

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

年 月 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

〒 166-0004

所在地 東京都杉並区阿佐谷南3-35-15-1104

評価機関名 特定非営利活動法人NPOサービス評価機構

認証評価機関番号 機構 02 - 030

電話番号 03-5347-0616

代表者氏名 理事長 大森裕美

印

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		福祉	H0201035
	②		福祉	H1301011
	③		経営	H1701003
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	通所リハビリテーション			
評価対象事業所名称	台東区立老人保健施設千束 通所リハビリテーション		指定番号	1350680011
事業所連絡先	〒	111-0031		
	所在地	東京都台東区千束3丁目20番5号		
	TEL	03-3876-1002		
事業所代表者氏名	施設長 片見 厚夫			
契約日	2023 年 5 月 25 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 7 月 3 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 9 月 6 日			
自己評価の調査票配付日	2023 年 7 月 3 日			
自己評価結果報告日	2023 年 9 月 6 日			
訪問調査日	2023 年 9 月 20 日			
評価合議日	2023 年 9 月 20 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)	利用者調査はアンケート方式で実施した。評価機関から調査票等を事業所に送付し、事業所から利用者一人ひとりに配布してもらった。調査票に同封の返信用封筒により、利用者から評価機関へ調査票を返送してもらった。その後、評価員の訪問調査の実施後、評価員の合議をおこない、報告書を作成した。			

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。

年 月 日

事業者代表者氏名

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> <p>1)「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援します。 2)利用者の思いに寄り添い、誠意ある看護・介護を実践します。 3)利用者の個性を踏まえた、アクティビティケアの実践に努めます。 4)利用者とその家族が安心できる、事故のない看護・介護実践に努めます。 5)地域との連携を密にし、在宅復帰に向けた環境づくりを支援します。</p>
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>「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援します。 上記を含めた施設理念を理解・共有し、多職種と協働の上、他施設では対応が困難な状態であっても、当施設でなら受け入れを実践できるような心構えや職務能力を備えてほしい。 日々の業務に関しても、各職種における専門性を持った対応に留まらず、利用者の尊厳を大切にしたい誠意を持ったサービス提供を心がけ、接遇面も含めて利用者理解を深め、利用者の視点に立って業務を遂行することが望まれる。また、上記を実践できる人材育成を目的として、当施設は職員のキャリアアップの為に各種研修会や資格修得支援をおこなっているため、これらを活用し、自ら考え提案できるような人材への成長が望まれる。</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>当施設は、区民が安心して区内において医療・看護・介護サービスを一体的に享受できる施設として、台東区から指定管理者として指定を受けた区民のための施設であり、地域保健医療・介護の一端を担っている事を自覚して業務遂行してほしい。</p>

調査対象

調査時点で通所している利用者全数。

調査方法

アンケート方式：施設側から利用者個々に調査票を配布してもらった。調査票に同封の返信用封筒を使って、利用者から直接評価機関へ返送してもらった。

利用者総数

119

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
119	0	119
70	0	70
58.8	0.0	58.8

利用者調査全体のコメント

・調査票の回答者は、「利用者本人」35名(50%)、「本人が家族等に相談して回答」23名(33%)、「家族が本人の気持ちを推察して回答」11名(16%)、「無回答」1名(1%)である。
 ・回答した本人の属性:「70歳未満」4名(6%)、「70歳代」20名(29%)、「80歳代」29名(41%)、「90歳以上」11名(16%)、「無回答」6名(8%)。性別:「男性」28名(40%)、「女性」35名(50%)、「無回答」7名(10%)。平均要介護度は2.6。
 ・総合的な満足度は、「大変満足」19名(27%)、「満足」44名(63%)、「どちらともいえない」6名(9%)、無回答1名(1%)であった。「大変満足」「満足」と回答した方々は回答者の90%で、サービス全般に対して非常に高い満足を得ている。
 ・満足度が高かった設問は、次の通りである。「事業所内の清掃、整理整頓」(満足94%)、「職員の接遇・態度」(満足93%)、「利用者の気持ちの尊重」(満足90%)。
 ・総合的な感想として、「朝・夕方の送迎のスタッフや施設のスタッフがとても親切なので、本人はリハビリに行くことが楽しみようです」などのコメントが寄せられた。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	58	10	2	0
「はい」と回答した方々は回答者の83%で、利用時の過ごし方に関して高い満足を得ている。「体調に合わせて、運動を無理せずおこなってくれるのでとても良いです」「通い出してから元気になりました。家族が安心しています」などのコメントが寄せられた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	53	5	4	8
「はい」と回答した方々は回答者の76%で、必要な介助に関して概ね満足を得ている。「施設出入口までの出迎えや見送り(車いす)、お茶の配膳などを手伝ってもらっています」「入浴やトイレなど手助けしすぎることがありません。ほど良い手助けなので助かっています」などのコメントが寄せられた。				

