

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

令和6年4月12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 | 大輪 光宏 | 経営 | H2201047 |
| | ② | 伊藤 孝子 | 福祉 | H1401060 |
| | ③ | 高橋 利明 | 経営 | H2101092 |
| | 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ケアタウン成増 | | 指定番号 | 1371902527 |
| 事業所連絡先 | 〒 | 175-0094 | | |
| | 所在地 | 東京都板橋区成増4丁目14番18号 | | |
| | TEL | 03-3939-0763 | | |
| 事業所代表者氏名 | 理事長 坂本 寛 | | | |
| 契約日 | 2023年 8月 22日 | | | |
| 利用者調査票配付日(実施日) | 2023年 11月 17日 | | | |
| 利用者調査結果報告日 | 2024年 1月 18日 | | | |
| 自己評価の調査票配付日 | 2023年 11月 1日 | | | |
| 自己評価結果報告日 | 2024年 1月 18日 | | | |
| 訪問調査日 | 2024年 1月 25日 | | | |
| 評価合議日 | 2024年 1月 25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、聞き取り調査の対象者を選定し、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。

2024年 3月 25日

事業者代表者氏名 理事長 坂本 寛



印

| | |
|---|---|
| 1 | <p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none">1) ご利用者の尊厳2) ご利用者本位のサービス3) 一人ひとりに合った質の高いサービス4) 地域福祉の中心的存在5) 事業経営の透明性 |
| 2 | <p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>ご利用者の立場でサービスの内容が考えられ、尊厳をいつも考慮しながら行動できる人。特に認知症のご利用者に関しては、現在の状況だけでなく、過去の人生経験等を踏まえながら、対応できる人。常に明るく、その場の雰囲気が明るくなる様な人。当施設では「チームケアタウン」を標榜し、部署を超えて様々な場面にて応援できる体制を目標としています。常にチームを意識し、情報共有することが求められます。今年度は特に各職員への権限・役割を増やし、時代とともに対応できる問題解決能力を向上させたい。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>ご利用者にこの施設に来て良かったと思っていただくことを使命感として持つこと。最終的な印象としては、自分の家族を入所させたいと思えることだと伝えています。法人内にて社会貢献のワーキングチームを編成しているが、介護保険事業の実施以前に「地域社会のため」という使命感が大切だと伝えています。</p> |

調査対象

事業者と協議の上、79名の利用者のうち、心身状況が聞き取り調査に耐え得る利用者6名を選定して調査対象とした。実際の有効回答数の年齢は、80歳代2名、90歳以上4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

79

共通評価項目による調査対象者数

| アンケート | 聞き取り | 計 |
|-------|------|-----|
| 0 | 6 | 6 |
| 0 | 6 | 6 |
| 0.0 | 7.6 | 7.6 |

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(%)

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83.3%が「大変満足」または「満足」と回答し、「どちらともいえない」が16.7%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。「食事や食事介助」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設問はすべてにおいて、大変高い満足度であった。特に「生活スペースの清潔な環境」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。
 ＜利用者個人の尊重＞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「プライバシー保護」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」は概ねの利用者が満足とする回答を得られているが、「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 | 6 | 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、「美味しいので何でも食べる」、「食べやすい固さ、温かい、バランスが良い」、「温かくて食べやすいように細かくしてくれる。見たも良く、量は充分」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 | 6 | 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、「自分でできないことをやってもらう」、「手伝ってくれる。背中を流したり着替えを手伝ってくれる」、「入浴は一人でできる。服などを畳んでくれる」という声が聞かれた。 | | | | |
| 3. 施設の生活はくつろげるか | 4 | 2 | 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、「歌うったり、作成したりする。好きなテレビを見たり、のんびり生活している」、「テレビを見ている。毎日楽しい。みんなといろんなお話をする」、「マッサージを定期的に行う。行事が楽しみで、マイペースにのんびり過ごしている」という声が聞かれた。 | | | | |
| 4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 「はい」が50.0%、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が16.7%であった。自由意見では、「よくしてくれる。マッサージなどをしてくれる」、「専門職が気をつけてくれる」、「そうだと思う」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 | 6 | 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、「気持ち良く生活している」、「きれいになっています」、「快適に過ごしている」という声が聞かれた。 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6. 職員の接遇・態度は適切か | 5 | 1 | 0 | 0 |
| 「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が16.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「よろしいです」、「いいと思う」、「気にならない」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 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| 「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が16.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「転んだ時に助けてくれた。何かあっても大丈夫だと思う」、「安心してどの職員にも任せる」、「体調不良やケガはないけど、信頼してる」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 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| 「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が16.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「みなさん静かに平和に暮らしている。何かあれば職員に任せる」、「そのようなことはないけど、止めてくれると思う」、「いさかいなどはないが、職員は対応してくれると思います」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 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| 「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が16.7%であり、大変高い満足度であった。自由意見では、「みんな優しくしてくれる」、「優しくて面倒をみてくれる。話しやすい言葉で話してくれる」、「よく理解してくれている職員がいる」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 | 6 | 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、「気にならない」、「大丈夫です」、「守られていると思う」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 | 3 |
| 「はい」が50.0%、「無回答・非該当」が50.0%であった。自由意見では、「家族と施設に任せている」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 | 3 |
| 「はい」が50.0%、「無回答・非該当」が50.0%であった。自由意見では、「家族と施設に任せている」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 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| <p>「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、「呼んだらすぐ来てくれる」、「気持ち良く対応してくれる」、「大丈夫ですか?」とすぐ来てくれるので助かる」という声が聞かれた。</p> | | | | |
| 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 | 5 | 0 |
| <p>「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が83.3%であった。自由意見では、「他の人はやってる人もいます」、「知らない」という声が聞かれた。</p> | | | | |

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

| | | |
|-----|--|--|
| No. | 共通評価項目 | |
| | カテゴリ1 | |
| 1 | リーダーシップと意思決定 | |
| | サブカテゴリ1(1-1) | |
| | 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7 |
| | 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/>非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/>非該当 |
| | 評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/>非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <input type="radio"/>非該当 |
| | 評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/>非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <input type="radio"/>非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えていく <input type="radio"/>非該当 |
| | カテゴリ1の講評 | |
| | 『ここに来れば、笑顔に成増(なります)！』のキャッチフレーズを周知に努めている 職員に対しては理念やビジョンを入職時の研修で基本方針などの説明、日々の全体朝礼を動画にて全職員が情報共有、フロア会議などでも具体的な事例を話し、理解するようにしている。ホームページや施設内にも掲示し、入居時の重要事項説明書などで利用者、家族への周知に努め、入居後の家族会などでも理念やビジョンについて講話し理解を促している。理念をわかりやすく表現したブランディングキャッチフレーズ『ここに来れば、笑顔に成増(なります)！』を職員で起案し、あらゆる媒体を通じて地域や行政など関係者への周知に努めている。 経営層は目指すべき方向性を示しボトムアップの組織運営に努めている 経営層は目指すべき方向性を示し、法人・施設の具体的な経営課題、方針はリーダー層が中心となって検討し、経営層が出席する会議体で協議決着して、課長主任会議、全体朝礼、グループウェアを通じ全職員に周知している。経営層からのトップダウンではなく、自分たちで考え自分たちで実行するという意識を明確に持てるよう、あらゆる機会を通じて職員の意識改革に取り組んでいる。経営層は、様々な機会を通じて後方から支援し、職員のボトムアップによる施設運営に努めている。 施設の方針や重要な案件は多様な媒体を通じて全職員、利用者、家族に周知している 施設の方針や重要な案件は、毎日の全体朝礼や会議体で、経営が直接に対話し伝えるようにしている。シフト勤務により朝礼に参加出来ない職員に対しても、経営層の訓話を動画撮影し、仕事を始める前に全職員が確実に視聴するよう情報発信するなど、グループウェアを活用し確実な情報伝達に努めている。また、コロナ禍中では、職員が意見を出し合いブランディング動画の作成や、ブランディングのキャッチフレーズ策定など、法人・施設の目標に向け全職員に周知し意思結集を進めている。 | |

