

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7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	小野崎 透	福祉	H1601088	
	②	楠原 賢二	福祉	H2101056	
	③	小野瀬 由一	経営	H0305057	
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	短期入所生活介護【ショートステイ】				
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	1370303479
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	2025 年 5 月 30 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2026 年 1 月 18 日				
利用者調査結果報告日	2026 年 3 月 10 日				
自己評価の調査票配付日	2026 年 1 月 18 日				
自己評価結果報告日	2026 年 3 月 10 日				
訪問調査日	2026 年 3 月 11 日				
評価合議日	2026 年 3 月 19 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)	事前説明には、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とりまとめを行いました。				

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材。 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

短期入所を1か月間において利用した30名の利用者を対象に、利用者アンケート調査を実施した。

調査方法

アンケート用紙と返信用封筒を同封したものを事業所に渡し、事業所から利用者へ発送し、回答アンケートは直接評価機関へ郵送する方法で調査を実施した。

利用者総数

30

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
30	0	30
10	0	10
33.3	0.0	33.3

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」30.0%、「満足」50.0%を全て足すと80.0%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。

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. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	8	2	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の80.0%を占めており、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	7	2	1	0
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の70.0%を占めており、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が10.0%という結果であった。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	2	6	2	0
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の20.0%を占めており、「どちらともいえない」が60.0%、「いいえ」が20.0%という結果であった。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	3	6	1	0
この項目では、3人が「はい」と答え、全体の30.0%を占めており、「どちらともいえない」が60.0%、「いいえ」が10.0%という結果であった。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	8	2	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の80.0%を占めており、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	8	2	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の80.0%を占めており、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、「職員の方が忙しい様で頼むことを躊躇ってしまう」などの声が聞かれた。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	8	1	0	1
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の80.0%を占めており、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	9	0	0	1
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の90.0%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。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	8	1	0	1
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の80.0%を占めており、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	1	0	4
この項目では、5人が「はい」と答え、全体の50.0%を占めており、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	8	1	0	1
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の80.0%を占めており、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	8	1	0	1
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の80.0%を占めており、「どちらともいえない」が10.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	6	3	0	1
この項目では、6人が「はい」と答え、全体の60.0%を占めており、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	7	3	0	0
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の70.0%を占めており、「どちらともいえない」が30.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
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	4	5	0	1
この項目では、4人が「はい」と答え、全体の40.0%を占めており、「どちらともいえない」が50.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー毎の 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
	カテゴリー1の講評	
	ビジョンや「私たちの想い」は事業計画書に掲載し、職員や家族会等と共有している 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。また、ビジョン等は掲示を通じて来訪者への周知を図ると共に、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。さらに、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。併せて、事業計画は年度当初の説明会で共有すると共に、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。 経営層はワンオンワン面接にて職員の目標管理を支援し、リーダーシップを発揮している 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、職員の間で共有している。また、当施設は法人事業本部の城南統括部に所属し、城南統括部のビジョンを踏まえ、事業計画では「笑顔の先にある幸せへー共につぐむ、みなとの未来」をキャッチフレーズとして示している。さらに、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。併せて、経営層はワンオンワン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。 施設運営の品質はISO取得で担保し、重要事案は職員と利用者家族へ周知徹底している 当施設は毎年度、ISO9001の内部監査・外部監査を受けて、ISO認証を更新するなど、業務の品質保持に取り組んでいる。また、施設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。さらに、重要事案の検討や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職員へ周知すると共に、グループウェアを通じてタイムリーに全職員へ共有化している。併せて、利用者家族に対しては広報誌、お知らせ等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 カテゴリー2		
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项目实施状況 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项目实施状況 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		
カテゴリー2の講評 施設の事業環境や地域福祉の現状の把握に努め、施設の課題抽出を行っている 施設では、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、定性的・定量的なデータの整理、分析を通じ、課題抽出を行っている。また、区の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、区の施設長会議や地域交流拠点での活動での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。さらに、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入手し、事業運営の基礎資料として参考にしている。 施設の単年度事業計画に示す活動目標は、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)」を推進している。これを受けて、当施設では、3年間の中期事業計画を作成し、実行している。また、法人の事業計画を踏まえて、施設の中期事業計画および単年度事業計画を作成している。さらに、事業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」および「目標達成度」「担当」「達成時期」のほか、「ウェイト(%)」で戦略の優先度を示している。これらは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。 各課の事業計画では、施策イメージを写真・イラストで表すなど職員目線に配慮している 事業計画には施設の重点施策を示し、職員のスキル向上について「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。また、各課の事業計画では目標、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。さらに、年度末に事業計画と予算を作成し、当該年度の計画実行について、進捗管理として「月次報告」を作成し、法人および職員と共有している。併せて、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サイクルによる事業計画の実行を図っている。		

