

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成30年度)

2019 年 3 月 20 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

〒 162-0812

所在地 東京都新宿区西五軒町6-4 西五軒町MAビル2階

評価機関名 特定非営利活動法人 福祉経営研究会

認証評価機関番号

機構 08 — 185

電話番号 03(6265)3162

代表者氏名 理事長 寺澤 誠

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	寺澤 誠	経営	H0601063		
	②	深澤 博行	経営	H0601041		
	③	森本 真知子	福祉	H0602027		
	④	鈴木 恵子	福祉	H1801016		
	⑤					
	⑥					
福祉サービス種別	介護老人保健施設					
評価対象事業所名称	介護老人保健施設ハートフル田無			指定番号 1357080641		
事業所連絡先	〒	188-0013				
	所在地	東京都西東京市向台町2丁目16番22号				
	TEL	0424-68-5166				
事業所代表者氏名	施設長 増山 茂					
契約日	2018 年 11 月 13 日					
利用者調査票配付日(実施日)	2018 年 12 月 7 日					
利用者調査結果報告日	2019 年 1 月 15 日					
自己評価の調査票配付日	2018 年 11 月 30 日					
自己評価結果報告日	2019 年 1 月 15 日					
訪問調査日	2019 年 1 月 31 日					
評価合議日	2019 年 2 月 1 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)	利用者調査は全数調査を前提とし、利用者の心身状態の重度化等を踏まえ事業所と協議の上、聞き取りに有効に答え得る利用者を調査対象とした。聞き取りにあたっては、利用者にわかりやすい言葉や表現を用いて意向や意見の把握に努め、聞き取り場所では、利用者間の間隔を空けるなどプライバシーの確保に努めた。事業評価では、職員自己評価にあたり標準項目毎に「そう思う」「そう思わない」の判定する方式を採用し、その集計結果を分かり易い表で事業所に提供した。事業所と当評価機関及び評価者との間には事業上の関係はなく、第三者性に問題はない。					

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- ☒ ① 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ☐ ② 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ☐ ③ 別添の理由書により、公表には同意しません。

2019 年 3 月 20 日

事業者代表者氏名 施設長 増山 茂



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（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） 1)「快適」「安全」「安心」「信頼」を全ての人々に提供できるよう心を尽くす。 2)ゲストを始めとした全ての人の意思及び人格を尊重する法人理念の実現を「みんなの credo」によって約束する。 3)全人的復権(リハビリテーション)を旨とし在宅復帰を目指し、施設生活においては「自立した生活」への支援を行う。 4)ゲスト及び、そこに関わる人ひとりひとりの「being」を尊重し、個々の社会参加や自己実現に努める。 5)より良いサービスの提供を目指し人材育成を努め、組織文化の向上醸成を図る。
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 専門性を活かす組織のあり方を理解し、そのために必要な要素を自覚できること。 自己のワークライフバランスを意識した上で目標設定が行える職員。 法人理念の再現のために取り組むべき業務を具現化できること。 「自分」を含めた全ての「ヒト、モノ、トキ、シラセ」を繋げられる職員。 新しいことにチャレンジするモチベーションをもつこと。 (2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 自ら進んで入職した法人である以上、法人の目指す方向を目指さねばならないことが理解できていること。 社会からの期待値、自分への期待も明確にできること。 東京聖新会の一員であることに誇りを持てること。 職員各自の自己実現に東京聖新会を活用する。

調査対象

利用者総数58名の内訳は、要介護度1～要介護度3が38%、要介護度4～要介護度5が62%。性別比は、男16%、女84%。平均利用年数は1年2か月である。事業所と協議の上、心身状態に応じて20名に聞き取り調査を実施した。

調査方法

聞き取り調査では、回答者のプライバシーに配慮して、マンツーマンで聞き取りを行なった。質問内容を分かりやすく言い換えて質問し、出来るだけ回答者の考え・思いを聞き取るよう努めた。

利用者総数

58

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	20	20
0	20	20
0.0	34.5	34.5

利用者調査全体のコメント

「総合的な感想」では施設に「大変満足している」25%、「満足している」75%、「どちらともいえない」0%、「不満」0%で、100%が満足表明をしている。自由意見でも「自宅にいるよりずっと良い。良く見てくれる。何も不満は無い。」、「職員は良い方ばかりで気持ちの上ではほっとしている。ありがたくて感謝しています。男性職員も親切で、入職の時、教育が良かったのでは・・と思う。」、「不満は何もない。」、「オムツ替えも夜もちゃんとやってくれる。いつもきれいにしてくれて嬉しい。」、「特にこうしてほしいという事はありません。我慢しなくてはならないことはありません。」等のコメントがあった。個別の質問では、問6、問13、問14を除く「サービスの提供」「安心・快適性」「利用者個人の尊重」について「はい」の回答は74%～95%と高い満足度を示している。問6は「はい」の回答率が60%で、問13、問14は「はい」の回答率はともに45%であった。「不満・要望への対応」については問15の「はい」の回答率は65%で、問16の「はい」の回答率は10%と低い水準であった。

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	実数			
コメント	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	19	1	0	0
「はい」と答えた回答者は95%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」0%、「無回答」は0%であった。自由意見では「お祝い食が楽しい(母が作っていたのを思い出す)。味付けとても良い。塩辛い物が好き。」「血圧が高いので薄味。よく考えてくれていて嬉しい。」「みじん切りにしてくれて、食べやすく助かります。右麻痺しているので、左スプーンを使って食べられるようにして工夫してくれている。」「味付けも良い。」「噛まないでよい食事。対応してもらっている。」などが聞かれた。				
2. 入浴の時間は、快適か	15	3	1	1
「はい」と答えた回答者は75%、「どちらともいえない」が15%、「いいえ」5%、「無回答」は5%であった。自由意見では「楽しみ。安心して入れる。」「背中を流してくれる。タイルの上を滑らないように手伝ってくれる。」「洗ってもらえる。」「幸せを感じる。」「もう少し長く入りたいと思うこともある。柚子湯が良い」などが聞かれた。				
3. 日常生活に必要な介助を受けているか	18	2	0	0
「はい」と答えた回答者は90%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」0%、「無回答」は0%であった。自由意見では「受けられている。」「すぐ近くにいつも職員さんがいてくれて助かる。着替えもちゃんとベッドで丁寧にしてくださる。」「身体を洗ってもらえる。」「身体と髪も洗ってくれて、ナースコール押すと飛んで来てくれる。」「自分で動けるからナースコールはしないが、丁寧に面倒見てもらえる。助けを求めれば直ぐ対応してもらえる。」などが聞かれた。				
4. 施設の生活はくつろげるか	17	2	1	0
「はい」と答えた回答者は85%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」5%、「無回答」は0%であった。自由意見では「したい事をしています、できています。」「生け花・習字・リハビリ。良いと思う。嫌だったら参加しない。」「何でも好きです。職員に教えてもらいながらやっている。」「手作業で作ることは好き。」「自由にしている。」などが聞かれた。				
5. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	17	2	1	0
「はい」と答えた回答者は85%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」5%、「無回答」は0%であった。自由意見では「看護師や職員が聞いてくれる。声掛けてくれるだけで有難い。」「頭が痛いかどうか気にかけてくれる。」「言葉はないが、気を使ってくれているとわかる。感じている。」「不調あれば、言えば聞いてくれる。熱が出たりしたことはない。寝込んだことはない。」「お加減いかが」と聞いてくれる。」「入浴の日に体重・血圧を測る。」などが聞かれた。				