| カテゴリー2 | | |
|--|---|---------------------------|
| 2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行 | | |
| サブカテゴリー1(2-1) | | |
| 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している | | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6 |
| 評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している | | 評点(000000) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 5. 事業所の経営状況を把握・検討している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリー2(2-2) | | |
| 実践的な計画策定に取り組んでいる | | サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5 |
| 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している | | 評点(000) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる | | 評点(00) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| カテゴリー2の講評 | | |
| <p>利用者、家族や職員の意見、地域関係先の情報から課題を抽出し事業運営に活かしている</p> <p>日々の活動に加え、毎年家族会を開催してアンケートを実施し利用者・家族の意向要望を把握している。また、職員の意見は、定期的に開催される各部門の会議やワーキングチームなどで積極的に表出される風土が定着している。福祉全体の動向や地域福祉の現状については、都や社協、区の各委員会、地域の社会福祉法人連絡会など様々な会議体に参加して情報を交換している。これらの多岐にわたる情報は施設のテーマ別ワーキングチームで分析検討のうえ取り組むべき課題として施設の事業運営に活かしている。</p> <p>ブランディング導入の法人中期計画に則して職員の思いを単年度計画に反映している</p> <p>法人では、職員の思いを結実させたブランディングを導入した3か年の中期改革を策定し、それに則した単年度計画を展開している。単年度計画策定の前提として、前年度の事業総括を綿密に行い、中期計画の主旨を踏まえ課長主任会議において協議することとしている。また、計画策定にあたっては、諸会議やワーキングチームで職員の意見を集め、それらを積み上げるプロセスを大切にしている。単年度事業計画は理念方針を冒頭に掲げ、事業部門別の実施項目や予算案などに落とし込み、職員の思いを反映したわかりやすい計画を創り上げている。</p> <p>目標達成に向けた動画視聴により全職員で振り返りと課題の共有に努めている</p> <p>単年度計画に基づき、各職員が目標管理シートを作成して半期ごとの目標を設定している。半期ごとに上長と個人面談を行い成果や進捗の確認を実施し、その結果を個々の賞与に反映する仕組みとするなど、計画、実施、検証のシステムや人事考課制度が効果的に機能している。各職員の思いをブランディング導入により具現化して各計画に反映させており、目標達成に向けた動画を全職員が視聴することにより職員のモチベーションを高め、目標への振り返りや課題の共有に努めている。</p> | | |

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

カテゴリー3の講評

職員行動指針などを定め研修や事例検討などを通じて法令遵守や倫理の徹底に努めている

施設では、職員行動指針などを定め、福祉サービスに従事する者として守るべき法・規程・倫理などを明示し、施設内の掲示や職員室に常置していつでも閲覧できるようにしている。職員の入職時研修では必ず、就業規則や職員行動指針などを教材として新人職員への注意喚起を徹底し、在職者に対しても研修機会を設け徹底に取り組んでいる。また、会議や委員会においてもコンプライアンス遵守に関する事例検討を実施したり、研修機会を設けるなどして職員の理解が深まるよう努めている。

苦情や要望は宝として迅速なレポーティングを徹底し組織的改善に取り組んでいる

利用者や家族からの苦情や要望はネガティブに捉えず、苦情や利用者の意向を速やかに把握してスピーディーに経営層に報告し、組織的かつ迅速に対応することを徹底している。苦情・意見・要望連絡票や苦情受付簿の設置や組織的な虐待防止対策によって、組織一丸となって利用者の権利擁護に取り組んでいる。虐待防止への取り組みは、マニュアルをはじめ、虐待の芽チェックシートを活用して職員への注意喚起を促している。さらに「管理者の器を磨く」ことを重視している。

積極的な情報発信と地域ネットワーク参加で地域協働・地域貢献に取り組んでいる

法人では、Webで財務諸表や現況報告書などの詳細を開示、施設の活動状況もきめ細かく発信し、ボランティア、学生など各種団体の受け入れ体制を整備して地域との関係づくりに取り組んでいる。また、施設長は、施設長会、社会福祉法人施設等連絡会、板橋区計画策定委員会、社協、など多岐にわたる地域ネットワークに参画し協働体制構築に取り組んでいる。例えば、区内福祉施設と連携して、水害発生時の避難者移送訓練なども実施している。さらに、法人内にワーキングチームを発足し、現場職員にも参画する意識の醸成に取り組んでいる。

| | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------|--|--|---------------|---------------------------|--|
| 4 | | | リスクマネジメント | | | サブカテゴリ-1(4-1) | | |
| リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる | | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | | | 5/5 | | |
| 評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる | | | 評点(00000) | | | | | |
| 評価 | | 標準項目 | | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | | 1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている | | | | | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | | 2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている | | | | | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | | 3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している | | | | | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | | 4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる | | | | | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | | 5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる | | | | | <input type="radio"/> 非該当 | |
| | | | サブカテゴリ-2(4-2) | | | | | |
| 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている | | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | | | 4/4 | | |
| 評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている | | | 評点(0000) | | | | | |
| 評価 | | 標準項目 | | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | | 1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている | | | | | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | | 2. 収集した情報は、必要な人が必要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>インフラが止まる大規模災害を想定し各種訓練や発電設備などを整えて有事に備えている</p> <p>各種の災害を想定してリスクに関するアセスメントを行い、施設の立地環境に適合した事業継続計画を策定しており、行政(区)と調整しながら随時改定に取り組んでいる。特に、大規模災害時にはインフラが停止することを想定し、ディーゼル自家発電設備を設置するなどの対策を講じて有事に備えている。また、定例の防災訓練では、地震想定や火災想定訓練に加え、特に台風やゲリラ豪雨などに備えた訓練を増やしている。職員への防災教育も充実させ各自がなすべきことを明確にするなど、利用者の安全・安心な暮らしを守るよう努めている。</p> <p>事故や感染症などリスクを回避するシステムを構築し職員一丸となって取り組んでいる</p> <p>施設では、リスクマネジメント関連の各種の委員会において、事故防止や感染症対策など施設運営の実現阻害要因を洗い出し、対応策を策定している。策定した対応策は、課長主任会議、全体朝礼やグループウェアにて全職員が共有できるようにしており、さらに、勉強会やフロア会議などで繰り返し周知している。また、コロナ禍においては、PCへのリモート接続システムで在宅勤務を導入して少しでも感染リスクを極小化するなど、様々なリスクに対して必要な対策を講じ、適宜改善できるよう取り組んでいる。</p> <p>情報媒体に応じた対策を徹底し情報セキュリティ強化に取り組んでいる</p> <p>情報の重要性や機密性を踏まえ、情報管理規程や個人情報保護管理規程などの規程・体制を整備し、職員は勿論、ボランティアや実習生に個人情報保護管理について教育して周知を徹底している。各種情報は、PCや決められた場所に整理保管することし、PCの外部接続も特定のもの以外遮断している。階層別のアクセス権限を設定し重要な情報ファイルにはパスワードや暗号化にてセキュリティ対策を強化している。また、紙ベースの個人情報ファイルはキャビネットに施錠保管するなど、情報セキュリティ対策に徹底して取り組んでいる。</p> | | | | | | | | |

| 5 カテゴリー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 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している | | 評点(〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリー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 | |
| <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