3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか	33	17	9	11
<p>回答は、「はい」47%、「どちらともいえない」24%、「いいえ」13%、「無回答・非該当」16%であった。「新しいマシンの機器に興味を持つ」といろいろとやらせてくれます。マシンを使って体を動かすのが楽しみ」「ぬり絵がとても楽しいです。また、計算は脳の運動になります」「日頃、買い物などで計算する機会が少ないので、とても良いと思います」などのコメントが寄せられた。</p>				
4. 個別の計画に基づいた事業所での活動・機能訓練(体操や運動など)は、在宅生活の継続に役立つか	58	8	3	1
<p>「はい」と回答した方々は回答者の83%で、活動・機能訓練に関して高い満足を得ている。「自宅でも時間をつくって取り入れています。『座っている姿勢が良くなった』と言われ、何かにつけて動きが良くなってきました」「階段の昇り降りが足のトレーニングに役立っています」などのコメントが寄せられた。</p>				
5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか	53	9	5	3
<p>「はい」と回答した方々は回答者の76%で、職員からの情報提供やアドバイスなどに関して概ね満足を得ている。「職員とのコミュニケーションはとれていると思います。適切なアドバイスを受けています」「自分に合った動きをいろいろな器具を使って指導してくれます」などのコメントが寄せられた。</p>				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	66	4	0	0
<p>「はい」と回答した方々は回答者の94%で、事業所内の清掃、整理整頓に関して非常に高い満足を得ている。「生活スペースを清潔で整理された空間にするために、日頃から頻繁に清掃や整理整頓がおこなわれています」「こまめに消毒してくれるので安心していきます」などのコメントが寄せられた。</p>				
7. 職員の接遇・態度は適切か	65	4	0	1
<p>「はい」と回答した方々は回答者の93%で、職員の接遇・態度に関して非常に高い満足を得ている。「職員が優しく話しかけてくれるので、こちらも話しやすいです」などのコメントが寄せられた。</p>				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	58	5	0	7
<p>「はい」と回答した方々は回答者の83%で、緊急時の対応に関して高い満足を得ている。「まだそのような場面になっていませんが、適切な処置をしてくれると思います」「トイレで転倒した際の対応が迅速でした。その後、トイレにいつも付き添う対応をしてくれているので助かっています」などのコメントが寄せられた。</p>				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	40	11	0	19
<p>回答は、「はい」57%、「どちらともいえない」16%、「無回答・非該当」27%であった。「そういう場面にあつたことがないので答えにくいですが、適切に対応してくれると思います」などのコメントが寄せられた。</p>				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	63	6	0	1
「はい」と回答した方々は回答者の90%で、利用者の気持ちの尊重に関して非常に高い満足を得ている。「優しく対応してくれています。よく話を聞いてくれます」などのコメントが寄せられた。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	56	8	0	6
「はい」と回答した方々は回答者の80%で、利用者のプライバシー保護に関して高い満足を得ている。				
12. 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	59	8	2	1
「はい」と回答した方々は回答者の84%で、個別計画作成時における状況や要望把握に関して高い満足を得ている。「生活状況や本人の気持ち、家族の生活状況などをよく聞いてから、計画の作成・見直しをしてくれるので助かっています」などのコメントが寄せられた。				
13. 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	58	9	2	1
「はい」と回答した方々は回答者の83%で、サービス内容や計画の説明に関して高い満足を得ている。「とてもわかりやすいので感謝しています。本人ではなく、家族が聞いています」などのコメントが寄せられた。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	48	13	1	8
回答は、「はい」69%、「どちらともいえない」19%、「いいえ」1%、「無回答・非該当」11%であった。「欠席しないといけないときには、希望を聞いて振替日を調整してくれます」「要望について、優しく丁寧に説明してくれるのでわかりやすいです」などのコメントが寄せられた。				
15. 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	32	16	9	13
回答は、「はい」46%、「どちらともいえない」23%、「いいえ」13%、「無回答・非該当」18%であった。「これからもまだまだお世話になると思います。相談できる人が多くいるので安心できました」などのコメントが寄せられた。				

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る <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	理念を実現するため、基本方針を基に施設運営方針を定めて職員間で共有している 『「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援します』を理念とし、「利用者の思いに寄り添い、誠意ある看護・介護を実践します」を始めとした5項目の基本方針を定めている。理念及び基本方針は、施設内の各部署に掲示するとともに、ホームページやパンフレットにも記載しており、職員や利用者・家族、関係者がいつでも確認できる。理念を実現するため、基本方針を基に「地域に住む高齢者の医療と介護を一体的に提供する」と運営方針を定め、毎月開催している全体朝礼や事業推進会議などにおいて、職員間で理念や目標を共有している。	
	地域包括ケアシステムの一翼を担うための重点目標を掲げ、ホームページで公開している ホームページには施設が大切にしていることとして、「尊厳を守る 身体拘束ゼロ」「生活の質 QOLの向上」「家族へのケア 相談できる存在」の3項目を明示し、在宅復帰・在宅療養支援機能強化を図り、地域包括ケアシステムの実現を目指している。当施設は併設の病院とともに台東区より指定管理者として指定を受け運営しており、「台東病院等運営協議会」を設置し、学識経験者や医療関係者、区民の代表などの委員による施設の評価・検証を毎年おこない、その結果をホームページで公開するなど、区民に開かれた施設づくりに取り組んでいる。	
	幹部会議や老健運営会議にて、部門ごとの取り組み状況や課題について議論している 運営上の問題や懸案事項は看護介護ケア委員会や感染症予防対策委員会など各委員会で検討し、老健運営会議への報告・協議を経て、幹部会議に付している。幹部会議には、管理者(病院長)・副管理者・施設長・副院長・看護介護部長・医療技術部長・事務部長が出席し、各案件について協議し決裁しているほか、経営状況について確認し、目標達成状況についての共通認識を持つようになっている。各段階で様々な視点から検討したうえで決裁しており、決裁後には老健運営会議や各委員会へ伝達し、職員に周知している。	

2 カテゴリー2		
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(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>ご意見箱や嗜好調査、ACPカンファレンスを通じ、利用者・家族の意向を把握している</p> <p>1階フロアにご意見箱を設置し要望・意見を募集しており、「皆さまのお声委員会」が回収し、取りまとめている。個別の要望は担当部署に対応検討を依頼し、組織横断的な要望は委員会に対応策を検討している。対応方針は最終的に幹部会で承認した後、ご意見箱横に設置している掲示板で公開している。食事に関しては、入所時などに個別嗜好調査を実施し、できるだけ利用者の要望に応えられるように努めている。終末期ケアに関しては、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)カンファレンスを開催し、意思決定支援ができる体制を整備している。</p> <p>年次事業計画を策定し、「在宅強化型」の施設基準に沿った運営を目指している</p> <p>病院を併設する複合施設として、中長期計画「台東区立台東病院公的医療機関等2025プラン」を策定するほか、老健施設としての年次事業計画を策定している。老健施設としては、2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定を踏まえて「在宅強化型」の施設基準指標の点数維持、稼働率の維持向上を目標に掲げている。毎月の事業推進会議で進捗状況を確認し、目標達成に向けた取り組みを検討・実施している。2021年度の介護報酬改定に基づき、委員会の再編及び指針の策定作業を実施し、法令改正にも計画的に対応している。</p> <p>事業運営状況は、施設内の各会議に加え「台東病院等運営協議会」で評価・検証している</p> <p>毎月実施する全体朝礼や事業推進会議、老健運営会議で、施設長及び各部門長が部門ごとの取り組み状況や課題について説明し、議論している。年度末には「活動発表会」を開催して各部署や委員会での取り組みについて発表し、優れた取り組みは表彰してモチベーション向上を図っている。運営の透明性及び区民に対する説明責任を確保するために設置された「台東病院等運営協議会」において、機能や役割を適切に果たしているかといった視点に加えて、事業計画及び事業運営の達成状況を客観的に評価・検証している。</p>		

3 カテゴリー3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<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