6. 退所後の在宅復帰に向けたリハビリや相談は、計画的に行われているか	12	7	1	0
「はい」と答えた回答者は60%、「どちらともいえない」が35%、「いいえ」5%、「無回答」は0%であった。自由意見では「リハビリしている。親切に教えてくれる。」、「週2回水・金、リハビリ室に行く。」、「リハビリの女性の先生が優しくやってくれる。」、「リハビリはもう少しあっても良いかなと思う。」、「家に帰るため、リハビリをしている。相談はしていない。」などが聞かれた。				
7. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	19	0	1	0
「はい」と答えた回答者は95%、「どちらともいえない」が0%、「いいえ」5%、「無回答」は0%であった。自由意見では「きれいにしてくれる。自分たちも汚さないようにしている。」、「よく掃除してくれている。」、「まあまあ。汚くはない。」、「いつも綺麗にしてくださる。私が出来ない事をしてくださる。」、「掃除は毎日している。」などが聞かれた。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	17	2	0	1
「はい」と答えた回答者は85%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」0%、「無回答」は5%であった。自由意見では「丁寧に話してくれる。中にはポンポン言う人もいるけど、気にならない。職員はごく普通の服装だと思う。」、「皆さん、たいていは優しい言葉使いです。」、「問題ない。」、「皆さんとても良くしている。」、「人によって違う。」などが聞かれた。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	17	2	0	1
「はい」と答えた回答者は85%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」0%、「無回答」は5%であった。自由意見では「今のところは無いが、安心できる。」、「医師が来てくれて助かる。」、「心配していない。」、「看護師さんが薬を持ってきてくれる。よくやってくれている。」、「眩暈の時、男の先生がよく診てくれた。係の人もよくしてくれた。」などが聞かれた。				
10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	18	1	0	1
「はい」と答えた回答者は90%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」0%、「無回答」は5%であった。自由意見では「無いが、あったら職員が間に入って対応してくれそう。」、「トラブルなどは初期のうちに解決してくれる。実際に見たことがある。」、「喧嘩は見たことがない。いじめもないが、そうなった時にはちゃんとやってくれると思っている。」、「喧嘩は無い。なった事ないから分からない。」、「見たことないし、感じたこともない。きちんとしてくれると思う。」などが聞かれた。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	18	1	1	0
「はい」と答えた回答者は95%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」10%、「無回答」は0%であった。自由意見では「朝、部屋まで迎えに来てくれて、優しく声を掛けてくれる。皆ちゃんとしている。ありがたい。」、「嫌な思いは1度もなく良くしてくれる。幸せ。」、「職員さんは良い人ばかり。」、「ちゃんとやってくれている。」、「そこまで分からない。」などが聞かれた。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	19	0	0	1
「はい」と答えた回答者は95%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」10%、「無回答」は0%であった。自由意見では「大事なこと、ちゃんとしてくれる。」、「口に出して言うから、ちゃんとしてくれる。」、「守っていてくれる。」などが聞かれた。				

13. 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	9	7	3	1
「はい」と答えた回答者は45%、「どちらともいえない」が35%、「いいえ」15%、「無回答」は5%であった。自由意見では「3ヵ月毎にやってくれる。職員さんは思いやりがある。自分で言うので受け入れてくれる。」、「夫がするのでわからない。入って間がないのでわからない。」、「娘に任せているのでわからない。要望も聞かれていない。娘が自分の気持ちを伝えていと思う。」、「覚えていない。」などが聞かれた。				
14. 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	9	5	4	2
「はい」と答えた回答者は45%、「どちらともいえない」が25%、「いいえ」20%、「無回答」は10%であった。自由意見では「計画に限らず、何でも分かりやすく話してくれる。」、「わかりやすい。」、「突っ込んで質問するが、詳しく説明してくれる。分からない事は質問する。」、「娘が聞いている。」、「夫が聞いているのでわからない。」などが聞かれた。				
15. 利用者の不満や要望は対応されているか	13	6	0	1
「はい」と答えた回答者は65%、「どちらともいえない」が30%、「いいえ」10%、「無回答」は5%であった。自由意見では「マメに対応してくれる。」、「不満に思った事はきちんと突っ込んで聞く対応してくれる。」、「何とかしてもらえそう。」、「言ったことがないから、わかりません。」、「ちょっと待ってと言ってもなかなか来てくれない。」などが聞かれた。				
16. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	2	7	11	0
「はい」と答えた回答者は10%、「どちらともいえない」が35%、「いいえ」55%、「無回答」は0%であった。自由意見では「市役所の方に相談している。」、「夫や息子が全てやってくれるので私はわからない。」、「突っ込んで聞くと教えてくれた。」、「知らなかった。職員に言えば大体解決する。」、「必要がない事なので聞く必要も無い。」などが聞かれた。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目		
	カテゴリー1		
1	リーダーシップと意思決定		
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	☐ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	☐ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)		
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	☐ 非該当
	カテゴリー1の講評		
	法人理念を職員が理解・実践できるように理念研修を実施している 法人では8年前から法人理念を職員が理解・実践できるように理念研修を実施してきている。研修の方式は柔軟な発想ができるようにワールドカフェ(グループワーク)方式を採用し、職員が自ら学べるように工夫されている。毎年内容を工夫しており、3年前の27年には職員の思いをひとつに纏められる工夫をし、理念実現に向けての法人の credo(約束)を職員自身が作成することに取り組み、利用者・家族との約束等にまとめて成果を上げている。本年度の職員自己評価の結果も8割弱が「そう思う」としており成果が確認されている。		
	経営層は職員満足が顧客満足に、ひいては理念実現に繋がると考え施設をリードしている 法人は人事制度の一環としてキャリアパス制度を導入しており、その解説書を職員に配付している。解説書には、職位ごとに職責(役割)、能力、対応役職、職務内容等が分かりやすく明記されており、職員は経営層の職責等を十分に知ることができる。経営層は施設の現状と将来を見据えて意思決定し、部下を指揮・指導しながら諸会議や施設をリードしている。特に、施設に誇りの持てる職場、輝ける環境にすることで職員満足につながり、さらには顧客満足、ひいては理念実現につながると考え、地域貢献活動と介護現場での調査研究活動に力を入れている。		
	重要案件は各会議で決定され、内容等は職員や利用者家族に伝えている 現場における各委員会やミーティングで検討・提案された事案について、重要度等に応じて現場会議、総合会議の順に審議・決定され、理事会承認事案については理事会の決議により決定している。各会議における決定内容や経緯は、重要なものは施設各階の掲示版に掲示し、それ以外は朝礼やミーティングで伝達し、ミーティングノートを全員に回覧して周知している。また、現場会議の決定事項は総合会議で報告され、法人全体で共有している。利用者への伝達は各階のホワイトボードへの掲示により、家族へは毎月の請求書と一緒に文書を送付して通知している。		

2			カテゴリー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(○○○○○○)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ 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			☐ 非該当
☒ あり ☐ 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			☐ 非該当
☒ あり ☐ 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			☐ 非該当
☒ あり ☐ 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			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している			☐ 非該当
☒ あり ☐ 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			☐ 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(○○○)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ 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			☐ 非該当
☒ あり ☐ 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			☐ 非該当
☒ あり ☐ 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			☐ 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(○○)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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			☐ 非該当
☒ あり ☐ 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			☐ 非該当