各職員が「やりがい」を持って働ける環境づくりに取り組んでいる

人事考課制度を導入し、職員の育成・評価・報酬が連動した人材育成マネジメントを行っている。目標面談シートに基づき、目標達成のために施設長面談や管理職面談を実施し、職員の意見を聞き、意識ややる気などを面談などを通じて働きがいのある職場づくりに取り組んでいる。職員には一人ひとりの目標管理を行っており、研修や人事考課面談などを通じてキャリアパスの周知に努めている。また、処遇改善加算に合わせて年度毎に各種手当を増やしたり、ブランディングを導入して、各職員がやりがいを持って働ける環境づくりに取り組んでいる。

チームケアタウン成増として情報共有・連携を深め組織力の最大化を目指している

施設全体がチームワークを信条とし多職種が協力する風土がある。「ブランディング」を進める過程において、現場から提案できる環境や風土ができており、職員の「やりがい」に繋がるようになってきている。さらに、コロナ禍においてもオンライン忘年会や職員による書道などの展示会を開催し、今年度はアプリを利用したウォーキング大会を実施するなど、職員間のコミュニケーションを図っている。職員には日頃から声がけなどをして疲労やストレスなどの就業状況を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに努め、組織力の最大化を目指している。

職員が自ら考えて実行に結び付ける組織風土の構築を目指している

施設では、ブランディングを進める過程などで課題や目標を現場から提案できる環境や風土を構築してきた。各職員が自主的に組織や業務の改革改善に取り組み、より良い施設を築きあげようという意識が醸成されつつある。経営層は、これらの取り組みの中で、施設のリーダー層が組織の中核を担う人材に成長してきていると認識している一方、リーダー層を支える次の職員層の一部には、まだまだ「やらされている」感があるとも感じている。ボトムアップによる組織改革をさらに進め、風通し良く活気に満ちた組織の実現を期待したい。

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)

介護業界全体での人材不足を背景に、人材確保や職員のやりがいのためにも、ワークライフバランスの実現を目標とした。残業なく帰宅する環境を確立し、そのための業務改善を念頭に置いている。ワーキングチームでの成果もあり、新しい形での情報発信が更に進んできたと感じているが、地域や利用者に対するサービスに係る情報発信、PR方法などについての改善も目標である。ワーキングチームの活動や各セクションでの計画遂行が各自のモチベーションに繋がるよう計画した。

具体的には、事業を超えたメンバー編成の業務改善委員会で業務の効率化への取組・検討を行う。残業ゼロの実施を目標に掲げ、概ねそのような風土や体制を構築することとした。

業務改善についてはペーパーレスへの取り組みなど、さまざまな課題に優先順位をつけ改善に繋げている。業務改善委員会にてその都度協議して自分たちから変えていく風土ができ、法人全体で、共通のテーマを掲げ効率的に業務を行うことができるようになった。

今後は、各々の個人目標を一つずつ達成していくことで全体の目標達成に繋げていきたい。また、今後はトップダウンではなくボトムアップによる組織運営を強化し成果を広げていきたい。

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

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

業界全体での人材不足を背景に、施設では人材確保や定着のためにも、ワークライフバランスを重視した組織づくりに取り組んでいる。経営層から具体的な指示をするのではなく、職員が自ら考え委員会で業務効率を検証して改革改善策を立案し、経営に提言して実行する。ここでの取り組みは、単なる働き方改革を超越し、言わば「働きがい改革」を断行しているものと言っている。職員が、「やらされ仕事」に費やされてしまうのではなく、「自分事化した仕事」となるよう意識改革、組織改革を進めており、まさに経営と職員が「志＝こころざし」を共有するパーパス経営の実践に取り組んでいる。目標や成果に向かう動機づけを、飴とムチによる「外発的動機づけ」ではなく、「自分事として」信念をもって目標に向かう「内発的動機づけ」を重視し、職員の意識改革、行動改革をすすめている。また、道半ばではあるが成果は確実に現れているとのことで、今後の取り組みに期待したい。

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

新型コロナウイルス感染拡大下における、利用者・職員の感染者発生時のリスク低減を目指し、感染症対策における法人内での事業部門を超えた協力体制の強化を目標課題とした。
当施設にて新型コロナウイルス感染症の発生時には感染症委員会を随時開催し対応策の検討を行い、状況により他部署からの応援体制を構築した。在宅ワークに向けた環境を整備し、濃厚接触者となった職員が自宅勤務にて施設内業務をフォローできる体制とした。取り組みの結果、クラスター発生により職員体制が厳しい時もあったが、他部署を含めた応援体制と都度の感染対策構築により、乗り越えることができた。今後も、新型コロナウイルス感染者発生時に、一部の職種に業務が集中しすぎないような体制づくりに取り組みとしている。

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

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

施設では、新型コロナウイルス感染拡大下における、利用者・職員の感染者発生時のリスク低減を目指し、感染症対策における法人内での事業部門を超えた協力体制構築を課題とした。
新型コロナウイルス感染症の発生時には感染症委員会を随時開催して対応策の検討し、その発生部署の状況により必要に応じて他部署から弾力的に応援するよう体制を構築した。また、施設PCへのリモートアクセスにより在宅ワークの環境を整備し、濃厚接触者となった職員が自宅勤務にて施設内業務をフォローできる体制もとっている。
取り組みの結果、クラスター発生により職員体制が厳しい状況下でも他部署を含めた応援体制と都度の感染対策構築により、乗り越えることができたとしている。今後も、一部の職種に業務が集中しすぎないような体制づくりに取り組むこととしている。

II サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

| No. | 共通評価項目 | | |
|---|---|---------------------------|-----|
| サブカテゴリー1 | | | |
| 1 | サービス情報の提供 | サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 | 4/4 |
| 評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している | | 評点(〇〇〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している | <input type="radio"/> 非該当 | |
| サブカテゴリー1の講評 | | | |
| <p>施設の情報はさまざまな方法で伝えられている</p> <p>施設の情報はホームページ、パンフレット、広報誌などから得ることができる。パンフレットには基本理念や事業概要が写真付きで掲載され、地域での総合型高齢者施設としての役割を担っていることが示されている。広報誌は職員向けの季刊誌「スマイルリレー」と行事などの利用者の様子が掲載されている「たんぼぼ通信」がある。通信は年4回発行され、特養の家族、デイサービスの利用者、ボランティア、見学者へ配布している。ホームページには広報ワーキングチームがブログ、Instagramに投稿し、利用者の様子や職員向けに情報を提供している。</p> <p>ショートステイの空床利用は稼働率向上に貢献している</p> <p>入所申し込みは施設に直接行い、申込書は希望者には郵送して、施設のホームページよりダウンロードすることもできる。年に1～2回、亡くなった方や他施設に入所された方の連絡が板橋区から入り、生活相談員が待機者の管理をしている。昨年度の稼働率は97.1% (ショートステイを含む) で目標率99%には少し届いていない状況である。ベットが空いてから次の方が入所するまでの期間は約2週間で、ショートステイの空床利用は頻繁にあり、稼働率向上に貢献している。</p> <p>コロナ禍での見学は施設紹介動画を用いて実施している</p> <p>板橋区への入所などの状況報告や月1回の空き情報回答などを通して、常に情報提供をしている。また、社会福祉協議会の生活相談員会へ出席し、情報交換を行っている。コロナ禍では居室やフロアの見学が難しいため、見学を目的とした施設紹介動画を作成し、その動画を用いてパンフレットと共に説明をしている。入所が決まっている場合には、感染症予防対策を十分に配慮し、居室の見学を実施しているが、通常ではまだ居室やフロアの見学は中止となっている。入所相談や問い合わせはほとんどが家族からである。</p> | | | |