3			カテゴリー3	
経営における社会的責任				
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の標準项目实施状況		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、定期的を確認している。			○非該当
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の標準项目实施状況		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
サブカテゴリー3(3-3)				
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準项目实施状況		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。また、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。さらに、年に2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。併せて、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、組織として不適切ケアの防止体制の整備に取り組んでいる。 利用者の苦情や意見に応じるサービス向上の仕組みとして苦情解決制度を整備している 施設では、「苦情解決規程」を整備するなど苦情解決の仕組みを整備している。また、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。さらに、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と共に、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。併せて、施設では、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。加えて、相談員は虐待防止会議に出席し、関係者と協働して問題解決に向けて取り組んでいる。 積極的な情報開示を行うと共に地域ネットワークに参加し地域の課題解決に取り組んでいる 開かれた施設運営を目指し、ホームページ、SNSでの情報提供や、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んでいる。また、システム活用により新規ボランティアを獲得し、利用者満足の向上に努めている。さらに、中学生の体験学習に取り組み、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。併せて、地域との関係づくりでは、町会、幼稚園、消防省などのイベントに積極的参画すると共に、区の事業所連絡会、施設長会に積極的に参加し、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			リスクマネジメント		5/5
サブカテゴリ1(4-1)					
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			評点(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2(4-2)					
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			評点(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・再発防止に取り組んでいる 施設では毎月、ヒヤリハット報告、事故報告を集計し、要因解明を行っている。また、リスク委員会では定性的・定量的な分析により改善策を検討し、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では、「KYT(危険・予知・トレーニング)活動」として、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共に、労働災害の防止にも取り組んでいる。併せて、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により共有し、注意喚起を図っている。 事業継続計画を作成しリスク発生に備える共に被災時は福祉避難所の役割を担っている 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、自然災害等のリスク発生に備えている。また、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。さらに、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。併せて、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。加えて、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。 個人情報漏えい防止策を徹底し、個人情報の取扱いは家族から文書で同意を得ている 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。また、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。さらに、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。併せて、業務支援システムは、ITと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。					

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	
	人材採用は法人と施設が行い、職員の異動や配置は本人の希望等を考慮して行っている 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。また、法人のホームページでは、求人サイトを設け、求職者が検索によって条件に応じた法人内事業所が抽出できるようになっており、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。さらに、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。併せて、事業所内の職員配置は、本人の希望・適性を考慮し、人材育成、組織力向上の観点から行っている。 職員の人材育成では、キャリアパスによって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。また、法人では目標管理制度を運用しており、職員はPCソフトを使って目標を設定し、目標達成の自己評価と他者(上長)評価を通じて、目標の達成度を評価している。さらに、管理層はワンオンワン面談での助言を通じて、職員の目標管理を支援している。併せて、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сессラ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。 職員が働きやすい職場づくりに取り組み、事例研究発表会ではサービスの質向上を図っている 職員が働きやすい職場づくりを目指し、安全衛生委員会を設置し、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すると共に、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。また、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等、実践研究を通じてサービスの質向上に取り組んでいる。さらに、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)			
【課題・目標】科学的介護情報システム(LIFE)の活用により、「科学的介護の推進」を目標とする。 【理由・背景】科学的介護を推進し、ICT、IoT、DXを活用したケアに取り組むことにより、介護職員の業務負担の軽減につなげる。 【取り組み】インターネットやデジタル技術を利用した科学的介護やデータに基づく理学療法、作業療法、生活リハビリ、健康管理(看護・栄養も含む)、福祉用具活用などの実践に取り組んだ。 ・LIFEデータは3カ月ごとに評価を行い、評価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。 【取り組みの結果】LIFEデータを踏まえ、次の期の改善に取り組むなど、PDCAサイクルによるケアの質の向上につながっている。 【検証・今後の方向性】LIFEデータの活用を拡充すると共に、機能訓練指導員の増加により、利用者の運動機会を拡充する。 ・データの基づく介護を推進することにより入院を防ぎかつ看取りを減少させる。			
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			
・前年度の重要課題として取り組まれた「科学的介護情報システム(LIFE)の活用による科学的介護の推進」は、介護の効果を明らかにすると共に、介護職員の業務負担減や、安心して働き続けられる職場環境づくりにも有効であり、介護事業者にとって重要なテーマであると考えられる。 ・取組としては、科学的介護やデータに基づく理学療法・作業療法・生活リハビリ、健康管理(看護・栄養含む)、福祉用具の活用、ADL評価指標(BI)等による効果測定」を実践した結果、LIFEデータを踏まえ次期の改善に取り組むなど、PDCAサイクルによるケアの質の向上が確認されている。 ・したがって、今後の方向性として示されている「LIFEデータの活用拡充や機能訓練指導員の増員による運動機会の拡充」および「データに基づく介護の推進による入院防止や看取りの減少」は、利用者の体調管理や体力の維持・向上につながる有効な取組であるため、引き続き、検証結果を反映させた継続的な取組を行っていくことが望ましい。			