虐待防止研修や不適切ケアチェックなど、自己点検の機会を設け意識向上を促している

「身体的拘束等の適正化のための指針」や「虐待防止マニュアル」を作成し、職員に周知徹底している。不適切ケアの防止に関して、3月と9月の年2回、各職員による不適切ケア防止チェックを実施しており、各フロアに配布したQRコードを読み取ることで、オンライン上で容易に回答できるように工夫している。接遇・虐待防止に関する研修を年2回開催しており、例えば、「虐待の実態と種類、そして原因について」という虐待に関する動画を視聴する研修では、事故予防対策委員会が作成した様式を用いて、各職員がレポートを作成し、提出している。

苦情・意見対応マニュアルに基づき、施設方針を速やかに返答するように努めている

苦情相談窓口や苦情処理体制を契約書に記載しており、利用開始時に利用者・家族に説明している。「苦情・意見対応マニュアル」を作成し、「円滑かつ迅速に苦情処理をおこなうための処理体制・手順」を定めており、苦情があった際は、該当部署において事実確認・内容の整理・改善案の検討をおこない、部単位では解決不能と判断した場合には、老健運営会議へ報告・協議し、改善方針や施設方針を利用者へ回答している。苦情は、医療介護サービスの質の向上につながるきっかけであり、より強固な信頼関係を築くことができる機会と位置づけている。

認知症カフェや病院祭を開催し、地域への架け橋となる開かれた施設を目指している

台東区や居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどの要請に応じて、地域のイベントに医師・看護師を派遣している。隔月で地域包括支援センターと共催で「認知症カフェ」を開催している。併設の台東病院と合同で、地域住民を対象にした「病院祭」を毎年開催している。病院祭を「あなたの未来の健康を知って人生をより良くするための」お祭りとして位置付け、在宅ケアの相談ブースやリハビリ体験コーナーのほか、外国人職員によるアジア交流ブースを設けるなど、地域とつながりがある開かれた施設を目指している。

4 カテゴリー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(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(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
カテゴリー4の講評		
<p>洪水時の避難確保計画やBCPの策定、防災訓練の実施により災害発生に備えている</p> <p>防災訓練については、前年度はコロナ禍のため机上訓練としていたが、今年度から現場での実施を再開した。「自分たちの施設は自分たちで守る」訓練は本番のように、本番は訓練のように」の意識で、火災時の通報訓練や消火訓練、避難訓練を実施している。大地震を想定した事業継続計画(BCP)や洪水時の避難確保計画を策定し、災害時の体制を確立した上で利用者に対するケアを継続する方法・手段を明示している。コロナ禍で中断しているが、区内の病院との合同非常災害訓練や、防災協定に基づく町内会との合同防災訓練も実施している。</p> <p>医療安全マニュアルの策定や事故対策予防委員会の設置により、事故防止を徹底している</p> <p>医療安全マニュアルを策定し職員に周知徹底しているほか、安全対策に関する方針を施設内に掲示し、利用者及び関係機関に周知している。職員研修「KYT(危険予知トレーニング)～職員の気づきについて」を実施しており、事故対策予防委員会が作成した動画を見ながら、リスクに気づくことの重要性を認識するとともに、事故に結び付くリスクに対して、どのような対応策が考えられるかを検討する機会を設けている。新型コロナへの対応としては、新型コロナウイルス感染症対策会議を毎週開催し、速やかに対応策を講じて感染拡大防止を徹底している。</p> <p>システム管理者を設置し、セキュリティ対策を講じて一元的に情報を管理している</p> <p>病院・老健共通のシステム管理者を置き、セキュリティ対策を講じつつ一元的に情報を管理しており、問題点があれば月に1回開催している情報管理委員会で共有している。全職員を対象とした個人情報保護法に関する研修会を各年度1回実施している。利用者に関する記録は電子カルテに集約しており、職位や職責によって個別にアクセス権限を設定するなど情報管理を徹底した上で、全職種がパソコン端末から記録を閲覧できるようにしている。実習生やボランティアの受け入れ時には、文書により個人情報保護について説明し、誓約書を交わしている。</p>		

5 職員と組織の能力向上			12/12
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	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-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(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

学校訪問や就職セミナー、実習生受け入れなど様々な方法で職員確保に努めている

各職種の運営基準や全国平均値を踏まえて職員の配置計画を策定し、必要な人材の確保に努めている。採用に当たっては、ホームページに職員募集コーナーを設けて周知しているほか、学校訪問の実施や就職セミナーへの参加など、新卒及び中途採用での人材確保に積極的に取り組んでいる。介護福祉士養成学校の留学生や技能実習生の採用も進めている。さらに、介護職員の人材確保に困難が伴う中、当施設で受け入れた実習生について受入現場と連携し採用につなげるなどの取り組みにより、今年度は新卒8名の介護士の採用を実現している。

職種別にキャリアラダーを提示し、計画的な人材育成・キャリアアップに取り組んでいる

全職員を対象に、法人本部による業績評価制度を運用し、適切な人事考課及び目標管理を実施している。プリセプター制度による新人教育やキャリア段位制度によるアセッサー研修をおこない、教育体制の充実を図っている。看護・介護など職種別にキャリアラダーを提示し、必要な研修の受講と連動させるほか、評価表に基づいた適切な技術評価がおこなわれるよう取り組んでいる。介護士を対象に、喀痰吸引等研修といった特定行為研修や認知症介護実践者研修、eラーニングによる研修を実施しており、質の高い看護・介護の実践を目指している。

組織力の向上を目的として、職員の気づきや取り組みを共有し議論する機会を設けている

職員の気づきを事例検討ワークシートに記入し、多職種によるカンファレンスで月1回取り組みを発表し議論している。ここでは、認知症の入所者の気持ちに寄り沿った対応を考え連携し、極力薬剤に頼らず安静に過ごし早期に退所に至った事例などを取り上げている。年1回の活動発表会では、各部署が1年間の取り組みを発表し、情報を共有するとともに、職員のモチベーション向上につなげている。1年目から3年目の職員を対象に、困ったときに気軽に相談できるような関係性の構築のため、多職種連携研修を実施し、組織力の向上に取り組んでいる。