カテゴリ2の講評			
満足度調査や聞き取りなど丁寧に利用者の声を拾っている 施設では、毎年利用者及び家族に対して満足度調査を行なっている。利用者に対しては主に聞き取り方式、家族に対してはアンケート方式で実施している。いずれの満足度調査も苦情対応委員会で報告書にまとめて郵送により家族に報告している。重度化する利用者の意向を把握する方法として、併設の特養で実施していた「気づいちゃったシート」というツールを導入して利用者の感情を把握するよう努めている。これは、利用者の言動を観察するときに職員が気づいたことをメモするものである。観察することにより利用者の声にならない声を拾っている。 独自のアンケート調査などを実施して職員や利用者の意向を把握するよう努めている 法人では併設の特養と「ふたつは一体として」を基本方針としている。併設されている特養の主任と当施設の主任が施設内の情報交換をする仕組みが整えられている。これにより効率的、効果的な運営ができています。また、職員の課題意識を具現化するために、都度テーマを定めてアンケート調査を行なっている。このアンケートは、職員が課題と思ったことをテーマとし、アンケート項目も設定したうえで行なっている。こうした施設を超えた情報交換や、職員のアンケート調査など、施設の運営に職員や利用者の意見がうまく取り入れられている。 長期目標から今年度の目標まで一貫した事業計画を作成している 施設では6つの長期目標を設定し、この長期目標について今年度の達成目標として具体的な計画を作成している。さらに各部門・委員会ごとに目標、活動内容、その活動内容に対する予算も事業計画の中で明確にしている。計画原案は各委員会・各部門等の現場で前年度計画の進捗状況や利用者意向等を踏まえて作成し、統括部長、施設長が業界動向や想定リスク等を踏まえて見直したうえで総会議に諮り、理事会で決定される。計画の進捗状況は基本的には半期ごとに各委員会・部門で検討され、統括部長が取り纏めて総会議で報告されている。			
カテゴリ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		
☒あり ☐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、理解が深まるように取り組んでいる		☐非該当
☒あり ☐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に取り組み、定期的に確認している。		☐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		
☒あり ☐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		☐非該当
☒あり ☐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		☐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		
☒あり ☐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		☐非該当
☒あり ☐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		☐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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
カテゴリ-3の講評		
法人は人権について重要と考え、理念研修の中で人権擁護などの研修を行なっている 法人の理念を具現化するためには人権擁護の理解を深めることが必然である。こうした考えから、法人全職員が参加する年1回開催の理念研修において、人権擁護、虐待防止等について話し合い、理解を深めている。また、身体拘束防止、プライバシー保護、虐待防止、等のマニュアルを整備している。透明性を高めるために、第三者評価を毎年受審し結果をウェブサイトで公表している。施設ではボランティアを積極的に受け入れて地域との交流を深め利用者の生活に潤いをもたらしている。併設の特養と窓口を一本化し充実化を図っている。 利用者、家族の意向や要望を把握するよう努めている 施設では入所時に、利用者家族からの要望や苦情に関する相談窓口について、また、市の高齢者介護支援係と国保連介護サービス苦情相談窓口について重要事項説明書に記載して説明している。苦情や要望を把握するためにご意見箱を設置したが、時々入っているのは苦情、要望ではなく、利用者家族からのお褒めの言葉だったりする。独自の満足度アンケートを実施するなど、利用者の意向把握に努めている。苦情受付数はわずかであるが、発生した場合は苦情委員が窓口となり、委員会で検討して早期解決を図っている。 市民介護研修会など多彩な地域貢献事業を行なっている 法人として地域活動に積極的に取り組んでいる。昨年度は自衛消防訓練審査会、市民介護研修会、クリスマス街頭ハンドベル、けやき音楽祭などに取り組んだ。また、近隣の小中学校の職業体験学習の場の提供や、職業体験を控えた中学校2年生を対象に「サービス・マナー」を講義した。特養と合同で車椅子体験や認知症体験、高齢者疑似体験等の演習体験を含む実践的で多彩なプログラムによる3日間の市民介護研修会を実施している。また、災害時の避難所運営・非常食の確保、マニュアル等の作成など、いざというときの地域貢献への準備にも努めている。		

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 標準项目实施状況 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 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 標準项目实施状況 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
BCPを作成して災害に備えている 利用者の安全確保・向上のため、安全対策危機管理委員会の下に、防災、事故予防、感染症予防等の委員会を置き活動を展開している。また、市との防災協定や地域の福祉施設との相互応援協定を締結している。毎月、防災の日を定めて意識向上を図り、また、年2回以上の消火避難訓練、避難総合訓練を実施して災害時に備えている。BCP(事業継続計画)は震度6強以上の地震発生による被害を想定し具体的で分かりやすい計画が策定された。今後は、BCPに沿った訓練を実施し、さらなるブラッシュアップをすることが期待される。 利用者の周りにある多くの"ヒヤリハット"を発見し、事故防止に繋げることを期待する 事故報告書は事故の経緯、原因、発見時の対応について詳細に記録し防止対策に取り組んでいる。事故対策委員会で情報共有、分析、検証も行なっている。しかし気づいちゃったシートを導入した後からヒヤリハットの数が増加している。気づいちゃったシートによる利用者の残存能力の再評価による過剰な危機意識の後退、環境整備による危機回避の増加なども減少の要因と考えられる。ただし、多くのヒヤリハットの中から1件の事故が発生すると考え、職員の気づきの目でヒヤリハットを発見し事故防止へと繋げることを期待したい。 施設の経営情報は、その重要性和機密性に依りて適切に保護・共有が図られている 情報の管理はPCへの保存だけでなく、書面でも保存されている。PCに保存された情報は、その重要度と機密性に依りて職位・職種別にアクセス権限が設定され、保護・共有が図られている。また、書類については、施錠可能なキャビネットや机などに保管されている。法人で取り組んでいるITを活用した見守りシステムなどでインフラは整備されているが、ソフトの活用などPCによる情報管理があまりなされていない。来期には新たに介護ソフトの導入など大きく情報管理のシステムが変わる予定である。		

カテゴリー5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当

サブカテゴリー2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 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	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
カテゴリー5の講評		
先進的な多彩な取り組みを開示し、誇りをもって働く人材採用に努めている 法人は、介護ロボットやICTを活用した見守りシステムの研究、地域FMラジオでの独自の放送など、先進的な取組や介護業務だけではなくユニークな取組を行なっている。こうした取り組みは現職員のモチベーションの向上だけではなく、採用の際にも大きな武器になっている。職員自己評価でも多くの職員が評価している。ホームページ上でも放送した地域FMラジオの音声データや学会などでの研究発表の成果を掲載してアピールしている。また、グローバルな視点から海外の人材の採用にも取り組んでおり、ベトナム人3名の採用を決定している。 キャリアパスに則した個人研修計画を策定し、育成に取り組んでいる 法人では人材育成にも力を入れている。研修計画は、自分のキャリアパスに基づき「個人年間研修計画」を作成し、上司と個人面談のうえ決定する。計画の実行状況は統括部長が一人ひとり確認している。キャリアパスに則した内部研修は、特養・老健の合同研修委員会により計画・開催される。施設が参加を認めた外部研修については、受講日は研修扱い、受講料・交通費等の費用は施設が援助している(資格取得目的の受講費用は原則自己負担)。研修成果は受講後、報告書により確認している。 職員満足の充実に繋がる環境改善を促進し、職員の質の向上に努めている 新人教育においては、OJTツールとしてOJT日誌や介助進行表を活用し、新人職員の業務の進捗状況や分からない事をその日のうちに確認できる工夫を行なうなど新人職員が不安なく業務ができる育成システムが機能している。新人、中堅職員の研修の充実、年2回の職員面談、各種アンケートの実施から職員個々の指向性、専門性、意欲を重視しながら職員の能力開発、資質向上に取り組んでいる。3名のベトナム人技能実習生の受け入れ予定もあり、先立って1名の日本在住ベトナム人を雇用、技能実習生を活かす介護の現場作りに既に取り組んでいる。		

カテゴリー7	
7	事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリー1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)	
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ) 施設では平成29年度利用者の機能向上を図り、在宅復帰を促進することに取り組んだ。まず「眠りスキャン」を10台導入して見守りセンサーシステムを拡充し事故発生率を低下させ、個別リハビリ及び短期集中リハビリサービスはもとより、社会福祉法人としての社会貢献として、介護予防マシン3台を毎朝50分、地域に開放し専門スタッフを配置して、運動機能の評価をおこなう等の介護保険以外でのリハビリシステムの実践のもと、利用者のQOLを向上させた。また、老人保健施設として、在宅復帰後の利用者のアフターケアとしての、老健デイケア、併設特養の短期入所生活介護との連携や併設訪問看護、訪問リハビリの活用を進め、リハビリシステムを向上させ、結果在宅復帰率を向上させる成果を上げている。これらのデータを研究論文化して海外で発表し、査読され、JAMDAiに掲載された。また他の学会からも推薦された研究報告は論文化し、採択を受けている。これらを検証の上、平成30年度も継続して在宅復帰推進をはかり、地域高齢者の在宅生活を継続支援のために併設訪問リハビリのシステムアップと併設訪問看護ステーション拡充のために増員している。	
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い
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、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) ☐ 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1で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評 <標語の選択理由 目標達成の状況>平成29年度利用者の機能向上を図り、在宅復帰を促進することに取り組んだ。利用者の安全向上と、リハビリ等在宅生活が自立できるように利用者の心身の機能向上を図り、在宅復帰後の利用者のアフターケアとして、老健デイケア、併設特養の短期入所生活介護との連携や併設訪問看護・訪問リハビリの活用を進め、結果在宅復帰率を3%向上させる成果を上げた。<副次的効果>取り組みにより得られたデータを研究論文化して海外で発表し、査読され、JAMDAiに掲載された。また他の学会からも推薦された研究報告は論文化して、採択を受けた。<特筆すべき点>職員の自己評価で「訪問リハビリ・訪問看護などの居宅サービスとの連携強化により、ゲスト(利用者)の安心できる生活、その人らしい生活実現への連携促進が可能となった。」とのコメントに見られた。	