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

【課題・目標】・入院率減少により稼働率96%を実現する。

【理由・背景】・利用者・家族の意思を尊重して、施設での看取りを実現するには、急激な重症化による入院を防止する必要がある。

・入院率は、医療・看護・ケアの指標である共に、施設全体の総合的な指標として有効な目標である。

【取り組み】・新たに看護・ケアの指標として「入院率」を設定した。

・医療依存度の高い利用者を中心に、皮膚トラブル防止や誤嚥防止、口腔ケア、拘束防止によるリハビリなど、重症化のリスク低減につながる看護やケアを計画的に実践した。

【取り組みの結果】・稼働率が90%から94%まで向上した。

【検証・今後の方向性】・今後も同様の取り組みを行うことにより入院率を減少させ、稼働率目標96%の実現を図る。

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

・前年度の重要課題として取り組まれた「入院率減少により稼働率96%を実現する」は、当施設運営の継続性を担保するには欠かせない重要テーマと考えられる。

・前年度は新たな取り組みとして、「看護・ケアの指標として「入院率」の設定」「医療依存度の高い利用者を中心に、重症化のリスク低減につながる看護やケアを計画的に実践した」結果、「稼働率が90%から94%まで向上」し、成果が確認できている。

・したがって、今後の方向性として提示している、「今後も同様の取り組みを行うことにより入院率を減少させ、稼働率目標96%の実現を図る」は、これまでの取り組み成果を踏まえると実現可能性が高いと考えられるため、引き続き、検証結果を反映させた継続的な取組を行っていくことが望ましい。

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			
ホームページの「活動報告」は、サービス利用時のイメージがわく情報となっている 施設の情報は、ホームページやパンフレットなどの媒体で、利用希望者や家族にサービス内容を分かりやすく伝えている。特にホームページの「活動報告」では、イベント(行事)、食事内容や食事風景、レクリエーション、利用者の作品、外出風景など、写真とコメントで伝え、サービス利用時のイメージがわくよう配慮している。また、介護サービス情報の公表を通じて情報開示に努めている。さらに、毎年度、福祉サービスの第三者評価の受審を通じて、サービスの質の向上とともに、利用者の選択に資するよう努めている。 ホームページでは、専門用語を少なくし、短く分かりやすい表現に努めている ホームページでは、専門用語を少なくし、短く分かりやすい表現に努めている。トップページには、施設案内として居室やイベントルーム、浴室と機械浴設備などを写真で伝えるほか、動画により施設の概要やサービス内容を紹介している。「サービス紹介」では、朝7時の起床から18時の夕食まで、一日の流れを写真とコメントで伝えている。法人の広報誌「フォー・ユー新聞」などを通じ、運営母体の特色を知ってもらうよう努めている。 見学は担当者が付き添い、分かりやすい説明に努め、理解を深めてもらっている 利用希望者や家族の見学には、随時対応するなど、希望者の利便に配慮している。一方、感染症流行時の状況によっては、利用者の安全確保のため見学そのものや時間・場所を含め制限することがある。直接の連絡もあるが、ケアマネジャーを通じて見学を受け入れるようにしている。見学者は窓口で氏名、見学日時などを専用の用紙に記入し、見学者のプレートを受け取り、退出時には時間を記録し、プレートを窓口へ返却するなど、セキュリティを徹底している。実際の見学は担当者が付き添い、分かりやすい説明に努め、理解を深めてもらっている。			

