

令和6年度 東京都福祉サービス第三者評価 結果報告書

特別養護老人ホーム浮間こひつじ園

一般社団法人TSK

機関番号：機構 20-251

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

2025 年 2 月 7 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

〒 114-0002

所在地 東京都北区王子5-11-6

評価機関名 一般社団法人TSK

認証評価機関番号

機構 20 — 251

電話番号 03-3912-2866

代表者氏名 佐藤ちよみ

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	白石 正美	経営	H2201075
	②	福田 大輔	福祉	H1801030
	③	高木 友寛	福祉	H2301090
	④	佐藤 ちよみ	福祉	H0305031
	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浮間こひつじ園			指定番号 1371706845
事業所連絡先	〒	115-0051		
	所在地	東京都北区浮間2-12-22		
	Tel	03-5970-0050		
事業所代表者氏名	岩崎 美季			
契約日	2024 年 7 月 22 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 10 月 23 日			
利用者調査結果報告日	2024 年 12 月 3 日			
自己評価の調査票配付日	2024 年 7 月 22 日			
自己評価結果報告日	2024 年 12 月 3 日			
訪問調査日	2024 年 12 月 4 日			
評価合議日	2024 年 12 月 4 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)	利用者アンケートは、聞き取り方式で実施しました。その他に事業所の希望で家族アンケートも実施しています。職員アンケートは41名より回答を得ており、お客様ファーストで支援しているところが良い。協力し合いながら、業務を進める仲間がいるところが評価できるなど良い点が多くあがっています。一方で、記録が少なく情報も少ないため、困ることが多いので、申し送りを細かくする必要があります。など前向きな意見も出ています。評価者が作成した原稿は機関の校正担当が文字統一をして第三者性を確保しています。			

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。

2025 年 2 月 7 日

事業者代表者氏名

岩崎 美季



調査対象

利用者調査を実施した利用者の要介護度は要介護2から要介護4までで、要介護3が40%でした。年齢は、75歳以上から90歳以上までで、90歳以上が55%でした。女性が7名で男性が2名でした。

調査方法

利用者アンケートは、事業所で、聞き取り可能な利用者を選抜してもらい、調査員が、利用者の居室にて聞き取りを実施しました。

利用者総数

80

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	9	9
0	9	9
0.0	11.3	11.3

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

総合的な満足度は、大変満足と満足が88%をしていました。日頃感じている良い点としては、職員が、とにかくみんな優しい、よくやってくれます。ここは、居心地がよいので、家に帰りたくないくらいになりました。あまり個別的に関わらないで自由にしてくれるのがよい。四季折々の食事や行事を提供してくれたところが良いです。散歩に連れて行ってくれたり、施設のまわりの植物を見せてくれるので、気分転換になります。職員が優しく、食事も美味しい。などの意見が多く出ています。また、改善して欲しい点では、普段おしゃべりできる人がいるとよいと思います。知ってる人もいないから話し相手もないので、お話相手が欲しいです。食事の量が少ないので、増やして欲しいなどの意見が出ています。

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》

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)入居者ひとりひとりにあった暮らしの支援 2)入居者の思いの尊重 3)地域とともに築く施設 4)入居者に共感できる職員 5)入居者の信頼に応えうる人材育成
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 サービス提供に関しての考え方として、「入居者本位を優先し、ひとりひとりが気配り・気遣いが出来る介護職のプロを目指すこと」をあげています。そのために職員に求めている人材像や役割は「モチベーションを高く、協調性を大切にして明るく・元気に楽しく仕事をしていく人」としています。
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 資格をしっかりと取得し、その資格に恥じない仕事を実行していくプロフェッショナルになること

「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	7	1	1	0
自分は、薄味が好みで特に煮物が好きです。こちらは味が濃いと思います。・きざみ食なので、美味しくありません。普通の食事が食べたいと思います。・普通だと思います。自分は好き嫌いが無いので、なんでも頂いています。なんでも美味しいです。 ・美味しいです。肉と魚が多いと思います。・朝食が物足りないので、工夫して欲しいです。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	8	1	0	0
コールを押して、呼んだらすぐに来てくれるので助かります。・なんでもやってくれます。				
3. 施設の生活はくつろげるか	8	1	0	0
・他の利用者との人間関係が窮屈な時があります。リビングなどを、物を作って飾り付けを作るのが楽しいです。 ・自由に過ごさせています。・脳トレと塗り絵が好きで良くしています。・パズルが好きです。 ・好きなことをして過ごしています。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	8	1	0	0
よく聞いてくれるし、何かあれば心配してくれます。・親切にしてもらっています。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	0	0	0
掃除を担当している人が、毎日やってくれます。いつも掃除してくれるので、きれいになっています。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	9	0	0	0
自然な感じで、親しみがある対応をしてくれます。職員の中には、友達のように話してくださり、飽きることがなく、寂しくありません。 いつもよくしてくれます。・受け答えもしっかりできていると思います。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	8	1	0	0
・苦しい時に心配してくれて看護婦さんが来てくれて助かりました。・転倒したときにすぐに駆け付けてくれて助けてくれました。 ・皆さん、何かあれば、すぐに対応してくれます。				
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	4	0	0
今はないが、あったらやってくれると思います。・きちんと見回りをしています。何かあれば、率先してやってくれると思います。 うるさくしている利用者に、他の利用者が『うるさい！』というと、職員がまあまあーとなだめています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	9	0	0	0
すぐに助けに来てくれるので、そのように思います。忙しそうにしている、頼みごとをすると聴いてくれます。 ・職員さんとはしか話せないのでもちゃんと聞いてくれます。・いつも親切にしてもらっています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	8	1	0	0
部屋が個室なので、プライバシーは守られていると思います。みんな良くしてくれます。				
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	4	4	0	1
・わかりません。(複数)時々聞いてもらっています。				
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	8	1	0	0
計画はわかりませんが、いつも親切に色々教えてもらっています。・今日の予定などを教えてください。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	1	0	0
いえ、すぐに対応してくれます。皆さんよくしてくれるので、不満を持ったことはありません。(複数)				
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	2	3	0	4
わかりません(複数)相談することが有りません。				

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
	●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1の講評	
	施設では会議を通して、外部にはパンフレットを使い、理念の周知に努めています 施設では会議を通して、外部にはパンフレットを使い、理念の周知に努めています。職員へは半期ごとに開催される経営状況報告の場を通すことで、再度理念を確認し、入居者・家族等にはパンフレットに掲載したものを使って説明することで、当施設が掲げている理念や基本方針等の周知を図り、施設の現状の理解に努めています。 施設長のリーダーシップのもと、経営層や職員の役割と責任の明確化に取り組んでいます 昨年度に引き続いて、ボトムアップ式による、職員の責任や役割の明確化に取り組んでいます。また、施設長のリーダーシップのもとで、各部門ごとの業務フローチャートを作成し、各フロアに掲示しています。現在は「役割の明確化」を進めており、「〇〇当番は具体的にどのような手順で何をするのか」という細部な点でマニュアル的な手順作りに取り組んでいます。入居者の居室の清掃等が必ずしも行き届いていない点を受け、一部フロアの清掃等を入居者・居室ごとで、特定の職員が責任を持つ「担当制」に試行することで、その効果を検証し導入を進めます。 理事会決議を筆頭に意思決定の仕組みがあり、職員や入居者に周知しています 最重要案件は法人理事会で決議されています。また、他の案件はその都度上長に報告されたのち、共有する役割を担う役職者を決めるという仕組みが構築されています。さらに、意思決定に至る経緯とその結果については、書面を配付することに加えて、担当者会議やリーダー会議等の各種の会議の場において、職員に周知したうえで共有されています。その後、入居者やご家族には、面談・電話・書面を通して周知を行い、理解を得ています。	