カテゴリー7	
7 事業所の重要課題に対する組織的な活動	
サブカテゴリー1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)	
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ) 区内の通所介護及び通所リハビリテーションには、胃ろうなどの医療行為に対応できる事業所が他になく、当施設で役割を担う必要性があった。一方で、当施設には常時看護師が配置されているといった強みがあることに加えて、重度療養管理加算の算定にもつながるといった理由・背景から、前年度の重要課題を、「重度療養管理加算の対象となる、胃ろうなどの医療行為が必要な利用者の受け入れを積極的におこなう」と設定した。課題達成に向けた取り組みとしては、 1. 常時看護師が配置できるよう勤務調整をおこない、いつでも相談に対応できる体制を整える 2. 居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象にした広報活動をおこなう の2項目を実施することとした。	
目標の設定と取り組み	<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
取り組みの検証	<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
検証結果の反映	<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 前年度の重要課題達成に向けた取り組みの結果、重度療養加算対象利用者の処置については、経管栄養・喀痰吸引・人工透析・褥瘡治療といった医療行為が必要な利用者などを幅広く受け入れたことで、在宅医療ニーズに対応したサービス提供をおこなうことができた。その結果、重度療養加算の算定実績は延べ32日となった。人員体制においても常時看護師を配置できおり受け入れ体制の整備が進められている。重度療養加算対象利用者の処置については看護師の配置が欠かせないため、今年度も引き続き、人材確保とともに看護師の人員体制の整備を進めて、医療行為が必要な利用者を可能な限り積極的に受け入れていく方針である。	
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) 通所リハビリテーションの役割は多様化しており、レスパイトやリハビリテーション、入浴など様々なニーズがある。当施設は他の施設では対応が難しい医療行為の必要な方でも受け入れている一方、リハビリテーションに特化したニーズにも応えていかなければならない状況があったことから、前年度の重要課題を「短時間の利用者の受け入れを積極的におこない、リハビリテーションのみを目的とする利用者のニーズに応えられるよう取り組む」と設定した。課題達成のため、 1. 居宅ケアマネジャーへの広報活動をおこなう 2. 併設病院があることの強みを活かし、退院後のリハビリテーションのニーズにも応えられるよう併設病院との連携を図るといった取り組みを実施することとした。	

目標の設定と 取り組み	<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
取り組みの検証	<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
検証結果の反映	<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

前年度の取り組みを実施した結果、短時間で利用申込者を積極的に受け入れたことで、リハビリテーションを必要とする外来患者の受け皿になったと評価できる。今年度も引き続き、短時間の利用者の受け入れを積極的におこない、リハビリテーションのみを目的とする利用者のニーズにも応えられるよう取り組む方針である。また現状では、短時間のリハビリテーション利用者への送迎対応は実施していないが、天候などの影響を考え利用日の振り替えや場合によっては送迎の対応も可能となるような取り組みを進めていくことにしている。

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>ホームページやSNS、パンフレットなどを作成し、事業所の情報を提供している</p> <p>ホームページに加え、SNSを活用し、事業所の特色が伝わるよう工夫している。そのほか、パンフレットや「総合案内」にて事業所の情報を提供している。パンフレットは、併設の病院や老人保健施設などと合同で作成しており、当事業所の事業内容について簡潔に記載している。「総合案内」では、入所・ショートステイ・通所のカテゴリーに分類し、それぞれのサービスに関して利用開始までの流れや職員体制などについて紹介している。大きな文字を使用して専門用語を避け、理解しやすいよう工夫している。</p> <p>台東病院等運営協議会の評価結果が区のホームページで紹介されている</p> <p>事業所のパンフレットや「総合案内」を地域包括支援センターや一部の居宅介護支援事業所へ送付し、事業所の情報を提供している。年1回、区へ運営実績を報告している。また、区から指定管理者として指定を受けており、その機能や役割を適切に果たしているかについて台東病院等運営協議会が評価・検証しており、その評価結果は区のホームページで公表されている。利用者個々の担当ケアマネジャーにサービス提供実績票を毎月送信し、必要に応じて報告や相談をしている。</p> <p>利用のイメージがしやすいよう、1階で支援相談員が写真などを提示して案内している</p> <p>訪問調査時点では感染症予防対策でフロアの見学を実施していなかった。そのため、1階エントランスにて支援相談員が「総合案内」の説明とともに施設内運動器具や食堂、浴室、リハビリ、活動の様子などの写真を提示し、利用のイメージをしやすいように案内している。利用希望の問い合わせは、家族やケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなどからが多く、介護度・家族関係・利用希望日・入浴や送迎の希望などを聴き取り、相談記録に記入している。独居で情報を得ることが難しい方の場合は、支援相談員が直接自宅へ訪問して説明するよう心がけている。</p>			

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
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. サービス利用前の生活をふまえ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	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p>契約時は、利用者負担金について、料金シュミレーション表を使って説明している</p> <p>利用開始時に、利用者・家族に対して、契約書・重要事項説明書、各種同意書などを提示し、サービス内容や利用にあたってのルール、利用に伴うリスク、医学的管理・服薬管理に関する注意事項、個人情報の取り扱い、苦情相談などについて説明している。利用料金については介護度や利用回数に合わせた料金シュミレーション表を作成し、わかりやすい工夫している。これらの説明後、同意を得たうえで署名をいただいている。契約時は、家族やケアマネジャーの同席をお願いしており、必ず本人以外の方の立会いをお願いしている。</p> <p>利用初日に全職員で利用者情報を共有し、本人の要望を支援に反映している</p> <p>サービス開始前のサービス担当者会議に参加し、排泄状況や食事内容、送迎ポイントなどの確認をおこない、円滑に通所できるよう配慮している。また、利用者の要望を聴き取って相談記録へ記載し、利用初日に全職員で共有して本人の要望に沿った支援をおこなえるようにしている。また、初回利用時にオリエンテーションをおこない、1日の流れを説明し、トイレや浴室などを案内している。また、職員は、新規利用者に不安やストレスが生じないように、「気になることはないですか」など細やかに声かけをおこなっている。</p> <p>サービス終了時には居宅ケアマネジャーと連携し、支援の継続性に配慮している</p> <p>前年度のサービス利用終了者は52名であり、その退所の内訳は「他事業所の利用」20名、「医療機関への入院」19名、「福祉施設・保健施設への入所」7名、「逝去」3名、「その他(転居など)」3名である。サービス終了時は居宅ケアマネジャーと連携し、今後のサービス提供の計画について確認と提案をおこない、円滑に移行できるよう配慮している。また、サービス終了後もリハビリへの再度の申し込みが可能であることを説明し、利用者・家族の安心につなげている。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
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介護計画を作成している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている		○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のし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			
利用開始後、2週間以内にリハビリテーション実施計画書を作成している 利用開始時にケア方針を明記した暫定のリハビリテーション実施計画書を提示するとともに、利用初日にアセスメントをおこない、利用開始後、2週間以内に本計画書を作成している。ケアマネジャーにも計画書を郵送している。計画を立案するときは、機能面だけでなく、家庭の環境なども考慮している。必要に応じて、送迎の際に、自宅へ出向いてその環境を撮影し、本人の機能向上に向け、計画に反映している。3か月に1回以上、カンファレンスを開催し、計画が本人の実態と合っているか確認し、内容の見直しを検討している。			
個別カンファレンスを実施し、多職種で利用者の変化について確認している リハビリテーション会議の開催前日に、個別カンファレンスを実施し、多職種がそれぞれ情報収集した内容を共有し、利用者の変化について把握・確認している。その内容を、翌日のリハビリテーション会議でリハビリテーション実施計画に反映している。リハビリテーション会議には医師や作業療法士、理学療法士なども参加し、本人の現状を確認し、今後の支援について検討している。リハビリテーション会議は感染防止の観点からオンライン開催なども取り入れ、家族や居宅ケアマネジャーも参加している。			
朝・夕のミーティングや電子カルテなどを通して、多職種で情報共有をおこなっている 家族や居宅ケアマネジャーから利用者の変化等についての報告があったときは、当日の日勤リーダーが多職種に情報伝達し、関係職員で共有している。また、夕方のミーティングでも、当日の利用者状況を把握し、次回利用時の申し送り内容も確認し合っている。利用者の特記事項や支援経過について、各職種が電子カルテに入力し、重要事項が申し送り一覧に表示できる機能も活用して情報共有をおこなっている。多職種で同一の記録媒体を使用することにより、効率的・効果的に利用者情報を活用し、より良い訓練が実施できるようにしている。			