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	7/7
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. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
利用前、重要事項説明書をもとに基本的なルールや重要事項を説明している サービス利用前、生活相談員は自宅を訪問して、利用者・家族に対して契約書、重要事項説明書をもとに基本的なルールや重要事項を説明している。利用料金は、要介護度・負担割合に応じて試算した概算額を家族、利用者丁寧に説明し、書面をもって同意を得ている。生活相談員は利用前の事前面接で利用者の心身の状況、家庭での生活環境、家族や本人の意向などを細かくアセスメントし、短期入所生活介護計画に反映し、利用者、家族の信頼につながるサービス提供に努めている。心身の状況などサービスに繋がる情報は職員間で共有している。 新規の利用者は、安定するまで頻回に関わりをもち信頼関係構築に努めている アセスメントの結果は、業務支援システムに記録し、職員間で共有するとともに、短期入所生活介護計画の作成のための課題分析に利用している。初回利用時、利用者は環境変化に伴って様々な不安を感じている。利用者の心身状態が安定するまで、職員は関わりを頻回に持って関係づくりに努めるとともに、新たに把握した情報をアセスメント記録に追記している。新規の利用者には、頻回の関わりを通じて、アセスメント情報を追記し、短期入所生活介護計画に反映するようつとめている。 利用開始時は入居前ご様子表を基に、入居中の様子は入居時連絡表で共有している 施設利用開始時は入居前ご様子表をもとに支援している。利用開始当日は、1階の事務所前の落ち着いた環境で、体温測定し、最近の心身の状態をヒアリングしている。その後、利用フロア、居室の位置などを1対1でじっくりと説明し、不安感をなくすように努めている。利用終了時には、入居中の様子を記入した入居時連絡表を渡し、家族やケアマネジャー、居宅サービス事業者にも伝わるように配慮し、継続的な支援を心がけている。サービス担当者会議にも積極的に参加し、情報提供している。			

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 標準项目实施状況 11/11
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を適切に作成する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. 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	☐ 非該当
サブカテゴリ-3の講評		
業務支援システムを活用し、利用者一人ひとりの情報を記録し、共有している 業務支援システムを活用し、利用者一人ひとりの情報を入力し、職員間で共有している。情報は、氏名、生年月日、住所、その他の基本情報や、要介護度、身体状況、疾病、服薬、趣味、嗜好など短期入所生活介護計画、その他の各種計画、毎日の支援内容、日常の利用者の様子の記録も各所定のフォームに入力し、記録している。介護にかかわる職員は、誰でも情報にアクセスできるので、利用者の計画や状態を毎日確認・共有している。さらに特記事項は口頭での申し送り、グループウェアの活用も行っている。		
利用者のADLやIADLなどのアセスメント情報は業務支援システムで管理している 利用者が在宅時と同様な継続的な施設での生活をできるように、利用者の希望や意向を踏まえて短期入所生活介護計画を作成し支援している。計画は利用者や家族に説明し、署名をもって了解を得ている。計画に基づいて、介護課、看護課、支援課(栄養士を含む)などの各部門は課題を分析し、この解決に向けて具体的な対応で支援している。実施した支援内容は業務支援システムの所定の欄に記録している。システムに記録された、計画、支援内容、その他、全ての情報は職員間で共有し、活用している。		
在宅のケアプランの見直しに応じて、短期入所生活介護計画も見直ししている 利用者の情報は業務支援システムで情報共有し、月単位で「ケースまとめ」を作成し、サービスの見直しや利用者支援に活用している。計画見直しは、在宅のケアプランの変更に際して行っている。また、要介護の変更(区分変更・更新変更)に応じて在宅のケアプランが見直された場合、再アセスメントを実施し、新たな課題の解決を短期入所生活介護計画に反映している。ショートステイで容体の急変などの緊急時は、家族への連絡、居宅ケアマネジャーへの連絡の結果、医療機関受診などとなり、サービス終了する場合もある。		

