

東京都福祉サービス第三者評価 評価結果

評価結果基本情報

評価年度	令和7年度
サービス名称	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】
法人名称	社会福祉法人すみれ福社会
事業所名称	特別養護老人ホーム橋場すみれ園
評価機関名称	日本介護情報機構 株式会社

コメント

第三者評価の実施にあたり、事業所に対して事前説明を行い、評価の目的や手法について理解と確認を得ました。利用者調査は、利用者の保護者を対象としたアンケート方式で実施しました。事業評価については、経営層および職員による自己評価の結果と利用者調査の結果をもとに、評価者間で調査時の着眼点を共有し、必要な帳票・文書の一覧表を事業所に交付したうえで訪問調査を行いました。訪問調査では、管理者および関係職員へのヒアリングや各種書類の確認を行い、調査終了後に評価者間で合議を行い、本報告書を作成しました。

(内容)

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

公益財団法人東京都福祉保健財団

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

I 事業者の理念・方針、期待する職員像

1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など） 理念：すべての心に向かい合いすべてに幸せを 最期まで安心して過ごしていただけるようお看取りケアに力を入れている。
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 求めている人材像：利用者様に寄り添ったケアを提供できる職員。役割：利用者や家族とコミュニケーションを取り、思いを共有できる空間を提供すること。職員は、利用者の自立支援を行い地域に根ざした住環境を整えることに貢献をする。また介護保険の理念に基づき利用者の意思や人格を尊重し、質の高いサービスを提供することを目指している。
	(2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 利用者様に寄り添い尊厳と自立を支援し、質の高い介護サービスを提供することを心がけて仕事に取り組んでほしい。

II 全体の評価講評

全体の評価講評

特に良いと思う点

1	職員を大切にし、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいます 職員を大切な存在として捉え、安心して長く働き続けられる職場づくりに力を入れている点が特に評価できます。年2回の人事考課面談や随時の個別面談を通じて、職員一人ひとりの状況や思いを丁寧に把握し、評価結果や課題を具体的にフィードバックすることで、納得感のある人事運営を行っています。また、託児所の設置や職員送迎の実施など、ライフステージや通勤事情に配慮した支援体制を整えており、職員の定着や意欲向上につながっています。こうした取り組みは、安定した人材確保だけでなく、サービスの質の維持・向上にも寄与しています。
2	入居前からの暮らしや習慣を尊重し、生活の連続性を大切にした支援が日常的に実践されています 施設に入居する以前から利用者が生活者として送ってきた暮らしの流れを大切にしており、入居後もできる限りその延長として生活できるよう配慮している点が印象的でした。寝る前の晩酌といった生活習慣を尊重した対応や、自宅で使用していた家具や私物の持ち込みを推奨する姿勢からは、利用者一人ひとりの人生や暮らしを受け止めようとする考え方がうかがえます。環境の変化による不安の軽減につながることも、利用者が自分らしく落ち着いて生活を続けるための大切な基盤となっており、日常生活支援全体にも良い影響を与えていると感じました。
3	専門職が常駐する事務所を拠点とした多職種連携と、朝夕の会議による徹底した情報共有により、利用者支援の質を高めています 各専門職の控室を1つの事務所に集約している利点を活かし、日常的に顔を合わせて相談ができる円滑な連携体制を構築しています。毎日の夕礼では1階事務所に全職種が集合し、その日の利用者の変化や特変事項を直接共有しており、翌朝の朝礼で再度周知することで情報の断絶を防いでいます。サービス担当者会議においても各専門職が結集し、それぞれの知見に基づいた活発な議論が展開されています。この物理的な距離の近さと定例会議の組み合わせにより、迅速かつ的確な意思決定が行われるチームケアの基盤が確立されています。

さらなる改善が望まれる点

1	理念・計画の職員への浸透と理解を深める取組が期待されます 理念や基本方針、中期・単年度計画の策定が行われていますが、それらが職員一人ひとりの業務や役割認識と十分に結び付いていない様子が見受けられます。理念等は掲示や資料で示されているものの、現場では自分事として捉えにくい場面も見受けられます。また、計画の内容や進捗確認は管理職中心となっており、一般職員への共有は限定的です。今後は、理念や計画をフロア目標や日常業務と関連付けて伝え、進捗や成果を定期的に共有する仕組みを整えることで、職員の理解と主体的な参画が深まり、組織の一体感向上につながることを期待されます。
2	中堅・リーダー層への体系的な学びが現場力をさらに高めることが期待されます 日常生活支援の質が高く、現場での工夫や実践が丁寧に積み重ねられている一方で、職員間の価値観や考え方の違いから、指導や伝達に難しさを感じる場面もあると見受けられます。特に中堅層やリーダー層においては、知識や経験をどのように現場へ伝え、職員一人ひとりの理解につなげていくかが重要な課題となっているように見受けられます。大規模法人としての強みを活かし、体系的な研修や学びの機会がさらに充実することで、職員の共通理解が深まり、結果として利用者の生活の質のさらなる向上につながっていくことが期待されます。
3	外国人職員の理解を深める視覚的なマニュアル整備と育成環境を整え、緊急時対応など業務水準のさらなる確保が期待されます 新しく仲間に加わった外国籍の職員が、介護の現場において、より安心して力を発揮できるよう、教育体制や手順書などのさらなる工夫が期待されます。言葉の壁を感じることなく、緊急時にも自信を持って動けるよう、図解や写真を用いた視覚的に分かりやすいマニュアルの整備や、一人ひとりの成長に寄り添った育成の仕組みを整えることは、職員の定着につながるだけでなく、施設全体のケアの質を安定させる大きな力となります。多様な背景を持つ職員が長く共に歩める環境を育み、より一層充実したチームケアの実現が期待されます。

III 事業者が特に力を入れている取り組み

1	<p>★ 研修・勉強会を通じてケアの質向上に取り組んでいます</p> <p>事業所では、ケアの質の向上を重要な経営課題と位置づけ、研修・勉強会の充実に特に力を入れています。年間スケジュールに基づき、月2回程度の頻度で研修や勉強会を計画的に実施しており、褥瘡防止、身体拘束防止、オムツケア、感染症対策、看取り、ユニットケア、ポジショニングなど、現場に直結するテーマを幅広く取り上げています。これらの研修は知識の習得にとどまらず、日常ケアを振り返る機会としても機能しており、職員の専門性向上と意識統一につながっています。</p>
関連評価項目(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)	
2	<p>★ 食事を生活の中心に据えた専門職連携による支援を実践しています</p> <p>食事を単なる栄養摂取の場としてではなく、生活の質を支える重要な要素と捉えています。管理栄養士が日常的に関わり、食事量や水分量、利用者の様子を継続的に把握し、記録と評価を行っています。半年に1回、全利用者に採血を実施し、栄養状態や健康状態を評価することで、必要な支援につなげています。嚥下機能についても、利用者の状態に応じて評価を行い、可能な限り経口での摂取ができるよう支援しています。楽しみとしての食を大切に作る姿勢が共有されており、日常生活としての食事支援を実践し、特に力を入れている様子がうかがえます。</p>
関連評価項目(食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている)	
3	<p>★ 定期的な家族会の開催を継続し、家族との絆を深める取り組みを続けています</p> <p>昨年度末より、2か月に1回のペースで家族会を継続的に開催しており、施設と家族が直接対話できる機会を重視しています。家族会には介護スタッフも多数参加し、アンケート結果を次回のテーマに反映させるなど、家族の意向を真摯に汲み取る運営を実践しています。面会制限を緩和し、居室での交流を可能にしているほか、行事への招待やインスタグラムでの発信など、多角的なアプローチで家族とのつながりを深めています。こうした頻繁な情報提供と顔の見える関係づくりにより、家族が安心して生活を預けられる強固な連携体制を築いています。</p>
関連評価項目(施設と家族との交流・連携を図っている)	