| サブカテゴリ-2 | | サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 | 6/6 |
|---|--|----------------------|---------------------------|
| 2 | サービスの開始・終了時の対応 | | |
| 評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている | | 評点(〇〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| 評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている | | 評点(〇〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| サブカテゴリ-2の講評 | | | |
| <p>必ず事前面接を行い、利用者の情報収集を十分に実施している</p> <p>入所の案内ができそうなタイミングで事前面接へ行っている。事前面接には生活相談員と介護職員(介護主任・副主任・フロアリーダー)とで自宅、老人保健施設、病院へ訪問している。訪問時の情報はフェースシート(写真付き)やADL表(アセスメントシート)へ記録し、心身状況を把握している。家族には入所1~2週間前に施設に来てもらい、契約書、重要事項説明書などを説明し、署名・押印をもらっている。また、入所時に「ケアプラン作成についてのアンケート」を用いて、食事・入浴・排泄・移動動作・リハビリについて聞いている。</p> <p>入所時に家族からアンケートをとり、暫定ケアプランに活かしている</p> <p>情報収集は十分に行っているが、ケースによっては入所前2週間程度、ショートステイとしてお試し期間を設けている。また、「ケアプラン作成時についてのアンケート」では利用者・家族の意向や終末期の対応について聞いており、看護サマリーも合わせて参考にしながら、暫定ケアプランを作成して入所時に説明し、署名・押印をもらっている。新規利用者の情報はフェースシート、ADL表をパソコン上へ記載し、同時に紙ベースでも回覧している。利用開始時には、多職種で声かけを多くし、様子観察を密にしてコミュニケーションを取っている。</p> <p>看取り後には関わった職員で振り返りをし、次の事例に活かしている</p> <p>契約時には意思確認書を用いて緊急時の連絡先や対応、延命治療について説明をしている。利用者の状態によっては病院を紹介し、看護サマリーなどで利用中の様子を伝え、支援の継続性に配慮している。昨年度のサービス利用終了者数は25名で、長期入院者4名、逝去者21名である。逝去者の内、14名が施設での看取り介護を受けている。看取りの時期がくると、医師から家族へ状況説明があり、各専門職が参加してカンファレンスを開き、看取りを希望するかどうかの意向を聞いている。看取り後には振り返りをして次の事例に活かしている。</p> | | | |

| サブカテゴリ-3 | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 10/10 |
|---|---|------------------|-------|
| 3 | 個別状況に応じた計画策定・記録 | | |
| 評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している | | 評点(〇〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●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) | |
| 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 | | ○非該当 |
| ●あり ○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 | | ○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 | | | |
| 定期的にケアプランの短期目標をモニタリングし、達成度を記録している 入所時にはフェースシート、ADL表、看護サマリーをもとに、初回暫定ケアプラン、栄養ケア計画、機能訓練計画を作成し、利用者・家族へ説明をして署名・押印をもらっている。入所1か月後に暫定ケアプランを見直し、本プランを作成している。アセスメントシート(ADL表)はケアプランの見直し時期に合わせて、6か月に1回確認をし、変更があった時点で各職種が入力している。また、6か月に1回、モニタリング総括表を用いて、ケアマネジャーが各職種に確認しながら、ケアプランの短期目標の達成度を記録している。 | | | |
| 職員の会議とは別に利用者・家族との面談の機会を設け、ケアプランの説明をしている 6か月に1回、サービス担当者会議を開催し、ケアプラン見直しをしている。基本的には退院時や大きく状態変化があるときにも見直しをしている。サービス担当者会議は第1・3水曜日に開催し、1回7~8ケースのケアプランを1時間程度かけて多職種で検討している。家族には会議の前に、ケアプランについてのアンケートをとっており、意向を聞き、ケアプラン1表に記述している。また、会議とは別に半年に1回ケアマネジャーと管理栄養士が立ち合い、利用者・家族と面談の機会を設け、ケアプランの説明をして署名・押印をもらっている。 | | | |
| 記録のICT化により多職種との情報共有がスムーズになっている 記録のICT化により多職種との情報共有がスムーズになっている。加えて服薬する薬のデータベースを作成し、調剤薬局、医師、施設との情報共有が可能となっている。ケース記録には全職種が記述しており、通常は黒、ケアに関する注意点は赤、環境に関する注意点は青と色分けをしてわかりやすく記録している。ケース記録の中にケア指示書があり、例えば事故が起こった際に〇〇しましょうという指示が書かれ、全職種で情報共有している。朝礼の様子をタブレットで動画を撮り、参加ができない職員に対して、後から見るようにしている。 | | | |

| サブカテゴリ-5 | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 5/5 |
|---|---|------------------|---------------------------|
| 5 | プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | |
| 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | 評点(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>利用者の個人情報保護やプライバシー保護については配慮されている</p> <p>法人として、「個人情報保護規定」を設定しており、契約時に「個人情報保護に関する方針」を家族へ説明をして、「個人情報の使用に関する同意書」に署名・押印をもらっている。ホームページや会報誌の写真掲載については、「写真の取り扱いについてのお願い」で意向を聞いている。職員へは入職時のオリエンテーションで説明をし、誓約書を取り交わしている。また、権利擁護の研修の際に、個人情報保護の取り扱いやプライバシー保護について周知し、関わる上での重要性を自覚してもらうようにしている。</p> <p>家族から生活歴を聞き、家での生活習慣を尊重した支援を行っている</p> <p>利用者宛での郵便物の取り扱いについては、入所時に介護保険関係書類などは開封して良いかを確認し、必要に応じて申請書などの提出支援を行っている。その他の物は毎月、請求書と一緒に家族へ送付している。利用者のプライバシーや羞恥心に対する配慮は、入浴介助、排泄介助対応マニュアルに沿って取り組んでいる。また、板橋区の苦情相談訪問員が3~4か月に1回来所し、利用者とは直接話をして、その内容を相談員へフィードバックしている。さらに、家族から生活歴を聞き、できるだけ家での生活習慣を尊重した支援を行っている。</p> | | | |

| サブカテゴリ-6 | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | 5/5 |
|---|--|------------------|-----|
| 6 事業所業務の標準化 | | | |
| 評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている | | 評点(〇〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている | ○非該当 | |
| ●あり ○なし | 2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている | ○非該当 | |
| ●あり ○なし | 3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している | ○非該当 | |
| 評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている | | 評点(〇〇) | |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている | ○非該当 | |
| ●あり ○なし | 2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている | ○非該当 | |
| サブカテゴリ-6の講評 | | | |
| <p>三大介護のマニュアルについては動画が用意されており、新人研修では役立っている</p> <p>各種マニュアルや手順書は整備され、パソコン上や紙ベースで各係や各階のワーカールームへ設置して、業務点検の手段として活用している。マニュアルについては主に、機械浴の使い方、おむつ交換、食事介助などの三大介護について動画が用意されており、新人研修では大いに役立っている。また、マニュアルは現場においては随時見直しされ、グループウェアで周知している。定期的には年度替わりに見直しをして、事業計画や事業報告に掲載している。ケアがマニュアル通りに行われていない場合には、フロアリーダー、副主任、主任が指導している。</p> <p>各会議で出た職員の意見などがマニュアルに反映されている</p> <p>毎月1回、動画やZoomを活用した勉強会を開催し、外部研修の報告や外部の業者に依頼した講習など、内容の充実を図っている。法人全体の業務改善委員会やワーキングチーム(職員育成強化、地域交流・広報強化)を中心に研修内容の充実などのさまざまな取り組みを進めている。単年度計画に基づき、各職員の半期の目標を設定している。また、半期ごとに成果や進捗の確認を上長と行っている。月1回、課内で会議を行い、業務改善、サービスの内容について意見や提案がされ、それらがマニュアルの変更に反映されている。</p> | | | |