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共有する場合、利用前にあらかじめ同意を得ている 契約時に、利用者・家族に対して個人情報の取り扱いに関する説明をして、同意を文書に残している。医療機関との連携時に個人情報を共有することや、同意をされた方についてホームページ、SNS、広報誌、事業所内に写真等を掲載することがあることを説明している。特に季節の行事やイベントがあるときに、「活動報告」として掲載する場合がある。その時に、同意を得ている利用者の写真を掲載する可能性があることを説明している。同意を得ない場合は、アセスメントシートに記載し、職員間で把握し、写真を撮る際は気を付けるようにしている。 日常生活はプログラムに沿って支援し、アクティビティ参加の無理強いはいしていない 日常の生活は7時:起床、8時:朝食、10時:アクティビティ、11時:外出・面会など(感染症流行などで変更の場合があります)、12時:昼食、14時:ボランティアとのアクティビティ、18時:夕食という、大まかな「1日の流れ」に沿って生活している。その間に週2回、入浴が組み込まれている。食事時間は変更可能で、アクティビティへの参加は利用者の意向を確認し、無理強いはいしていない。なお、就寝時間は、利用者の体調や睡眠パターンを考慮して個々に対応している。 入所前に得た利用者の生活習慣や価値観を大切にし、敬意をもった支援を心掛けている 入所前アセスメントで得た利用者の生活習慣や価値観の情報は業務支援システムに入力し、職員は情報共有している。施設内では、その情報を基に、1人ひとりの利用者の生活習慣や価値観を大切にし、敬意をもって支援している。そのため、施設での1日の流れに沿った起床や食事時間、週2回の入浴回数、アクティビティへの参加、入居者同士の交流は、利用者の意向、希望となっている。			