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(〇〇〇)	
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)を外部和りとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている		<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(〇〇)	
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>同意書を使って、個人情報の取り扱いについて利用者などの同意を得ている 契約時に利用者・家族に対して、個人情報保護法その他の諸法令に基づいて適切に使用するなどといった個人情報の取り扱いについて、「個人情報使用同意書」を使って説明している。同意書には、第三者への提供事例について列挙し、その事例ごとに提供してよいか確認している。説明・確認の後、同意の署名をいただいている。また、予め同意を得ている範囲外に情報提供をおこなう場合には、随時同意を得ている。「プライバシーポリシー」と「個人情報保護方針」を策定し、個人情報を適切に取り扱うよう職員へ周知している。</p> <p>同性介助を望む方にはできる限り対応し、利用者の羞恥心に配慮している 利用者が通所時に持参するバック等の所有物は、個別ロッカーに保管している。また、活動中に体を休めたい利用者がある場合は、ベッドを用意しており、ベッドで休むときは、カーテンを閉めて寝姿が見られないように配慮している。また、トイレには「使用中」等のマグネット等をつけるなど配慮している。オムツの交換時等はカーテンを閉める等の配慮をおこなっている。入浴時は、男女の入浴が重ならないよう徹底している。入浴や排泄などの場面で、同性介助を希望する方には、できる限り対応し、利用者の羞恥心に配慮している。</p> <p>定期的に不適切ケアチェックシートを使って、職員個々が自己点検している 職員の接遇研修として、定期的に不適切ケアチェックシートを使って、職員個々が自己の振る舞いを見直す機会を設け、不適切ケアの防止につなげている。入浴やトイレへの誘導時に拒否があれば、時間や人を変えるなどして、無理強いしないようにしている。入浴や排泄などの支援の場面では、利用者へのボディチェックを行い、頻繁に痣や皮膚剥離等が確認された場合は、看護師へ報告している。虐待が疑われる場合は医師の診察や意見を求め、区や地域包括支援センターなどに報告する体制を整えている。</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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>各委員会で年に一度、マニュアルの改定の必要性について検討している</p> <p>「通所リハビリテーションマニュアル」を作成し、業務の標準化を図っている。同マニュアルには、通所リハビリテーション計画・緊急時の対応・衛生管理・秘密保持・苦情処理・地域との連携・事故発生時の対応・虐待の防止・業務フロー・送迎業務・インシデントなどについて記載されている。マニュアルは写真なども使い、わかりやすい工夫している。各マニュアルについては各委員会で話し合いの時間を定期的に設け、意見を反映して見直しをおこなっている。各委員会から発議された改定案は、老健運営会議の承認を得て改定されている。</p> <p>事業所全体のサービス水準の向上を目的に多様な学びの機会を職員に与えている</p> <p>事業所全体のサービス水準の向上を目的に多様な学びの機会を職員に与えている。今年度、5月は、新型コロナ対応によって変化した利用者の心理・生活環境に対して、転倒転落アセスメント能力を身に付けることを目標として「KYT」をテーマに研修を実施した。8月は全職員を対象に「虐待の理解と予防」をテーマに不適切ケアについての動画視聴による研修を実施し、どんなことが虐待にあたるのかへの気づきを促している。また、職員は、普段の仕事の中で不適切な対応をしていないか考え、改善に活かすようにしている。</p> <p>看護・介護ともにキャリアラダーを通して、事業所のサービス水準の向上を目指している</p> <p>看護職、介護職ともにキャリアラダーが作成されており、事業所のサービス水準の向上を目指している。介護職員には、介護キャリアラダーとして、4段階の介護クリニカルラダーレベル別に達成目標を定め、介護職として必要な知識や能力に合わせた研修を受けられるようにしている。さらに、介護プロフェッショナルキャリア段位制度やプリセプター制度を導入し、教育体制を整備している。また、年1回、併設事業所と合同で教育研修図書委員会が主催する活動発表会を開催し、サービスの質の向上を図っている。</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	
		23 / 23	
1 評価項目1 通所介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 通所介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が望む生活像に基づき、日常生活において利用者自身が選択、判断できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の支援は、さまざまな機関や職種が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別カンファレンスやリハビリテーション会議を通して、計画の共有をおこなっている 定期的に介護部門の担当者及びリハビリ担当職員による個別カンファレンスを実施し、リハビリテーション会議で情報共有している。利用者個々の状況変化について「経過記録」(ケース記録)に記入し、計画の進捗状況を随時、確認できるようにしている。リハビリテーション実施計画書については、3か月ごとにカンファレンスを実施し、計画に沿ったケアがおこなわれているかモニタリング・評価している。これらの会議やカンファレンスなどを通して、職員間で共通認識のすり合わせを行い、日々の支援に取り組んでいる。</p> <p>利用者の趣味活動に合わせて、園芸・娯楽用品を用意し、個別性に配慮して提供している 「利用者の個性を踏まえた、アクティビティケアの実践に努めます」を基本方針の一つに掲げ、利用者の趣味活動に合わせて、園芸・娯楽用品を用意し、個別性に配慮して提供している。また、好きな新聞の持参を可能とし、在宅時と同様に過ごしていただくことを大切にしている。「利用者の思いに寄り添い、誠意ある看護・介護を実践します」も基本方針に掲げており、利用者の希望や思いを汲み取るよう努め、計画に反映し、その実践に努めている。</p> <p>体調不良や急変時は関係機関と連携し、利用者へ切れ目のない支援をおこなっている 利用者の健康状態について看護師が直接関係機関に情報提供している。体調不良や急変時は、居宅ケアマネジャーや訪問看護事業所等の関係機関と連携し、利用者へ切れ目のない支援をおこなっている。転倒を繰り返すなどの日常生活の変化においては、福祉用具業者等と連携を図り、移動手段の検討や環境改善の提案をおこなっている。また、リハビリテーション会議では、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員などの多職種が参加し、利用者の現状について確認し合い、今後のケア方針について検討している。</p>			
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1.【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の状況に応じて、食事時間が楽しくなるよう工夫している		○非該当
●あり ○なし	2.【入浴介助体制のある事業所のみ】 利用者の状況に応じて、入浴方法を検討し介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の心身の状況や家族の状況に応じて、安全に配慮した送迎方法を検討し対応している		○非該当
評価項目2の講評			
<p>食前の嚥下体操の実施など、安全に食事ができる環境づくりをおこなっている 利用者個々の食事摂取状況や栄養状態を確認し、その人に合った食事形態で提供している。7月は七夕や丑の日など季節を楽しめるメニューを提供している。また、食前に嚥下体操をおこない、食事時間帯に落ち着ける音楽を流すなど、落ち着いて安全に食事ができる環境づくりを行っている。併設施設と合同で、毎月、摂食・嚥下委員会を開催し、安全に美味しく食べる方法を検討している。毎月のリハビリテーション会議でも、食事介助は正面からおこなわず、横から介助するなど、適切な食事介助について協議している。</p> <p>初回リハビリ評価で入浴形態を決め、入浴時の基本動作について確認している 新規利用時の初回リハビリ評価で入浴形態を決め、入浴時の基本動作についても確認している。3か月に1回の個別カンファレンスにて、目標やリハビリの進捗状況を踏まえて、入浴方法を再検討している。1日の入浴枠は20名で、午前10時から開始し、11時30分までに10名、午後10名の方々に入浴支援を行っている。利用割合は、機械浴(チェア浴)が約40%、一般浴が約60%である。入浴回数は、週1回を基本としている。自宅にお風呂がなく、機能的に自宅のお風呂に入れないような、明らかに処置が必要な方の場合には週2回としている。</p> <p>利用開始前のサービス担当者会議に参加し、送迎時の対応について検討している 送迎車は5台から6台を用意し、片道30分から40分までの範囲で送迎を行っている。自宅への到着が10分以上遅れる際は、事業所から家族に連絡している。利用者からの希望等により、送迎順を変えるときに送迎表を見直している。利用開始前のサービス担当者会議に参加し、利用者・家族・居宅ケアマネジャー・ヘルパー等と、車いすへの移乗や、玄関の上がり框やスロープでの介助等、送迎時の対応について検討している。必要に応じて、看護師が同乗することもある。住環境におけるADL情報が必要な場合はリハビリ職員が送迎車に同乗している。</p>			