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

| | | サブカテゴリ4 | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|--|----|------|--|---------|----------------------------|------|---------|--------------------------------------|------|---------|---|------|
| サービスの実施項目 | | サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 43 / 43 | | | | | | | | | | | | | |
| <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 style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></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 style="text-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 style="text-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 style="text-align: right;">○非該当</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 評価項目1の講評 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>モニタリング評価表を用いて見直しを行いケア指示書を活用して支援を行っている</p> <p>ケアプランを立案する際には、転倒・転落のリスクに注意しながら、現実的にできることを折り込み、はっきりとできないとわかっていることは、プランに入れないようにしている。また、ケアプランに基づき、モニタリング評価表を用いて見直しをし、ケア指示書などを活用して支援を行っている。ケアプランはサービス提供が導き出せるようにわかりやすい内容になっているが、一方でケアプランに具体的なケア内容をもう少し取り入れることが望まれる。職員へはケアプランの必要性について、その都度ケアマネジャーが伝えており、理解していると思われる。</p> <p>多職種が協力する風土があり、連携がとれている</p> <p>サービス担当者会議へは生活相談員、介護職員、管理栄養士、看護師、機能訓練指導員、ケアマネジャーが参加し、利用者の生活について検討している。利用者・家族の意向はケアマネジャーが聞き取りをしてプランの第1表へ記述しており、課題分析も行われている。グループウェア、介護記録ソフト、朝礼動画配信、インカムなどを積極的に活用し、タイムリーに情報共有ができる環境がある。また、施設では「チームケアタウン」を掲げ、施設全体がチームワークを信条としており、多職種が協力する風土があり、連携がとれている。</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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 style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 65%;">標準項目</th> <th style="width: 20%;"></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 style="text-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 style="text-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 style="text-align: right;">○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 | | | | | | | | | | | | | |
| 評価項目2の講評 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>栄養ケア計画に基づき、利用者の状態に合わせた食事を提供している</p> <p>利用者の食事の提供は、アセスメントシートで得た情報を基に、栄養ケア計画、施設サービス計画、経口維持計画が作成され、それぞれの計画に沿った食事の提供が行われている。また、食事形態としては、常食、常食カット、ソフト食、ゼリー食などの食形態を提供している。利用者の状況変化に注視しながら、栄養状態を把握し利用者の嚥下状態、摂食状態などを介護職、管理栄養士、看護師、訪問歯科医など、多職種間でモニタリングを行い、利用者が安全に食事を摂れるようさまざまな支援を行っている。</p> <p>栄養ケアマネジメントを行い、利用者の栄養状態を把握し低栄養状態の改善を図っている</p> <p>定期健診での採血や毎月の体重測定から、アルブミン値、BMI値を算出して、利用者一人ひとりの栄養ケアマネジメント計画を管理栄養士が作成している。また、スクリーニングやモニタリングは高リスクは月2回、中リスク・低リスクは月1回の頻度で実施し、多職種で状態の確認を行っている。さらに、食事摂取量の減少が見られる場合には看護師と相談し、高カロリー栄養食や栄養補助飲料を導入して栄養を補給するほか、嚥下や食事摂取の状態を確認して食べやすい形態や濃度、介助方法などを検討し、利用者に合わせて状態改善を図っている。</p> <p>利用者が安全に経口摂取が続けられるよう多職種間で連携して取り組んでいる</p> <p>管理栄養士はミールラウンドを行い、食事の摂取状況や嗜好調査のほか、嚥下の状態も確認している。機能が低下している利用者に対し、多職種で対応を検討して経口維持計画表を作成している。また、歯科医師に確認する必要があると判断した場合は、月1回嚥下指導の歯科医師に相談し、状態を診てもらっている。さらに、口腔内の環境を整え、経口での食事摂取を継続できるよう多職種の連携を強化しているほか、利用者に応じてとろみ付けやゼリー、プリン、アイスなど好みの物を食べてもらい経口摂取が維持できるよう支援している。</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3 評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている | | 評点(〇〇〇〇) |
|---------------------------------|--|----------|
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている | ○非該当 |

評価項目3の講評

利用者の嗜好を把握し、利用者においしく食べてもらう工夫が行われている

施設では年1回嗜好調査を実施しているほか、管理栄養士がラウンドを行い、利用者の様子から嗜好や残渣の反応を見ながら、日々の献立に取り入れるなど、利用者の意向を具体的に反映させている。また、利用者が自分の好みで選べる選択食を月2回取り入れており、主菜の肉か魚メニューの2種類から選べる機会を設けている。さらに、行事食として月1回以上を季節のもの、月1回をご当地メニューとしている。イベント食として年3回程度、特別料理や職人による実演(握り寿司やそばなど)を行うなど、楽しみのある食事の提供に力を入れている。

利用者の状況に合わせた食事提供が行われている

食事提供については衛生管理面から2時間以内での提供としている。食事の開始時間は基本的には同じ時間から開始しているが、外出や受診などの場合は利用者の状況に応じて個別に対応している。また、利用者の状態に応じては、食事の提供時間を前倒して開始し、ゆっくりと余裕を持って召し上がってもらい、食事が終わる時間が他の利用者と同じ時間になるよう、利用者にとストレスとならない配慮が行われている。さらに、利用者の体調によっては居室での食事対応もっており、利用者の希望や身体の負担とならない方法を検討し、食事提供にあたっている。

利用者同士の人間関係に配慮し、介護や見守りの必要性などを考慮して決めている

食事の席は利用者の身体状況や利用者同士の相性、介護や見守りの必要性などを考慮して決めている。食事の配膳は利用者が座席に着いてから行うように心がけており、適温での喫食ができるように配慮している。また、配膳時はメニューを説明しているほか、食べやすい位置にセッティングして自力での摂取を支援している。食事介助が必要な利用者は介護職員が付き、嚥下状態を見守ることになっている。外出や受診などにより食事の開始時間が遅れた場合は食べる直前に温めて提供するなど、利用者に応じた個別の対応が行われている。

| 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(〇〇〇〇) |
|---------------------------------------|---|----------|
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている | ○非該当 |

評価項目4の講評

利用者一人ひとりに応じた入浴支援を多職種と連携しながら実施している

施設の入浴形態として、個浴、リフト浴、寝台浴の3種類の浴槽が用意されており、利用者のアセスメントに応じて残存機能に配慮した入浴支援を行っている。また、実際の入浴の様子や本人の希望を確認し、機能訓練指導員や介護職などが自立性や安全性などを考慮して入浴形態を決定している。さらに、利用者の機能低下が見られた場合には、立位、座位の残存機能を活かした状態に合わせた介助方法を多職種で検討して浴槽形体の移行を実施している。現在、新たな機械浴の導入や個浴を増やしたことにより、利用者は自身のペースで入浴する人が増えている。

利用者の健康状態や気持ちの変化などを把握し、適切な入浴支援が行えるよう努めている

週に2回の入浴を基本としており、入浴の管理は週間予定表が作成されている。入浴時には事前にバイタルチェックを行い、身体や皮膚状態に異常があった場合は、看護師が確認し適切な処置を行っている。また、利用者への羞恥心への配慮として、脱衣室内にプライバシーカーテンを設置し、脱衣の際もバスタオルで覆い肌の露出を極力減らすなど、プライバシーへの配慮が行われている。さらに、入浴の拒否が見られた場合には、利用者の状態に合わせ、声かけのタイミングなど無理強いすることなく、利用者に合わせて支援を行っている。