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		
法人では介護マニュアルを作成し、毎年1回見直して4月に改訂版を発行している 「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を手引書として活用している。マニュアルでは、高齢者の基礎知識、食事・排泄・入浴などの日常のケアについて記載されている。このほか、不適切ケアやターミナルケア、事故発生時や感染症対応など、高齢者への支援に必要な内容が網羅されている。現在いる職員だけでなく、異動してきた職員や新卒職員などにも配布し、分からない時にいつでも確認できるようにしている。各フロアの業務手順、利用者一人ひとりの支援手順についても、パソコンやファイルで確認できるようになっている。 マニュアル通りの介護が行われているか、リーダー層はOJTを通じて確認している マニュアルは年1回見直し作業を行い、改訂版を4月に全職員に配付している。各種の委員会や研修会を通じて、改訂内容を把握し、実践に役立てている。一方、マニュアルには、当施設の設備などを踏まえた独自のものもあり、法人の示すマニュアルとの整合性を図るため、法人の改訂版が出来上がった際には、これに照らして施設独自のマニュアルの精査を行っている。職員によって介護等の手順が異なると利用者は不安を感じることから、指導的職員はマニュアル通りの介護が行われているか、定期的にOJTを通じて確認、指導を行っている。 新人教育では、プロジェクトチームをつくって総合的な指導を行っている 新卒職員や法人内の他事業所からの異動職員、介護補助や支援を行う職員等、施設には経験年数やバックグラウンドが異なる様々な職員がいる。そのため、新入職者職員に対しては、介護・看護課などから、プロジェクトチームを編成し、研修スケジュールを組み立て、研修を行っている。その際、マニュアルをテキストとして活用している。その後も、フォローアップ体制づくりを行うなど、業務の標準レベルを一定にする取り組みを行っている。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー4		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	32 / 32
サービスの実施項目			
1 評価項目1 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(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 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. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		☐ 非該当
評価項目1の講評			
これまでの生活歴を踏まえたケアを実践するよう努めている 利用開始前、生活相談員は利用者、家族に面接してアセスメントを実施している。サービス担当者会議を開催し、アセスメント結果をもとに課題分析を行い、この解決策を短期入所介護計画に反映している。初回利用時は暫定の計画に沿ってケアを実践し、同時に利用者の様子を詳細に把握し、本式の計画に見直している。サービス担当者会議には介護士、ケアマネジャー、看護師、栄養士、機能訓練指導員が参加し、専門的な見地から意見交換を行い、これまでの生活歴を踏まえたケアを実践するよう努めている。家族が参加した場合、直接意向を確認している。 ケアマネジャーから情報をもとに、コミュニケーションを積極的にとっている 入居当初は、個々の利用者に対する知識が不足することで、思わぬ事故のリスクがあるので、見守りや関わりを頻回に行っている。併せて当初のアセスメント結果にはなかった情報を収集し、随時に更新している。その方の生活歴を参考にしながら、自宅との生活の継続性を踏まえた介護実践に取り組んでいる。耳の遠い方、視力が低下している方、言葉の出にくい方など、様々な利用者がいるので、利用前の聞き取りや、入居時連絡表、在宅のケアマネジャーからの情報などを参考に、適切なコミュニケーションが取れるよう努めている。 利用者の支援にあたって、気づいたこと、工夫などはケース記録に残している 施設では、利用者が自立的に生活できるように、身体機能の向上に力を入れている。施設での職員の取り組みを利用終了時に渡す連絡帳やケース記録で家族と共有している。さらに、在宅でのサービス担当者会議に参加し、家族、ケアマネジャーや他の在宅サービス事業者、医療関係者など、利用者を支援する方々と情報共有し連携して支援している。業務支援システムで情報共有して実践している。必要に応じて、声を大きくする、ルーベを利用するなどしている。また、支援方法で気づいたこと、工夫点などはケース記録に入力している。			
2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している 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. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 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	4. 食事を楽しむ工夫をしている		☐ 非該当
評価項目2の講評			
食事は利用者の好み・希望だけでなく、咀嚼や嚥下、栄養状態を考慮して提供している アセスメントの情報、利用時の観察結果をもとに、身体状況・食事摂取状況・嚥下機能・咀嚼機能を把握し、個々に合った食事形態を選定している。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、個別介護計画に応じて、誤嚥のないよう一部又は全介助で食事介助を行っている。利用者が安全に食事を楽しめるよう取り組んでいる。摂食状況を観察・記録し、必要に応じて会議での検討を通じ、最期まで経口摂取できるよう支援している。 口腔体操やリハビリを通じ、咀嚼・嚥下力向上の取り組みを計画的に行っている 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、介護士と相談し、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。極端に摂取量が減少した際は、看護師や医師に相談し、家族に連絡し医療機関の受診を勧めることもある。また、口腔体操やリハビリを通じて、咀嚼・嚥下力向上の取り組みを計画的に行うなど、多職種で連携して嚥下機能の向上を支援している。 食事委員会を開催し、利用者の意向を反映した献立づくりに努めている 管理栄養士は各フロアをラウンドし、利用者の喫食状況の観察、意見や要望などを聞き取り、利用者の好みを献立に反映させるよう努めている。毎月、管理栄養士、介護士、看護師、相談員を構成員とする食事委員会を開催し、利用者が食事で満足できるような献立づくりを行っている。イベント食は月5回行うほか、調理レクを実践して、リハビリ効果を期待している。ひな祭りの「ちらし寿司」、旅するランチとして「浜松餃子」や「北海道のサーモンのちゃんちゃん焼き」、おでかけランチ「吉野家の牛丼」など、多様なメニューで食欲増進をねらっている。			

