寄り添うケア」の実践として、利用者の自己決定を優先し、思いを尊重した支援の実施に努めている。入浴や食事、リハビリ、レクリエーション等への参加を強制せず、その都度の気分や体調を考慮し、拒否があれば無理強いせず、個別対応を図っている。アセスメントで、できること・できないこと・価値観等を明確化し、本人の理解に努め、カンファレンスで検討し、支援方針を共有しながら、個々の思いに沿った柔軟な対応に努めている。一方、現場の声としては、職員の人具体制が整わず、丁寧な支援が実現しにくい点も挙がっていた。		
権利擁護指針を明確化し自己チェック表を用いた支援の振り返りも実施している		
施設として権利擁護指針（コンプライアンスルール）を明示し、守るべき視点・対応を具体化し、各フロアに掲示して、職員への周知を図っている。また、遵守状況を自己チェック表で確認し、リーダーが内容を精査して、課題をフィードバックするなどの振り返りも実施している。しかし、こうした取り組みにも関わらず、「ちょっと待って」と言ったスピーチロック（言葉による拘束）もまま見られ、リーダー層も課題として捉えている。現場が多忙な為ではあるが、ミーティングでも議題とされており、施設全体で改善策の検討がなされている。		
回想法を活用し個々の生活背景・価値観を理解の上で支援をしている		
回想法の一手法である「ライフレビューブック」（高齢者の生活史）を利用者個別に作成し、その生活背景や価値観を理解して、一人ひとりの思いを尊重した支援に取り組んでいる。これまでの暮らしの中で楽しかったこと、頑張ったことなどのエピソードを、利用者の言葉をそのまま記録し、その人らしさをより具体的に把握することで、最適な支援方法を導き出している。担当職員だけでなく、関わった職員がその都度書き足していくことで共有化され、利用者理解も深まり、本人の視点に立ったケアの実践に努めている。		

サブカテゴリー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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	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	実施状況
	標準項目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	○
	標準項目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	○
	標準項目3	職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○
	評価項目3	さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している	実施状況
	標準項目1	打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○
	標準項目2	職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○
	標準項目3	職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○
	標準項目4	職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○
	標準項目5	職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○

講評**場面ごとの支援マニュアルが整備され各委員会でも見直しが行われている**

マニュアルは支援の場面ごとに整備され、職員がいつでも手に取って内容を振り返れるよう、各フロアで保管されている。感染症やリスクマネジメントなど委員会で見直しも随時行われ、現状の手順を検証した後、改訂を行っている。定期的な更新は1年ごとに実施され、常に最新版が整備されている。また、利用者ごとの手順の見直しは、介護システムの申し送り欄で共有され、業務に関しての変更点などは、連絡ノートを用いて回覧し、統一化が図られている。

現場での気付きから課題を見出し質の向上と業務改善に努めている

利用者支援のあり方や業務の進め方は、ミーティングや会議、委員会の中でそれぞれ振り返りを行い、新たな課題を認識した上で改善に向けた検討を行っている。現場での気付きをテーマに、対策を協議し、見直すべき取り組みを具体化し、持ち帰り、支援の場で活かしている。議事録は写しを連絡ノートにファイルし、回覧により共有化を図っている。また、スーパーバイジョン（対人援助法）体制によるOJTも実施し、現場での実務指導により、個々の職員の技術と専門性の向上にも努めている。

介護主任の配置により統括的なマネジメントが可能となり標準化への課題も見えてきた

新たな仕組みとして、各フロアリーダーの上司となる介護主任を配置し、フロアごとの情報を集約して、係長に報告する体制を整えた。これにより、係長が現場全体の状況を把握でき、統括的なマネジメントが可能となったが、その反面、標準化に向けた課題も顕在化した。総体的に、介護技術の研鑽と人員体制の強化を必要としているが、改善には、人材育成による専門性の向上が急務とし、体系的な研修プログラムの実施と共に、スーパーバイジョン（対人援助法）体制のさらなる確立を図りたいと考えである。