清潔を保持するだけでなく、入浴の時間を楽しめる工夫が行われている

利用者が快適に入浴を楽しむことができるよう、利用者の意向や体調に配慮しながら入浴支援を行っている。また、入浴時は職員と利用者が個別にコミュニケーションを取れる場所でもあり、職員と会話を楽しむ時間を大切にすると、ゆっくりとリラックスした入浴時間となるよう努めている。さらに、季節を感じてもらおうよう菖蒲湯やゆず湯など、香りを楽しみながら入浴を行ってもらおう季節湯のほかに、毎週日曜日はデイサービスセンターのヒノキ浴槽を使って入浴を楽しむなど、清潔を保持するだけでなく、入浴の時間を楽しめる工夫が行われている。

| | | |
|--|---|----------|
| 5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている | ○非該当 |
| 評価項目5の講評 | | |
| <p>個別の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄ができるよう排泄支援に努めている</p> <p>アセスメントを基にトイレでの排泄が維持できるよう多職種で検討しケアプランを作成している。また、排泄チェック表を用いて個々の排泄リズムを把握している。また、便秘傾向のある利用者には乳酸菌飲料やヨーグルトなどの発酵食品を積極的に摂取してもらうほか、適切な水分量、食事量の管理などに努めている。さらに、利用者の意向や機能訓練指導員のADLの評価をもとに立位、座位保持が可能な場合には、声がけに留意しながらトイレ誘導を実施している。</p> <p>利用者の羞恥心に配慮し、利用者の排泄支援が最適化できるよう努めている</p> <p>トイレ誘導の際は耳元で声がけをし、他者に聞こえないようにするなど、利用者のプライバシーに配慮している。介助時はドアやカーテンをきちんと閉める、肌の露出は最小限にするなど、羞恥心への配慮を行っている。また、同性介助は希望があれば対応しているが、夜間帯については担当する職員がプライバシーへの配慮を行い、適切に排泄支援を行っている。さらに、排泄ケアの際は利用者一人ひとりの排泄量や回数、皮膚の状態などを排泄チェック表で管理し、職員間で情報共有を図りながら、利用者の排泄支援が最適化できるよう努めている。</p> <p>排泄マニュアルの整備や定期的な排泄研修を実施し、職員の支援の質の向上を図っている</p> <p>施設では排泄マニュアルが整備されており、職員がいつでも手に取って確認できるよう配置されている。マニュアルには手順だけでなく、排泄の意義や介助の留意事項なども盛り込まれており、支援の標準化が図られている。また、年1回は提携するオムツメーカーと連携して、排泄に関する研修を実施し、介護職員のスキルアップに努めている。施設内のトイレ清掃にあたっては、清掃職員が衛生面や臭気に配慮して衛生作業を行っているが、日々の対応は介護職員が次亜塩素酸などの消毒薬を使用し、その都度清掃をして清潔保持に努めている。</p> | | |
| 6 評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | 評点(〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている | ○非該当 |
| 評価項目6の講評 | | |
| <p>利用者の身体機能を評価し安全な自立移動を支援している</p> <p>施設内での移動方法は入所時のアセスメントに基づき、機能訓練指導員が中心となり介護職員と連携を取りながら決定している。利用者の移動は自立歩行・手引きによる介助歩行・歩行器・杖・車椅子などで支援しており、利用者の移動動作・関節可動域など利用者の状態に応じた移動方法を選定している。また、施設サービス計画書に移動支援を明示して日々の支援に反映できるよう努めている。さらに、ADLの低下により移動が困難になった場合には、福祉用具の選定を行うなど、利用者の安全性を最優先に取り組んでいる。</p> <p>機能訓練指導員や介護職が連携し、利用者の残存機能を活かした支援を行っている</p> <p>利用者の移動、移乗、車イス操作などが安全かつ残存機能を活かして行えるよう、機能訓練指導員を中心に介護職員と連携しながら支援に努めている。特に重度化により移乗などが困難な利用者に関しては機能訓練指導員からアドバイスをもらい、安全でスムーズな移乗方法を検討して支援に反映させている。また、必要であれば2人介助を行ったり、トランスボード、リフトを使用するなど、柔軟な対応を図っている。さらに、生活リハビリを中心として、残存機能を活かしてベッド上での座位保持や安全な歩行など、自立した移動に取り組んでいる。</p> <p>定期的な福祉用具の清掃、点検により、利用者が安全で快適に使用できるようにしている</p> <p>車椅子やシルバーカー、杖などの点検は利用者が使用しない時間帯を見計らい、順番に点検を実施し空気圧やブレーキなどの問題があればその場で対処している。また、汚れや破損がひどい場合は専門業者に修理を依頼して、利用者が安全で快適に使用できるように努めている。さらに、利用者の車イス操作などが安全に行えるよう、車イスでのシーティングやポジショニングなどの検討も行い、利用者の快適なポジショニングや姿勢などが決定した場合には、その内容を記録に残し職員間で共有しながら支援にあたっている。</p> | | |

| | | |
|---|--|-----------|
| 7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている | | 評点(〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 福祉用具は、定期的の使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている | ○非該当 |
| 評価項目7の講評 | | |
| <p>機能訓練指導員を中心に、多職種協働で機能訓練計画を作成、見直しを行っている</p> <p>施設の機能訓練指導員は看護師が務めており、利用者の日々の生活を踏まえて施設サービス計画書に機能訓練の目標を立て、利用者の希望に合わせた訓練を行っている。具体的にはトイレで車イスから便座へ移乗したり、自分で更衣をする際には、職員の介助は適度にとどめ、なるべく利用者の残存能力を活かし、日常生活の中で活かせる訓練に主眼を置いて取り組んでいる。また、機能訓練の評価・見直しは施設サービス計画書に合わせて6か月毎に行われており、訓練の内容や評価については多職種で情報共有を図っている。</p> <p>機能訓練プログラムを生活の中で生かせるよう、機能の維持に取り組んでいる</p> <p>利用者が日々の生活の中で活かすことができる動作を中心に生活リハビリとして行っている。移動動作、移乗、つかまり立ちなどの基本動作をはじめ、トイレまでの短距離移動、自助具を使用した食事、入浴時の更衣など施設の日々の生活で活かすことができる支援に努めている。また、食事前の集団体操や口腔体操、アクティビティでの体を動かす活動など、さまざまな生活の中に訓練を取り入れている。さらに、毎週外部の音楽療法士より音楽の持つ特性を活用したプログラムを基にリハビリを実践している。</p> <p>福祉用具の定期点検を行っているがチェック表などを設けることが望まれる</p> <p>利用者の高齢化や介護度の重度化が進んでいるため、さまざまな福祉用具を活用して移動支援を行っている。介護職員が月1回、車イスのタイヤの空気漏れ、ゴムのすり減りなど福祉用具を点検しており、不具合がある場合は専門業者に修理を依頼している。また機能訓練指導員、看護師・管理栄養士などの専門職が連携して、褥瘡防止のためのエアマット、クッション、除圧マット、車イスのシーティングや体位変換クッションの使い方など、利用者個々に合った援助を行っている。現在、福祉用具を点検する際のチェック表がないことから、今後の改善が望まれる。</p> | | |
| 8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている | | 評点(〇〇〇〇〇) |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている | ○非該当 |
| 評価項目8の講評 | | |
| <p>嘱託医と看護師などが連携しながら利用者の健康管理や支援にあたっている</p> <p>年1回の健康診断をはじめ、医師や歯科医師による定期回診、日々のバイタルチェックなどを行い、利用者の健康状態の把握や病気の予防に努めている。具体的には看護師による毎朝のラウンドでの日常的な健康管理と共に、嘱託医による内科回診を週1回、歯科医による回診を週1回実施しており、回診時に担当医からの指示に基づき利用者に応じた健康管理が行われている。利用者の受診が必要な場合は看護師が同行するなど、主治医や協力医療機関、受診病院との連携が行われている。</p> <p>服薬管理システムを導入し、看護師とシステムによる相互チェックを行っている</p> <p>服薬管理にあたっては「服薬管理システム」を導入しており、配薬、服薬までダブルチェックを基本として誤薬防止に努めている。服薬にあたってはQRコード端末で薬のQRコードと利用者の食札にあるQRコードをチェックしてデータの照合を行い、名前を呼びながら配薬を行っている。さらに、飲み込むまでの確認を行い、誤訳や落薬の防止に努めている。また、与薬は薬局から2週間分の定時薬が一包化されて搬入される。医務課において利用者ごとに分け、2週間分を配薬カートにセットし、各階のケアステーションに配置し施錠管理を行っている。</p> <p>利用者の体調の変化に迅速に対応する仕組みが整えられている</p> <p>利用者の急変時や事故発生時には、看護師の判断により、救急搬送などの対応を決めている。夜間帯は看護師によるオンコール体制を取っており、いつでも看護師に連絡ができる体制が構築されている。また、看護師と嘱託医(主治医)との連携や協力医療機関、受診病院との連携により、利用者の急変時における適切な対応が図れている。さらに、看取り介護が円滑に実施できるよう計画書の作成を行い、定期的なカンファレンスを行っている。施設では、定期的な看取り介護の研修を実施するなど、利用者の気持ちに寄り添った看取り介護に取り組んでいる。</p> | | |