3 評価項目3		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)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 利用者の心身の状況に応じた健康管理を行っている		○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のしきみを整えている		○非該当	
●あり ○なし		3. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、速やかに対応できる体制を整えている		○非該当	
評価項目3の講評					
<p>看護師が体温・脈拍・血圧を測定し、バイタルチェック表に記録している</p> <p>利用の都度、看護師が体温・脈拍・血圧を測定し、バイタルチェック表に記録し、血圧が高い・低い場合は、再検をおこなっている。バイタル値に加え、体調不良の訴えがないかや顔色なども確認し、看護師が入浴の可否を判断している。体重測定を月1回実施し、その増減を把握している。皮膚トラブル・経管栄養・人工肛門・褥瘡・膀胱カテーテルなどの医療的ニーズのある利用者も受け入れており、看護師がその処置も対応している。健康状態に変化があった場合は、担当の居宅ケアマネジャーや家族と連絡をとり、情報共有している。</p> <p>看護師が薬を管理・与薬し、飲み忘れがないようにしている</p> <p>利用者の到着後、連絡帳に入れてある薬袋を薬箱に移している。薬のセット及び与薬は看護師がおこなっている。預かった薬の内容を介護職が確認した後、バイタルチェック表の薬の欄にレ点をつけている。確認した内服薬は、鍵のかかる棚に保管し、看護師が管理をおこなっている。与薬を実施した人がバイタルチェック表に印鑑を押すことで、飲み忘れがないようにしている。内服薬が口腔内に残っていないか確認することを徹底し、確実に服薬できるよう支援している。</p> <p>緊急時は併設医療機関による対応も可能であり、安心できる体制が整っている</p> <p>看護師を常時配置し、急変時は居宅ケアマネジャーを経由して主治医の指示を求めているが、主治医からの要請があれば、併設医療機関にて外来、または入院対応が可能である。緊急時は発見者が部署責任者に伝えており、フローチャートに沿って迅速に対応できるよう、緊急時の連絡手段(ハリーコール)を作成している。安心してサービスを受けられる体制が整っている。</p>					
4 評価項目4		利用者の生活機能の維持・改善を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している		評点(〇〇〇〇)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている		○非該当	
●あり ○なし		2. 機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている		○非該当	
●あり ○なし		3. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、生活機能の維持や改善に向けた取り組みを行っている		○非該当	
●あり ○なし		4. 福祉用具等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4の講評					
<p>多職種でリハビリテーション実施計画書を作成している</p> <p>病院から退院したばかりの利用者の場合には、リハビリ担当職員が本人の自宅へ出向いて住環境を把握するとともに、初回利用日に心身の機能評価をおこない、日常生活上の課題を抽出している。抽出した課題・ニーズを踏まえ、今後3か月間のリハビリテーションの方針のほか、トイレ動作・階段昇降などの場面における動作についての目標を設定し、リハビリテーション実施計画書を作成している。その3か月後に本人も参加するリハビリテーション会議を開催し、在宅生活の現状を把握し、多職種で次の支援方針について話し合っている。</p> <p>本人が意欲的に取り組めるような個別プログラムを取り入れている</p> <p>リハビリテーション実施計画書に基づいた訓練をおこない、多職種による定期的な評価を実施し、訓練目標の達成につなげている。また、同計画書に基づき、囲碁・園芸活動・歌・作業活動・脳トレなどの個別の活動をプログラムに取り入れ、体力の維持向上・認知症予防・巧緻性向上・発語促進などについて本人が意欲的に取り組めるよう工夫している。利用者・家族が「歩いてトイレに行きたい」という目標を立てた際は、介護職員のトイレ介助時にリハビリ担当職員が立会い、動作を確認するなど、日常的に多職種が連携し、訓練の目標達成に取り組んでいる。</p> <p>杖や車いすなどの使用に関して、福祉用具貸与業者と連携・対応している</p> <p>自宅で杖や車いすが適正に使用されているか、リハビリ担当職員が評価し、必要に応じて、居宅ケアマネジャーへ情報提供している。その人に合った福祉用具や装具について、福祉用具業者と連携してデモ品を使った評価も実施している。利用者の自宅を訪問して家屋調査をおこなう際は、自宅での本人の生活状況を確認し、室内の移動などについてアドバイスしたり、基本的に自宅ではベッド上の生活を送る方の場合には「車いすに座る時間を増やしましょう」など、日常の過ごし方についても助言している。</p>					