IV 利用者調査結果

調査概要

調査対象：調査対象は利用者全員のうち、事業所と協議の上、聞き取り可能な利用者を選出してもらいました。

調査方法：

聞き取り方式
事業所と協議の上選出してもらった聞き取り可能な利用者に対して、資格を有する評価者が聞き取り調査を行いました。利用者が話しやすい環境を作り、プライバシーに配慮しながら対面で行いました。

利用者総数	138人
アンケートや聞き取りを行った人数	138人
有効回答者数	10人
回答者割合 (%)	7.2%

総括

・総合評価として「大変満足」が10.0%、「満足」が50.0%となっており、回答者の6割が満足と高い評価になっています。・総合的な自由意見としては「100点でいうと60点。もう少し意見聞いてくれると良いけどみんな忙しいから」「自由はないが、ありがたい」「感謝している88/100点。わがままな人が多い中、職員はよくやってくれている」「自分でちゃんとやれば職員さんに馬鹿にされない。職員さんの声掛けの違い。他は満足している」「他の利用者さんで気に入らない人がいるが、その人たちがいなければ満足」「全体的に良い。食事がおいしい。居心地良い」「リハビリ少ない。散歩も少ない」「せわしなく動くのはいいけど、まともにやってくれない。忘れちゃうのか次の仕事に行ってしまう。直してほしい。小さい問題にも対処してほしい」等の意見がありました。

利用者調査結果

1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか							
はい	6人	どちらともいえない	3人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
・「はい」が60.0%となっています。・自由意見として「魚多い。まあ満足。パン好き。もう少し出てほしい」「柔らかくしてくれる。味は普通。ちょっと残す」「味が薄い。もっと味濃くしてほしい」「おいしい。和食が好き。全量食べている」「味が薄い、物足りない、残してしまう。味濃くしてほしい」「メニューが豊富。魚が多いのがちょっと嫌」等の意見がありました。							
2. 日常生活に必要な介助を受けているか							
はい	6人	どちらともいえない	2人	いいえ	0人	無回答・非該当	2人
・「はい」が60.0%となっています。・自由意見として「介助なし」「自分がしたいときとタイミングが合わないことがあるから」「介助なし。最初の1~2年は誘導(食堂へ)。今は行くまでの印をつけ一人で行っている」「あんまり世話になることがないが、やってくれる」「ほとんど手伝ってもらっていないが、呼ぶとすぐ来てくれます」「呼んだらすぐ来てくれる」「満足です」「職員さん忙しいから自分のことを話してパッと行ってしまう。聞いてもらえない」等の意見がありました。							
3. 施設の生活はくつろげるか							
はい	3人	どちらともいえない	5人	いいえ	2人	無回答・非該当	0人
・「はい」が30.0%となっています。・自由意見として「テレビ見るのは好き。趣味はできない」「集団生活だから仕方ないが自分のしたいことはできない」「お裁縫したい」「習字好き」「もっと本があると良い」「もっと外出したい。リハビリは結構してくれる」「食事が楽しい」「少ない。自分で趣味を楽しんでいる」「自分の部屋でテレビ見ている。フロアのテレビは好みに合わない」等の意見がありました。							
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか							
はい	6人	どちらともいえない	3人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
・「はい」が60%となっています。・自由意見として「こちらから言っています」「声をかけてくれる」「めったに聞かれない」「聞いてくれる」「事務的に聞いてくれます」等の意見がありました。							
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか							
はい	9人	どちらともいえない	1人	いいえ	0人	無回答・非該当	0人
・「はい」が90%となっています。・自由意見として「綺麗。トイレも綺麗」「専門の人が掃除してくれる」「まあまあだね」「気を付けていると思う」等の意見がありました。							
6. 職員の接遇・態度は適切か							
はい	7人	どちらともいえない	2人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
・「はい」が70.0%となっています。・自由意見として「普通」「服装は見えないが、言葉遣いOK」「我々にお世辞はないが、一定の対話はある」「特別悪い言葉もない」「いいですね」「まあまあだね」「自分の言ったことを言ってサッと行っちゃう。ゆっくり話す。時間がない。こちらの言うことを聞いてくれない」等の意見がありました。							
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか							
はい	7人	どちらともいえない	1人	いいえ	1人	無回答・非該当	1人
・「はい」が70.0%となっています。・自由意見として「普通。やってほしいことをやってほしいという思いがある」「OK」「人							

によるが」「なっていないからわからない」「職員さんが勉強不足で場当たりので気になる」「してくれる」「普通にやってくれる」「忙しいのはわかるけどすぐ行っちゃうのであまり信頼できないかも」等の意見がありました。

8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか

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

・「はい」が40.0%となっています。・自由意見として「ないけどできると思う」「OK」「トラブルないためわからない」「あまりない」「間に入ってくれている」「その場にはないからわからない」等の意見がありました。

9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか

はい	6人	どちらともいえない	3人	いいえ	1人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

・「はい」が60.0%となっています。・自由意見として「思う」「OK」「してくれる、聞いてくれる」等の意見がありました。

10. 利用者のプライバシーは守られているか

はい	8人	どちらともいえない	0人	いいえ	2人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

・「はい」が80.0%となっています。・自由意見として「他の人のことを聞かないから守っていると思う」「OK」「わからないけど他の人のこと聞かないから」「全て委ねているけれどあと一歩信頼が足りない」「守ってくれている」「差別が激しい。一番嫌だ。職員さん部屋に勝手に入る」等の意見がありました。

11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか

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

・「はい」が0%となっています。・自由意見として「見たことない」「ない。聞かれたことない」「聞かれたことない、見ない」「ない。見たことない」「覚えてない」「ないです」等の意見がありました。

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

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

・「はい」が0%となっています。・自由意見として「ない」等の意見がありました。

13. 利用者の不満や要望は対応されているか

はい	4人	どちらともいえない	2人	いいえ	3人	無回答・非該当	1人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

・「はい」が40.0%となっています。・自由意見として「伝えたことないがやってくれると思う」「わからない」「OK」「こんなもんかくらい」「そもそもない」「職員さんと喧嘩することもある。口きかなかったこともあった」「対応してくれる」「言っても忘れてしまう」等の意見がありました。

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

はい	1人	どちらともいえない	2人	いいえ	7人	無回答・非該当	0人
----	----	-----------	----	-----	----	---------	----

・「はい」が10.0%となっています。・自由意見として「ない」「公証役場の話（相続）はあった」「入所前に区の職員に教えてもらったけど、ここの施設の人からは聞いていない」「知っているが第三者委員がない」「知らなかった」等の意見がありました。

V 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）

カテゴリー1 リーダーシップと意思決定		※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-	
サブカテゴリー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			
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	実施状況	
標準項目1	事業所が目指していること（理念・ビジョン、基本方針など）について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○	
標準項目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	○	
評価項目2	経営層（運営管理者含む）は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている	実施状況	
標準項目1	経営層は、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	○	
標準項目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	○	
評価項目3	重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している	実施状況	
標準項目1	重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	○	
標準項目2	重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○	
標準項目3	利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○	
講評			
<p>理念・方針の周知は行われていますが、行動指針としてより浸透することが期待されます</p> <p>事業所の理念や基本方針については、施設パンフレットや就業規則、職員の名札への記載、新人研修や運営会議をはじめとする会議など、さまざまな機会を通じて周知が図られています。形式的な周知の仕組みは整っていますが、施設側自身も、理念や方針が日々の業務と十分に結びついて職員に理解されているとは言い切れないと認識しています。今後は、事業方針や目標設定と関連づけながら、繰り返し伝える工夫を重ねていくことで、理念が現場の行動指針としてより浸透していくことが期待されます。</p>			
<p>経営層が役割と方向性を示し事業運営を進めています</p> <p>経営層は運営会議等の場を通じて、自らの役割や責任、事業所が目指す方向性について職員に発信しています。組織図や職務分掌表を整備し、役割分担を明確にしたうえで、必要に応じて副施設長が中心となり個別面談を行うなど、職員一人ひとりへの働きかけも行われています。こうした取り組みから、経営層が事業運営の舵取りを担い、職員をリードしようとする姿勢が確認できます。一方で、現場でどのように実践されているかを組織として継続的に把握・検証する仕組みは、現時点では十分には整っておらず、今後の仕組み化が期待されます。</p>			
<p>委員会を起点とした意思決定と周知の流れが整理されています</p> <p>各委員会から提案された重要事項は、運営会議で検討・採択され、その後、各委員会を通じて施設内へ周知される仕組みが構築されています。意思決定の流れが明確であり、組織的に検討が行われている点が評価できます。また、利用者や家族に関する重要事項は、書面での郵送に加え、オンラインでのダウンロード閲覧にも対応するなど、複数の手段で周知しています。関係者に応じた情報提供の方法が工夫されており、透明性を意識した対応が行われています。</p>			