カテゴリ2		
2	事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行	
サブカテゴリ1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(○○○○○○)
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2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/5
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		
施設改善の情報の収集、課題の抽出等の取り組みが徐々に進められています 昨年度から取り組んでいる具体的な情報収集と課題抽出について、入居者のニーズについては、入居者や家族へのアンケートの実施を検討しています。職員の意向は、最初に「施設長面談」を位置付けることで、職員の緊張感を過度に高めないように配慮し、施設長が施設内を巡回中の個別な声かけから始め、様々な意向を聞き取っています。申し出があれば面談も実施します。地域の福祉情報は、福祉事業者で構成される北赤羽・浮間協業体や行政の施設長会に参加し、必要な情報を得ています。施設長としては、行政等の動きには一層の注意が必要と考えています。 中・長期計画やそれに基づく単年度計画を策定し、職員への周知方法を検討しています 事業計画は策定され、経営や数値に関わる想定等では、すでに令和11年度分までが作成済みです。しかし、職員への周知徹底がなされているとは言い難い面があるため、課題も未解決の部分が残されているという認識があります。今後は施設長を中心にフロアごとで周知を図る案等、周知方法について再検討中です。また、外国出身の職員も多いという組織の状況をふまえて、事業計画を職員に効果的に浸透させることができる方法を再度検討されているところです。 施設としてのビジョンを明確にし、職員への周知徹底を図る検討を進めています 昨年度に引き続き、施設としてのビジョンの明確化と、職員への周知徹底を図る方法について検討しています。トップダウンだけではなく、リーダー格の職員を中心とするボトムアップができる体制を整えることによって、職員主体とする「達成度」や「いつまでに」という客観的な指標を検討していく方向にあり、そうした取り組みを通して、職員の力量を上げていくことにより、施設としての好評価にも繋がることを施設長は期待しています。		

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

カテゴリー3の講評
法・規範・倫理等の内容を、法人として丁寧に充実した内容の研修を実施しています 法人傘下の事業所共同の研修において、「法令遵守・接遇・倫理研修」を実施しています。それらの重点的な内容として、「社会福祉法人と営利法人との違い」「SNS利用におけるリスクと利用上の規定やガイドライン」「言葉遣いや敬語」「噂話」等。様々な角度からの資料および説明によって、汎用性の高い、法令遵守・適切な接遇・倫理的であることの重要性和、必要な知識を提示することによって、職員へ具体的な方法を示すものとなっています。 苦情解決等で外部の人材を登用し、客観性のある権利擁護のシステムを構築しています 苦情解決に関しては、入所時に重要事項説明書を使って家族等に説明済みであり、施設の玄関先に苦情窓口についても掲示されています。また、第三者委員としては、地域の地主や民生委員・児童委員に委嘱しています。加えて、法人の法律顧問である弁護士にも第三者委員を委嘱することで、公平な偏りのない、バランスの取れた体制となっています。これらにより、法的に判断が難しい支援に対しても、対応が可能な体制が構築されています。 充実した内容の研修が実施されている等の積極的な虐待防止策を練り、実施しています 年2回の「高齢者虐待防止・身体拘束適正化に関する勉強会」を開催し、資料には「特定の個人や現状を責めることが目的ではありません」という前書で、施設において発生した重要な問題を振り返るというテーマから始まり、「感情労働であるが故に誰でも加害者になり得るリスクが残ること」に触れ、正面から問題の説明に取り組み、真摯で反省のある充実した資料を用いることで行われています。レポート提出も義務付け、内容の定着を図っています。また、虐待防止委員会の設置と、弁護士を含む第三者委員も準備され、実効性ある虐待防対策を行っています。

カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●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項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●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も策定され、各種委員会で臨機応変にリスクマネジメントに当たっています 昨年度策定に着手したBCP(事業継続計画)も完成し、それに基づいた研修や訓練も実施されました。災害や新型コロナウイルス感染症を始めとする感染症の発生の折りにも、実効的な対策を準備することができました。また、各種委員会において臨機応変にリスクマネジメントを行っており、いわゆる「ヒヤリハット」案件であっても、敢えて「事故報告」扱いとすることで、その発生原因や再発防止策の検討を行う等。能動的なリスクマネジメントに取り組んでいます。 個人情報の取り扱いについては、職員の意識も高く、組織で適確に対応されています 個人情報の管理に関しては、職員の意識も高いものであり、法人によって統一されたルールのもとで厳密に取り扱われています。適切なパソコンへのアクセス制限や、暗号化・鍵付き書架への保管等。厳格に取り扱われています。職員も利用者情報の取り扱いには十分注意して、噂話を含む私語は慎み、常に利用者保護の立場になって利用者支援を実施しています。 収集された情報は、必要時に有効活用できるような、管理方法を模索しているところです 収集した情報については、適切な運営管理に努めています。一方、情報の活用に関しては、情報の在処が不明確であったり、一部にパソコン操作が不得意である職員もいることから、各種情報は「必要とする人がタイムリーに活用する」には、現状では、まだ至っていないという実情もあるため、より有効活用に適した管理方法について模索しているところです。		

5 職員と組織の能力向上			カテゴリ-5
サブカテゴリ-1(5-1)			
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	6/12
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(●●)
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(○●●●)
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(○○○●)
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-2(5-2)			
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる			評点(○○○)
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

人材派遣会社の活用方法を変更し、施設が求める人材の確保に取り組んでいます

従来は、業務において人員が不足した場合には、その都度、同一の派遣職員をお願いし、不足する期間を通して固定していました。それを短期間で別な派遣に依頼するように変えました。また、有望と判断された人材を直接雇用できるような派遣契約に変更して、施設が求める人材確保のための道筋をつけようと試行しているところであり、将来の職員配置を見据えた人材確保にも取り組んでいるところです。さらに、職員募集の告知は、法人ホームページでも行っています。その際、採用面接は施設長が行い、当施設に必要な人材と判断のうえで採用を決めています。

研修レポート提出と賞与査定との連動などにより職員の意識に向上が見られています

昨年度から開始した、研修レポートの提出と賞与査定を連動させる取り組みが定着し、職員にさらなる意識の向上が芽生えています。とは言え、職員の中にも、それらの意識に差があることから、昨年度と同様に組織力の向上を図るため、各種の取り組みに対する、その具体的な方策を検討している段階です。一部の職員には、一人ひとりの発言や行動の重要性の理解が進みつつあることから、施設としては、今後その広がり期待しているところです。