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)

平成29年度は法人として、透明性が高く、災害時に強く、地域にとって利用しやすいサービスの提供を図り、地域交流・貢献することに取り組んだ。透明性では法人HPを定期更新、随時更新し、また会計報告を始めとする、あらゆる情報をHPを活用し発信し、地域のFMラジオ局にて法人の番組を制作し、情報発信を実施した。利用しやすい点では居宅支援事業所を増員し、市民が利用しやすいサービスを紹介できる人員を増やし、地域包括支援センターを軸に地域包括ケアの在り方について市民と月一回の体操教室を開催し災害時の対応について意見交換を行なった。また「地域連携室」による地域各種のシンポジウムを開催。認知症カフェを月一回開催して、地域のニーズを探り、情報交換と交流を促進し、地域の社会福祉法人としての役割を果たせた。災害対策面では地域自治体等との防災協定による環境整備、大規模災害時の避難所訓練(小学校にて実施、参加者1300人)に法人として参画し、非常時への備えの再確認とした。平成30年度は各々検証の上、地域資源としての法人の役割を果たすことを計画に掲げている。

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価の選択に関する講評

＜標語の選択理由 目標達成の状況＞平成29年度は法人として、透明性が高く、災害時に強く、地域にとって利用しやすいサービスの提供を図り、地域交流・貢献することに取り組んだ。透明性ではHPに会計報告等を開示し、また地域のFMラジオ局にて法人の番組を制作し情報発信した。利用しやすい点では居宅支援事業所を増員し、市民が利用しやすいサービスを紹介できる人員を増やした。災害対策面では地域自治体等との防災協定による環境整備、大規模災害時の避難所訓練に法人として参画し、非常時への備えの再確認とした。平成30年度は各々検証の上、引き続き地域資源としての法人の役割を果たすことを計画に掲げている。＜副次的効果＞「地域連携室」による各種のシンポジウムを開催。認知症カフェを月一回開催し地域のニーズを探り、情報交換と交流を促進し、地域の社会福祉法人としての役割を果たせた。＜特筆すべき点＞職員の自己評価で「地域貢献に対する取り組みが増し、より地域に根差した施設になっているように感じる。」とのコメントが多く見られた。

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		
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
サブカテゴリー1の講評			
ホームページやパンフレットを作成し、利用希望者に施設の事を分かり易く伝えている ホームページ・パンフレット共に、当施設と併設の特別養護老人ホームと合同で作成されている。パンフレットは法人理念と施設概観の写真と載せ、利用者に対する姿勢、地域に貢献していく気持ちを伝えている。ホームページもパンフレットも施設内の写真と在宅復帰・在宅生活の継続を目的としている事を伝え、且つ、介護が必要な状態になった時には併設の特別養護老人ホームに入所出来る事も伝え、地域の高齢者を長期に渡って支えて行く施設である事を分かり易く伝えている。 広報誌を市内外の病院に配布し、地元FMラジオを通して情報発信もしている リハビリを希望する方が多く、特に近隣の病院から依頼が多い為、施設での様子を載せた広報誌を市内6カ所、市外2ヶ所の病院に送っている。「西東京市の高齢者支援活動を多角的に紹介する」をコンセプトに、毎月第2月曜日12:15～45地域FMラジオで職員が交代でパーソナリティを勤め、高齢者介護の様々な情報発信をしている。介護予防体操・認知症予防・介護現場・地域とのつながり・法人独自の取り組み、職員による体験談や専門的な話も聞け、市民には馴染みの無い話も多く高齢者介護の理解を深める一翼になっている。 入所希望者やその家族の相談に個別に対応し、施設や料金等分かり易く説明している 利用希望者やその家族・居宅のケアマネジャー・医療関係者等から見学希望の連絡があれば、相談員が案内をする。基本平日の対応であるが、就労中の家族が(土日)しか見学出来ない場合も多く、その時は家族に合わせ(土日)の案内もしている。相談員が見学に立会い、施設全体と共有フロア・居室・トイレ・浴室等の案内をする。案内後に料金一覧表から、入所希望者の介護度の1か月分の料金を計算し、収入によって自己負担額が変わることを伝え、分かり易く説明している。			
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	7/7
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. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 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
サブカテゴリー2の講評			
契約書・重要事項説明書で施設の事を詳しく説明し、個人情報保護にも努めている 入所相談があった場合、「利用申し込み希望書・事前評価表」の提出を依頼し、主治医から「診療情報提供書」の提出も受け、判定会議を経て入所の判断をしている。入所決定者には「重要事項説明書」を用いて、「施設の概要・サービス内容・協力医療機関」等細かく説明し、利用料金についても「介護度別の多床室と個室の料金」と「その他の加算・食費・居住費・日常生活費等」を丁寧に説明し同意を得、契約を結んで。更に個人情報保護規定を定め、施設生活をする上で利用者の情報が漏洩しない様に努めている。 入所前のプランや生活歴を元に、入所後も入所前の生活が継続出来る様にしている 病院からの入所・他の施設からの転所・在宅からの入所等と状況はそれぞれ異なるが、前任者からプラン・生活歴・好きな娯楽・食事の好き嫌い等の情報を引き継ぎ、施設ケアマネージャーが暫定プランを作成し、入所した日に説明し署名をもらっている。その後は相談員やケアマネージャーが頻回に本人の所に顔を出し、色々な話をし不安を解消する様に努め介護職に引き継ぎ、入所後に再度アセスメントを取り本プランを作成している。入所から10日をメドに家族の同席のもと担当者会議を行い、本プランを説明し署名をもらい、施設の生活に生かしている。 良好な在宅復帰率のもと、在宅に戻る際にも不安にならない様に支援の体制を組んでいる 昨年度の新規入所者は70名で、サービス利用終了者は69名(内訳:特別養護老人ホームや老人保健施設への入所者13名・医療機関への入院32名・死亡6名・在宅復帰が9名・有料老人ホーム等9名)であり、1年間でほぼ全員が入れ替わっている。入所後3か月ごとにプランの見直しを行ない、利用者や家族の状況により退所や入所期間の延長も検討している。包括支援センター・居宅介護・訪問看護・訪問リハも併設している為、退所し在宅復帰される方に応じる事も可能で、不安を最小限にする体制が出来ている。			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			
評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		☐ 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	☐ 非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	☐ 非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	☐ 非該当
サブカテゴリ3の講評		
統一した用紙があり、カードックスで一覧出来る様になっており、即時の対応が出来る 職員が記録したり利用者の支援内容を確認し易い様、相談業務日誌・施設サービス計画書・日課計画表・経過記録・栄養ケア計画書・リハビリ実施計画書・介護看護計画書・カンファレンス記録書・ヒヤリハット報告書等、施設の多岐に渡る支援に統一した記録用紙が設定してある。更に、毎日の業務の中で、職員が即時に支援に繋げられる様、利用者の施設プラン・看護計画書・介護計画書・ワークシートをカードックスで一目で分かる様に管理している。又、毎朝夕の申し送りもなされており確実な支援が行われている。		
本人の有する能力を最大限に生かせる様、好きな事に着目するプラン作成に努めている ケアマネは入所初日に暫定の施設サービス計画書を作成、1週間から10日をメドに本案の施設サービス計画書を作成するが、利用者の「好きな事(趣味・好きな食べ物・好きな時間の過ごし方)等」を生活歴・日常生活の様子・会話の中から把握し、本人の有する能力を最大限に生かす計画を立てる様努めている。それを基に各専門職が計画書を作成しサービスを提供している。又、ケアマネは3か月に1回モニタリング実施、本人や家族の意向・状況を確認しアセスメント実施、施設サービス計画書を作成し直し、何時も利用者の意向が反映されるようにしている。		
不安無く退所出来る様、支援体制を構築している 退所後も在宅生活が円滑に行く様に、相談体制を構築している。在宅支援を希望する方に、包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネージャーが対応している。医療に不安がある方や自宅でリハビリを希望する方には、併設している訪問看護・訪問リハビリから看護師や理学療法士を派遣、自宅から通所でリハビリを希望する方には、併設の通所リハビリの利用をする事も出来る。施設利用中に入院し退院と共に再入所を希望する利用者には、病院から医療情報を取り寄せ新たに施設サービス計画書を作成、担当者会議を行い新しい体制を作り支援している。		

