

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6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

〒 202-0021

所在地 東京都西東京市東伏見3-5-36-101

評価機関名 有限会社 TCP

認証評価機関番号 機構 06 - 166
電話番号 042-452-8021
代表者氏名 鈴木 純平

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	小野瀬 清江	福祉	H0305059	
	②	小野崎 透	経営	H1601088	
	③	楠原 賢二	福祉	H2101056	
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】				
評価対象事業所名称	港区立特別養護老人ホーム 白金の森			指定番号	1370300277
事業所連絡先	〒	108-0071			
	所在地	東京都港区白金台5丁目20番5号			
	Tel	03-3449-9611			
事業所代表者氏名	三宅 大輔				
契約日	2024 年 6 月 27 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 1 月 8 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 1 月 28 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 12 月 20 日				
自己評価結果報告日	2025 年 1 月 28 日				
訪問調査日	2025 年 1 月 31 日				
評価合議日	2025 年 2 月 28 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)	事前説明では、評価の理解を深めて頂く為、評価の全体像や具体例を用いたわかりやすい資料を作成し、職員への周知を図りました。事業評価においては、自己評価の事実確認に徹し、第三者性の担保に配慮しました。また、利用者調査および事業評価の集計結果には、独自開発による集計シートを用い、グラフ・表によってできる限りわかりやすくまとめました。				

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	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) 所有ベッドの稼働を安定させ、区立特別養護老人ホームとして公的な役割を果たす。 2) 職種が充実している事を最大限に活かし、質の高いサービスを提供する。 3) 地域との連携を密に図り、港区の福祉・防災の拠点となる。
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 1, チームリーダーのもと専門職として中核的な役割を果たそうと意欲を持ち、計画を立て、直ぐに行動できる人財。 2, 認知症高齢者の増加や高齢単身世帯の増加、世帯構成の変化、介護ニーズの複雑化・多様化・高度化への対応に積極的に、粘り強く、チャレンジし続けられる人物。
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 前向き、謙虚、勉強熱心であること。協調性があり、明るくポジティブに、高齢者の尊厳を尊重し、社会や人の役に立ちたいと、真摯な姿勢で仕事に向き合い、ご入居者やその家族、自分自身や家族をも大切にできる、思いやりを持った人になってほしい。

調査対象

利用者90人の内、調査実施に対して、聞き取りの実施に際して、影響がないと考えられる利用者および意思疎通が可能な利用者計9名を対象に聞き取り調査を行った。

調査方法

聞き取り調査に際し、調査員は回答者の負担をできるだけ軽減するよう気を配りながら、施設においてヒアリングを行った。

利用者総数

90

共通評価項目による調査対象者数

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
0	90	90
0	9	9
0.0	10.0	10.0

利用者調査全体のコメント

「現在利用している施設を総合的にみて、どのように感じていらっしゃいますか」との質問に対して、「大変満足」44.4%、「満足」55.6%を全て足すと100.0%の回答率となっており、利用者の満足度が高い状況が伺われる。個別の項目についても「はい」と回答している結果が多く、満足している状況が伺えた。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン（呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等）とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	8	1	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、全体的においしく食べられるなどの声が聞かれた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	9	0	0	0
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めており、全ての回答者という結果であった。また、自由回答の結果では、気を付けてみってくれるなどの声が聞かれた。				
3. 施設の生活はくつろげるか	7	2	0	0
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の77.8%を占めており、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、カラオケなどで歌っているなどの声が聞かれた。				
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
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、体調が悪い時がないのでわからないなどの声が聞かれた。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	0	0	0
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めており、全ての回答者という結果であった。また、自由回答の結果では、細目に掃除がしており、きれいになっているなどの声が聞かれた。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	9	0	0	0
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めており、全ての回答者という結果であった。また、自由回答の結果では、みんなきちんとしているなどの声が聞かれた。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	9	0	0	0
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めており、全ての回答者という結果であった。また、自由回答の結果では、体調を聴いて必要に応じて看護師を呼んで処置等行ってもらえるなどの声が聞かれた。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	0	0	3
この項目では、6人が「はい」と答え、全体の66.7%を占めており、「どちらともいえない」が0.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、回答がなく、傾向はみられなかった。				
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
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めており、全ての回答者という結果であった。また、自由回答の結果では、回答がなく、傾向はみられなかった。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	8	1	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、回答がなく、傾向はみられなかった。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	3	4	0	2
この項目では、3人が「はい」と答え、全体の33.3%を占めており、「どちらともいえない」が44.4%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、回答がなく、傾向はみられなかった。				
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	5	3	0	1
この項目では、5人が「はい」と答え、全体の55.6%を占めており、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、回答がなく、傾向はみられなかった。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	8	1	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、不満はないが、あれば対応してくれるなどの声が聞かれた。				
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	0	4	4	1
この項目では、0人が「はい」と答え、全体の0.0%を占めており、「どちらともいえない」が44.4%、「いいえ」が44.4%という結果であった。また、自由回答の結果では、回答がなく、傾向はみられなかった。				

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	
	☒ 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		
	ビジョンの実現に向け、「私たちの想い」では具体的な目標を示している 当施設のビジョンは「一人ひとりの笑顔を紡ぎ、みなとの幸せを彩る」とし、「私たちの想い」では、ビジョンの実現にむけた目標を示している。ビジョン等は掲示を通じて来訪者への周知を図るとともに、職員の意識づけに活用し、ビジョンを実践に反映できるよう努めている。事業計画書の冒頭には「ビジョン・私たちの想い」を掲載し、後に掲載する具体的な活動(実践)が前提であることを明確にしている。事業計画は年度当初の説明会で共有するとともに、家族会での説明を通じて、施設の基本姿勢を理解してもらうよう努めている。 経営層はキャリアアップ面接を通じて、職員の目標管理を支援している 階層別に指揮命令系統を示す組織図、職務分担表を作成し、職員の間で共有されている。当施設は法人の城南統括部に所属している。事業計画は、城南統括部のビジョンを踏まえ、「生活質向上サービスの提供」をキャッチフレーズに、「介護過程の展開強化」「個別ケアの推進」など、具体的目標を示している。毎月の振り返りの結果を「月次報告」にまとめ、事業計画の進捗管理を行っている。さらに経営層はキャリアアップ面接を行って職員の目標管理を支援するなど、運営管理、人材育成を通じてリーダーシップを発揮している。 毎年、ISO9001の監査を受審し、実践に伴う業務の品質保持に努めている ISO9001は品質マネジメントシステムの国際規格です。当施設は毎年度、ISO9001の内部監査・外部監査を受けて、認証を更新するなど、業務の品質保持に取り組んでいる。運営に関わる機関決定をはじめ、利用者のケアに関わる個別計画の作成業務など、すべての業務の手順をビジネスフローに示し、業務の標準化を図っている。事案の検討、決定は施設会議で行い、決定の経緯や内容は、会議メンバーを通じて伝達するほか、グループウェアを通じて共有している。家族に対しては広報誌、お知らせを通じて周知を図っている。		