| | | |
|---|--|------|
| 9 | <p>評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p> | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている | ○非該当 |
| 評価項目9の講評 | | |
| <p>更衣支援により生活のリズムの確立と清潔保持に努めている</p> <p>日常生活にメリハリをつけて過ごしてもらえよう、基本的には更衣を行っている。利用者一人ひとりの更衣の状況はアセスメントにより把握しており、更衣支援は、利用者の希望や状態により個々の支援に努めている。また、自立支援に向けて自立の利用者には、自身で着替えをしてもらい、介助が必要な利用者にはできる限り自力での着替えを促し、生活のリズムの確立に取り組んでいる。さらに、拘縮などの身体状況や利用者・家族からの意向により、更衣支援が滞る場合には、衣類の汚れの状況や週2回の入浴時での全更衣により清潔保持に努めている。</p> <p>モーニングケアや訪問理美容など清潔や身だしなみを整える支援を行っている</p> <p>起床時のモーニングケアとして、自立して行える利用者に関しては、声かけなどにより、洗面所にて洗顔、整髪を行ってもらい、介助が必要な利用者には、ホットタオルを使用して顔・手の清拭を行い、電気シェーバーで髭を剃るなどの支援を職員が行っている。また、身体を起こすことが困難な利用者には、必要以上の負担を与えないよう、臥床状態のまま整容支援を行っている。さらに、訪問理美容サービスは、美容が月2回、理容が月1回行われており、毎月の予定を掲示して希望により利用できるようにしている。</p> <p>夜間は良質な睡眠がとれるように、利用者それぞれに合わせた支援に取り組んでいる</p> <p>日中はなるべく離床を心がけ、レクリエーション・オンラインレク・クラブ活動・体操など、さまざまなアクティビティへの参加を促すなど、活動性の高い過ごし方を勧め安眠につなげている。スキントラブルのない利用者には、夜間不必要な排泄介助は行わないように心がけ、安眠の継続に配慮している。また、不眠が続く利用者には、経過観察などから日々の睡眠時間や起床時間を把握し、安定した入眠時間が取れるよう睡眠支援に努めている。巡回は20時から1時間置きに行い、巡回時には居室内の照明などに留意している。</p> | | |
| 10 | <p>評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> | |
| 評価 | 標準項目 | |
| ●あり ○なし | 1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている | ○非該当 |
| 評価項目10の講評 | | |
| <p>利用者の意思を尊重し、意向に応じた生活が送れるように支援している</p> <p>自宅に近い環境で過ごしてもらえよう利用者の意向を尊重し、一定のルールのもとに、これまでの生活習慣に考慮した、その人らしい時間を過ごせるように対応している。特に健康面に問題がなく医師の許可があれば、飲酒や喫煙も可能としている。また、毎週1回移動販売車が来訪して、利用者は思い思いの嗜好品を自由に購入しているほか、障害者施設が販売するパンも購入している。さらに、居室には馴染みの愛用品や携帯電話などを持ち込み、できるだけこれまでの生活が継続できるようにしている。</p> <p>ボランティアの受け入れを行い、多彩なクラブ活動や定期的なイベントを開催している</p> <p>積極的なボランティアの受け入れを行い、多彩なクラブ活動や定期的なイベントを開催している。また、利用者の意向を取り入れ、利用者の生活が豊かになるプログラムを多数実践している。具体的にはお花見や端午の節句、夕涼み会、納涼会や敬老会など、1年を通してさまざまな季節の行事を開催している。利用者の生活に潤いを与え、季節の移ろいを実感できる機会となっている。文化クラブ・書道クラブ・生花クラブ・健康音楽クラブ・体操クラブなど、複数のクラブ活動を実践している。さらにオンラインによる傾聴ボランティアや朗読なども行われている。</p> <p>認知症の理解に努め、利用者に寄り添った支援に取り組んでいる</p> <p>施設では認知症利用者への専門性の高い支援ができるよう、認知症研修や実践者研修、リーダー研修、虐待防止研修、アンガーマネジメント研修などに参加し、認知症利用者への理解を深め、技術力の向上に向けた取り組みが行われている。また、認知症のある利用者や不穏な状態が表れた利用者の対応はアセスメントや家族などからの情報を参考しながら多職種で連携を図り支援にあたっている。支援にあたる介護職員は利用者の話にじっくり耳を傾け、利用者が安心できる環境を作りながら利用者に寄り添った支援に取り組んでいる。</p> | | |