キャリアパスの構築とそれに基づく、個々に即した人材育成等は今後の課題です

昨年度から課題として認識されていたものには、組織としてのキャリアパスを構築し、各職員に示したうえで、職員個々の育成計画に即した研修受講や、育成指導を行うこと等は、検討段階にあります。現在、外部研修のための受講費用を要するものは、現段階では一部助成を行っていますが、それらに対して、施設では今後は資格取得への経済的支援等を含めて検討していきたいと考えています。しかし、「キャリアパスとは何か」というテーマに対し、職員に必ずしも周知・理解がなされていないのが現状であり、施設長はその理解の促進から始めていく意向です。

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)	
新型コロナウイルス感染症への継続した対策としては、感染対策委員会において各種の検討や感染対策用のツールの活用に取り組んでいます。また、感染症対策や自然災害によるリスク対策に対応するためにBCPが策定されました。さらに人材確保・技能実習生の受け入れ・採用により、職員採用の窓口の拡大に努めることと、改めて採用窓口の検討を行い、ハローワークの活用・訓練校への採用活動・派遣職員(社員)のリピーターを確保したり、直接雇用の派遣に変えることを試行しています。「一人一人尊厳を保ち個々の状況に応じたケアの提供」として、個々の状況について各部門の職員によるミーティング等を定期的に行う習慣をつけるため、1か月のミーティングスケジュールを共有してきました。地域や医療との連携、地域に根付いた施設運営として、まずはボランティアの誘致、レクリエーションを拡大していく方法によって、地域に根付いていく準備が整いつつある段階です。	
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語の選択に関する講評 施設で起きた事件を契機とし、表出してきた課題が山積していますが、上層部による、実効性ある各種の取り組みを行っています。BCPの策定の完了により、すでに目に見える成果が出ている部分もあります。取り組みが進行中のものについても、それぞれ内容が向上している変化も現われています。半面、昨年度の取り組みを、施設として振り返り、検証した結果の中に、これまでの施設運営の部分的な改善に止まっているものもあり、施設の根本的な部分の改善にまで至っていないという認識も出て、今年度は経営状況について、主任クラスで定期的な情報の共有を図っていくことで、無駄なものを確認のうえ効率化に繋げ、職員の基礎知識と技術の向上、コミュニケーションの活性化を重点的に行っていくこととしています。施設として、現状に満足することのない、一層の改善に向けた取り組みを進めています。まずは、一部職員からではありますが、意識が着実に向上していく変化が始まっています。	
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)	

前年度の取り組み結果の検証をもとに、「3つの「RE」」をテーマとした取り組みが行われています。①REBORN(リボーン):生まれ変わる・再生・更生。今まで培ってきた各々の技術を再度見直し、今後増加していく入居者にしっかりと対応できるように施設としてのベース(マニュアルを含む)を構築していく取り組み。②RESPECT(リスペクト):尊敬する・重視する・尊重する。入居者は勿論、職員どうしが互いに尊敬できる関係を構築していく。悪いところばかりを見るのではなく、良いところも発見できる自分作り。③RESPONSE(レスポンス):応答・反応・返答・答え。様々なこと(良い事、悪い事)に対してしっかりと向き合い、後送りせずに解決していく取り組み。この3つの「RE」実現のためには「コミュニケーションの質をあげること」が必須であり、すなわち介護の仕事としてのベースはすべてコミュニケーションの量と質の向上が必要であると施設では考えています。この認識のもとで、各種の取り組みを行っています。

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

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

年間を通して7つの会議が定期的開催されています。①施設長事務会議、②担当者会議、③総務会議、④看護会議、⑤ケアマネ相談員会議、⑥リーダー会議、⑦ユニット会議。また、間通じて8つの委員会が定期的開催されています。①給食委員会、②衛生委員会、③身体拘束適正化・高齢者虐待防止委員会、④安全対策・事故防止委員会、⑤感染症対策委員会、⑥褥瘡予防委員会、⑦防災・BCP委員会。その他、毎月研修会を最低1度開催しています。それぞれの内容は充実した実効性の高いものとなっており、運営内容や入居者へのサービス提供の向上に資するものであると評価できます。定期的な開催が習慣化し会議内容も質が向上してきています。定期的な開催が習慣化してきたため、当初は発言が少なかった会議でも徐々に意見が出てくるようになり、提案内容が増えてきているため、施設としても、「職員のコミュニケーション能力が向上してきていることが見えてきた」と評価しています。

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			
施設や法人の情報を多くの媒体を使用し、利用希望者等に提供しています 利用希望者等には、パンフレットや「月刊こひつじ新聞」を配布しており、施設情報を提供しています。同新聞は、写真を多く使用することで、写真ではわかりにくい情報を文字情報で掲載しています。施設の案内は、運営母体の社会福祉法人千葉育美会のホームページから閲覧できます。ホームページには、法人概要や施設紹介等が掲載されています。こちらでも写真を掲載し、入居者の特性に配慮し、施設内を視覚的にも確認できるようになっています。また、事業計画書や決算報告書等も公開されており、施設や法人の考え方や年間計画等を知ることができます。 ブログでは、四季折々の施設でのイベントや研修等の情報を発信しています 「浮間こひつじ園の日々」と題されたブログには、多いときでは月10項目ほどの情報が発信されており、とりわけ写真が豊富です。各県の郷土料理を提供したときの記事では、献立やメニューの由来や食事の感想等が掲載されています。また、従来型西ユニットにある「こひつじ農園」で育てている花や野菜の記事では、育ち具合や収穫の様子が掲載されています。研修記事では、研修を行う目的・内容・受講した感想等が簡潔にまとめられ掲載されています。いずれも写真が豊富で、入居者の日々の様子や、施設の取り組みがわかりやすい内容に仕上がっています。 利用希望者等の問い合わせや見学の要望は、専任の生活相談員を中心に対応しています 問い合わせや見学の要望は、個別に直接対応しています。主な対応は、専任の生活相談員によって行われ、生活相談員不在の場合は、介護支援専門員が代行して対応しています。見学は土・日・祝日を含めた、利用希望者等の要望に沿った時間や、曜日で行えるように柔軟な対応に努めています。見学時には、より施設の雰囲気を理解して頂けるように、過去6か月分の「月刊こひつじ新聞」のバックナンバーを見学者に配布しています。また、入居者や家族が知っておきたい情報である利用料金等や、入居の際の重要事項等についての説明も行い、理解を得ています。			