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 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 地域の福祉の現状は、行政計画や利用者との交流を通じて把握している 第三者評価の利用者調査に加え、毎年、家族アンケートを実施し、定量的・定性的なデータの整理、分析を通じ、課題抽出を行っている。港区介護保険事業計画に示される、地域の福祉の現状と方向性を把握するほか、港区の施設長会議、地域交流拠点での活動による利用者との交流を通じ、地域の福祉の現状把握に努めている。法人役員は全国の事業者団体の役員を務めていることから、国の高齢者政策に係る情報をいち早く提供を受け、事業運営の基礎資料として参考にしていく。職員の意向はキャリアアップ面接を通じて把握している。 事業計画に示す活動(戦略)は、検証・評価が可能な内容となっている 法人では「第2期中長期経営計画(グローバルプラン2020)」を推進中です。当施設では、これを踏まえ3年間の中期事業計画を作成し、実行している。さらに法人の事業計画を踏まえて、施設の中期事業計画の単年度計画として、事業計画を作成している。計画には特養事業本部のOKR(達成目標)として、「生活質向上サービスの提供」など16項目の「重点戦略」を示している。「目標達成度」「担当」「達成時期」のほか、「ウエイト(%)」で戦略の優先度を示している。数値目標と具体的記述になっており、検証・評価が可能な内容である。 各課の計画は、職員参加のもと写真・イラストを活用し、分かりやすい内容である 事業計画には施設の重点施策を示し、例えば職員のスキル向上「みなとの中に～あるべき存在へ～戦略」で具体策やガントチャートを示すなど工夫をしている。各課の計画では目標、行動計画のほか、施策イメージの項目では写真やイラストを使うなど、職員目線の計画にしている。年度末に事業計画と予算を作成し、当該年度に計画を実行し、毎月、進捗管理で「月次報告」を作成して、法人・職員と共有している。年度終了後には振り返りの結果を事業報告にまとめるなど、PDCAサイクルを通じて事業計画を実行している。		

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

	カテゴリー3の講評
	職員は定期的に言動、行動の振り返りを行い、利用者の権利擁護に努めている 新規入職者は、権利擁護、個人情報保護などのテーマで法人の初任者研修を受け、社会福祉法人職員としての規範・倫理の習得に努めている。さらに当施設では「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」に従い、利用者を尊重したケアの実践に取り組んでいる。また、年に1回、全職員を対象に「虐待の芽チェックリスト」を使って、日頃の行動、言動などの振り返りを行い、不適切なケアの防止に取り組んでいる。さらに振り返りの結果は、集計をとって定量的に分析し、全体会議を通じて共有し、組織として防止に取り組んでいる。 苦情解決制度は、必要に応じた改善とサービスの質の向上を目指した仕組みである 「苦情解決規程」が整備され、これに従って苦情解決の仕組みが整えられている。新規契約では、重要事項説明を通じて制度の周知に努めている。苦情や意見を受けた際は、受付から解決までの全工程をビジネスフローに示し、これに従って解決に取り組む一方、必要な改善につなげるなど、サービスの質の向上に努めている。また、ショートステイ、デイサービスでは、利用者の言動や様子、皮膚状態等の観察を通じ、利用者のシグナルを見逃さないよう取り組んでいる。相談員は虐待防止会議に出席し、関係者と協働して解決に向けて取り組んでいる。 地域のネットワークに参加し、地域の課題解決に向けて関係者と協働している ホームページ、SNSでの情報提供のほか、介護サービス情報公表、第三者評価での情報開示などに取り組み、開かれた施設運営を目指している。コロナ禍以後、徐々にボランティアも再開している。中学生の体験学習に取り組んでいる。体験者・利用者にとって意義ある経験となるよう支援している。地域との関係づくりでは、オンラインでイベントを行うなど、施設として今できることに取り組んでいる。港区の事業所連絡会、施設長会には積極的に参加し、地域が抱える課題解決に向けて協働して取り組んでいる。

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(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、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
KYT活動を通じて危険察知能力向上を図るなど、事故予防に取り組んでいる 毎月、ヒヤリハット報告、事故報告を集計、要因解明に取り組んでいる。リスク委員会での定量的・定性的な分析を通じて、改善策に取り組むほか、必要な注意喚起を行うなど、事故予防、再発防止策を講じている。さらに事故予防の取り組みとしては、「KYT活動」を実践している。イラストシートを使った危険予知訓練をグループワークで行い、利用者の安全確保を徹底するとともに、労働災害の防止にも取り組んでいる。感染症対策では、サーベイランス情報を収集し、掲示やグループウェアを通じて共有し、注意喚起を行っている。		
災害時、避難行動要支援者を受け入れる福祉避難所の役割を担っている 港区の計画を踏まえ、法人の仕様により事業継続計画(BCP)を作成し、自然災害に備えている。計画では、基本方針を示したうえで、対策本部体制、被害想定、優先事業と目標復旧期間、初動対応と重要業務などを明確にしている。発災から復旧までの具体的な行動を示し、職員間で共有して緊急事態に備えている。同時に災害時には、避難行動要支援者を受け入れる福祉避難所の役割を担っている。毎月1回、様々な事態を想定した避難訓練を実施するほか、定期的に災害備品の在庫チェックを行い、有事に備えている。		
利用者・家族には、個人情報の守秘義務を説明、同意を文書に残している 法人では、個人情報保護規程、文書・記録管理規程を設け、施設ではこれに従って、文書の管理・保存・廃棄・開示請求への対応を行っている。重要事項説明の際、利用者に個人情報の取り扱いについて文書で同意を得ている。個人情報に係る書類は鍵付き書庫に保管し、利用時にはダブルチェックを行うなど、リスク管理を徹底している。業務支援システムは、パスワードによるアクセス制限を行うなど、情報の漏洩防止を徹底している。また、実習生、ボランティアにも、個人情報の取り扱いを説明して、同意を文書に残している。		

5			カテゴリー5	
職員と組織の能力向上				
サブカテゴリー1(5-1)				
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる			☐ 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している			☐ 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている			☐ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている			☐ 非該当
サブカテゴリー2(5-2)				
組織力の向上に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
☒ あり ☐ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている			☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる			☐ 非該当