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	5 / 5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)			
評価		標準項目	
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		☐ 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	
☒ あり ☐ 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)		☐ 非該当
☒ あり ☐ 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		☐ 非該当
サブカテゴリー5の講評			
利用者の個人情報外部に漏れない仕組みを作り、職員にも徹底している 広報誌・ホームページの個人情報の掲載に関し「肖像権のホームページ等使用に関わる承諾書」の説明を入所時に行い、本人・家族から同意を得ている。プライバシー保護を徹底し「恥ずかしさ」を感じない快適な介助方法・環境作りに努めている。職員が利用者を訪ねる為居室のカーテンを開ける際に必ず名前を呼びかけ、緊急時も徹底している。入浴・排泄の介助は各居室カーテン使用によるプライバシー保護に努め、希望する方には同性介助を行なう様になっている。職員の意識向上の為に「人権擁護・プライバシー保護」の施設内研修を実施している。 利用者に尊厳を持って対応し、利用者の考え方・生き方を最優先している 入所にあたって、仏壇を持ち込む事は出来ないが位牌や写真は自由に持ち込み拝める様にし、利用者の故人を想う気持ちや生活習慣を大切にしている。施設では行事や施設内のイベントが多く計画され、利用者に参加を呼びかけている。利用者から「参加して良かった」の声を聞く事は多いが、本人の趣味と合わない事もある為、参加を無理強いする事は無い。イベントには参加せず一日中フロアでテレビを見ている方もいるが、元々の生活リズムがそうでありイベントに参加はしないことが本人の願いである。利用者の「ノー」と言える権利を大切にしている。			
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	
☒ 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改変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			
各種マニュアルは常時閲覧出来、現場の状況に合ったものに随時改善している 「排泄・入浴・身体整容(欠浴対応)マニュアル」は介護の細かい手順が示されステーション内に設置され、何時でも閲覧可能でありサービスの質を維持している。マニュアルは主任クラスを中心に定期的な検討を行なっているが、現場の職員が課題に気付いた時は、現場サイドで解決出来るか否か現場会議を開き、現場サイドの意見だけで決定する事が難しい時は、「みんなの意見」として職員会議に取り上げ、再度話し合いの上決定してマニュアルを改訂している。 研修が充実しており、職員のスキルアップに繋がっている 職員は施設内研修に参加し、「虐待防止・人権擁護・感染予防・排泄・トランス・緊急時対応・接遇マナー・リスクマネジメント」等に付いて学んでいる。研修で学んだ事で、不適切ケアに気付いたり、より意欲を持って業務に取り組んだり、資質向上に役立てていきたいと考える職員もあり、スキルアップに繋がっている。また、外部研修にも積極的に参加し、研修後、報告書を作成し、他職員にもフィードバックしている。 様々な研修への取り組みを通じて、事業所業務の標準化を図っている 施設では新人研修・理念研修・人権擁護研修等の施設内研修や東京都認知症介護研修等の外部研修への参加を積極的におこなっている。介護やリスクマネジメントの各分野は、各種委員会(レクリエーション・排泄・褥瘡対策・感染予防・防災・事故対策・苦情対応・ターミナル等)を立ち上げ改善出来る所は改善し、感染症の発生を防ぎ、職員のスキル向上、事故への意識向上、終末期ケアを含め、実際の介護業務に必要な知識や技術を習得する様努めている。			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー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 41 / 41
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している 評点(〇〇〇〇〇)	
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. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	5. 退所後も相談に応じている ☐非該当
評価項目1の講評	
利用者の出来る事を発見し、施設の生活をその人らしい生活に繋げて成果を上げている 各職員が気付いた事を記入する、「気付いちゃったシート」が導入されており、利用者の出来る事を発見し施設生活に生かしている。拘縮し車椅子でも座位が保てず声も出ない利用者は、最初ベッドに寝たままで部屋で過ごしていたが、その利用者とのコミュニケーションを文字盤で行う工夫をし、意向を聞き取る事が出来た。意向を汲みケアマネージャーが施設サービス計画書を作成。その計画書に従いベッドをフロアに設置し、「職員が側を通るたびに声を掛ける」事をルーティンとし、その人らしい生活に繋げて成果を上げている。 利用者と何度も話し合いの場を持ち、その人らしい生活がおくれるように支援している 各担当者は利用者情報の把握に努め、定期的に担当者会議を行い本人の意向を反映した施設サービス計画書をケアマネージャーが作成している。時にはケアマネージャーと利用者で何度も話し合いの場を持ち、細かい取り決めを行う事もある。何度も繰り返す担当者会議の中から、利用者の不安を解決する糸口を見つけ、隠された意向・不安を解決する施設サービス計画書を作成し、その方らしい生活につなげて行くことが出来た事もある。本人が納得するまでケアマネージャーが繰り返し話し合いの場を持ち、その人らしい生活が出来る計画書を作成し支援している。 終末期の利用者にはターミナル委員会を設置し、毎週会議を行い状況を把握している 当施設は在宅復帰を目指す老人保健施設であり、医師・看護師が常駐し、看護・介護・リハビリテーション等を行い自立した状態の維持に努め、在宅復帰率も向上しているが、併設している特別養護老人ホームと提携し、終末期の利用者の受け入れもしている。終末期の方の為にターミナル委員会を設置し、医師・看護師・相談員・ケアマネージャー・管理栄養士・理学療法士が会議を開き、本人の意向を確認しつつ、ターミナルケア計画書を作成。週1回はターミナル委員会を開催し、施設として一つになり、最期の時を支えている。	
2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している 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. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している ☐非該当
☒ あり ☐ なし	4. 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	5. 食事を楽しむ工夫をしている ☐非該当