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 6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
◎あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
◎あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
◎あり ○なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー2の講評		
サービス開始にあたり、説明すべき事項を時間をかけて説明しています 入居者や家族等に対しては、入居の意思を確認したうえで、まずは施設見学を勧めています。見学についての対応は、主に専任の相談員が行っています。また、相談員が不在の場合は、介護支援専門員が代行しています。見学時や入居前には、入居に必要な契約書や重要事項説明書等の説明を行っています。転倒リスク・貴重品・重要事項説明書の別紙に記載されている料金表等、特に入居者や家族に伝える必要のある事項について、入居者と家族の負担を考慮し、おおよそ1時間半で簡明でわかりやすく説明しています。そのうえで内容についての同意を得ています。 早く施設に慣れて頂けるように入居者情報を把握したうえで、職員間で共有しています 入居希望者には、本人面談と家族面談から得られた情報をもとに、アセスメントシートを作成しています。それらの内容は、介護現場や看護師との間で情報を共有できるように、入居判定会議時に確認しています。入居開始時は、ごく自然に慣れることができ、普段通りに過ごして頂けるように、見守り回数を増やしたり、声かけの頻度をあげる等、各種の工夫によって、現場サイドで取り組んでいます。入居者の緊張緩和のために、職員は制服ではなく、普段着で接することにより、日常感を演出しています。さらに、各部門への情報の共有もこまめに行っています。 サービス終了時には、家族の思いを大切にし、臨機応変な対応を行っています 施設では、サービスが終了となり、退居されるときに家族の思いは、それぞれに違うものと考えます。施設の入居者が過ごしていた日々を振り返りたいという家族には、入居者が日頃過ごしていた環境が見られるように、入居されていた状態の居室をそのままご覧頂いています。その際、入居者がどのように過ごしていたかをお伝えしています。また、すぐに退居したいと考えている家族には、荷物は職員がまとめ、玄関先での荷物を受け取れるように対応しています。家族の思いを大切に受け止め、家族の気持ちに寄り添い、臨機応変に対応できるように努めています。		

サブカテゴリ3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(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くみを整備している	○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くみがある	○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・引き継ぎ等により、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		
アセスメントを定期的に行うことで、入居者の心身状況等の変化を把握しています アセスメントは現状把握を行うだけでなく、とりわけ現状を鑑み、これからの起こり得るリスクを常に想定することを意識しながら行っています。入居前には、入居者や家族等の生活に対する意向のほか、食事・排泄・入浴・更衣・整容・移動動作等の情報を収集しています。入居後は、24時間シートを使用することで、利用者の生活情報を収集していきます。3か月に1回行っているモニタリングの際にも、アセスメントを行っており、それらによって入居者の心身状況や生活状況等の変化を把握して、入居者一人ひとりのニーズや課題を把握しています。 介護支援専門員と現場職員が連携して、施設サービス計画書を作成しています 介護支援専門員は、見て分かるように工夫して作成した「ケアプラン確認表」に沿って漏れがないようにケアプラン（施設サービス計画書）を作成しています。ケアプランの作成にあたっては、24時間シート・個別機能訓練計画・栄養ケア計画等の計画書類・介護職員・看護職員・管理栄養士・機能訓練指導員（現在、看護師が兼務）、生活相談員の日頃の視点を勘案して、入居者を支えるケアプランを作成しています。また、ケアプランは介護支援専門員だけが作成するものではなく、「多職種の計画をまとめる調整役」としての役割を意識して作成しています。 24時間シートや申し送りノート等を使い、入居者情報を共有しています 入居者の日々の生活の様子は、介護ソフト上での24時間シートに毎日記録しています。記録内容は、日時・生活リズム・データ・そのときの様子等。記録は、端的な単語で記載されており、数値データも入力されています。24時間シートは、どの職種も、いつでも閲覧することができ、各ミーティングを行う際にも活用しています。また、申し送りや引き継ぎ等がある場合は、申し送りノートやメモに記入して、申し送りの時間を使って共有しています。文章の理解が難しい外国人職員に対しては、ほかの職員が本人に伝わり、理解できるように説明しています。		

サブカテゴリ-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、利用者の同意を得るようにしている		○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-5の講評			
入居者の個人情報やプライバシーの保護に配慮しています 法人では、個人情報に関する基本方針を策定し、個人情報の保護に努めています。入居者情報を外部とやりとりする必要がある場合があるため、個人情報の取り扱いに関する同意書にサインを頂き、同意を得ています。撮影した写真を「月刊こひつじ新聞」の紙面やホームページに掲載することについては、別途同意書を用意し、その同意を得ています。また、日常の支援の中で入居者のプライバシーに配慮した支援を行うことは、当然のことと認識しています。そのうえで居室の扉を閉めないでほしいという入居者の希望により、個別対応も臨機応変に行っています。 入居者が選択できたり価値観や生活習慣に配慮した支援を行っています 入居者のこれまでのルーティンを大切に、穏やかに過ごせるように配慮しています。朝起きるのが遅い入居者には、食事の開始する時間をずらしたり、ゆっくり食べたい入居者には食事時間を延ばす等の配慮を行っています。目の不自由な入居者のご家族が、趣味の編み物を届けてこられた際には、職員が一对一で編み物を一緒に行ったり、散歩やイベントの際には自分の意思で参加の可否を決めて頂いています。これまで仕事人間だった入居者の方も掃除等の役割を担うことによって、生きいきとした生活を送れているため、家族からも感謝の言葉を頂いています。 入居者への支援は、羞恥心や自尊心に配慮したうえでを行っています 入浴・排泄・更衣等、著しく入居者の尊厳に関わるような支援を行う際には、自室内や浴室内等で仕切られた場所において行い、他者の目にふれないようにプライバシーの配慮に努めています。特にトイレへの案内は、羞恥心に配慮して、周囲にわからないように、さりげなく声かけを行ったうえで、カーテンを外部から見えないように閉めています。入浴の際は、入居者の意向を聞き取って、可能な限り同性介助で提供しています。これらの介護を行うにあたり、職員教育として権利擁護の研修の機会を作ること、施設で入居者の権利を守るように努めています。			

サブカテゴリ-6		
6 事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の 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定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		
各種のマニュアルを整え、報酬改定の時期には、マニュアル等の見直しも行っています 施設では、身体拘束・安全対策・感染症予防・褥瘡予防等の各種マニュアルを整備しています。各種マニュアルは、各ユニットごとに保管し、職員がいつでも閲覧できるように配置されています。見直しは3年に1度の介護報酬改定時に行うこととしています。マニュアル見直しにあたっては、身体拘束廃止委員会・安全対策(事故防止)委員会・感染症予防委員会・褥瘡予防委員会・防災委員会が中心となって行っています。事業計画で定めた回数の委員会を開催し、職員が参加・検討のうえで、見直しを行っています。また、委員会が各種研修の実施も担っています。 業務を改善する場合や、入居者の支援で課題が発生した際は、各会議で検討しています 業務を見直す必要が生じた場合には、職員に意見を聞き、ユニット会議やリーダー会議で検討しています。入居者の支援について、課題が発生した場合には、ユニット会議やリーダー会議を臨時で開催する仕組みになっています。さらに、状況に応じて他職種とも連携を取れるように体制を整えています。また、フロアやユニット間で、職員がそれぞれ行っている業務について、何をしているかがわからないということがないように、人員配置・業務内容・巡視体制の見直しを行うと共に、職員への定期的な業務の見直しについても理解を得られるようにしています。 日本人職員も、外国人職員にも、働きやすい職場となるように努めています 日本人職員も、外国人職員にも働きやすい職場環境となるために、日本人職員の偏見を除く必要があると考えています。外国人職員には、日本の生活習慣と自国の生活習慣の違いについて、国別ごとに勉強会を実施することで理解を得ること、介護用語を理解するために用語の勉強会、介護の実習等も行うこととしています。日本人職員には、生活習慣の違いから外国人職員がどのように考え、感じているかを聞き出したうえで、情報を提供するように伝えています。伝えて終わりではなく、伝えたいことが間違いなく伝わっているのかを確認するように努めています。		