	カテゴリー5の講評
	法人のリクルートサイトでは、先輩職員のインタビュー記事が掲載されている 人材確保について、新卒採用は法人本部が行い、中途採用、非常勤職員採用は施設が行っている。法人のホームページには、リクルートサイトが設けられ、検索によって条件に応じた法人内事業所が抽出できます。募集要項を示すほか、先輩職員のインタビュー記事を掲載するなど、求職者にとって必要な情報を提供している。組織の活性化と人材育成の観点から、一定の条件に応じて事業所間の異動が行われている。また、事業所内の配置は、本人の希望、適性、人材育成、組織力向上の観点から行われている。 キャリアパスによって、職員は専門職としての職業能力の開発に努めている 法人ではキャリアパス制度を設け、これを踏まえて職員は、研修受講、自己研鑽に努め、将来を見通した職業能力の開発に取り組んでいる。さらに法人では目標管理制度を運用している。職員は専用のシートを使って目標を設定し、自己評価と他者（上長）評価を通じて、目標の達成度を評価している。管理層はキャリアアップ面談での助言を通じて、職員の目標管理を支援している。さらに国が進める「キャリア段位制度」で、事業所内で評価を行うアセッサーの資格取得を支援するなど、介護プロフェッショナル養成の仕組みづくりに努めている。 法人の事例研究発表会に向けて、各専門職が実践研究に努めている 安全衛生委員会を設置するほか、健康診断、ストレスチェックを行うなど、職員の心身の健康管理を支援している。福利厚生サービスに加入し、職員の余暇活動を支援するなど、ワークライフバランスの推進に努めている。法人では、毎年2月に「事例研究発表会」を開催し、各事業所が持ち回りで、日頃の実践を発表するなど、実践研究を通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。施設では研修計画を作成し、認知症ケア研修（ユマニチュード等）を行うほか、様々なテーマで研修を行い、サービスの水準向上に取り組んでいる。

7		事業所の重要課題に対する組織的な活動	カテゴリー7
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) 当施設では、科学的介護情報システム(LIFE)を活用した「科学的介護の推進」を目標にICT、IOT、DXを活用したケアに取り組んでいる。具体的な取り組みでは、リハビリや福祉用具利用による自立支援、次世代介護機器の利用など「機能回復」。オンラインによる全体体操、音楽療法の実践、さらに個人向けの作業療法やリハビリ要素取り入れた介護実践など「全体と個別のアプローチ」。日中の活動量の増、水分・食事摂取の安定化など「健康管理のアプローチ」など、すべてのケアに科学的根拠に基づいた実践に取り組み、3カ月ごとに評価を行った。 この結果、年度末には対象とした10人の利用者につき、ADLの評価指標BI(バーセルインデックス)および日常生活の意欲の指標VI(バイタリティインデックス)が向上した。 この結果を踏まえて今年度は、引き続きLIFEを活用した科学的介護の推進を図るとともに、次世代介護機器、自立支援型介護ロボットの導入を図り、職員の業務負担の軽減を図るとしている。			
目標の設定と取り組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ☐ 具体的な目標が設定されていなかった		
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1で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評 従来、当施設のケア実践は専門職による定性的評価で効果測定を行いましたが、LIFEの活用により定量的に評価できるなど、効果の「見える化」が進められている。当施設では、インターネットやデジタル技術を利用した介護や理学療法、作業療法、生活リハビリ、健康管理(看護・栄養も含む)、福祉用具活用などケアの実践に取り組みました。3カ月ごとに評価を行い、結果を厚生労働省に提出している。フィードバックとして、ADLの評価指標(BI)、日常生活の意欲の指標(VI)による効果測定を行っている。 この結果を踏まえ、次の期の実践に取り組むなど、PDCAサイクルによるケアの質の向上に努めている。さらに総合的な政策として、介護ロボットや自立支援型ロボットの導入を見込み、一層のケアの質の向上、職員の負担軽減に取り組むことを期待する。			
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) 高齢者の長期入院は体力・筋力の低下、ADL・QOLの低下を招くため、入居者が元氣な生活を継続するため、入居者の重症化や看取りへの対応は、施設としては取り組むべき重要課題といえる。そこで、施設では「毎月の入院率を3.2パーセント(月90日程度)に抑える」を目標に設定しました。目標達成のため、医療依存度の高い方への処置として、①胃ろう造設者には、瘻孔部の消毒等による皮膚トラブルの防止、②栄養剤注入では状態に応じた適量の判断や水分量の変更、③誤嚥性肺炎防止では口腔ケア、嚥下リハビリ、嚥下機能評価の実施、④定期的な胃瘻チューブ交換や内科再診等の受診に看護師が同行し情報提供の実施、⑤医療情報の看護記録の毎日記載や3日に1回の申し送りの徹底による他職種との情報共有の徹底などにより、看護業務の精度を上げた。 これら取り組みの結果、入院率を3.0パーセントと目標値以下に抑えることができた。さらに、22名の利用者が施設内で看取りを行うことができた。			

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

当施設が医療処置者へ実施した、上記①胃ろう造設者には、瘻孔部の消毒等による皮膚トラブルの防止、②栄養剤注入では状態に応じた適量の判断や水分量の変更、③誤嚥性肺炎防止では口腔ケア、嚥下リハビリ、嚥下機能評価の実施、④定期的な胃瘻チューブ交換や内科再診等の受診に看護師が同行し情報提供の実施、⑤医療情報の看護記録の毎日記載や3日に1回の申し送りの徹底による他職種との情報共有の徹底は、入院率の低減につながり、目標値の達成を実現した。

今後、さらなる入院率の低下のためには、毎月の月次報告で報告される入院率と入院原因を分析し、入院率が高い病気と措置を明らかにする一方、特に低い数値を示している尿路感染症と誤嚥性肺炎の入院率1.2%の要因を明らかにすることが望まれる。

併せて、当施設では、ISO導入により定着しているPDCAサイクル・マネジメントを通じて、重症化防止に向けた看護・ケアの効率的な実践に取り組むと共に、入居者の重症化防止に向けた看護・ケアの実践に取り組むことにより、引き続き、入院率毎月3.0%の目標達成を期待する。