評価項目2の講評																	
栄養ケア計画を作成し、利用者毎の状態に応じた食事提供を行なっている 管理栄養士が入所時から栄養ケア計画を作成、摂取量、食事形態、栄養量、嗜好について配慮し、解決すべきニーズに対応している。課題解決に向けて栄養スクリーニングを行い低栄養のリスクを洗い出し、栄養アセスメントを行い多職種で取り組む栄養ケアの課題を決めている。課題が日々のケアとして確実に実行されるようにワークシートに記載し多職種で共有している。低栄養には栄養補助食品で補っており、療養食、アレルギーや嗜好にも配慮した食事提供を行なっている。食事時間には管理栄養士や看護師が利用者の間を回り状況を把握できるようにしている。 給食会議やメニュー会議を行い栄養のある美味しい食事提供をこころ掛けている 各職代表が参加し、年に3回給食委員会を開催し利用者の多様化するニーズや要望に対応できるようにしている。メニュー会議を2週に1回給食委託業者と管理栄養士が行いメニュー内容を検討し、季節感のある食事が提供できている。職員は毎日3食検食を行い、固さ、切り方、味、分量、盛り付け、食べる温度、総評等を記入し食事提供に生かしている。日ごとに変更のある場合には食事箋・療養食食事箋で知らせ、体調などの変化に対応している。ターミナルケアの場合、安全面、食べやすさ、必要な栄養の確保等を配慮し柔軟な対応をこころがけている。 行事食などバラエティに富んだ食事を楽しめるように工夫し、好評を得ている 施設では毎週金曜日には魚か肉の料理かを選択できるようになっていて、介護職員がそれぞれの利用者に聞き取りアンケートを行なっている。また、朝食はご飯かパンかを選択できるようになっており、入所前の生活習慣や好みを反映できるように配慮されている。また、月1回のお楽しみメニューや聖新会祭り、敬老会、忘年会、クリスマス、大晦日、元旦、七草粥、節分、ひな祭り等の行事に合わせた行事食を提供し、楽しんでもらっており、多くの利用者から好評を得ている。																	
3	評価項目3 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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th colspan="2">標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 入浴の誘導は利用者に負担がかからないように考慮し、行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている	○非該当	●あり ○なし	3. 入浴の誘導は利用者に負担がかからないように考慮し、行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○非該当
評価	標準項目																
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○非該当															
●あり ○なし	2. 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている	○非該当															
●あり ○なし	3. 入浴の誘導は利用者に負担がかからないように考慮し、行っている	○非該当															
●あり ○なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○非該当															
評価項目3の講評																	
利用者の要望や身体状況に応じた入浴支援を行なっている 施設では、週2回入浴を午前、午後に分けて提供、一般浴、個浴、リフト浴、特浴(チェアインバス)の4種類を用意し利用者のADLや体調を考慮して入浴支援を行なっている。それぞれの利用者の入浴支援の注意事項をワークシートに記載すると共に、情報共有を円滑にする目的で「入浴表」を用意して安全・安心に入浴できるよう配慮している。特浴のチェアインバスはジェットバスになっているのでマッサージ効果があり、心地よく、一人個別の入浴になることもあり利用者には好評を得ている。 利用者の体調を管理しながら季節感のある入浴を楽しんでもらえるようにしている 入浴前には看護師がバイタルを測り、体調を見て安心して入浴してもらえるようにし、入浴支援は看護師も行なっている。脱衣所に於いてはリラックスできるように好みのジャンルの音楽を流し入浴が楽しみになってもらえるような環境整備をしている。季節行事としてしょうぶ湯やゆず湯を行なって利用者に季節感を楽しんでもらっている。また、入浴剤を入れて温浴効果を高め、リラックスして入浴してもらえるように工夫している。利用者からはゆっくり入浴できる、介助してもらっている等好評である。入浴後には水分補給を行なっている。 浴室への誘導などは無理せず、納得して入浴できるように配慮している 施設では入浴マニュアル、欠浴マニュアル等を整備して支援を標準化して行えるように整備している。入浴を拒否する傾向のある利用者の場合、職員間で情報を共有し、時間をずらして再度声をかける、日にちを変える等対応し、無理強いせず納得して入浴してもらるようにしている。欠浴の場合にはマニュアルに従って、準備品の用意、頭部清拭、身体・体幹の清拭、足浴等を提供している。清拭は居室で行うのでプライバシーには十分配慮するようにしている。																	

4	評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			評点(〇〇〇〇)															
	<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. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 利用者の状況に応じた排泄目標を設定している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状況に応じた排泄目標を設定している	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている	☐ 非該当
	評価	標準項目																	
	☒ あり ☐ なし	1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている	☐ 非該当																
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状況に応じた排泄目標を設定している	☐ 非該当																
☒ あり ☐ なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている	☐ 非該当																	
☒ あり ☐ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている	☐ 非該当																	
評価項目4の講評																			
利用者の状況をアセスメントして適切な排泄方法で支援している それぞれの利用者の排泄状況をアセスメントし、適応した排泄への誘導や排泄の支援方法等の注意事項を導き出し、ワークシートに記載している。ワークシートに記載することにより、多職種の職員が円滑に情報を共有して排泄支援を行うことができている。ワークシートには排泄が自立なのか介助なのか、トイレ使用かポータブルトイレ使用なのか、布パンツ、オムツ、リハビリパンツ、パット併用なのか、便意・尿意の状況はどうなのかについて、昼中、夜間、終日等などに分けて細かく記載され日々の支援に生かされている。 排泄の状況をITのセンサー等の情報も得て適切に支援することができている 施設では在宅復帰を目指し自立支援を尊重した排泄支援を心掛けている。排泄委員会では職員からの気づきの情報を得て、適切なパットのサイズ等を検討して排泄支援に生かしている。新規入所の方ではオムツ使用の利用者が多い傾向があるが、機能訓練部門との連携によりオムツからリハビリパンツになり、トイレでの排泄介助に移行できた例もある。就寝時に「眠りセンサー」を導入し、覚醒している事を確認できた時に排泄誘導することで、移動やトイレでの座位を安定させ、安全に排泄支援ができている。また、職員の介護負担の軽減にもなっている。 利用者が不快に感じない排泄環境の整備に取り組んでいる 施設ではベット上での交換になるオムツ使用の排泄から、リハビリパンツ使用でのトイレでの排泄に移行できることで、利用者の自尊感情が向上するように努めている。排泄の介助を行う時には、近くにいる利用者に関心しないように声掛けをする等プライバシーに配慮した支援を行なっている。しかし、多床室のトイレはカーテンで仕切られているだけなので臭気や音が漏れる事があるため、汚染したリハビリパンツやパット等をすぐに新聞紙で包む、消臭スプレーで臭気を取るなどの対策を行なっている。トイレは清掃職員により毎日清掃・消毒が行われている。																			
5	評価項目5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			評点(〇〇)															
	<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. 利用者の状態にあった移動方法を検討している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	☐ 非該当						
	評価	標準項目																	
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	☐ 非該当																
	☒ あり ☐ なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	☐ 非該当																
評価項目5の講評																			
多職種が連携し、利用者の思いに沿った施設での生活ができるように支援している 施設ではリハビリ担当の職種が中心となって、直接利用者の生活に携わる機会が多い介護職からの気づき等を含めて、利用者の状態や意思に応じた移動方法を検討している。利用者毎の移動方法はワークシートに記載され、全職員に配布され共有できるようになっている。カーデックスにも移動方法が明記されていて、いつでも確認しながら支援が行えるように工夫されている。移動介助時には必ず利用者に声をかけ、確認を取ってから介助を行なっている。このように多職種が連携し、利用者の思いに沿った施設での生活ができるように支援している。 利用者の好みに合うゆとりある生活をしてもらえるように支援している 施設での生活は単調で画一的になりがちであるので、利用者がおしゃれに気遣う気持ちを忘れないように、着衣は職員が支援しながら自分で選んで貰えるように支援しており、整容に関しては多種多様な理美容のサービスを提供している。理美容のサービスには、カットのみ、おしゃれカット、パーマ、眉毛カット、マニキュア、顔そり、床屋カット顔そり等のメニューがある。本年半ばから床屋によるサービスも導入している。利用者や家族に理美容の予定日や締切日を掲示するとともに、予約忘れが無いようにフロア毎に予定表を設置して活用している。																			