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		※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-	
サブカテゴリー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		実施状況
標準項目1	利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している		○
標準項目2	事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目5	事業所の経営状況を把握・検討している		○
標準項目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		○
サブカテゴリー2 実践的な計画策定に取り組んでいる			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目2	中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		○
標準項目3	策定している計画に合わせた予算編成を行っている		○
評価項目2	着実な計画の実行に取り組んでいる		実施状況
標準項目1	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		○
標準項目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		○
講評			
利用者・家族の意見を整理し、組織的にフィードバックしています			
<p>目安箱や家族会アンケートを通じて、利用者や家族の意見を継続的に収集しています。目安箱の内容は、適任者が回答したうえで個人が特定されないよう配慮し、施設内に掲示するなど、透明性を意識した対応が行われています。また、家族会アンケートは広報委員会が取りまとめ、内容に応じて運営委員会や各委員会で検討し、結果や対応を施設内で共有しています。寄せられた意見を組織的に整理し、必要な検討につなげる仕組みが整えられており、利用者・家族の声を施設運営に活かそうとする姿勢がうかがえます。</p>			
中期・単年度計画は策定されていますが職員との共有が期待されます			
<p>中期事業計画および単年度事業計画は施設長が中心となって策定され、運営の方向性を示す役割を果たしています。一方で、現状では計画内容について職員への詳細な説明は行われておらず、進捗や達成度の確認も施設長が担っています。計画は存在しているものの、職員が内容を把握し、日々の業務と結びつけて理解する段階には至っていません。今後は、計画の概要や重点項目を職員と共有し、組織全体で方向性を確認することで、計画の実効性を高めていくことが期待されます。</p>			
組織全体で事業計画を活用する仕組みづくりが求められます			
<p>計画の進捗管理や達成度の確認は施設長が把握していますが、管理職以外の職員が計画内容を十分に理解しているとは言い難い状況です。そのため、計画が現場での行動や判断に直接結びつく仕組みにはなっていません。施設もこの点を課題として認識しており、今後は協議のうえで職員にも計画をオープンにしていきたいと考えています。今後、計画の共有や進捗確認を段階的に行うことで、職員一人ひとりが自らの役割を理解し、環境変化に柔軟に対応できるような組織運営へとつなげていくことが期待されます。</p>			

カテゴリー3 経営における社会的責任		※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-	
サブカテゴリー1 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる			
評価項目1	社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる	実施状況	
標準項目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		○
標準項目2	全職員に対して、守るべき法・規範・倫理（個人の尊厳を含む）などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。		○
サブカテゴリー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			
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	実施状況	
標準項目1	苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		○
標準項目2	利用者の意向（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		○
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	実施状況	
標準項目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、職員が相互に日常的言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している		○
標準項目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		○
サブカテゴリー3 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			
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	実施状況	
標準項目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		○
標準項目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		○
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	実施状況	
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
講評			
苦情や要望に対し、明確な報告ルートと迅速な初動対応が行われています			
<p>小さな苦情や要望についても、職員からリーダー、リーダーから副施設長へと必ず報告される体制が整えられています。苦情があった際には、副施設長が速やかに事実確認を行い、個人が特定されないよう配慮したうえで施設内に共有し、再発防止策を委員会で協議しています。また、家族への説明も丁寧に行われており、誠実な対応姿勢がうかがえます。苦情処理規定や事故防止のための指針が定められ、組織として統一した対応が行われている点が評価できます。</p>			
虐待防止に向けた体制整備と早期対応の仕組みが確立されています			
<p>不適切ケアや虐待に関しては、早期発見マニュアルや虐待発見時の対応フローが策定されており、報告ルートや初動対応が明確に示されています。虐待の疑いがあった場合には、組織として迅速に対応し、必要に応じて関係機関と連携する体制が整えられています。日頃からルールや手順が共有されていることで、職員が1人で抱え込まず、組織として対応できる環境が整えられています。また、管理職が中心となって状況を把握し、職員への注意喚起や再発防止策につなげている点も、組織的な取り組みとして評価できます。</p>			
地域との関わりを通じて開かれた施設づくりを進めています			
<p>コロナ禍を経て、現在は地域の方が気軽に訪れることのできる施設となり、地域との関係性が深まっています。こうした環境の変化により、職員も適度な緊張感を持ち、日々の業務に取り組む意識が高まっています。また、お褒めの言葉やお礼状については、対象職員に直接伝えるだけでなく、会議や掲示を通じて施設内で共有されており、職員の意欲向上にもつながっています。地域に開かれた運営が、サービスの質向上に好影響を与えています。</p>			

カテゴリー4 リスクマネジメント

※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-

サブカテゴリー1 リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
サブカテゴリー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			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目2	収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している		○
標準項目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		○
標準項目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		○

講評

BCPに基づく訓練と振り返りで実効性を高めています

事業所では、策定したBCPに基づき、災害や緊急時を想定した訓練を計画的に実施しています。訓練は、運営会議や各委員会の開催前の月や前週に行われ、その結果をもとに振り返りの機会を設けています。振り返りでは、BCPの内容が実態に即しているか、訓練の中で不足していた点は何かといった観点から検討が行われ、委員会で内容の見直しが図られています。BCPを策定して終わりとするのではなく、訓練と検証を通じて改善につなげる姿勢が見られ、災害時にも落ち着いて対応できる体制づくりに継続的に取り組んでいる点が評価できます。

事故・ヒヤリハットを組織的に分析し再発防止につなげています

事故やヒヤリハットが発生した際には、事故報告書を関係各所へ提出した後、安全対策委員会において集計・分析を行っています。その内容は運営会議で報告され、施設内で共有される仕組みとなっており、組織全体で情報を共有し再発防止に活かしています。単なる報告にとどまらず、分析結果をもとに注意喚起や対策を検討する体制が整えられており、リスクを未然に防ぐ意識づくりを行っています。こうした継続的な取り組みは、安全なサービス提供を支える基盤となっています。

個人情報保護に関する管理体制が整えられています

利用者の個人情報については、キャビネットの施錠やパソコンのアクセス権限設定など、基本的な管理ルールを徹底しています。特に、副施設長が定期的に管理状況を確認し、適切に運用されているかをチェックしている点は評価できます。規程に基づいた管理が現場で実践されており、職員の意識向上にもつながっています。今後も継続した確認と職員への注意喚起を行うことで、情報漏えい防止への取り組みがより一層強化されることが期待されます。