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 43/43
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている 評点(〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている 〇非該当
☒ 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 〇非該当
☒ 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 〇非該当
評価項目1の講評	
ケアプランに沿ったサービス提供を行えるように、業務支援システムで共有しています ケアプランは、それぞれ担当フロアの介護支援専門員が立案しています。計画は、管理栄養士・看護師・介護職員等が協働でアセスメントを行い、短期目標の期間に合わせて6か月ごとに見直しを行っています。サービスの提供については、個人ケース記録にケアプランをまとめ、全職員がプラン内容の閲覧が可能となっています。全職員が入居者のケアプランに沿ったサービスが提供されるようにし、業務支援システム内の個人記録には生活リズムやデータ欄があり、ケアプランと生活記録が連動することにより、実施状況を把握できる仕組みになっています。 継続的なアセスメントで、以前の生活を踏まえた計画立案ができるように努めています 介護支援専門員は、入居前に居住地を訪問して、その方の生活歴・家族構成・今後の施設での生活に対する意向等の把握に努めたうえで、実態調査を行っています。しかし、感染症等によって訪問が難しい場合には、電話等で情報を得ることもあります。介護支援専門員は、相談員を兼務しているため、常日頃の直接的な家族との相談を通してアセスメントを行うことも可能です。また、定期的に実施しているモニタリング時に、新たに得た情報をアセスメント情報に追記することで、以前の生活をふまえ、入居者の状態に合った計画を立案するように心がけています。 介護支援専門員を中心に、ケアプランやサービス内容を各種会議で検討しています 介護支援専門員・生活相談員・介護職員・看護師・管理栄養士等、多職種が集う各種会議において入居者の支援が検討されています。特に、週に1度行われる「担当者会議」では、各部門の代表者が集まり、施設運営の方向性から研修の立案、入居者の支援等について、幅広く共有する場として活用されています。また、事業計画の目標を担当者会議の議事録に掲載し、常に意識を持ち、運営体制の見直しを図っています。介護支援専門員は、事業計画に沿ってケアプランを法令遵守の下で立案し、居室担当職員等と協働で入居者サービスの向上に努めています。	
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている 評点(〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている 〇非該当
☒ 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 〇非該当
☒ 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 〇非該当
評価項目2の講評	
入居者の状態に合わせた食事が提供されているかをミールラウンドで確認しています 管理栄養士は、入居者の状態を把握し、個別に合った食事形態を提供できるように努めています。食事は厨房から各ユニットに届けられ、普通食・ソフト食・ミキサー食の3つの食事形態を用意しています。各ユニットでは、ごはんを炊き、お味噌汁を温める等を実施し、刻み食の方には、職員がその場で刻んで対応しています。管理栄養士は、週に複数回ミールラウンドを行い、適切な食事が提供されているかを確認しています。また、看護職員とともに食事介助の補助を行うこともあり、介護職員が適切に介助を行っているか等、必要なアドバイスを行っています。 嚥下状態を把握し、必要な栄養を摂取できるような栄養ケア計画を立案しています 管理栄養士は、食事の摂取動作・嚥下機能・摂取量・体重値が低下および変化が見られる入居者については、多職種協働で安全に食事を摂取できるように、食事内容・介助内容等の食事を取り巻く環境を把握しています。さらに、体重減少や食事が進まない方に対しては、管理栄養士がモニタリングを行い、中リスクには1か月、高リスクであれば2週間の栄養ケア計画を立案することにより、低栄養状態の改善に努めています。今年度からはハーフ食を導入し、多少の嚥下のリスクがあっても適切な食事が経口で摂取でき、必要な栄養を摂れる環境が整っています。 多職種で協働し、適切なポジショニングによる誤嚥防止に努めています 管理栄養士は、入居者の経口からの食事摂取が継続できるように、食事形態の見直しを図っています。刻み食でも難しい方に対してはソフト食を提供することによって、入居者の安全面を確保しながらも、色や形等の見た目と食事とわかるような工夫を図っています。また、嚥下については介護支援専門員や介護職員・看護師と連携を取り、誤嚥性肺炎の予防に努めています。現在、機能訓練指導員は不在ですが、管理栄養士や看護師が連携を取ることで、適切に座位姿勢を保持することができ、嚥下しやすいポジショニングを取れるため、誤嚥防止に繋がっています。	

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) <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. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> 評価項目3の講評 入居者からの要望に基づき、食事時間が楽しみになるような工夫を凝らしています 管理栄養士は、入居時に家族と面談を行い、入居者の嗜好や食べられない食材や嫌いな物、アレルギーの有無、好きな食べ物や禁止食等を伺っています。また、食事が楽しみになるような取り組みとして、郷土食等を今月の行事食として提供し、工夫を凝らしています。今年度からは選択食を導入し、月に1度主菜を選んで頂ける機会を提供しています。入居者の嗜好により、肉または魚を選んで頂くことで、食事のひとつが楽しみになるように改善を重ねています。さらに、施設で取れたさつまいもをスイートポテトで提供する等、入居者からも好評を得ています。 入居者の意向に沿い、一定程度の食事の提供時間をずらすことが可能です 入居者や家族の希望、また通院等の外出によって、食事の提供時間が通常よりも前後することがあります。その場合には、提供後2時間は保管して、提供時に温めて提供する等、個別に対応することが可能です。「今は食事を摂りたくない」という希望にも、ある程度沿うことができ、入浴後等で疲れている場合は、臥床し休んで頂いてから、食堂に誘導することもあります。可能な限り本人の意向に沿い、無理なく食事をしてもらえるよう働きかけています。また、配膳については介護職員の負担軽減のため、厨房で盛り付け、台車で運ばれたものを提供しています。 入居者が席に着いた後に配膳され、食事形態の確認後に提供されています 食事提供時に座る席は、入居者の身体状況、食事介助の必要性や希望に応じて、対応しています。座る席では入居者同士の関係性にも配慮し、良好な関係を築くことができるように配慮し、職員が仲介役を担うことで、様子を見て食席を変える場合もあります。食事前には、口腔体操を実施して、お茶を飲む等、口を潤す機会を作っています。また、配膳は入居者が席に着いた後に行われ、食事形態が各自に合っているかを確認後、配膳しています。なお、ごはんや味噌汁はユニットで温めており、厨房から台車で運ばれる際に、若干温度が冷めている場合もあります。	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	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														
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) <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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> 評価項目4の講評 入居者の状態に合わせた浴槽の選定により、週2回の入浴を実施しています 入居者の重度化が進む中で、施設では車いすや寝たきりでも入浴できるように考え、リフト浴や機械浴を用意しています。入浴表から確実に実施されるようにスケジュール化し、入浴前にはバイタル測定のとで、入浴の可否判断を行っています。いつもと測定結果が違う場合には、看護師に報告のうえで、入浴の可否を判断します。居室担当職員を中心として、看護師等と協働で、どの浴槽で入浴することが適切なアドバイスを受けて、入居者の状態に合った浴槽を選択するようにしています。また、自立を阻害しないように、できる部分は自分で行って頂きます。 入居者の羞恥心に配慮すると共に、健康管理の視点をもつ入浴介助に努めています 浴室の入口に扉を設置して、脱衣場が外部から見えないようにすると共に、銭湯のような雰囲気作りを行っています。着替えの衣類は専用の袋を用意し、中身が見えないようにして羞恥心に配慮しています。入浴の際には、職員は身体を観察する機会と捉え、入居者の身体状況の変化に気を配って、看護師と連携を図りながら、皮膚疾患や内出血等の早期発見に努めています。また、皮膚疾患がある場合は薬剤を塗布し、処置が必要な場合には看護師に依頼し入浴後に塗布しています。入浴マニュアルに従って更衣介助が行われ、入浴後はチェック表に記録しています。 認知症の方に対して適切に入浴して頂けるように声をかけ、説明しています 認知症等で入浴拒否のある入居者の場合には、無理強いせず、時間をずらして声かけを行ったり、入浴日を変えてみる等の対策を講じています。また、職員によっては、声かけの方法を工夫する等、入浴することによって身体を清潔に保つことができ、気分の改善が図られることを説明していく等、入浴の必要性を伝えるように努めています。また、入浴によって気分が良くなるような行事浴を取り入れており、柚子湯等を提供しています。それ以外では、入浴剤を使用するに留まっていますが、安全に入浴できることを第一義として、入浴の支援に努めています。	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	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														