6	評価項目6 利用者の健康を維持するための支援及び必要な医療サービスを行っている			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している		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて医師が利用者や家族に説明をしている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 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	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている		☐ 非該当
評価項目6の講評				
看護・介護支援計画に基づいて利用者に健康管理を行なっている 施設サービス計画に基づいて、利用者一人ひとりの状況に即して看護・介護支援計画を作成して看護職、介護職が協力しチームケアを行い利用者支援を行なっている。看護・介護支援計画は、アセスメント、具体策、評価を看護・介護各々に記載し確認する事ができる仕組みになっている。看護・介護支援計画は3か月に1回見直しをしている。医師と看護職とで毎週1回ケースカンファレンスを行い情報の共有、医療的管理の検討等を行い、異常の発見、早期対応ができています。看護職は医療対応する利用者の処置表を作成し情報の共有と処置の確認を行なっている。 看護師による的確な服薬管理や緊急時対応を行なっている 薬は医師より2週間に1回処方されており、届けられた薬は看護師が個別のケースに入れ管理している。配薬は2人で利用者の名前を確認しながら飲み込みまで確認している。また、利用者が通院して処方されている薬も預かり管理している。必要時には通院介助も看護師が行なっている。施設には24時間看護師が常駐しており、看護・介護職員が連携して利用者の体調を見ながら支援している。緊急時には連携病院、かかりつけ病院、近隣のクリニックと看護サマリーや連携シートを活用して連携を行い対応している。 看護師の24時間常駐と医師の在駐体制がある特性を生かして終末期ケアを行なっている 施設では看護師の24時間常駐と医師の在駐している特性を生かして、かかりつけ医等と連携し、ターミナルケアに取り組んでいる。家族とも施設で看取る事についての相談を重ね、看取り同意書に同意を取りターミナルケア計画書を作成し、毎週行われるターミナル委員会チームケアで支援方法を検討し取り組んでいる。また、施設がターミナルケアに取り組んでいることによって、法人の他事業である訪問看護や訪問リハビリでの支援を行いながら在宅での看取りを望んでいる本人・家族への支援にも繋がっている。				
7	評価項目7 日常生活の自立を支援するために必要な機能訓練を行っている			評点(〇〇〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 施設サービス計画に基づいて、利用者一人ひとりに応じた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在宅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. 機能訓練指導員等の指導のもと、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. 介護職員等が日々の介護の中で気がついたことを機能訓練指導員に返している		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	5. 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		
日常生活・社会活動、起居動作を評価してリハビリテーション実施計画を策定している 施設サービス計画に基づいて、利用者一人ひとりの日常生活・社会活動、起居動作を評価し、目標を立て、具体的なアプローチを決めたりリハビリテーション実施計画を策定している。計画書は入所当初には原案を2週間後を目途に本案を作成し実施、3か月に1回関係者が集まりカンファレンスを開き情報を収集し検討を行い新たな計画書を策定している。看取りケアにおいて、機能訓練職種や他職種が協力し、利用者が安心・安楽に最期の時を迎えられるようにリハビリテーションとして、褥瘡予防、安楽な姿勢を取るためのポジショニング等を行なっている。 在宅復帰を目標に、日常生活動作の向上を目指してリハビリに取り組んでいる 短期集中のリハビリを受ける利用者は一日20分週3日、その他の利用者は週2回リハビリ室において理学療法士や作業療法士から機能訓練を受けている。施設では在宅復帰を目標にして日常生活そのものもリハビリであると捉え利用者の日常生活動作の介助方法も機能訓練部門と介護職が連携して検討し行なっている。指定のリハビリテーションの他に可能な利用者には、個々に合わせた自主トレーニングのメニューを図や写真を使用しわかりやすく作成し取り組んでもらっている。また、集団での体操や風船パレー等身体を動かすレクリエーションも行なっている。 福祉用具の調整やポジショニング等調整を行なって安全・安楽に過ごせるようにしている 機能訓練部門では歩行器の高さの調整や車いすのブレーキやフットレストの調整等必要に応じてメンテナンスを行い福祉用具を適切に使うことができるようにしている。リハビリ器具については業者による保守点検を行うなどの対応をしており安全に使用できている。また、機能訓練部門では褥瘡予防、安楽な姿勢を取るためのポジショニングやシーティングの指導を行い、他職種や家族が確認できるように資料を作成、居室に掲示するなどの取組も行なっている。		
8	評価項目8 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適で、自立的な日常生活となるような取り組みをしている 評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 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、原則として自由である	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	☐ 非該当
評価項目8の講評		
豊富なレクリエーションを提供し施設での生活を楽しんでもらっている 施設ではレクリエーション委員会が主体となってレクリエーションや行事を企画し提供している。カラオケ、生け花、書道、美術、映画鑑賞、手工芸、風船パレー等が毎日企画され、バリエーション豊富なレクリエーションを定期的に実施している。ボランティアの参加による歌と踊りの披露では利用者も共に歌う等参加し楽しんでおり好評である。また、毎週金曜日には書道・美術等の手伝いには定期的にボランティアの参加がある。その他、お菓子作りや手工芸等職員がスポットで工夫を凝らして利用者に参加しやすく、喜んでもらえる環境提供に努めている。 利用者の気持ちを大切にレクリエーションや地域交流の機会を提供している 施設ではレクリエーションを月毎の日程表にまとめ掲示するとともにお昼の時間に当日の活動内容を発表し利用者に参加を呼び掛けている。参加は無理には勧めず、豊富なレクリエーションを提供することにより利用者が参加しやすい機会を作り出している。地域開放型の卓球教室には若い頃卓球をしていた利用者が参加され、身体の機能が向上した例もある。地域包括支援センター主催の認知症カフェには利用者も参加しており、また、地域の音楽祭には職員とともに利用者も参加するなど地域交流の機会にもなっている。 利用者が季節を感じられ、寛げる空間づくりを心掛けている 施設では安全で安心して生活してもらえるようにフロアや廊下の整理整頓に気を配り安全な環境整備を行なっている。また、利用者が季節感を感じられるように正月飾り、ひな人形、クリスマスツリー等を飾り、寛げる空間づくりを心掛けている。レクリエーションで作成した書道や生け花等の利用者の作品の展示を行い、成果を楽しみ豊かな生活を送れるようにしている。喫茶レクは月1回利用者と職員が協働して行なっているが、今後はよりカフェ風の雰囲気を出せるように工夫したいとの希望がある。		

9	評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている			評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 家族が参加できる施設の行事を実施している		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 利用者の日常の様子や施設の現況を定期的に家族に知らせている		☐ 非該当
評価項目9の講評				
家族との交流が利用者の生活意欲向上等に有効的であると考え声かけをしている 施設では家族の交流が利用者の生活意欲向上に有効であると考え、状況に応じて家族の負担にならないように配慮しながら、できるだけ面会の機会が持てるように声掛けを行なっている。家族が面会に来所された際には、居室や面会スペースに案内してゆっくり話ができるように配慮している。食べ物の差し入れも状況に応じて受け入れており、食欲のない場合等に好みの物を知る家族からの差し入れが喜ばれることもある。その場合には「食べましたカード」を提出してもらい栄養管理を行なっている。 家族に行事予定を知らせて参加を呼び掛け利用者との交流の機会を設けている 施設では法人のお祭り、敬老会、忘年会、新年会等の行事には家族と利用者が共に参加し楽しめるように取り組んでいる。施設では利用者と家族の交流を大切に考えており、各行事への参加の呼びかけには各行事の担当から家族にお知らせを送っている。特に法人のお祭りは利用者や家族の他に地域の人々も多く来場し賑やかに行われている。浴衣姿の職員を始め地域の子供達や多くのボランティアの参加も得ており、夕方からは職員による花火も楽しめる催しであり、利用者と家族とが共に楽しく交流できる場となっている。 広報誌「かけはし」で施設の様子を家族に知らせている 施設では広報誌「かけはし」を年4回発行し家族あてに送付している。施設での催しの様子、利用者の作品等の写真を多数掲載している「かけはし」の発行は、利用者に面会したり行事に参加するなどの交流をしたくてもなかなかできない家族に利用者の施設での様子を伝える役割を担っている。また、ケアマネジャーは定期的なカンファレンスやケアプランの説明や同意を得る事が必要な時には、家族の状況に合わせて出勤を合わせるなどして家族に来所してもらい行えるように勤めている。				
10	評価項目10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている			評点(〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 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
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている		☐ 非該当