カテゴリー5 職員と組織の能力向上		※実施あり：○、実施なし：×、非該当：-	
サブカテゴリー1 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
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		実施状況
標準項目1	事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇（賃金・昇進・昇格等）・称賛などを連動させている		○
標準項目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		○
標準項目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		○
標準項目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		○
サブカテゴリー2 組織力の向上に取り組んでいる			
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		実施状況
標準項目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		○
標準項目2	職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、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		○
標準項目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		○
講評			
複数の視点を取り入れた採用・配置により、安定した人材運営を行っています			
採用時の判断や人事配置については、複数名で協議し、合意形成を行ったうえで決定しており、個人の判断に偏らない体制が取られています。明文化された基準はありませんが、全体のバランスや職員一人ひとりの特性を踏まえた配置が意識されており、運営方式の見直しや人事配置の変更が業務改善につながった事例も確認されています。今後は、これまでの判断基準や考え方を整理・共有することで、より納得感のある人材配置や育成につながることを期待されます。			
新人教育と評価のフィードバックで成長を支援します			
新人職員に対しては、入職時に新人研修ファイルを配布し、業務に必要な基礎知識を体系的に学べる環境を整えています。そのうえで、OJTを通じた丁寧なフォローを行い、安心して業務に取り組めるよう立ち上がりを支援しています。また、人事考課では行動や取り組みに対する評価基準を明確に示し、評価後には評点やコメントを含めてすべて本人にフィードバックしています。評価結果を共有することで、職員の納得感や成長意欲の向上につなげている点は評価できます。今後は、オンライン教材の活用による教育機会のさらなる充実も期待されます。			
働き続けやすい職場環境づくりと交流に力を入れます			
長く働き続けられる職場づくりを重視し、託児所の設置による育児と仕事の両立支援や、駅から距離がある立地条件を踏まえた職員送迎を行っています。こうした取り組みにより、育休から復帰する職員が増え、長期間勤務するパート職員も多く在籍しています。また、グループ内の他施設との人材交流を通じて、研修内容やスキルの共有、データの蓄積が行われており、職員個人だけでなく組織全体のレベルアップにつながっています。人を大切に作る姿勢が、定着率向上を支えています。			

サブカテゴリ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）	<p>本事業所では、生活環境の向上や委員会活動の活性化、利用者一人ひとりのADL向上および個別ケアの充実を重要課題として設定しています。運営が安定期に入ったことを背景に、量から質への転換を図り、ユニット型施設として本来求められる個別ケアの実践を進めることを目的としています。</p> <p>取り組みとしては、委員会活動を管理側主導ではなく、委員会メンバー主体で進める方針を明確にし、一般職を委員長に据え、指導職がフォローする体制を構築しました。その結果、職員の自律性が高まり、指示を待たずに自ら考えて行動する姿勢が見られるようになってきました。一方で、業務の忙しさ等から参加状況や取り組みに職員間で温度差が生じている点も課題として認識されています。また、居室担当制については、導入当初に人事異動と重なったことや役割内容が不明確であったことから定着しませんでした。その後、居室に担当者名を掲示して役割を明確化したことで、当事者意識の向上が見られています。</p>	
評語	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
	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
	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
<p>【講評】</p> <p>課題設定において、生活環境や個別ケアの質向上といった、施設の成熟段階に応じたテーマを明確にしている点は適切です（Plan）。委員会活動の主体を一般職に移し、現場主導の運営へと転換したことにより、職員の自律性が高まり、自発的な行動が増えています（Do）。一方で、委員会活動への関わり方には職員間で差があり、業務負担や時間確保の難しさが影響していることが確認されています。また、居室担当制についても、導入初期の課題を振り返り、制度設計や役割提示が不十分であった点を把握しています（Check）。</p> <p>これらを踏まえ、居室担当者の「見える化」や役割の明確化を行い、職員の当事者意識向上につなげた点は、改善に向けた具体的な対応といえます（Act）。今後は、委員会活動や居室担当制の成果を共有し、業務状況に配慮しながら関与の幅を広げていくことで、個別ケアのさらなる定着が期待されます。</p>		
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）	<p>事業所では、特養稼働率95%以上の維持を重要課題として設定し、安定した収入確保と持続可能な施設運営を目指しています。待機利用者の管理は区が行っているものの、受け入れ体制の整備や日常運営においては、現場職員の工夫が大きな役割を果たしています。具体的には、職員一人ひとりが稼働率を意識し、ローテーションの調整や相互フォローを行うことで、入退院等による変動があっても柔軟に対応できる体制を整えています。見学対応においては、施設の「ありのまま」を伝えることを重視し、見学時も職員が普段どおりの業務を行うことで、入所後のミスマッチ防止につなげています。</p> <p>また、SNS等の情報発信は、直接的な入所促進よりも、ご家族に日常の様子を伝え、安心感を持ってもらうことを目的として活用されています。これらの取り組みにより、特養稼働率95%以上を安定して維持する成果につながっています。</p>	
評語	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
	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
	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
<p>【講評】</p> <p>稼働率95%以上という具体的な数値目標を設定し、安定運営を重視した課題設定が行われています（Plan）。現場職員が稼働率を自分事として捉え、ローテーションの工夫や相互フォローを通じて受け入れ体制を整えている点は、組織としての対応力の高さを示しています（Do）。</p> <p>見学対応においても、施設の実情を正しく伝える姿勢を徹底することで、入所後のミスマッチを防ぐ工夫がなされています。その結果、稼働率は安定して目標水準を維持しており、取り組みの効果が数値として表れています（Check）。</p> <p>一方で、今後も安定した稼働率を維持するためには、相談員がよりアクティブに動き、先を見据えた調整や関係機関との連携を強化していくことが課題として認識されています（Act）。課題を明確に捉えたうえで、次の改善に向けた視点を持っている点は評価でき、今後の取り組みの深化が期待されます。</p>		

VI サービス提供のプロセス項目（カテゴリー 6）

カテゴリー 6 サービス提供のプロセス			
サブカテゴリー 1 サービス情報の提供			
評価項目1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		実施状況
標準項目1	利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		○
標準項目2	利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている		○
標準項目3	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		○
標準項目4	利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		○
講評			
<p>SNSや広報誌を活用し、施設の日常やサービス内容を発信しています</p> <p>ホームページやパンフレットによる情報提供に加え、広報委員会が主体となり、毎月、広報誌すみれだよりを発行しています。本冊子は家族への郵送物に同封するほか、施設内にも掲示し、利用者の生活の様子を分かりやすく伝えています。また、副施設長を中心にSNSを週1回以上更新し、行事の様子などをタイムリーに発信することで、見学前の方でも施設の雰囲気をつかみやすいよう工夫しています。今後はホームページのさらなる改良を計画しており、デジタルと紙媒体の双方を充実させることで、運営の透明性を高めています。</p>			
<p>行政サイトへの掲載や関係機関への情報提供を通じて地域連携を図っています</p> <p>施設に関する情報を、台東区のホームページや介護情報誌ハートページへ毎年度掲載し、広く周知を図っています。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などの関係機関に対しても積極的に情報を発信し、空室が生じた際には速やかに連絡を行う体制を整えています。東京都や区に対して、入退きの進捗状況を定期的に報告することで、入居待機者への情報提供が円滑に進むよう、行政と密接に連携しています。地域のネットワークを活かし、利用希望者が適切なタイミングで必要な情報を入手できるよう、正確な情報発信に努めています。</p>			
<p>日曜日や当日の見学希望にも個別の状況に応じて柔軟に対応しています</p> <p>入居希望者や家族からの問い合わせには、生活相談員やケアマネジャーが窓口となり丁寧に対応しています。見学の要望に対しては、当日の申し込みであっても担当者が在席していれば柔軟に受け入れているほか、日曜日も対応を行うなど、相談者の利便性に配慮した体制を整えています。見学時には専用のノートで個別の状況を管理し、料金体系や入居までのプロセス、認知症への対応、使い慣れた家具の持ち込みといった不安や疑問に対して、一人ひとりの事情に合わせた詳細な説明を行っています。納得感を持って検討できるよう誠実な対応を継続しています。</p>			