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		
☒ 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			
施設情報は、港区・自施設ホームページ、都福祉サービス第三者評価等で提供している 施設情報は、港区や自施設のホームページ、東京都福祉サービス第三者評価のホームページなどで情報を提供している。また、ホームページを閲覧できない方には、施設窓口の掲示板にホームページと同じ内容を掲示している。経営母体の簡単なパンフレットも用意している。さらに、区報、在宅ケアマネジャーなどを通じ施設の特徴を載せたパンフレットや施設の情報を手に入れることができる。 専門用語を控え、カラー写真を使ったり、短くわかり易い説明を心がけている 自施設のホームページでは、専門用語を少なくし、短く分かり易い言葉での説明に加え、建物の外観、居室、イベントルーム、各種の浴槽などの写真、施設案内図、利用者の様子を含めた施設案内の動画、施設長挨拶、施設の理念、方針、ビジョンを掲載している。経営母体の発行しているフォーユー新聞やフォーユーケアラボ(パンフレット)もホームページ同様に、カラー写真をたくさん使い、イラストや分かり易い表現にしている。 感染症流行などの時期を除き、施設への問い合わせや見学には土日を含め対応している 利用希望者や家族の問い合わせや見学には、土曜日や日曜日など、随時対応している。ただし、感染症流行などの場合には、見学そのものや時間・場所を含め、制限せざるを得ないことがありますので、事前に電話連絡をお勧めする。見学者は窓口で氏名、見学日時などを専用の用紙に記録し、見学者のプレートを受け取り、退出時には時間を記録し、プレートを窓口へ変換するシステムなので、セキュリティにも配慮されている。			

サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 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-2の講評		
サービス利用開始時には施設生活に必要なルールなどを5種類の文書で説明している サービス利用開始時には施設生活に必要なルールなどを記した5種類の文書を1つ1つ示しながら、ゆっくりと丁寧に読み、分かり易く説明している。文書は、①利用契約書、②重要事項説明書、料金などの記載してある③契約書別紙、④個人情報の取り扱いに関する同意書、⑤利用前承諾書である。①から③は契約書、④⑤は同意書で、説明は一方的でなく、いろいろな疑問に答えている。その上で、納得してから同意のサイン・押印をもらい、施設と利用者がお互いに保管している。 入所前面談をして課題分析表を作成し、利用開始時にケアプラン会議をしている 入所前面談をしてニーズを見つけ課題分析表を作成し、利用開始時に利用者、家族、職員でケアプラン会議をしている。会議では、これから提供するサービスの説明に力を入れている。また、施設での生活に伴うリスクを時間をかけて説明している。また、利用の最初の1ヵ月間は暫定ケアプランとして、施設生活に慣れるように特に配慮しつつ利用者の様子を観察し、必要があればサービス担当者が集まりケアプランを見直している。その後は各専門職がケアプランの適否を3ヵ月に一度モニタリングしケアプラン会議で話し合っている。 サービスの終了時、最近では利用者本人ではなく家族への配慮が増えている サービスの終了とは、病院への入院、他の施設や在宅サービスへの切り替えなどである。病院入院の場合は、相談員との連携で利用者の医療関連の情報をメインに必要な情報を、また、在宅介護サービスへ移る場合は居宅ケアマネジャーと連携し介護情報を提供するなど継続性に配慮している。利用者・家族には、利用者の誕生日写真集や作品や日常の記録を提供している。一方で、R6年は12月までに33人の利用者を看取っている。その際は、家族に利用者の写真集などを送るほか、利用者と触れ合いのあった職員が施設玄関でお見送りなど配慮をしている。		

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ている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	☐ 非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	☐ 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		
パソコンの介護システムを活用し、利用者ひとり一人の情報を入力し、共有している パソコンの介護システムを活用し、利用者ひとり一人の情報を入力し、共有している。介護システムには、利用者の基本情報、趣味嗜好、生活歴、治療歴、キーパーソン、などの情報、介護保険情報、施設介護計画、各職種によるケアプラン、ケア記録などが入っている。職員は、各自アクセスキーを所有してケアプランを確認したり、ケア記録を入力したり、他の職員の入力した内容を閲覧できるので、利用者情報の把握、共有がスムーズにできる。また、アクセス記録も残るので、情報管理もしっかりできている。 施設介護計画は利用者の希望、家族意向を入れて作成し同意を得ている 施設介護計画は、利用者の状況を把握し、介護に関係する各種の職員が専門的な見地から利用者のニーズ、課題を解決するための計画である。専門性の押し付けでなく、必ず、利用者の希望、家族意向を入れて作成し、同意を得ている。さらに、3ヵ月ごとにプランを見直し、6ヵ月ごとの改定時にはプラン内容を利用者・家族に説明し、納得の上、同意を得ている。プラン改定の際は決められた手順(フローチャート化してあり)に従っている。利用者の状況の変化で臨時にプラン改定をする際もフローチャートに従っている。 介護システムで情報共有し、ケースまとめ、ケース会議、モニタリング会議をしている 介護システムを活用し介護、看護、栄養士を含む支援の各課で情報共有し、月単位でケースまとめを実施し、ケース会議やモニタリング会議でサービス計画の見直しや利用者支援に活用している。ケース入力は業務時間内で行う様に意識向上を図っている。その効果が現れ、ケース記録が増えている。一方で、操作に不慣れな職員や画面を見にくい職員に配慮し、利用者の状態などに関する情報共有を確実にするために、口頭での申し送りもしている。		

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			
利用者の情報を外部とやり取りする場合については入所時にあらかじめ同意を得ている 公的機関への連絡や、利用者の体調変化による急な医療機関への連絡など、利用者の個人情報を外部とやり取りが必要な場合については、あらかじめ入所時に、重要事項説明書の第7項、個人情報についての説明、さらに個人情報の取り扱いに関する同意書で詳しく説明し、同意のサイン・印を得ている。 利用契約書第11章.秘密保持及び介護マニュアルに則りプライバシーに配慮している 利用者の所有物の取り扱い、居室への出入り、排泄支援、入浴介助、ホームページや法人の新聞への写真掲載などの際は、利用契約書第11章.秘密保持及び法人の作成した高齢者ケアにおけるサービスマニュアル(介護マニュアル)に則り利用者のプライバシーおよび羞恥心に配慮している。 入所前面談で得た利用者情報を共有し、敬意をもって利用者を支援している 入所前面談で得た生活歴・家族歴、趣味、嗜好などの利用者情報を共有し、利用者のこれまでの生き方、考え方を尊重し、敬意をもって支援している。起床から就寝まで、施設での日常生活を無理強いすることはありません。食事や入浴は健康に支障がない範囲で意思を尊重しているが、必要時は看護師や医師に相談して対処している。			