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			
できるだけ自然に排便ができるように、多職種で連携して排泄支援を行っています 看護師と介護職員で、排泄の状況を確認し、3日以上排泄がみられない場合は、下剤の投与等を行っています。そのため、24時間シート記録の中では、排便の有無を必ず記載しています。そのほか、水分量の確認やトイレ誘導等、できる限りトイレで排泄できるようにしています。居室でポータブルトイレを使用する方もいますが、おむつの使用が多くなっており、可能な限りトイレに座って腹圧をかける等、入居者の自然排便を促すように働きかけています。トイレ誘導は決められた時間だけではなく、一人ひとりに合わせた時間や回数となるようにしています。 施設内研修を通して排泄使用物品の適正を把握し、コスト意識を持つようにしています フロアごとで、適切な管理が行われるように、おむつ等の物品の発注数は、各担当者が担うことになっています。また、施設内勉強会を実施して、①入居者の夜間の安眠促進、②介護職員の負担軽減、③おむつコストの削減、④おむつの正しい使い方・当て方について学んでいます。正しい当て方を学ぶことによって、入居者が不快にならず、夜間の安眠に繋がられ、入居者と職員の負担を軽減できるように努めています。さらに、 unnecessary な物品等、無駄を省くことによって、適正な運営を目指すことで、介護職員にコスト意識が芽生えるように働きかけています。 入居者の羞恥心に配慮し、ケアプランで個別の排泄方法を示しています 居室では、プライバシーや羞恥心に対する配慮から、多床室でも準個室風のしつらえとなっています。そのため、おむつ交換等でも他者から見えるようなことはありません。ユニット内は、2室に1箇所のトイレを設置しており、いつでも利用することが可能となっています。排泄介助においては、職員が統一したケアを行えるようにするため、ケアプラン等で個別の支援方法について定めています。また、定期的に会議を開き、現在の排泄支援方法を評価したうえで検討しています。排泄後には、ポータブルトイレやトイレ等を洗浄し、清潔に保つようにしています。			
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			
入居者の有する能力を把握し、身体能力を維持するために福祉用具を活用しています 入居者の移乗動作を安全に実施するために、個別のアセスメントを行って状態の把握に努めています。入居者の有する能力を把握することで、可能な限り身体能力を維持して頂くため、適切な福祉用具を選定しています。歩行器や杖を使うことによって、自力で歩行できる方もいるので、導線確保と危険箇所を把握しています。車イスの方は自立型を選定し、自分の手で漕ぐことで、両腕の筋力保持に繋がっています。また、車イスのフットサポートを外し、入居者自身の足を使って自力で漕ぐことで、自立支援に繋がっていく等、それぞれに合わせた支援を行っています。 入居者の移乗介助等が安全に行われるように、担当職員が館内環境を整えています 車イスの入居者が多く生活している中で、その分ベッドへの移乗介助が求められています。そこで各ユニットリーダーと看護職員が協働し、一人ひとりの有する能力を活かしており、職員も入居者も苦痛なく移乗できる方法を考案しています。また、移乗しやすいように、跳ね上げ式の車イス等を、施設で適切なものがある程度用意しています。福祉用具等も活用し、職員の負担の軽減に繋がるように努めています。福祉用具の活用方法については、夜間のセンサーマットの設置をはじめとし、ベッドの配置やベッド柵を活用する安全な生活環境作りにも努めています。 車イス等の福祉用具のメンテナンスは、担当職員によって定期的になされています 施設で使う車イス等の福祉用具については、担当職員によってメンテナンスが行われています。通常、介護職員は、日常的な業務を優先させる必要があることから、可能な限り担当職員が修繕等を担っています。とは言え、作業が難しい箇所に関しては、業者等に修繕を依頼しています。車イスは、とかくブレーキの部分等に食べこぼしの食材が付着しやすいことから、掃除も困難なものとなりやすく、それによって職員の負担が増してしまうことに繋がっています。施設では、職員が働きやすく、かつ入居者へのサービスの質が向上できるように取り組んでいます。			