サブカテゴリ-2 サービスの開始・終了時の対応			
	評価項目1	サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている	実施状況
	標準項目1	サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○
	標準項目2	サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○
	標準項目3	サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○
	評価項目2	サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている	実施状況
	標準項目1	サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○
	標準項目2	利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○
	標準項目3	サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○
講評			
入居時に丁寧に説明し、意向を踏まえて納得のうえで契約しています			
<p>サービスの開始に際しては、生活相談員が入居当日に契約書や重要事項説明書の内容を丁寧に説明し、書類を交付して同意を得ています。サービス内容や利用者負担金についても、最新の料金表を用いて分かりやすく提示しています。事前面談時には利用者や家族の意向を詳細に聞き取り、アセスメントシートへ記録しています。これらの情報をケース記録に集約し、全職種で共有しています。暫定ケアプランの作成においても事前の聞き取り内容を反映させるなど、個別の要望を尊重し、納得感のあるサービス開始の手続きを整えています。</p>			
環境への配慮と多職種のきめ細やかな観察で早期の適応を支援しています			
<p>環境の変化による不安を軽減するため、居室には使い慣れた物品の持ち込みを推奨し、安心感を得られる環境づくりに配慮しています。入居当初は各職種が様子を特に注意深く観察し、職員が他の利用者との会話を支援するなど、新しい生活に馴染めるよう積極的に関わっています。把握した日々の状況は多職種間でリアルタイムに共有するとともに、家族にも電話等でこまめに様子を伝えることで、双方の不安解消に努めています。全職員が連携して利用者の心身の状態に寄り添い、精神的な負担の緩和に向けた組織的な支援を実践しています。</p>			
在宅復帰や看取り等の意向を尊重し、関係機関と連携して継続支援を行っています			
<p>施設内での継続が困難な場合は家族面談を適宜行い、意向を確認した上で、退所先の選定からその後のフォローまで丁寧に対応しています。看取り支援の過程で最期を自宅で過ごしたいという希望があった際には、その意思を最大限に尊重し、在宅サービス関係者と緊密に連携を図っています。施設での生活で得た介助の工夫や医療面などの詳細な情報を惜しみなく提供することで、生活の場が変わっても適切なケアが途切れることなく継続されるよう配慮しています。家族の心情に寄り添い、住み慣れた場所での生活の実現を支援しています。</p>			

サブカテゴリー3 個別状況に応じた計画策定・記録			
	評価項目1	定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している	実施状況
	標準項目1	利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○
	標準項目2	利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○
	標準項目3	アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○
	評価項目2	利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している	実施状況
	標準項目1	計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○
	標準項目2	計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○
	標準項目3	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○
	評価項目3	利用者に関する記録を適切に作成する体制を確立している	実施状況
	標準項目1	利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○
	標準項目2	計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○
	評価項目4	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	実施状況
	標準項目1	計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○
	標準項目2	利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	○
講評			
事務所内の円滑なコミュニケーションを活かし、多角的に課題分析を行っています			
<p>事前調査に基づき、入居時は暫定プラン、1か月後に本プランを作成する手順を遵守しています。ケアマネジャーは、各専門職が同室に配置されている環境を活かし、介護・看護・リハビリ職から直接意見を聞き取ることで、精度の高いアセスメントを実践しています。多職種が一つの記録に時系列で入力するシステムを導入しており、心身状況の推移を組織全体で把握する仕組みを整えています。今後はケース記録のさらなる充実を図ることで、些細な変化も逃さずアセスメントに反映させ、個別の課題解決に向けた質の向上を目指しています。</p>			
利用者の意向確認と柔軟な会議体系で計画を適宜更新しています			
<p>計画の作成や更新にあたっては、必ず利用者の意向を確認し、希望を尊重した支援内容を立案しています。定期的な見直しは長期1年、短期6か月の期間で実施していますが、入院や怪我、看取り期への移行などの緊急時には、月1回のフロア会議等を通じて随時計画を更新する体制を整えています。家族の意見は電話等で丁寧に聞き取り、反映に漏れないよう努めています。ケアプランはデータ管理に加えて個人ファイルに紙媒体でも保管されており、現場職員が常に最新の目標や方針を確認し、一貫性のある支援を提供できる環境を維持しています。</p>			
朝礼・夕礼の実施とICT活用で情報断絶を防ぐ体制を構築しています			
<p>勤務交代時の口頭申し送りを1日4回実施するほか、各部署が集う夕礼と朝礼を毎日行い、情報の継続性を担保しています。朝礼では夜間の特変事項を、夕礼では1日の状況を各部門間で共有し、参加が困難な部署とも内線で連携を図っています。記録面では介護ソフトを活用し、多職種が検索可能な時系列記録を共有する一方、連絡ノートや業務日誌、各フロアの手書き記録を併用し、タイムリーな情報把握に努めています。今後は日々の些細な変化をより詳細に記録化することを課題とし、多重的な共有体制を基盤としたチームケアの深化を目指しています。</p>			

サブカテゴリ4 サービスの実施			
評価項目1	施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている		実施状況
標準項目1	施設サービス計画に基づいて支援を行っている		○
標準項目2	利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている		○
標準項目3	介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている		○

講評

ケアプランの目標を全職員で共有し整合性あるサービスを提供しています

ケアプランに定められた長期・短期目標と、それを実現するための具体的な支援内容を関係職員全員が深く理解し、日々のケアに当たっています。提供したサービスの結果はケース記録に詳細に蓄積し、計画の継続や見直しの貴重な指標として活用しています。利用者の状態変化等により計画どおりの支援が困難な場合には、速やかにリーダーや関係職種へ報告・相談を行う体制を整えています。常にケアプランと実際のサービスとの整合性を保持し、組織として一貫性のある支援を提供することで、目標の達成に向けた確実な歩みを進めています。

残存機能を活かした生活リハビリを実践し、身体機能の維持向上を図っています

排泄や入浴、更衣などの日常生活動作をリハビリの機会と捉え、利用者の身体状態に合わせた生活リハビリを支援に取り入れています。具体的には、更衣の際に袖に手を通す動作を促したり、ボタン留めのみを介助して他は見守るなど、残存機能を最大限に活かす配慮を行っています。機能訓練指導員の専門的な助言を介護職員が現場で実践することで、潜在能力の引き出しにつながっています。一方的な介助に頼らず、一部介助や見守りを適切に使い分けることで、利用者が自信を持って日々の生活を営み、自立した生活を継続できるよう支援しています。

多職種参加の会議と情報共有でチームケアを実践しています

ケアマネジャーを中心に、看護、リハビリ、栄養管理等の専門職が連携してサービス担当者会議を開催し、多角的な視点から支援方針を検討しています。月1回のフロア会議にも多職種が積極的に参加し、専門的な意見を直接交換することで支援の質の向上を図っています。日々の業務においては朝礼や夕礼に各部署が集まり、情報の断絶を防ぐための密接な申し送りを行っています。機能訓練指導員が現場で体操や歩行介助の指導を行うなど、各専門職が日常的に協力し合う環境を構築しており、強固なチーム体制で利用者の生活を支えています。

評価項目2	食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		実施状況
標準項目1	利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○
標準項目2	利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている		○
標準項目3	嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている		○

講評

管理栄養士による日常的なミールラウンドを通じて栄養管理を実践しています

管理栄養士が毎日ミールラウンドを実施し、利用者一人ひとりの食事摂取状況や様子を確認して、記録に反映しています。食事量や水分量は日々確認され、体重管理や栄養計画の見直しに活用されています。年2回の採血を実施し、栄養状態や健康状態を把握することで、必要な支援につながっています。日常的な観察とデータに基づく管理を組み合わせることで、わずかな変化にも気づきやすく、継続的で大切な栄養管理が行われています。

目標摂取量の達成を目指し個別性を重視した食事支援を行っています

利用者ごとに目標とする食事量を設定し、個食対応を行うことで、無理なく摂取できるよう支援しています。食事量だけでなくカロリーも摂取できるよう、ハーフ食や置き換え食を取り入れ、食べきれない方にも栄養摂取できるよう工夫されています。状態や疲労の程度に応じて食事時間をずらしたり、介助時間を調整したりするなど、個々のペースを尊重した対応が行われています。画一的な提供ではなく、利用者の状況に合わせた柔軟な工夫により、安定した栄養摂取につながっています。こうした個別対応は、食事を継続する意欲の維持にも寄与しています。