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変更の時期や見直しの基準が定められている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	☐ 非該当
サブカテゴリ-6の講評		
法人が共通の介護マニュアルを作成し、毎年1回見直して4月に更新している 法人では、400ページに及ぶ高齢者ケアにおけるサービスマニュアル(介護マニュアル)を作成し、毎年4月に更新し、その都度、全職員に1人1冊配布している。特養では各種委員会・勉強会で月1回読み合わせし内容の再確認や検討をしている。また、法人全体の委員会も毎月1回あり、課長以上と主任がリアル又はズームで参加し、特養で出た改定案を持ち寄り検討し、4月に更新している。 プロジェクトチームが新入職員の研修を実施し業務の標準化をしている 新入職員に対し、各課から選んだプロジェクトチームを編成し、研修スケジュール立案、研修実施、フォローアップの体制を作った。フォローアップ体制とは、職員が勉強会や研修会に参加しやすい様にシフトを調整することである。このような体制を構築したことで、月2～3回実施している、介護技術やメンタルヘルスケアの研修や勉強会に職員は気兼ねなく参加できるので、従来より業務の標準化が出来ている。 介護マニュアルは各自が自宅や職場で手に取ったりOJTで業務の確認をしている 介護マニュアルは、毎年全職員に配られるので、各自が自宅や職場で手に取り業務の確認に利用している。リーダークラスによる日常的なOJT実施や個々の職員に合わせた介護技術やメンタルヘルスケアの研修や勉強会を実施し、業務の確認をしている。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	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) <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. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている	○非該当	評価項目1の講評 ケアプラン会議に利用者が参加、意向を確認して作成した計画に基づいて支援している 各専門職がケアプラン会議で利用者の状況や希望を考慮して専門的見地に立って意見を出し合いケアプランを作成しますが、当施設では会議に利用者が参加するので、その場で直接本人に意向を確認しながらケアプランを作成し、同意を得ている。ケアプランは、全体的希望・目標と計画、課題別目標と計画、専門的目標と計画、1日の計画など、細かく作成され、その内容に基づいて支援している。 利用前面談で日常の様子を把握し、利用者の意向や長年の習慣を尊重して支援している 利用前面談で日常の様子を把握し、利用者の意向や長年の習慣を尊重した計画を立てて支援している。さらに、介護職員は担当制にし、担当する利用者の日常の情報を総合的に把握するシステムを取っている。 ケアマネジャーはケアプラン作成など各専門職と協力し総合的な支援をしている ケアマネジャーは、介護システムを活用し介護、看護、栄養士を含む支援の各課で情報共有し協力して、月単位でケースまとめを実施し、ケース会議やモニタリング会議でサービス計画を見直し、新たな計画を作成している。利用者の状態改善などに関し、各専門職と協力して利用者の生活を総合的に支援している。		
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○非該当														
●あり ○なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている	○非該当														
●あり ○なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている	○非該当														
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている	○非該当	評価項目2の講評 食事は利用者の嗜好・希望だけでなく、咀嚼・嚥下、栄養状態も考慮して提供している 食事については入所時に利用者の嗜好・希望、アレルギーの有無などを聞きますが、さらに、咀嚼・嚥下力について訪問歯科医の評価や助言を得たり、所属医、看護師の栄養状態評価を考慮して栄養士が個別栄養ケア計画を立て提供している。カロリーや栄養素は、高齢者の食事摂取基準を基に計算し提供している。食事形態は、4種類に分けている。主食の場合はごはん、軟飯、おかゆ、ペースト、主菜と副菜は常菜、1回(刻み)、刻み、ペーストがある。また、介護職は、食事介助が、一部介助が、全介助かなどを判断して計画的に支援している。 利用者の栄養状態、食事摂取状況を観察・記録し、改善に向けた支援をしている 毎食の食事摂取量をチェックし記録している。また、毎月定期的な体重測定を記録し、変化をチェックしている。その状況から、介護職と相談し、食事をゆっくり食べる様にする、形態の変更を検討する、カロリー不足にならないようおやつを増やす、などの工夫をしている。50%以下の摂取量などの際は、看護師や医師・歯科医師に相談し、家族に連絡し医療機関受診を勧める、あるいは咀嚼・嚥下力向上の取組を計画的に行うなど、協働して支援している。 いつまでも食べる楽しみを味わえるよう栄養士・介護職など多職種協働で支援している いつまでも食べる楽しみを味わえるように、栄養士によるメニューの工夫、例えば、毎月1回のお誕生日会のケーキ、バレンタインのチョコレート、クリスマスのプリンアラモード、その他の行事食、石狩鍋など提供の郷土料理の日、月2回のカレーの日、どんぶりの日など、楽しく食べる工夫をしている。また、訪問歯科医の指導・治療、介護職による口腔ケア、口腔体操など、多職種協働で支援している。		
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○非該当														
●あり ○なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている	○非該当														
●あり ○なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている	○非該当														

3	評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている			評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている		☐ 非該当	
評価項目3の講評					
利用者に人気のカレーの日は月2回、好きなものを選択できるラーメンの日もある 利用者に人気のあるカレーは、毎月2回提供している。また、利用者が好きなものを選択できるラーメンの日があります。毎月1回、利用者個々の好きなブランド、好きな種類のカップラーメンを購入し提供している。ただし、咀嚼や嚥下の問題でそれらを食べられない利用者に配慮し、他のフロア(1階)で栄養士の付き添いで食べている。 食事時間や食事場所、食事内容の変更など、利用者の状況に応じて対応している 食事時間は料理から2時間以内の遅延提供が可能である。2時間以上の遅延は都の条例で禁止されているので、時間外オーダーになりますが、その際は軽食提供などの対応をしている。居室での配膳食事にも応じている。アレルギーのある利用者には代替材料使用や代替メニューで対応している。また、適正な食事形態での提供を心がけているので、利用者の状態に合わせて形態を変更したりもしている。 食事環境にも配慮し、親しい利用者同士のテーブル席を近くにするなど配慮している 食事環境にも配慮し、親しい利用者同士が楽しく食事できるようにテーブル席を近くにするなど配慮している。また、お正月、バレンタインやクリスマスなどのイベント食の際はイベントカードを添えて、郷土料理の日にはその地域の名所を書いたカードを添えるなどしている。温かいものは温かく、冷たいものは冷たいままでおいしさを保って提供するために温冷配膳車を使用している。					
4	評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている		☐ 非該当	
評価項目4の講評					
入浴は利用者の身体状況に応じて一般・機械・リフト浴を選択している 入浴は利用者の意向を尊重しつつ身体状況に応じて一般浴、機械浴(寝ながら入浴する寝台浴と湯舟を楽しめる椅子浴の2種類)、リフト浴を選択して実施している。100人近い入居者全員が毎週2回入浴するので、入浴形態を考慮し、入浴表を作成し計画的に支援している。それでも7日間フル回転で1日平均30人近い利用者の入浴支援をしている。浴槽使用後の清掃・消毒・乾燥は、いずれの浴槽も高価な精密機械なので故障防止の為に介護職員が入念に行っている。 入浴は1対1のケアを基本にし、拒否の場合はタイミングをずらして支援している 入浴は、浴室への誘導、衣服の着脱、洗身などを利用者とは介護職が1対1でケアすることを基本にしている。認知症の利用者など、その日の気分で入浴拒否する場合は声掛け誘導のタイミングをずらし、できるだけ入浴するように支援している。 季節ごとのお湯や変わり湯を提供し入浴を楽しめる工夫と皮膚への配慮をしている 季節ごとにゆず湯や菖蒲湯など昔から日本人が大切にしている習慣を取り入れ提供したり、またドクダミ湯などの変わり湯を提供するなど入浴を楽しめるように工夫している。また、マイクロバブルが発生する浴槽を導入し、肌に刺激の少ない洗い方を工夫したり皮膚トラブル予防の観点から低刺激の石鹸を厳選して使用するなど、利用者の皮膚への配慮をしている。					