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		
評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	○非該当
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○非該当
評価項目7の講評		
専門職の配置による体制整備を行う等、リハビリのプログラムの強化が望まれます 職員は、入居者の生活機能が低下しないように、集団での体操、座位のままでも参加できる手の上げ下げの運動、ラジオ体操等を実施して、それぞれの機能の維持を目指しています。また、普段の生活の中で実施できる生活リハビリの視点を持つことで、介護の場面で身体を動かして頂けるように努めています。現在、機能訓練指導員が不在であるため、看護師が機能訓練実施の役割を担っています。そのため、プログラムとしては十分なものとは言えず、専門職の配置等の体制整備が望まれます。さらに、プラスアルファのアクティビティの提供が望まれています。 レクリエーションや外出活動によって、楽しく、身体を動かす機会を設けています 施設では、近隣への散歩や買い物の際、入居者に同行することがあります。職員は見守りを行い、外の空気を吸いながら散歩することによって、入居者は季節感を味わうことができます。また、行事やレクリエーションでは、入居者が車いすでも参加できるように、ハンドベル等を手渡して、音を鳴らしながら、腕の筋力をつけることに繋げています。そのほか、施設内のこひつじ農園では、さつまいも掘りの実施等、少しずつ外に出る機会も増えています。入居者が日常生活の中で楽しく身体を動かすことができる支援を考え、今後提供していきたいとしています。 福祉用具は、施設職員が協働で整備しており、適切に使用できるように整えています 施設では入居者が使用できる福祉用具として、車いす・歩行器・介護用ベッド等を備えています。これらの物品は施設購入品であることから、在宅サービスと違って、自事業所においてメンテナンスを行う必要があります。そのため、フロアからの意見を受け、不具合が生じた場合には担当職員が点検と修繕を行っています。そのほか、センサーマットや様々な福祉機器についても、できる範囲で対応しています。しかしながら、難しい場合は、専門の業者に修繕を依頼することもあります。これらは入居者の状況により、適切な福祉用具の用意や整備に努めています。		
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		
入居者個々の状態を把握し、それぞれに合わせた健康管理や対応を行っています 入居者の個々の病状は、事前訪問のアセスメント情報や入居前の情報提供書等により入手しています。入居後は、家族からも以前の生活歴や病歴を聞き取ることによって、これまでどのような生活を送ってきたのかを把握するように努めています。看護師は、それらの情報をもとにして、入居者の健康管理を行っています。日々の支援においては、各フロアを回って、入浴該当者の皮膚の観察と処置を行っています。さらに、日々の食事量・排泄状況・バイタル等を把握しており、体調不良者に対しては、嘱託医と連携のうえで、必要な措置を講じるようにしています。 服薬管理は、管理体制を講じている一方、緊急時対応には課題を抱えています 服薬管理については、処方箋を薬局に情報を提供し、届いた薬は看護職員が処方箋と届いた薬を照合し、個別のトレイに入れて管理し、朝・昼・夕の配薬箱に1週間分をセットしたうえで、各フロアに届けています。各フロアでは、担当者が薬箱の内容に間違いが無いかを確認して、介助時には介護職員が入居者の名前を呼んで、本人であることを確認して、薬を手渡し、確実に飲んで頂けるように配慮しています。緊急時対応の場面では、日中は看護職員と連携が図れる一方で、夜間オンコール体制に不十分な点があるため、今後は体制整備に努めたいとしています。 死生観教育は、入居者のアセスメントの充実で、尊厳ある最期の支援を期待されます 施設では、入居当初から重度化した場合の意向確認を実施し、終末期のケアについての情報を得ています。看取り指針を策定することで、可能な限り看取り支援が行える体制になっています。しかし、職員への死生観教育や看取り介護加算の算定には、課題を残しています。委員会の運用や嘱託医の協力を得て、さらなる充実化を目指しています。特に死生観に対しては、介護職員の意識の醸成が欠かせません。入居者が、これまで生きてきた生活歴のアセスメント情報を深めることで、最期のときを穏やかに過ごせるような支援体制の構築を図ることが期待されます。		

9 評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている			評点(〇〇〇)
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			
入居者の希望に応じた整容や更衣の支援を行い、生活にメリハリをつけています 職員は、入居者が日々の暮らしを送るうえで、快適性に配慮した支援を行っています。起床時のモーニングケアでは、ホットタオルを使用し目やに等をきれいにし、整容支援を行っています。本人が着替えを希望されず、朝食時でリビングに出る等の際には、羽織る物等をかけることで、羞恥心に配慮した支援を行うようにしています。また、居室で過ごすことを希望される方には、必要物品を側に置き、自分で身の周りのことができるように支援しています。また、夜はパジャマに着替えて、オンとオフを切り替えたメリハリのある生活となるように努めています。 日中活動を通して、リビングで過ごす時間を増やすことで夜間の安眠に繋がっています 当施設は、多床室を備えているものの、ほぼユニット型個室のしつらえとなっています。入居者は、重度で寝たきりの方を除き、ベッドから離れてリビングで生活することを主体としています。日中には様々なプログラムや食事・入浴等の生活支援を提供しています。入居者は、身体を動かすことで適度に疲れ、夜間の安眠に繋がっています。また、ユニット型の特徴として、誰かがいる場所で生活したいという意欲がわくことで、離床率が向上しています。支援の中では、職員の繁忙等の時間帯により、丁寧さに違いがあるため、今後改善していきたいとしています。			
10 評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている			評点(〇〇〇〇)
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			
入居者が施設生活を楽しくするような、各種行事やレクリエーションを実施しています 入居者の生活が、日々の楽しみを持って生活できるように、感染症に留意しつつ、施設内で行事を実施しています。七夕・納涼会・敬老会・初詣等の季節に応じた行事を立案して実施しています。また、入居者が身体を動かすことができる場として、行事を立案し職員主体でレクリエーションを実施しています。その様子は写真に撮って、月に1回発行している月刊こひつじ新聞や、毎月数回更新しているブログに掲載しています。写真には入居者の笑顔が多く撮られ、楽しんでいる様子を見ることができます。今後は家族を交えた交流の機会の提供を検討しています。 認知症の進行状況について囑託医と情報共有を図り、適切な服薬支援に繋がっています 認知症高齢者の周辺症状に対応するために、囑託医との連携を強化しています。囑託医は週に1回、施設内を回診して、入居者の健康管理を行っています。その際、認知症の進行がみられた場合には、囑託医の紹介によって、系列の精神科医等の往診に繋げることができます。その結果として、適切な服薬の提供が可能となっており、落ち着きを取り戻すことに繋がっています。しかし、薬剤等の医療に頼るのではなく、落ち着くための環境作りや、入居者を知ることにより、生活の中で落ち着ける支援を行う等、職員のソフト面としての関わりの向上が期待されます。 入居者だけでなく、職員間のコミュニケーションを大切にする目標を設定しています 施設では、アンガーマネジメント研修の参加や、各種の法令遵守によって、入居者への対応を適切に行うこととしています。また、入居者や家族だけでなく、職員どうしの人間関係の構築や、情報の共有も目標にしています。福祉業界では、職員の直接の処遇に加えて、人間関係を苦とする退職に繋がるケースが多く、こうした動向をふまえたうえで「職場コミュニケーション」に関する目標を定め、基本的な挨拶を行うこと等、人間関係の構築に努めています。こうした取り組みによって、職員の離職率の低下に繋げ、職員のサービスの質の向上を目指しています。			