嚥下評価と多職種連携により経口摂取の継続を支援しています

嚥下機能については、利用者の状態や家族の希望、必要性に応じて評価を導入し、適切な食事形態の選択につながっています。また、一般的には年1回とされる健康診断に代えて、本事業所では6か月に1回、全入居者を対象に採血を実施し、栄養状態や全身状態の把握に努めています。管理栄養士が中心となり、看護師等の多職種と連携しながら、採血データと日常の食事観察を組み合わせ評価を行っています。これにより、利用者の状態変化を早期に捉え、できる限り経口による栄養摂取が継続できるよう支援しています。

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

講評

嗜好や生活習慣を尊重し、自由度の高い食事環境を整えています

外食や持ち込み食に制限を設けておらず、医師等から特段の制限がない限り、飲酒についても禁止していません。利用者のこれまでの生活習慣や楽しみを尊重し、施設生活の中でも食べたいものを楽しむことができる環境づくりを行っています。また、月に1回は行事食を実施し、季節感を大切に特別な食事の機会を設けています。持ち込み食や間食も制限なく受け入れており、利用者主体の食事支援が実践されています。

食事時間や環境を調整し、無理のない摂取を支援しています

食事の提供時間は一定の時間幅を設けており、決められた時間内であれば柔軟に対応しています。提供時間内での摂取が難しい場合には、時間を置いて再度声掛けを行うなど、利用者の状態に応じた工夫がなされています。睡眠中で食事に間に合わない方や、静かな環境を好む方に対しても配慮が行われています。着席後に配膳を行い、温かいものは温かいまま提供することで、食事の満足度向上にもつなげています。

座席配置や行事を工夫し、食事を楽しむ機会を広げています

フロア食堂では、テレビが見やすい位置への席替えや、利用者同士の人間関係に配慮した座席調整を行い、落ち着いて食事ができる環境づくりに取り組んでいます。加えて、おやつレクリエーションを定期的実施しており、夏にはアイスの提供、桜餅作り、フロアごとのお菓子バイキングなど、楽しみながら参加できる工夫が見られます。今後は主食の選択肢を増やしたい思いもあり、さらなる食事の楽しみにつなげていく意向が示されています。

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

講評

状態変化に応じた入浴形態の見直しを、多職種で行っています

入浴形態については定期的にアセスメントを実施し、利用者の状態に変化が見られた場合にはカンファレンスを開催して、見直しを行っています。カンファレンスは全職種で実施されており、介護職だけでなく看護職等の視点も含めて検討されています。これにより、身体状況や体調、認知面の変化に応じた適切な入浴形態の選定が行われ、無理のない入浴支援につながっています。

個別性と尊厳に配慮した入浴介助を実践しています

入浴は原則として1人ずつ対応し、可能な限り同性介護を行うなど、利用者の尊厳に配慮した支援が実践されています。介入を拒否される場合には無理に行わず、遠目で見守り、必要な部分のみ介助を行うなど柔軟に対応しています。また、外介助・内介助を分ける流れ作業ではなく、1人の利用者に対して一貫した介助を行い、状態に応じて2人介助も実施しています。

時間や雰囲気工夫し安心して入浴できる環境を整えています

入浴時間については、本人の希望を事前に確認し、午前・午後など希望に沿った調整を行っています。声掛けの方法やタイミングを工夫し、必要に応じて担当職員を変更するなど、認知症の利用者に対しても個別の誘導方法を実施しています。フロアごとに入浴剤を使用し、職員がユニット費で選定するなど、雰囲気づくりにも工夫が見られます。マンパワー上の制約はあるものの、利用者の疲労に配慮した適切な入浴時間が確保されています。

	評価項目5	排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている	実施状況
	標準項目1	利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○
	標準項目2	排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○
	標準項目3	研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○
	標準項目4	トイレ（ポータブルトイレを含む）は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○

講評

排泄状況を多角的に把握し個別性のある支援を行っています

便秘傾向のある利用者に対しては、下剤に頼る前にオリゴ糖、ココア、ヨーグルトなど食品面の工夫を取り入れ、自然な排便を促す支援を行っています。排便が3日続いた場合は下剤の検討を行い、5日から1週間排便がない場合には、全職種によるカンファレンスを実施し、体調や生活状況を踏まえた対応を検討しています。画一的な対応ではなく、状態を丁寧に見極めた支援が行われています。

プライバシーに配慮した安心できる排泄介助を実践しています

おむつ交換やトイレ介助の際には、必ずドアやカーテンを閉め、他者の視線を遮るなど、利用者のプライバシーに配慮した対応が徹底されています。排泄というデリケートな場面においても、尊厳を守る姿勢が共有されており、安心して介助を受けられる環境づくりにつながっています。こうした日常的な配慮の積み重ねが、利用者との信頼関係の構築にも寄与しています。

研修と環境整備を通じて排泄ケアの質向上を図っています

排泄ケアについては、おむつメーカーによる外部研修を実施し、研修計画に基づいて職員の技術向上を図っています。おむつの当て方や利用者に応じたサイズ選定について学び、状態変化に応じたサイズ変更にも柔軟に対応しています。ポータブルトイレは時間を決めて清掃し、気づいた職員が随時対応するなど、清潔保持にも配慮されています。外部研修を取り入れることで新しい知識が共有され、風通しの良い職場づくりにもつながっています。

	評価項目6	移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている	実施状況
	標準項目1	利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	○
	標準項目2	ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	○
	標準項目3	利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	○

講評

生活動線を意識した環境整備により自立した移動を支援しています

移動が必要な利用者に対しては、居室内から廊下までの動線を意識した環境整備を行い、安全に移動できるよう配慮しています。例えば、食事をとる席から自室への移動や、運動目的で車椅子を使用して廊下を移動するなど、日常生活の中で自然に身体を動かす機会を確保しています。単なる移動介助にとどまらず、生活場面そのものを活用した支援とすることで、利用者の活動量や意欲の維持にもつながっています。

車椅子操作と移乗時の安全確保を徹底しています

車椅子移動時には、フットレストやアームレストの扱いについて共通認識を持ち、原則としてフットレストを装着した状態で安全に移動・介助を行っています。移乗時には表皮剥離を防ぐため、靴下や靴をきちんと着用することを徹底しており、これらの内容は研修記録にも残されています。日常の支援場面で同じ基準を共有することで、事故防止と安定した介助につながっています。

多職種連携と日常管理で移動支援の質を高めています

車椅子が汚染した際には速やかに洗浄を行い、空気圧の調整なども気づいた職員やドライバーがその都度対応しています。また、機能訓練指導員が介入し、介護職員に対して適切な移乗方法や移動方法について助言を行っています。こうした多職種連携により、利用者の状態に応じた移動支援が実践されており、現場全体で安全性と支援の質を高めていく体制が整っています。

評価項目7	利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている	実施状況
標準項目1	利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○
標準項目2	機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	○
標準項目3	機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○
標準項目4	福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○

講評

状態変化に応じて専門職が機能訓練計画を見直しています

機能訓練については、機能訓練指導員が入所時、退院時、状態変化時にアセスメントを行い、必要に応じて計画の見直しを実施しています。機能訓練指導員には理学療法士、作業療法士が配置されており、専門的な視点から身体機能や生活動作の評価が行われています。ADLの低下や体調変化、福祉用具の不具合なども踏まえ、概ね月1回を目安に状況確認を行い、適切な訓練内容へ調整しています。訓練の場面ごとに評価の視点を持ち、その都度対応を行うことで、画一的ではない柔軟な機能訓練が実践されています。