5	評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	☐ 非該当
評価項目5の講評			
自然な排泄を促す食品を提供、水分摂取量に配慮し一覧表を基に支援している 自然な排泄を促すといわれるヨーグルトや水溶性食物繊維を含む麦やかぼちゃ、キウイなどの食品を個別に提供したり十分に水分摂取できているかを配慮している。入所時の聞き取りで排泄状況を知り、入所直後は様子を見てその結果から、月1回のフロアミーティングで支援方法を変更したり、使用するパッドやおむつの種類などを組み込んだ排泄一覧表を作成している。一覧表は、誘導時刻を横軸に、利用者を縦軸にし、パッドのサイズ、おむつは色分け表示で分かり易く工夫している。 マニュアルに則りプライバシーに配慮したトイレ誘導を実施、排泄介助研修もしている 重度の障害があっても尿意・便意があり、トイレでの排泄ができる場合は安全に配慮しながら、法人の作成したマニュアルに則りプライバシーに配慮してトイレ誘導をしている。また、立位不安定な場合は介護支援機器を使用、ケア方法の見直しで、できる限りトイレ誘導し、トイレでの排泄をするようにしている。排泄介助等については内部研修を実施している。 ポータブルを含むトイレは使用前後に職員が清掃・消毒し清潔保持に努めている トイレは清掃専門の職員が毎日定期的に清掃・消毒をしている。さらに、ポータブルを含むトイレの使用後には介護職員が清掃・消毒している。それは、介護職員は、利用者が排泄の都度、便の量・状態や尿の色、時間などの排泄状況を確認し利用者毎に記録しているからです。確認後に清掃と消毒も行って清潔保持に努めている。			
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			
利用者のニーズに合わせた個別機能訓練を専門職が連携して取り組んでいる 利用者の状況や希望を調べ、課題を抽出し、その改善に向けた支援の方針・目標を個別機能訓練・栄養・口腔の各分野の専門職が連携して達成に向けて取り組んでいる。具体的には、移動訓練の場合、体力アセスメントを行い、身体状況に合わせ歩行方法検討し伝い歩きから自立歩行を目標にしたり、車いす利用の場合は、機種を選定を検討し、訓練をしている。車いすはスタンダードとリクライニングがあり、座位保持できない場合、最初はリクライニング選定し、座位保持でスタンダード使用又は現状以上の悪化防止を目標に支援している。 移動のための介助は、利用者・職員双方に対する安全対策をしている 移動のための介助では、しばしば利用者の転倒や転落事故が起こりメディアを賑わせている。一方で、不適切な介助姿勢から起こる介護職員の腰痛も人手不足の一因といわれている。移乗にはスライディング・ボード、開閉手すりを使用し、利用者の安全と職員の負担軽減・腰痛防止に取り組んでいる。また、移乗を含めた正しい介助方法やスライディング・ボード、リフト、車いすの使用方法などについて内部研修会を実施し、スキルアップを図ると同時に安全対策をしている。 車いすなどの福祉機器の選定および管理はマニュアルに基づいて実施している 利用者の使用する車いすは、体力アセスメントを行い身体状況に合わせて、車椅子選定マニュアルに基づいて選択している。また、車いすなどの福祉機器の管理はマニュアルに基づいて実施している。特に、車いすは区の備品なので、車いすの種類、在庫状況、状態管理をし、不具合の有る際は修理依頼している。フロアごとの利用者と車いすを紐付けた台帳管理もしている。			

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) <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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table> 評価項目7の講評 利用者の身体状況に合わせた個別機能訓練計画書を作成し訓練している 利用者個々に体力アセスメントを行い、利用者の希望を聞いて個々の身体状況に合わせた個別機能訓練計画書を作成し、それに則った機能訓練をしている。 機能訓練指導員と介護職員が連携し、日常生活の中での個別機能訓練をしている 個別機能訓練は、個々の利用者が日常生活で望む動作ができることを目指して行うものなので、機能訓練室で行うだけでなく、機能訓練指導員と介護職員が連携して、日常生活の中での訓練をしている。着替え、歩行、食事、トイレ、趣味活動、ゲーム、会話、その他、個別機能訓練計画に沿って訓練に取り入れている。また、機能訓練指導員は介護職に対し、訓練方法の研修を行って技術の均一化とスキルアップを図っている。 車いすなどの福祉機器の選定はマニュアルに基づきケアプラン会議で検討している 利用者の使用する車いすなどの福祉機器の選定は車椅子選定マニュアルなど、機器個別のマニュアルに基づきケアプラン会議で検討、見直ししている。どの車いすを誰が使用しているか一覧表にし、数か月ごとに、使用する必要があるか、タイプが適切かどうか、クッション、ヘッドレスト、フットレスト、その他が適切かどうかを検討している。	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	4. 福祉用具は、定期的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	標準項目																		
☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	☐ 非該当																	
☒ あり ☐ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	☐ 非該当																	
☒ あり ☐ なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	☐ 非該当																	
☒ あり ☐ なし	4. 福祉用具は、定期的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																	
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table> 評価項目8の講評 内科医、歯科医、看護師、大学研究所病院と連携し利用者の健康維持に努めている 内科医、歯科医、歯科衛生士が定期的に来所して利用者の健診実施や看護師が相談に応じている。近くの大学研究所病院と提携しており、内科医及び精神科医が往診しているほか、緊急時の受け入れ体制もできている。様々な診療科があるので幅広い治療対応が可能で安心です。看護師は24時間体制で勤務しており、緊急時の病院への利用者情報提供と医療機関受診時の同行は看護師が担当している。この様に医療職、医療機関との連携で利用者の健康維持に努めているので、経管栄養やインスリン注射も利用者は安心して受けている。 看護師による服薬管理、歯科医師等による口腔ケアで利用者の健康維持を支援している 利用者のほとんどが基礎疾患を有し、内服薬を常用しているので、服薬管理用ケースは大病院と遜色ない物を用意し、投薬ミスの無い様に顔写真入りの予薬ケースを使用し、服薬チェック表にて看護師2人と介護職1人がトリプル確認している。各階で2週間に1回、歯科医や歯科衛生士が訪問して口腔状態のチェック・診療をしている。口腔ケア指導、食前体操指導などで、介護職と協働で利用者の健康維持の支援をしている。 利用者がその人らしく生き満足して最後を迎えられる様に思いやりの心で支援している 当施設の「白金の森ご案内」の中の1項目に看取りケアしおりで看取りについて説明している。365日24時間体制の手厚い看護師配置をしており、看取り専門の在宅診療医と提携し、終末期の利用者の看取りをしている。看取り期ケアとして、外出や食事、その他、利用者の希望をかなえる工夫・活動を積極的にしている。ただし、終末期であることを感じさせないように配慮している。利用者が最後までその人らしく生き、満足して最後を迎えることができる様に職員が思いやりの心を持って力を合わせて支援している。	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	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																	