5 評価項目5 利用者の主体性を尊重し、快適に過ごせ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. 利用者が他の利用者と快適な関係をもちながら生活することができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、多様な活動ができるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 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. 事業所内は、利用者の安全性や快適性に配慮したもとなっている	○非該当

評価項目5の講評

意欲を持って通所できるよう、利用者同士の関係性に配慮し、席を決めている
積極的にコミュニケーションをとりたい方や失語症・認知症の方など、利用者個々の特性や疾病、移動補助具(歩行者・車いす等)の有無などを勘案し、座席配置を決めている。新規利用者の通所開始にあたって座席表を見直しているほか、利用者の訴えも聴き、利用者同士の関係性や性別などを考慮して定期的に座席配置の見直しをおこなっている。痰が出やすいなど医療的ニーズのある方は、職員が処置しやすい席にしている。リハビリテーションの目標達成のためにも、意欲を持って通所できるよう、利用者同士の関係性にも配慮している。

作品作りや中庭での園芸など、楽しく、リフレッシュできる活動を取り入れている
午前にラジオ体操、昼食前に嚥下体操、午後に集団体操を実施している。利用者皆で季節の飾りつけを作ったり、ゲームをするなど、楽しみながらできる活動を工夫して実施している。今年度より、多職種で協議の上、利用者のリハビリに対するモチベーションアップや運動機能の定期評価の補完を目的として、体力測定週を毎月のスケジュールに組み込んだ。これを機に、リハビリに対して消極的な利用者にも、楽しみながら取り組んでもらうことを目指している。

業者及び職員が毎日清掃をおこない、清潔保持に努めている
毎日、清掃業者が、床・トイレ・浴室・脱衣室の掃除やゴミの回収などをおこなっているほか、職員も、利用者の帰宅後に食堂やトイレ、ベッドの消毒・清掃をおこなっている。空気清浄機・加湿器を置き、快適な生活空間となるよう配慮している。特に冬季は感染予防として、湿度は40%以上を目安としているが、湿度が低い時は、濡らしたバスタオルや、濡らしたペーパークラフトを置き、乾燥を防いでいる。利用者調査でも、「事業所内の清掃、整理整頓」に関して、回答者の94%が肯定的回答であった。

6 評価項目6 事業所と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者のサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、共有している	○非該当
●あり ○なし	2. 家族の状況に配慮し、相談対応やアドバイスをを行っている	○非該当

評価項目6の講評

家族とのコミュニケーションツールとして連絡帳を使用している
送迎時に家族へ積極的に声をかけ、生活や病状の変化、薬の変更等がないかなどを確認している。また、連絡帳を使って、家族と情報共有・情報交換している。連絡帳には、血圧・脈拍・体温の数値、入浴の有無、送迎の有無、食事の摂取量、活動内容、利用者の当日の様子などを記載している。体調変化や排泄状況など、家族が心配している事項については必ず記載するようにしている。また、家族からの連絡事項の欄を設け、家族の要望や依頼事項などが記載されたときは、その回答を記載するようにしている。

通所独自で夏祭りを開催しており、その際に家族の参加を呼びかけている
ケアマネジャーと連携し、家族にも、サービス担当者会議やリハビリテーション会議に参加してもらうようお願いしている。家族会は実施していない。以前は、併設の老人保健施設と合同で夏祭りを開催していたが、コロナ禍の影響により、現在は通所独自で夏祭りを開催しており、その際に家族の参加も呼びかけている。家族にもゲームなどに参加してもらい、利用者と一緒に楽しく過ごす時間を提供している。また、その際に利用者について気になることがあった場合は家族に伝えている。

家族の都合で当日キャンセルとなった場合は、振替利用を積極的におすすめしている
家族の事情により、当日キャンセルになったときは、振替利用が可能であることを伝えている。家族から「送迎時間までに準備が間に合わない」と連絡が入ったときは、送迎時間を遅らせて対応している。また、福祉用具が合っているか、入浴後の処置、服薬方法などについての家族からの相談に応じている。事業所から、「このほうが本人が食べやすいと思いますが、どうでしょうか」と家族に食形態について相談することもある。また、自宅で導入している訪問看護事業所から週1回の体重測定依頼があった場合なども対応している。