生活場面を活用した生活リハビリを全職員で共有しています

機能訓練プログラムには、介護職員が日常生活の中で関わる生活リハビリを取り入れています。各フロアには生活リハビリ専用のファイルが配置され、利用者ごとに実施内容が明確に示されており、トイレ動作はできるところまで自分で行う、移乗時に足をしっかり使うなど、具体的な関わり方が可視化されています。内容は記録にも反映される仕組みとなっており、誰が関わっても同じ視点で支援が行える体制が整っています。生活リハビリの考え方を共有することで、日常の介護そのものが訓練につながる支援が実践されています。

多職種で目標を共有し継続的な機能訓練を支えています

機能訓練は機能訓練指導員が中心となって管理していますが、フロアスタッフやケアマネジャーもカンファレンスに参加し、目標設定や訓練内容を共有しています。生活リハビリの意義についても、自分で行うこと自体がリハビリであるという考え方が職員間で共有されており、介護職員が主体的に関わっています。車椅子からの移乗時に足を動かしてもらう、自走を自主訓練として位置づけるなど、計画書に基づいた支援が日常的に行われています。多職種が同じ方向性で支援することで、継続性のある機能訓練が実現しています。

評価項目8	利用者の健康を維持するための支援を行っている	実施状況
標準項目1	利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○
標準項目2	服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○
標準項目3	利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○
標準項目4	利用者の体調変化時（発作等の急変を含む）に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○
標準項目5	終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○

講評

多職種による日常的な健康管理と事故予防体制を整えています

利用者の健康管理については、看護職と介護職が連携し、配薬セットをダブルチェックする体制を取っています。転倒や誤薬などの事故リスクについては、事故防止委員会等を通じて事故報告書を作成し、職員間で周知して、日常的な予防意識の向上を図っています。日々の観察や小さな変化を見逃さない姿勢が共有されており、異変があった場合には速やかに情報共有が行われています。こうした多職種による日常的な確認と声掛けの積み重ねが、安定した健康管理と事故防止につながっています。

専門職と連携した口腔ケアにより健康維持を支援しています

口腔ケアについては、歯科医や歯科衛生士の介入を受け、専門的な助言をもとに支援を行っています。口腔ケア用品は施設で在庫管理されており、居室担当を中心に継続したケアが実施されています。口腔ケアの内容や留意点は、口腔ケア担当表や歯科関連資料等で一覧化されており、職員が確認しやすく、統一したケアが行える環境が整っています。助言内容が可視化されていることで、日々のケアの質向上にもつながっています。

急変時対応と看取りを支える体制づくりが定着しています

急変時の対応については、昼間は看護リーダー、夜間は介護の夜勤リーダーへ連絡する流れが明確にされており、夜間帯は医師へのコールサービスを利用し、直接連絡できる体制が整えられています。看護師が不在となる夜間帯においても、医師とつながる仕組みがあることで、職員が安心して対応できる環境となっています。また、看取り介護については、家族会等で丁寧な説明が行われ、施設全体で共通理解が図られています。職員にとっても看取りが特別なものではなく、日常の延長として捉えられており、学習会等を通じて知識の向上にも努めています。

	評価項目9	利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている	実施状況
	標準項目1	起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○
	標準項目2	起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○
	標準項目3	利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○
講評			
利用者の生活習慣や意思を尊重した身だしなみ支援を行っています			
<p>自宅でパジャマ等に替えて生活されていた方には、起床後に着替えを促すなど、これまでの生活習慣を踏まえた支援を行っています。一方で、着替えたくないという利用者の意思がある場合には、無理に着替えを求めず、利用者の選択を尊重しています。入浴以外の場面でも、起床後に温かいおしぼりで顔を拭く、ひげ剃りを行う、居室の洗面台で整容を行うなど、清潔保持と身だしなみを整える支援が丁寧に行われています。こうした日常的な関わりが、快適な生活環境の維持につながっています。</p>			
日中・就寝前の関わりを工夫し安定した睡眠を支援しています			
<p>排泄回数や使用パッドの見直し、体位交換、排泄時間の調整、入眠状況の把握などを行い、夜間の安定した睡眠につながる支援を行っています。就寝前には温かいお茶を提供し、身体を温めてから居室へ誘導するなど、安心して眠りにつける工夫も見られます。日中の過ごし方や夜間の覚醒状況を踏まえ、個々の生活リズムに合わせた対応を心がけており、利用者の負担軽減と生活の安定につながっています。</p>			
ICTを活用した睡眠管理と全職員による見守り体制を整えています			
<p>睡眠測定機器を導入し、職員がタブレットで睡眠状況を確認できる体制を整えています。断眠・浅眠・不眠の状況に加え、起き上がりや体動、呼吸状態、寝返りなども把握でき、必要時には睡眠導入剤の検討を身体拘束廃止委員会で協議し、承認を得た上で対応しています。また、大容量パッドを導入することで排泄による中途覚醒を減らし、皮膚状態や尿量を確認した上で適切に使用しています。身だしなみ支援が後回しにならないよう、全職員で意識づけを行い、職種を超えて気づいた職員が関わる体制づくりが進められています。</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	実施状況
	標準項目1	施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○
	標準項目2	利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○
	標準項目3	認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○
	標準項目4	利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○
講評			
生活上の制限を最小限とし利用者らしい暮らしを尊重しています			
<p>飲酒や喫煙については、医師から健康上の理由で禁止されていない限り制限せず、入居前からの生活習慣を尊重した対応を行っています。晩酌の習慣があった利用者には、その習慣を取り入れた支援も見られます。また、居室でのテレビ視聴時間に制限はなく、外出や外泊についても原則として制限を設けていません。利用者が自分らしいペースで過ごせる環境を整えることで、施設生活であっても日常性が保たれ、安心感や生活意欲の維持につながっています。</p>			
多様なレクリエーションを通じて、楽しみと交流の機会を設けています			
<p>塗り絵、体操、脳トレ、園芸、カラオケなどを、ユニット単位や機能訓練の一環として、多様なレクリエーションを実施しています。おやつレクリエーションも定期的に行われており、糖尿病等の既往がある利用者には、普段のおやつを控え、行事の際に楽しめるよう工夫しています。特に音楽系のレクリエーションは、多くの利用者が参加しやすく、笑顔や会話が自然に生まれる場となっています。これらの活動は、行事計画書や実施記録で管理しています。</p>			
住み慣れた環境づくりと寄り添う関わりを大切にしています			
<p>居室の変更は基本的に行わず、自宅で使用していた家具や飾り物、雑誌、新聞、筆記用具、カラーボックス等の持ち込みを推奨しています。落ち着かない様子が見られる場合には、職員と一緒に歩いたり、複数職種で関わりながら環境を変える工夫をしています。夕方に不安が強くなる利用者には、気持ちに寄り添った声掛けを行い、話を聞いたり、屋上へ散歩に誘うなどの対応が見られました。虐待防止委員会や接遇研修を通じて、こうした関わりを学ぶ機会も設けています。</p>			

	評価項目11	地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている	実施状況
	標準項目1	定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○
	標準項目2	利用者が地域の一人として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	○
	標準項目3	地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○

講評

季節を感じる外出レクやテラスでの外気浴により、生活の幅を広げる支援を行っています

年3～4回実施する外出レクリエーションでは、花見や近隣の寺院への散歩、地域のお祭りへの参加など、季節感あふれる機会を設けています。天候の良い日には積極的に散歩に出かけるほか、施設内のテラスを活用して日常的な外気浴を楽しめる環境を整えています。外出が困難な場合でも、施設の前を神輿が通る際には見学に出向くなど、地域社会の活気を感じられるよう配慮しています。外の空気に触れ、馴染みの場所を訪れることは大切であり、利用者が心身ともにリフレッシュし、社会とのつながりを継続できるように、柔軟な支援を継続しています。