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) <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. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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 衣服着脱についてはマニュアルに従い、無理強いせずに支援している 起床時や就寝前の着替え・更衣は、声掛けし、マニュアルに則って行っているが、利用者の意思を尊重し、無理強いはいしない。また、同性介助は介護職員の人員配置的に希望に添えない場合がある。 起床後の整容などは1日のケアスケジュールで夜勤と早番職員が支援している 起床後の洗顔・整容・歯磨きなどは、更衣と同様に、1日のケアスケジュールに入っており、夜勤と早番の職員各2人、合計4人で支援している。利用者の意思を尊重しているが、声掛けの工夫や、本来は一部介助でも全介助するなど、できるだけ実施する様に支援している。なお、利用者の状況を判断し、ケアプラン会議でケア方法の見直し検討する場合もある。 日中の活動量を多くしたり入眠時間を変更したり個別ケアして睡眠確保に努めている 十分な睡眠時間を確保するために、寝つきの悪い利用者にはクラブ活動や施設行事への参加を促して日中の活動量を多くしたり、早朝覚醒の利用者には夜9時以降もケアステーション前で過ごし入眠時間を遅らせたりするなど、個別ケアをして睡眠時間確保に努めている。一方、睡眠リズムを科学的に把握して対応するために積極的に介護支援機の導入を進めている。															
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) <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. 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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 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	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 平常時の外出や飲酒などは利用者が希望すれば可能であるが、感染症流行時は制限される 平常時の外出や飲酒は利用者が希望すれば他の利用者にも迷惑にならない範囲で可能である。施設入所時は飲酒を希望しても飲酒しないことに慣れてなのか、1人で飲む雰囲気を楽しめないためか利用者は次第に希望しなくなる様である。年に1～2回は居酒屋を企画しているが利用者は飲酒せずに雰囲気を楽しんでいる。一方で、職員の退職お別れ会では飲酒している利用者もいる。なお、自由に暮らせるとは言え、感染症流行時は外出や面会制限する場合がある。 ケアプラン会議でレクリエーション参加の意向を確認しリストを作成し提供している ケアプラン会議でレクリエーション参加の意向を確認し、参加者リストを作成し提供している。レクリエーションの種類は、体を動かす、脳を刺激する、コミュニケーションする、楽しく過ごすものである。例えば、手遊び、しりとりゲーム、その他、ボランティアによるお話、クラシックコンサート、元力士とのふれあい、ドッグセラピーなどです。実際に参加するかどうかは実施の際に確認し、利用者自身の判断に任せている。ボランティアとの連絡・手配は、事務の担当者がしている。 適切なケアを目指し認知症研究委員会を設置、精神科医と連携して研究・研修している 認知症でレクリエーション活動に参加できない利用者が増えており、参加できる利用者と生活の質に差が生じている。全体的な活動参加の工夫が必要と考え、適切な認知症ケアを目指して認知症研究委員会を設置した。近くの研究所病院の精神科医と連携して具体的な認知症ケアの方法を研究、内部研修会を開催している。															

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					
利用者の外出や散歩は、感染症の流行期などを避け、適切な時間帯の提案をしている 利用者は高齢で感染症のリスクの高い人が多いため、周辺への外出や外食や遠出は感染症の流行期を避けている。個々の利用者のニーズに応じて施設の南側に広がる白金台どんぐり児童遊園を、子どもたちの少ない午前中に散歩するなどの提案をしている。 コロナ5類移行後は、地域の小中学校や保育園、ボランティアとの交流が再開している 地域の小中学校や保育園との交流を楽しんでいる。感染症の流行で、直接会うことはほとんどできませんが、手紙やプレゼントを交換し、心の触れ合いを大切にしている。コロナ禍の最中だった前年に比べて施設内ボランティアや訪問マッサージなどが復活し、充実した交流をしている。 施設が商店会の会員になっており、町内会のイベント会場として盛り上がっている 施設が商店会の会員になっており、職員が企画委員として参加し、施設がころころ市のイベント会場の1つとして盛り上がっている。高輪8町会のハロウィーンでは、子供たちが仮装してお菓子を貰いに来るので、利用者があらかじめ準備しておいたお菓子を渡すなど、地域の人々との交流を楽しんでいる。					
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					
ホームページに日常生活の様子を発信し、見られない家族にはケース記録を郵送している ホームページを活用し、日常の生活の様子を発信している。文字、写真に加え、動画もありますが、更に、ホームページを見られない家族に配慮し、写真を付けたメッセージカードや毎月の日常の様子を記したケース記録を郵送している。 コロナ禍を経て、面会、差し入れ、家族会、サービス担当者会議を対面で行っている コロナ禍では、面会は一時期全くできなかったのが、予約制で仕切り板を挟んで又はオンラインでできるようになり、感染症の流行がなければ直接対面で会うことが可能になりました。医師により問題がないと判断されたものに限りませんが、ジュースなど好みの食品の差し入れも自由になった。家族会も令和6年度から対面で行えるようになった。なお、サービス担当者会議も、利用者、家族、各専門職が対面して開催できるようになったので、できるだけ家族の同席を勧めている。 家族会は令和6年度から対面で行えるようになり、多くの参加と感謝の言葉があった 家族会も令和6年度から対面で行えるようになった。2回目は通常の参加申し込み数に戻ったようですが、1回目は久しぶりの家族会ということで従来の4倍近い家族が参加し、多くの感謝の言葉があった。遠方に住んでいる方、近くでも中々会いに来られない方など、様々な家族の形がありますが、利用者を思う気持ちが、感じられた家族会であった。					