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	
●あり ○なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の一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	○非該当
●あり ○なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
評価項目11の講評 施設周辺を散歩することにより、その時々花や野菜を見て楽しむことができます 職員は、入居者を散歩等に誘いたいと思いますが、今年は一気に夏が来たような気温となり、外出する機会が減りました。それでも職員数にゆとりがあるときは、施設周辺を散歩しています。施設のエントランス前には、環境を整備する職員が、季節に応じた花や植物を植えており、行き交う人々も立ち止まって、「きれいですね」等、地域の人々も楽しみにしています。入居者も散歩に出るときには、プランターに植えた稲の成長を眺めて、野菜の成長を楽しみにしている姿もあります。さらに、綿の花からは綿が取れてそれを手で触り、感触を楽しんでいます。 今年は地域の祭りが再開したため、皆で地域の方々とふれ合うことができました 入居者が地域の一員として生活できるように、地域住民と交流できる機会を設けています。ただし、新型コロナやインフルエンザ等、いまだに感染者が出る中では、施設の中に地域の人を招くような行事は再開できていませんが、今年は地域のお祭りが再開したため、お祭りの日には、入居者をエントランス前の車寄せに案内して、そこでお神輿を観ることができました。入居者の方々が見ていると、担ぎ手の人々が神輿をそこで停めて、セイヤと手拍子を求める等、入居者を楽しませています。また、子ども神輿も通るため、入居者は手を振り応援しています。		
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	
●あり ○なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○非該当
●あり ○なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	○非該当
●あり ○なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	○非該当
評価項目12の講評 こひつじ新聞を毎月発行して、家族に送付して入居者の様子を伝えていきます 入居者の日常の様子については、何か異常等があったときは、その都度相談員等から直接家族へ知らせています。また、面会時には、日常の過ごし方を伝えるように配慮しています。一方、毎月、月刊こひつじ新聞を発行して、家族に送付しています。そこには、職員が入居者の日々の生活を写真に撮ったものが掲載され、家族に送付しています。これには、視覚的にも入居者の様子を家族に伝えていきたいという思いがあります。写真には、ユニット内でのレクリエーションの様子や、趣味活動に取り組んでいる様子等であふれており、見る人の笑顔を誘っています。 家族アンケートを実施して、家族からの要望等の把握に努めています いまだに、新型コロナ感染症やインフルエンザ等の感染症が発生している中で、法人方針としては、現在、家族面会を予約制に制限している状況です。その中でも、面会時には家族からの要望や意向を把握しています。さらに、今回は入居者聞き取りのほかに、家族アンケートを実施し、家族からの要望や質問を把握しています。要望は、感染症予防策をとりながらも、面会の枠を広げて欲しい、面会時に同じ服や他者の服を着ていることがあった等の意見も見られたため、改善していきたいとしています。そのうえで、来年度には交流の機会を作りたいとしています。		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル①	利用希望者等が入手できる媒体で、事業所情報を発信しています	
内容①	運営母体である、社会福祉法人千葉育美会のホームページから閲覧できる事業計画書では、施設の考え方・組織体制・各部門の目標・年間計画等が掲載されています。利用希望者等には、パンフレットと過去6か月のバックナンバーを配布する等、施設情報を提供しています。また、入居者の日々の様子・職員教育・地域とのかかわり等は、ブログの「浮間こひつじ園の日々」内で発信されています。各媒体では、写真を多く使用して、写真ではわからない情報は文字情報として掲載されており、閲覧する方が施設情報をわかりやすく得られるように工夫されています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-3	利用者が食事を楽しむための工夫をしている
タイトル②	入居者に充実した日常生活を提供するため、楽しみとなる食事提供に努めています	
内容②	施設では、今年11月より厨房委託会社と協働してセレクト食の取り組みを開始しています。今までは食の安全に関わる事項を優先にし、食事形態や栄養補助の取り組みを行ってきました。今年度からは食事が楽しみとなるように、選択する機会を月1回持ち、肉か魚等、主菜を選ぶことができます。さらに月1度の郷土料理の提供をはじめ、誕生月の方の食事等、少しずつ充実を図っています。また、施設内のこひつじ農園で栽培した、さつまいもを入居者と共に収穫し、スイートポテトを作って提供し、好評を得る等、食に関するイベントの充実にも努めています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	1-1-2	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
タイトル③	業務フローチャートを作成したことで、各部門・各職員の役割が明確にされました	
内容③	各部門ごとの業務フローチャートが作成されたことによって、各フロアに掲示されています。現在は、このフローチャートに基づいて、各職員の役割に関する方向性の一層の明確化が進められています。このことによって、職員ごとの責任範囲の明確化および共有化も進んでいることから、入居者へのサービス提供を始めとする施設運営の向上にも結びついています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	24時間シートを使用して、毎日入居者の情報を記録しています。また、職員間で連携し入居者を支える仕組みとなっています
	内容	入居者の日々の情報は、24時間シートを使用して、毎日記録されています。記録内容は、日時・生活リズム・データ・そのときの様子・記録者であり、端的に単語で記載されているほか、数値データも入力されています。24時間シートは、どの職種でもいつでも、閲覧することが可能であることから、職員間でも情報を共有しています。24時間シートで得られた情報と各職種から聞き取りした情報をもとにして、介護支援専門員が施設サービス計画書を作成しています。職員間でも連携し、入居者のニーズや要望に沿った施設生活を支える仕組みが整っています。
2	タイトル	法令・規範・倫理について、法人が充実した内容の研修を実施し成果を上げています
	内容	法人として、傘下事業所の職員を参集させ、「法令遵守・接遇・倫理研修」を実施しています。特に、SNS等のリスクについては、今日的な視点も盛り込んだ極めて多角的でまとを得た内容で実施されています。「社会福祉法人と営利法人との違い」という、社会福祉従事者が前提として、理解すべき倫理等もしっかりと盛り込まれています。職員アンケートの結果からも、職員への浸透度が高いことが示されています。過去に当施設で発生した事件についての再発防止策としても、深く機能するものと評価できます。
3	タイトル	環境整備の職員が施設のまわりに花壇を作り、花や野菜を育てて、地域の人々を施設に引き寄せています
	内容	環境整備を行う職員がいて、施設まわりの環境の美化に努めています。エントランス前の花壇には、その時々のお花が植えられており、地域の人々が足を止めて、「きれいですね」等と話しかけています。今年は、地域のお祭りが再開したのを受けて、入居者もエントランス前に車いすを寄せて、近くでお神輿を観ることができました。担ぎ手は、施設の前に入居者が出てきているのを見ると、そばに来て、入居者の前で神輿を揺らしたり、入居者に手拍子を求める等を行っています。入居者は、それに応じて手拍子を打ったり、「セイヤ」というかけ声をかけています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	各種マニュアルは、各会議・各委員会で更新します。今後はマニュアルが各職員に浸透し、定着する仕組みが整うことに期待します
	内容	施設では、業務関連・身体拘束・安全対策・感染症予防・褥瘡予防等の各種のマニュアルが整備されています。これらのマニュアルは、ユニット会議・リーダー会議・各委員会等を経たうえで、更新されていきます。しかし、マニュアルは整っている一方で、わからないことが起きた際には、ほかの職員に聞いて確認することも多く、マニュアルの存在が職員に周知されていないのが現状です。今後はマニュアルをしっかりと機能させることで、より良い支援に繋げていくためにも、マニュアルの内容を各職員に浸透させ、定着させる仕組みを整えることに期待します。
2	タイトル	専門職の配置による機能訓練・事故検証・環境整備等、さらなる充実が期待されます
	内容	現在、機能訓練指導員は不在であり、看護師がその役割を担っています。また、福祉用具等は施設職員により整備されて、適正な状況となっています。看護師・管理栄養士・介護職員が協働できる体制を整え、適切なポジショニングによる誤嚥予防も努めています。さらに、映像を活用した体操を取り入れて、入居者と一緒に運動することもあります。しかしながら、本来の各専門職の業務の遂行にあたって、機能訓練指導員の配置は必須と考えられます。事故の検証・居室環境の整備・適切な車いすの選定等、専門的に行うことができる職員の早期雇用が望まれます。
3	タイトル	家族と職員と入居者が交流できる機会を設けていくことを期待します
	内容	法人方針として、家族面会は予約制を取り、制限を設けています。また、面会は1階の会議室で行っており、居室に入ることができません。そのため、家族は本人の生活状況を直接見ることはできません。一方、施設ではブログを立ち上げており、職員に対する研修の様子や、入居者の生活空間や日常の様子を写真で公開しています。また、月刊ひつじ新聞を毎月発行して、家族に入居者の状況を伝えています。来年度には、感染症の状況を加味しながら、居室内での面会の再開だけではなく、家族と職員と入居者とが交流する機会を提供する取り組みに期待します。

東京都福祉サービス第三者評価機関

一般社団法人 TSK

機構 20-251