	評価項目10の講評
	地域に根ざした施設として、地域への社会貢献の「見える化」に取り組んでいる 在宅生活を支えるサービスとして地域包括支援センターを始め、居宅介護支援・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・ショートステイの事業を展開し、通所リハビリテーションで利用者が急に休んだ時などは、無料で訪問看護師が様子を見に行くサービスを行なっている。平日の朝、理学療法士が常駐し50分間リハビリマシンの無料開放を行い、地域の高齢者の運動機能の評価も行なっている。又、市消防署主催の「自衛消防訓練審査会」に男性職員が参加し、地域・施設の防災活動にも備えている。 高齢者と地域の小中学生や住民が楽しく交流するイベントを毎年定期的に行なっている 夏には「聖新会まつり」を行うが、模擬店、ボーイスカウト・ガールスカウト・中学校吹奏楽部・ギター演奏・和太鼓のボランティアも参加し、「歌謡ショー」もあり賑やかな祭りとなっている。秋には施設で「市民介護研修会」を3日間無料開催し、「車椅子体験・血圧のウソほんと・認知症・リハビリテーション・介護食」等の介護演習体験を行い多くの方が参加している。冬は「クリスマス街頭ハンドベル」を職員が駅前で行い好評を博している。春は「けやき音楽会」が近所の小学校で開催され利用者や職員も参加し、小学生と共に楽しい一時を過ごしている。 地域の様々な資源を利用する事で、利用者は豊かな日々をおくる事が出来ている フランドンス・コーラス・踊りのボランティアが毎年、それぞれ10人程と、医大から8人・リハビリテーション専門学校から4人の実習生を受け入れている。年に1回の敬老会には入所者全員が参加し、更に入所者の家族と職員も参加、利用者全員にプレゼントを準備し、乾杯・会食、コーラスボランティアも参加し賑やかに祝いの時を持っている。今年の春にはターミナルの方全員が、近隣の「お花見ドライブ」に参加する事が出来た。外に出る機会が少ない利用者から「とても良かった」との言葉を聞く事が出来、職員も喜んでいた。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-1	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
タイトル①	法人として地元FMのラジオ番組を提供し地域によりアピールすることができている	
内容①	法人では2013年から地域FM放送に毎月1回30分、番組提供をしている。番組名は「みんなおいでよ！東京聖新会！」で、法人自らプロデュースし、シナリオ作成と番組進行役（パーソナリティ）は職員が務める生放送のラジオ番組である。緊急時の地域情報・地域連携促進・施設紹介・地域情報（資源・サービス・人）・介護情報の提供を番組作成の目標としており、施設のホームページとリンクして過去の放送内容まで聞くことができる仕組みもある。2019年2月で66回放送し、回を重ねるごとに地域への周知が進んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-5	移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている
タイトル②	ワークシートを活用して利用者個々の支援方法の標準化が図られている	
内容②	利用者の状況を多職種が協働して把握し支援の方法を決めてどの支援者でも同じように支援ができるようにワークシートに記載しその情報を共有できるようにしている。ワークシートには、各利用者それぞれの「食事・水分」「排泄」「入浴・保清」「移動・移乗」「処置」「その他（伝達・確認事項）」を記載されている。ワークシートは職員に渡され、日常的に確認しながら支援できるようになっている。特に移動・移乗の支援は待たなしに行う必要があり、すぐに確認できるワークシートの取組は安全・安心に介護できるツールとなっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-7	日常生活の自立を支援するために必要な機能訓練を行っている
タイトル③	在宅復帰を目標にして機能訓練部門と介護職が連携して排泄環境の向上を目指している	
内容③	施設は在宅復帰を目指す役割を持ち、機能訓練を行い、日常生活動作の向上をはかっている。そのために支援は在宅に戻った時にできる目標を立ててそれに向けて多職種協働で利用者の状況を把握し、情報を共有しながら行われている。取り組みを見ると、病院からオムツをした状態で入所された利用者の排泄状況の向上をめざし、トイレに移乗がしやすくなり、ベットサイドやトイレでの座位が安定できるような機能訓練を行い、介護職員が連携を取りながら介助を試みることにより、リハビリパンツに移行でき利用者のQOL向上が図られている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	社会福祉法人として地域社会貢献に努め、地域に無くてはならない施設として存在感を示している
	内容	近所の小学校ではPTAを中心に餅つき大会を行い、タイアップ事業として大規模災害を想定した地域避難訓練を行っており、法人として参加している。餅つき大会では近所の中学校の生徒や住民も一緒に餅つきを行い、施設厨房で小豆から作り上げた餡子を提供、児童・生徒・住民から好評を博し、今年度12月に行われた避難訓練は1000人規模の参加となった。平日の朝は施設のトレーニングマシンを無料開放し、包括支援センター主催の認知症カフェを公民館で月1回開催、市民が誰でも参加し認知症に関する相談を受ける事が出来る場を作っている。
2	タイトル	眠りセンサー導入により夜間における睡眠の質の把握ができる事を生かし、排泄介助に役立てている
	内容	施設は眠りセンサーを10台導入。眠りセンサーはベッドに設置、呼吸・心拍を測ると共に、睡眠状態か、覚醒状態かを判定しデータを発信する仕組みである。睡眠状態は青色、覚醒状態は黄色で示され、一目で睡眠状態が把握できる仕組みとなっている。夜間に排泄介助する際に、覚醒状態のタイミングに介助することにより、移動にもふらつきが無く、座位も安定しているため、介助も容易である。利用者は尿失禁が無く、優良な睡眠がとれ、QOLの向上が図られている。職員にとっては失禁のための排泄用品の交換の手間が省け、介護の負担が軽減されている。
3	タイトル	先進的な取り組みを継続して行き成果を上げている
	内容	法人では利用者のQOL改善のために先進的な取り組みを継続的に行っている。コミュニケーションロボットの導入もその一つだ。28年度に実施したロボットの実証実験では、利用者が活動的になりQOLが改善するという効果が確認できた。29年度はさらに性差、年齢、認知症の度合いでの改善効果の検証をおこない、性差では同じ効果が観測され、年齢では80歳以上の高齢者でも、重度の認知症患者にも効果があることを確認し、さらなる改善に努めている。こうした取組は評価され、本年度は学会において発表された論文は最優秀賞を受賞している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	さらなるICT化促進による働き方改革に期待したい
	内容	現在情報の管理はPCへの保存だけでなく、書面でも保存されている。カードックスの利用による確認や、介護記録としてのその日一日の利用者の様子の記録、気づいちゃったシートによる気づきの記録、事故報告書による事故防止対策の記録、モニタリングシートによる満足度の確認等々、利用者へのサービスの重要な記録ツールとなっている。これらの記録は手書きであることが多く、データの二次活用などには多少労力を伴うものとなっている。細かく記録したデータを集積、分析などでさらなるサービスの向上につなげるためにもICT化の促進に期待したい。
2	タイトル	29年度作成したBCPに基づく訓練の実施とプランの見直しが望まれる
	内容	法人では29年度にBCPの見直しと再整備に取り組み、「防災ワーキンググループ」で検討しリスクマネジメント委員会で決定した。その内容は利用者・職員を守ることを第一義と考え、3日間を目途に事業継続するもので、研修・訓練を実施して、次回見直し時は7日間、更に1か月間とする計画である。施設では法人主体の防災訓練を毎月実施し、有事に備えているがBCPについての訓練は未実施である。BCPに沿った訓練を実施し、その検証をベースに7日間の計画へ改善充実されることを期待したい。
3	タイトル	中間施設としての機能充実のもと、在宅復帰の取り組み強化の継続を期待したい
	内容	地域包括ケアシステムへの老健施設としての支援は利用者の安全とその心身の機能回復を図り、スムーズな在宅復帰を実現し、また復帰後の在宅ケアへのフォローシステム（併設訪問看護サービスや併設訪問リハビリサービス）の拡充を図ることであろう。平成29年度施設では利用者の機能向上を図り、在宅復帰を促進することに取り組み、平成28年7名に対し、9名の実績を上げ成果を上げている。平成30年度以降も引き続き、医療機関退所者の在宅復帰への中間施設としての機能充実のもと、在宅復帰の取り組み強化の継続を期待したい。