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-8	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル①	内科・歯科医、看護師、病院と連携し利用者の健康維持に努めつつ、看取りもしている	
内容①	内科・歯科医、歯科衛生士が定期的に利用者の健診実施や看護師の相談に乗っている。近くの大学研究所病院と提携し内科医及び精神科医が往診し、緊急時の受け入れ体制もできている。様々な診療科で幅広い治療対応が可能。看護師は24時間体制で勤務し、緊急時の病院への利用者情報提供と医療機関受診時の同行も担当している。医療職、医療機関との連携で利用者の健康維持に努めているので経管栄養やインスリン注射の利用者も安心して生活できる。一方で在宅看取り専門医と提携し24時間体制で看取りも行っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル②	日頃のケア等の実践研究を通じてサービスの質の向上につなげている	
内容②	法人では、毎年、「事例研究発表会」を開催している。人材育成と福祉価値の創造などを目的に実施している。法人には高齢分野を中心に、関東近県に様々な種別の事業所がある。全事業所を対象に地区で予選を行い、優秀な発表グループを集めて、2月に本大会を行っている。今年度、白金の森(4事業所)からは7つものグループがエントリーし、日頃のケア等の実践を発表しました。実践研究はテーマを設定し、実践と、振り返りを通じて、テーマを深められる活動である。施設では、複数の実践研究を通じてサービスの質の底上げを図っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	2-2-1	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
タイトル③	事業計画の仕様は、職員目線で作成し、馴染みやすいツールにしている	
内容③	事業計画には施設の重点施策を示し、例えば職員のスキル向上「みなとの中に～あるべき存在へ～戦略」で具体策やガントチャートを示すなど工夫をしている。一方、各課の計画では目標、行動計画のほか、施策イメージの項目で、写真やイラスト、キャッチフレーズを吹き出しにするなど、職員目線の計画書の仕様にして、馴染みやすいものになっている。計画は、毎月、進捗管理で「月次報告」を作成し、法人・職員と共有している。年度終了後には振り返りの結果を事業報告にまとめるなど、PDCAサイクルを通じて事業計画を実行している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	医療機関との連携で利用者の健康維持に取り組む一方、利用者に対する思いやりを持った看取りに力を入れている点が評価できる
	内容	看護師24時間勤務、内科、精神科、歯科の医師や病院との連携で、日常の健康維持から緊急時の対応体制まで整い安心です。一方、利用者の平均年齢が平均寿命と同じで看取りの必要性が増加している。看取り専門の在宅診療医と提携し、終末期を感じさせない配慮をしつつ、外出や食事、その他、利用者の希望をかなえる工夫・活動を積極的にしている。利用者が最後までその人らしく生き、満足して最後を迎えることができる様に職員が思いやりの心を持って力を合わせて支援している。
2	タイトル	職員の育成に熱心で、職員も研修会参加、研究に取り組んでいる。そのような職員支援の為にシフトを工夫している点が評価できる
	内容	当施設は、チームリーダーのもと専門職として意欲を持ち計画を立て直ぐ行動できる人材育成を目指している。その実践として、新入職員に対し、各課から選んだプロジェクトチームを編成し、研修スケジュール立案、研修実施、フォローアップ体制を作った。月2～3回実施している、介護技術やメンタルヘルスケアの研修や勉強会に職員は気兼ねなく参加でき、従来より業務の標準化が出来ている。委員会活動も盛んである。そのような職員が参加しやすくなるようにシフトを工夫し支援するシステムを作っている点が評価できる。
3	タイトル	24時間の看護体制を確保し、看護計画に基づいた個別ケアを実践した結果、総合指標である入院率が低下している
	内容	施設では、24時間の看護体制を整え、医療依存度の高い方を積極的に受け入れている。看護サービスを提供し、すべての利用者の健康管理を行うとともに、医療依存度の高い方には、提携病院と協力しながら、状態悪化の防止を徹底している。入院をすると、利用者の生活の質（QOL）も低下することから、看護計画に基づいて個別ケアを実践して、個々の健康リスクの低減に努めている。この結果、総合的な指標である「入院率」が低下している点が評価できる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	オールラウンドプレイヤーの育成に向けて、人材育成方針を職員と共有しつつ、誰もが働きやすい職場形成に努めることが望まれる
	内容	法人本部では、組織の活性化と人材育成を図る観点から、一定の条件のもとで事業所間の職員の異動を行っている。また、事業所内の配置は、本人の希望、適性、人材育成、組織力向上の観点から行われている。管理者層は、職員にいろいろな経験をしてもらい、オールラウンドに業務をこなせる職員の育成を目指している。一方、このような資質の職員は過重負担になりがちです。職員が長く仕事を続けられるような職場環境にしたいと振り返っている。人材育成の方針を共有しつつ、誰もが働きやすい職員集団の形成に取り組まることが望まれる。
2	タイトル	施設側のニーズを整理し、ボランティアの新規分野の開発、新世代層との連携など、新たな取り組みにチャレンジすることが望まれる
	内容	コロナの5類移行後、減少していた地域住民との交流や中学生の体験学習、ボランティア団体の受け入れなど、以前のレベルに戻ってきた。コロナでの交流制限が続く中で、ボランティアや地域交流の大切さを改めて認識し、このような分野で活躍してもらいたいなど、交流のあり方を検討した。この機会をとらえ、ボランティアの新規分野の開発や、新世代との連携、地域団体との新しい協働の実践など、様々な取り組みを進めたいと振り返っている。施設側のニーズを明確にし、ボランティアとの連携などに取り組むことが望まれる。
3	タイトル	職員の献身的な介護、特に、看取りが多く職員の心は悲しみに覆われているため、職員のグリーフケアにも取り組まることが望まれる
	内容	職員の献身的な介護、特に利用者に対する看取りは感動的である。終末期を感じさせない配慮をしつつ、外出や食事等、利用者の希望をかなえる工夫・活動を心をこめて積極的に行っている。利用者が最後までその人らしく生き、満足して最後を迎えることができる様に、職員が思いやりの心を持って力を合わせて支援している姿に、利用者家族も感謝している。しかし、看取りが多く、職員の心は悲しみに覆われているようである。家族へのケアも必要ですが、職員のグリーフケアにも取り組むことが望まれる。