7 評価項目7 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域のさまざまな機関や職種と協働し、地域の情報を収集して利用者の状況に応じた提供をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
評価項目7の講評		
<p>地域の情報を掲示するなど、利用者家族に情報提供している 台東区内で開催される行事や、当施設の病院祭、認知症カフェ、地域のお祭りのポスターを事業所に掲示するとともに、サービス担当者会議などで利用者家族に情報提供している。コロナ禍前は、町内会との交流があり、子ども神輿が施設に來訪していたほか、寿作品展やあじさい祭りへ利用者の作品を出展していた。また、超高層タワー見物や大型スーパーへの買い物ツアーなどの行事をおこなっていたが、訪問調査時点でこれらの活動は未実施であった。コロナ禍以降、感染対策を優先しており、地域との交流機会は減少している。</p> <p>医療・福祉系実習生やフットケアのボランティアを積極的に受け入れている 併設の老人保健施設と合同で、医療・福祉系実習生やフットケアのボランティアを積極的に受け入れ、医療・福祉人材の育成や多様な交流の場を設けている。前年度は、看護師・介護福祉士・医師などの資格取得を目指す実習生計130名を受け入れている。また、職員は健康推進委員会の活動のもと、毎月1回、30～40分かけて施設周辺で捨てられた吸い殻などのゴミを拾うクリーン活動や小中学校での防煙教室をおこなうなど、地域へのヘルスプロモーションの一環としてメッセージを発信している。</p> <p>台東区内の医療福祉連携に努め、共通課題の解決に向け協力している 区内の医療・福祉連携事業の中心として、施設の運営理念である「『ずっとこのまちで暮らし続けたい』を応援します」の実現に取り組んでいる。区内医療機関とは「台東区病院連絡会」で連携するほか、中核的病院や大学病院などの特定機能病院とも連携している。また、地域包括ケアシステムの拠点として、地域包括ケアシステムを支える人材の育成や地域ヘルスプロモーション推進の一翼を担っている。高齢者福祉と一体的に運営している慢性期病院や介護保険事業所、区に空床情報を提供している。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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①	ケース記録や朝礼・夕礼にて情報共有を密におこない、チーム力を高めている	
内容①	リハビリテーション会議や個別カンファレンスで話し合った内容、家族からの現状報告・要望、居宅ケアマネジャーからの連絡・報告などを随時ケース記録に記入している。これらの内容を「経過記録一覧」にまとめ、その日の夕礼と翌日の朝礼において職員間で情報共有している。ケース記録には、利用者個々の変化についても特記事項として記載されている。ケース記録には、第三者にもケアのプロセスが理解できる情報が記入されており、リハビリテーション実施計画書の見直しの際の根拠資料となっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-2	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
タイトル②	状態変化に合わせて本人・家族などと随時相談し、より良いケアにつなげている	
内容②	利用者の観察を細やかにおこない、必要に応じて、本人・家族・居宅ケアマネジャーに報告・相談し、より良いケアにつなげている。たとえば、送迎車までの歩行で息切れや呼吸が乱れている様子が見られた時は、夕礼で情報共有し、今後の対応を検討している。その結果を踏まえて、家族に現状を説明し、車いすでの送迎対応を提案している。そのほか、昼食時の様子から本人と相談し、主食を粥に変更したり、正しい姿勢保持が難しい時は作業療法士に相談し、クッションで姿勢を整えるなど、利用者の状態変化に応じて柔軟に対応している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	5-1-3	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
タイトル③	「多職種連携研修」を実施し、職種間で連携した利用者支援の取り組みを進めている	
内容③	入職1年目から3年目の看護・介護・リハビリテーション・薬剤・栄養・事務といった各部門の職員を対象にして、「多職種連携研修」を実施している。1年目の職員は、毎月の研修を通じて、他の職種でも困ったときに気軽に相談できるような関係性の構築から始めている。3年間の研修を通じて、自分の職種の役割を果たしながら、利用者について自分から他の職種に相談したり、チームケアを意識したアプローチができるようになることを目指している。後進を育成する立場であることを自覚し、多職種連携を意識した指導ができる人材の育成に取り組んでいる。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	医療的ニーズのある利用者も受け入れており、緊急時は併設医療機関の対応も可能であることから、利用者・家族にとって安心の体制である
	内容	看護師を常時配置し、経管栄養・人工肛門・褥瘡・皮膚トラブル・膀胱カテーテルなどの医療的ニーズのある利用者も受け入れ、看護師が医療的処置をおこなっている。利用者の急変時は、居宅ケアマネジャーを経由して主治医の指示を求めている。その際に主治医からの要請があれば、併設医療機関にて外来、または入院対応が可能であることから、利用者・家族にとって安心できる体制が整っている。
2	タイトル	多職種連携により、利用者個々の課題・ニーズに沿ったリハビリテーションを提供している
	内容	同計画書作成にあたっては、個別カンファレンスをおこない、利用者個々のサービス内容を掘り下げ、利用者との関わりなどについて検討している。その翌日に医師やリハビリ担当職員も参加するリハビリテーション会議を開催し、多職種で意見交換している。リハビリテーション会議は3か月ごとに実施している。そのほか、通所開始時及び課題に応じて随時リハビリ担当職員が利用者の自宅を訪問し、利用者の動線・生活環境を確認しながら家屋環境に合わせた個別プログラムを作成し、実践につなげている。
3	タイトル	看護・介護職員の人材確保のため、採用活動の工夫や待遇改善の取り組みを進めている
	内容	看護・介護職員の人材不足といった課題に対応するため、各職種の養成学校への訪問や教員との関係性の構築、就職セミナーへの参加など、新卒採用を含め人材確保の取り組みを積極的におこなっている。特に資格取得のための実習生の受け入れに際しては、実習現場の指導担当者が実習生に寄り添い、専門職としてのやりがいや施設の魅力を伝えることで、実際に卒業後の採用につなげている。若手人材の確保のため、処遇改善加算を最大限活用し、月額給与に加えて処遇改善手当を支給することで、賃金の改善など待遇の改善にも取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	当事業所のサービスの特徴や事業所の設備(入浴形態等)などについて掲載した情報媒体の作成が期待される
	内容	ホームページに加え、SNSを活用し、事業所の特色が伝わるよう工夫している。パンフレットは、併設の病院や老人保健施設などと合同で作成しており、当事業所の事業内容について簡潔に記載しているが、当事業所独自のパンフレットは作成されていない。家族や居宅ケアマネジャーから問い合わせを受けた際に、当事業所のサービスの特徴や事業所の設備(入浴形態等)などについてさらに詳しく掲載した情報媒体の作成が期待される。
2	タイトル	休息したり体調を整えるためなどに使える場所のさらなる充実を期待する
	内容	事業所内には広いスペースがあり、休息用のベッド1台と畳コーナーに布団を2組敷けるスペースが設けられ、利用者が疲れたときなどに身体を横にして休息できるようにしている。重度利用者を受け入れているが、医療処置や休息ができる環境としては、ベッドの数が十分ではないと事業所側も考えている。各種ソファの設置など工夫し、利用者が訓練後に休息したり体調を整えるためなどに使える場所のさらなる充実を期待する。
3	タイトル	新型コロナで中断していた利用者アンケートや職員間意見箱を再開し、様々な立場の意見をより反映した施設運営をおこなうことに期待したい
	内容	新型コロナの影響により、利用者・家族に対する満足度調査の実施を見送っているほか、職員間の意見箱についても同じく中断している。コロナ禍で、面会の制限や職員の体調管理、稼働率の低下といった課題が浮き彫りになっており、利用者アンケートなどの満足度調査や職員間意見箱を速やかに再開し、多様な意見を踏まえた施設運営をおこなうことが期待されている。さらに、新型コロナの感染拡大に伴い、行事についてもその多くが中止となっていたが、地域に密着した施設としての役割を踏まえて、今後は徐々に活動を再開していくことが望まれる。