| | | | | |
|--|--|--|----------------|---------------------------|
| 11 | 評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | | 評点(〇〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 | | |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している | <input type="radio"/> 非該当 | | |
| 評価項目11の講評 | | | | |
| <p>感染症が5類になり、外出やボランティア受け入れを少しずつ再開している</p> <p>コロナ禍前には定期的に宿泊・日帰り旅行、外食などを実施していたが、コロナ禍では中止となっている。感染症が5類になってからは、近くの公園、氷川神社へ少人数(3~4人)で散歩したり、誕生日月の利用者とランチビュッフェへ行って楽しんでいる。また、施設は地域にとっても密着しており、「子ども食堂」、「認知症カフェ」、「ランチ倶楽部」などにボランティアが参加し、地域の方々も多く来所している。コロナ禍ではお弁当を届けるなどの工夫をしており、現在ボランティアの受け入れを再開しているところである。</p> <p>地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている</p> <p>法人として地域貢献ワーキングチームを設置し、幼稚園・児童館・小学校との交流会を積極的に行っている。施設内にて地元福祉園、小学校などの作品を展示し、展示会として地域の方に公開していたが、今年度は中止となっている。また、地域住民、福祉園の利用者、特養・デイサービスの利用者が参加して地域交流ポッチャ大会を開催していたが、今年度は中止となっている。その他に中学生の職場体験、地域図書館とオンラインでの交流会、「元気になりますフェスタ2023」へ作品を展示するなど、地域との交流に力をいれている。</p> | | | | |
| 12 | 評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている | | 評点(〇〇〇) | |
| | 評価 | 標準項目 | | |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている | | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している | | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している | <input type="radio"/> 非該当 | | |
| 評価項目12の講評 | | | | |
| <p>感染症が5類になってからの面会はルールを設けて、柔軟に対応している</p> <p>生活相談員から定期的に家族へ連絡を入れ、ホームページのブログやインスタグラムに行事などの様子を掲載している。年4回、広報誌を家族へ送付し、利用者の様子を伝えている。また、健康状態の変化や事故があった場合には、速やかに電話で伝えている。コロナ禍では定期的に利用者の写真を送付し、少しでも家族の安心を得られるように努めている。コロナ禍での面会は、アクリル板越しと面会オンライン面会を実施している。現在は予約制で、2週間に1回とルールを設けて、柔軟に対応している。希望があればオンライン面会も可能である。</p> <p>年2回家族会を開催し、意見・要望を聞く機会を作っている</p> <p>コロナ禍前には、毎月の外食や年3回のバスハイクなどの参加によって家族と外出する機会や納涼祭、敬老会など利用者、家族、職員と一緒に楽しめる行事があったが、今年度はまだ、すべて中止となっている。また、コロナ禍前には年2回、家族会(9月活動報告、3月制度改正の説明など)を実施している。家族が参加しやすいように日曜日に実施し、約60%~70%の家族が参加している。家族会の際にはアンケート用紙を配布し、意見・要望を聞いている。欠席者には用紙を郵送し、調査結果はまとめて家族へフィードバックしている。</p> | | | | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み① | | |
|--------------------|--|------------------------------|
| 評価項目 | 3-3-2 | 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている |
| タイトル① | 地域福祉の中核を担う立場で地域協働・地域福祉への貢献に努めている | |
| 内容① | 施設長は、地域の施設長会や社協、など多岐にわたる地域ネットワークに参画し協働体制構築に取り組んでいる。板橋区の計画策定委員に参画し、また、地域の社会福祉法人施設等連絡会を発起人となって立ち上げるなど、地域福祉の中心的存在として活動している。同連絡会では、例えば、区内福祉施設各所と連携して水害を想定した合同の防災訓練を企画し、水害発生時の避難者移送や他施設からの応援派遣の訓練を実施するなど地域ネットワークにおける協働活動に取り組んでいる。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み② | | |
|--------------------|---|---------------------------|
| 評価項目 | 6-3-4 | 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 |
| タイトル② | ICT導入により情報共有がスムーズになり、職員の業務効率化に寄与している | |
| 内容② | 施設ではグループウェア、介護記録ソフト、朝礼動画配信、インカムなどを積極的に活用し、タイムリーに情報共有ができる環境が整えられている。記録のICT化により多職種との情報共有がスムーズになっており、加えて服薬する薬のデータベースを作成し、調剤薬局、医師、施設との情報共有が可能となっている。また、インカムや見守りセンサーを活用して、職員が少ない夜間帯でも職員・利用者双方が安心して過ごせる空間づくりに努めている。ICTを導入しても人の手が必要になる場面は多くあるが、職員の負担は確実に軽減されている。 | |

| 事業者が特に力を入れている取り組み③ | | |
|--------------------|--|------------------------|
| 評価項目 | 6-4-8 | 利用者の健康を維持するための支援を行っている |
| タイトル③ | 服薬管理システムを導入し、看護師とシステムによる相互チェックを行っている | |
| 内容③ | 服薬管理は、薬局から2週間分の定時薬が一包化されて搬入される。医務課において利用者ごとに分けられ、2週間分を配薬カードにセットし、各階のケアステーションに配置し施錠管理している。また、服薬管理にあたっては「服薬管理システム」を導入しており、配薬、服薬までダブルチェックを基本として、誤薬防止に努めている。服薬にあたってはQRコード端末で薬のQRコードと利用者の食札にあるQRコードをチェックしてデータの照合を行い、名前を呼びながら配薬を行っている。さらに、飲み込むまでの確認を行い、誤訳や落薬の防止に努めている。 | |

| No. | 特に良いと思う点 | |
|-----|--------------|--|
| 1 | タイトル | 「チームケアタウン」を掲げ、部署を超えた職員同士の繋がりを大切にしている |
| | 内容 | 施設では『ここに来れば、笑顔に成増(なります)！』をキャッチフレーズを掲げ、各職員がどのような施設にしたいかの目標の明確化と共有を図り、利用者や地域にとってより良い施設になるように取り組んでいる。笑顔をテーマに職員報「スマイルリレー」の作成やウォーキングイベント、卓球大会、写真・塗り絵のコンクールを開催し、このようなイベントを通じて、部署を超えた職員同士の繋がりを大切にしている。また、「チームケアタウンMVP大賞」を設け、頑張っている職員を表彰するなど、職員のモチベーションを向上させる仕組みがある。 |
| 2 | タイトル | 認知症の理解に努め、利用者に寄り添った支援に取り組んでいる |
| | 内容 | 認知症のある利用者や不穏な状態が表れた利用者の対応は、アセスメントや家族などからの情報を参考にしながら多職種で連携を図り支援にあたっている。支援にあたる介護職員は利用者の話にじっくり耳を傾け、利用者が安心できる環境を作りながら利用者に寄り添った支援に取り組んでいる。また、施設では認知症利用者への専門性の高い支援が提供できるよう、認知症研修や実践者研修、リーダー研修、虐待防止研修、アンガーマネジメント研修などに参加し、認知症利用者への理解を深め、技術力の向上に向けた取り組みが行われている。 |
| 3 | タイトル | 職員が自ら志を持って業務効率化を進め「働き方」と「働きがい」の改革により職員の定着と高品質のサービスの提供に取り組んでいる |
| | 内容 | 施設では、人材の確保や定着と高品質なサービス提供を目指し、職員の働きがいと業務効率を追求した組織づくりに取り組んでいる。職員が自ら考え、委員会やワーキングチームで業務効率を検証して改善策を立案し、職場の環境改善をボトムアップで経営に提言し実行している。職員が「自分事化した仕事」となるよう意識改革、組織改革を進め、単なる働き方改革を越えた、いわば「働きがい改革」であり、経営と職員が「志」を共有するパーパス経営の実践に取り組んでいる。 |
| No. | さらなる改善が望まれる点 | |
| 1 | タイトル | 感染症が5類となり、地域に開かれた施設を取り戻すことが期待される |
| | 内容 | 法人として地域貢献ワーキングチームを設置し、コロナ禍前には幼稚園・児童館・小学校との交流を積極的に行っている。日常的に施設内では「子ども食堂」、「認知症カフェ」、「ランチ倶楽部」を実施し、地域との交流に力を入れている。コロナ禍ではこれら全て中止となっているが、今年度は中学生の職場体験、地域図書館とオンラインでの交流会など、利用者や地域との交流も少しずつ緩和されてきている。今後、コロナ禍前の状況に戻すには困難なことも多々あると思うが、地域に開かれた施設を取り戻すことが期待される。 |
| 2 | タイトル | 福祉用具を点検する際のチェック表がないことから、今後の改善が望まれる |
| | 内容 | 車椅子やシルバーカー、杖などの点検は利用者が使用しない時間帯を見計らい順番に点検を実施し、空気圧やブレーキなどに問題があればその場で対処しており、不具合がある場合は専門業者に修理を依頼している。さらに、利用者の車イス操作などが安全に行えるよう、車イスでのシーティングやポジショニングなどの検討もを行い、利用者の快適なポジショニングや姿勢などが決定した場合には、その内容を記録に残して職員間で共有しながら支援にあたっている。現在、福祉用具を点検する際のチェック表がないことから、今後の改善が望まれる。 |
| 3 | タイトル | 各職員が自ら進んで問題解決できるような風土づくりを進め、全職員がリーダーシップを発揮する活力ある組織の実現を目指し取り組んでいる |
| | 内容 | 法人では、トップダウンではなく、各職員が自ら進んで問題解決できるような風土づくりを進めており、ボトムアップで企画提案し実行できる職員の育成に取り組んでいる。従来、経営層が起案し指示していたものを、リーダー層が合議し課題解決にあたり、リーダー層を支える職員層は、リーダー層に準じた仕事ができるよう意識改革をすすめている。一方、経営層は、一部にはまだ「やらされ感」がぬぐえず、働きがい改革はもう一步と認識している。さらなる取り組みにより、全職員がリーダーシップを発揮する活力ある組織の実現を期待したい。 |