地域行事への参画やボランティアの受け入れにより、地域との交流を促進しています

夏祭りに近隣住民を招待し、避難訓練には町会の方々に参加していただくなど、地域と一体となった活動を展開しています。コロナ禍を経て、落語や音楽演奏、傾聴といったボランティアの受け入れも再開を目指し、問い合わせも増加傾向にあります。併設の託児所の園児や近隣小学校との交流についても、相互に充実した時間となるよう、継続を重視しています。地域資源を積極的に取り入れ、職員以外の多様な人々と触れ合う機会を確保することは大切であり、利用者が地域社会の一員として、喜びや生きがいを持って生活できる場づくりに努めています。

地域の広報誌や季節行事の情報提供を行い、地域社会への関心を高めています

地域の広報誌をフロアに掲示し、利用者が社会の動向や近隣の情報をいつでも入手できる環境を整えています。毎年開催される花火大会などの季節行事についても積極的に情報を伝え、地域社会への関心を持ち続けられるよう配慮しています。避難訓練を通じた町会との連携により、災害時の協力体制を構築するなど、情報の提供に留まらない実効性のある地域連携も進めています。多角的な情報発信と行事への参画を通じて、施設が地域の一部であることを実感できる支援を実践し、利用者の生活が豊かに広がるよう、適切な情報活用に努めています。

	評価項目12	施設と家族との交流・連携を図っている	実施状況
	標準項目1	利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○
	標準項目2	家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	○
	標準項目3	家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	○

講評

対面報告や情報媒体の活用により日常の細かな様子を頻繁に伝えていきます

利用者の日々の様子は、電話連絡や広報誌すみれだより、インターネット交流サービスを通じて多角的に発信しています。面会時には職員が積極的に声を掛け、ちょっとした状態の変化も直接伝えることで、家族との細やかなコミュニケーションを大切にしています。頻繁に来園できない家族に対しても、電話や手紙等で近況を丁寧に共有し、情報の断絶を防いでいます。状態変化時には各専門職が同席して現状を説明する体制を整えており、家族が常に最新の生活状況を把握し、安心感を得られるよう、情報共有の徹底に努めています。

面会制限の緩和や行事への招待を通じて家族との交流の場を広げています

面会制限を基本的には設けず、居室やフロア等での自由な面会を可能にすることで、家族が日常的に来園しやすい環境を維持しています。敬老会や夏祭り、花火大会、訪問販売会などの行事には家族を積極的に招待し、利用者や職員と直接交流する機会を確保しています。定期開催される家族会には介護スタッフも多数参加し、顔の見える関係づくりを推進しています。今後はフードコートへの外出イベントに家族の参加を募る企画を進めるなど、施設内に留まらない多様な交流の形を模索し、強固な信頼関係の構築を目指しています。

家族会の定例化とアンケートの実施により要望を運営に反映させています

昨年度末より2か月に1回のペースで家族会を継続開催しており、施設運営に対する要望や意見を直接伺う貴重な場として活用しています。開催後には必ずアンケートを実施し、その結果を踏まえて次回のテーマを決定するなど、家族の関心事に即した運営を心掛けています。エントランスの目安箱や公的機関の窓口案内も継続し、匿名性も含めた多様な意見聴取の手順を整えています。多くの家族が参加する機会を有効に捉え、寄せられた意見を迅速に検討・対応することで、家族と共に質の高い施設づくりを推進する体制を構築しています。

サブカテゴリ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		実施状況
標準項目1	利用者に関する情報（事項）を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている		○
標準項目2	個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		○
標準項目3	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○
評価項目2	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		実施状況
標準項目1	日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している（利用者が「ノー」と言える機会を設けている）		○
標準項目2	利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		○
講評			
情報を適正に管理し生活空間でのプライバシー確保を徹底しています			
<p>利用者情報の外部提供が必要な際は、必ずキーパーソンへ連絡し、同意を得る体制を整えています。個人宛の文書は利用者へ渡すか家族へ郵送し、開封時は必ず許可を得るなど、厳格に管理しています。居室への入室時にはロックと声掛けを徹底し、プライベートな空間を尊重しています。入浴は個浴形式を採用し、1対1の介助を行うことで、個人の尊厳に配慮しています。おむつ交換やトイレ誘導時も必ずドアを閉めるなど、羞恥心に配慮した支援を日常的に実践し、一人の個人として大切にされる環境の維持に努めています。</p>			
利用者の意向確認を徹底し拒否時も柔軟に対応して意思を尊重しています			
<p>日常のあらゆる支援において、必ず事前に声掛けを行い、利用者の意向を確認してから介助に入ることを徹底しています。ケアに対する拒否やノーの意思表示があった場合には、決して無理強いをせず、タイミングを図りながら利用者の気持ちに寄り添った柔軟な対応を心掛けています。就寝時間についても一律のルールを設けず、個々の生活リズムを尊重しています。職員間で密接に情報共有し、言葉にならない希望や心身の状態を多角的に把握しながら、尊厳を傷つけることのない誠実な関わりを組織全体で実践しています。</p>			
生活歴に基づく環境設定と嗜好を尊重し、暮らしの継続を支援しています			
<p>入居前の面接で把握した生活歴や趣味を支援に反映しています。猫が好きな方にはぬいぐるみを、花が好きな方には写真を居室に飾るなど、馴染みのある環境づくりに配慮しています。嗜好品の制限についても、糖尿病などの既往歴がある場合でも医師に確認の上、適度に甘味を提供するなど、画一的ではない生活の質を大切にしています。喫煙所の設置や、アルコールを提供する居酒屋イベントの開催など、施設入居後もこれまでの価値観や楽しみを継続できるよう工夫を凝らし、その人らしい暮らしの実現を強力に後押ししています。</p>			

サブカテゴリ6 事業所業務の標準化			
	評価項目1	手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている	実施状況
	標準項目1	手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○
	標準項目2	提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○
	標準項目3	職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○
	評価項目2	サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている	実施状況
	標準項目1	提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○
	標準項目2	提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○
講評			
多種多様なマニュアルを整備し、新人教育や日常の業務点検に活用しています			
<p>各種介護技術や看取り、感染症対応などの詳細なマニュアルを整備しており、新人研修や各委員会の活動において教育の基盤として活用しています。特に感染症マニュアルは全職員へ配布し、周知を徹底しています。マニュアルはデータ管理に加え、各フロアに紙媒体を設置することで、業務中に不明点が生じた際にも迅速に確認できる環境を整えています。法改定に伴う修正を確実に行うほか、今後は法人内でのマニュアル統一化に向けた調整も進めており、組織全体で提供サービスのさらなる標準化と質の安定を目指しています。</p>			
会議体系を通じて意見を吸い上げ、手順を柔軟に更新しています			
<p>現場の支援手順については、運営会議やリーダー会議において職員の意見を積極的に吸い上げ、実態に合わせて適宜見直しを行っています。手順を変更した際は、朝礼や夕礼、各会議を通じて全職員へ速やかに共有しています。現在は必要に応じた随時の見直しを中心ですが、今後は改訂の時期や基準をより明確に定めることを課題としています。職員の提案を柔軟に反映させながら、常に最新の状況に即した実効性の高い手引書へと更新を続けることで、現場の課題解決と円滑な業務運営の両立に取り組んでいます。</p>			
定期的な専門研修の開催により知識と技術の向上に努めています			
<p>全ての職員が安全で快適なケアを均一に提供できるよう、おむつ交換や口腔ケアなどの基本的な介助技術に関する専門研修を定期的開催しています。マニュアルの内容を座学だけでなく実践形式で再確認することで、個々のスキルアップと業務水準の確保を推進しています。必要に応じてマニュアルを抜粋して配布するなど、理解を深めるための工夫も行っています。教育体制の充実を通じて、提供するサービスの基本事項や手順の徹底を図るとともに、職員一人ひとりの専門性を高めることで、ケアの質の平準化につなげています。</p>			