3	評価項目3 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. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている	○非該当
	●あり ○なし	3. 入浴の誘導は利用者に負担がかからないように考慮し、行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○非該当	
評価項目3の講評			
体調に問題がない限り、利用者ごとに週2回の入浴時間を確保している 利用前のアセスメント時、利用者・家族の意向を聞き取って、本人の体調や身体状態を踏まえて入浴時間や方法を多職種で協議している。機能訓練指導員の身体機能評価により、短期入所生活介護計画に個々の入浴方法を明記している。入浴は一般浴槽、特殊浴槽(座浴)、特殊浴槽(寝台浴)の3つのタイプから選んでいる。一般浴対象の利用者には、見守りによる自立支援に注力した介助を実践し、洗身もできることは自力で行ってもらっている。体調に問題がない限り、利用者ごとに週2回の入浴時間を確保している。 利用者のペースに応じ、落ち着いた雰囲気の入浴を楽しめるよう配慮している 入浴前後にはバイタルチェックを行い、健康状態に変化がないか確認している。また、利用者の羞恥心に配慮しながら全身状態の観察を行い、外傷や皮膚疾患などの早期発見に取り組んでいます。入浴時は、声かけ・誘導・更衣・洗身等の一連の流れを職員がマンツーマンで対応している。可能な限り肌の露出を減らすようカーテン、タオルで肌を覆って介助するなど、利用者の羞恥心に配慮し、入浴による精神的負担の軽減に努めている。利用者のペースに合わせ、落ち着いた雰囲気の中、入浴を楽しめるよう配慮している。 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ている 認知症の利用者など、その日の気分で入浴拒否のある場合は、声掛け誘導のタイミングをずらし、清潔保持のため、できるだけ入浴できるように支援している。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たたり、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。			
4	評価項目4 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)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 在宅で行っている排泄方法を踏まえ、利用者や家族と話し合ったうえで本人の状況に合った介助をしている	○非該当
	●あり ○なし	2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている	○非該当
	●あり ○なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている	○非該当
評価項目4の講評			
座位、立位が可能な利用者の場合、トイレに誘導し、自然な排泄を促している おむつ使用だけに頼らず、移動や座位、立位が可能な利用者の場合、トイレに誘導し、自然な排泄を促している。ケース記録、排泄一覧表では、食事量・水分量・尿・便の状況について、時系列で管理している。排泄リズムや利用者の状態把握に努め、可能な限り自立した排泄が行えるよう援助している。利用者が立ち上がったタイミングに合わせて、介護士が自然に声かけし、立ち上がった理由を確認したうえでトイレに誘導することもある。排泄に必要な物品は小さなバッグに入れて目立たないようにするなど、羞恥心に配慮している。 排泄介助はマニュアルに従って実践し、研修を通じ援助技術の向上を図っている。 便秘は体調悪化につながることから、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カボチャ、キウイなどの食品を個別に提供することもある。また、十分に水分摂取できているか確認している。入居時のアセスメントにより排泄状況を確認し、フロアミーティングで支援方法を検討したり、使用するパッドやおむつの変更を検討している。排泄介助については、マニュアルに従って実践するほか、毎月行っている研修を通じて、援助技術の標準化を図っている。 居室でのオムツ交換では、臭気が広がらないよう素早く交換するよう努めている 各トイレは利用者が利用しやすいよう、手すりを設置して、立ち座り、立位保持で使いやすい仕様となっている。居室でのオムツ交換では、臭気が広がらないよう素早く交換し、周囲からの視界を遮るため必ずカーテンを閉めて対応している。トイレ掃除は定期的に専門のスタッフが行うが、利用者の使用後にも職員が掃除を行い、衛生面に配慮している。消毒液や消臭スプレーなどを常備し、臭気については特に気を配っている。夜間、ポータブルトイレ使用後は夜勤者が洗浄・消毒している。1ケア1手洗いを徹底している。			

5	評価項目5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇)											
	<table border="1"> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている</td> </tr> </table>	評価	標準項目	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	☒ あり ☐ なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	☐ 非該当						
評価	標準項目													
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している													
☒ あり ☐ なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている													
評価項目5の講評														
事前・当日の聞き取り調査で移動の方法を確認し、利用者に合わせて支援している 利用者一人ひとりの移動方法は、利用者のアセスメント結果を踏まえて検討し、利用者本人・家族の意向・要望や機能訓練指導員による評価に基づき短期入所生活介護計画に明記している。車いすを使用する方についても、できる限り自走を継続できるよう見守りと必要に応じた介助とするなど、自立支援を重視した内容としている。機能訓練指導員が行う個別機能訓練や、介護士と連携して行う生活リハビリを通じて、利用者の身体機能の維持・向上を図っている。機能訓練指導員は、個々の利用者に応じた介助方法を介護士に必要な助言を行っている。 車いすを利用して移動する場合は、移乗方法を確認し安全な移乗を検討し支援している 車いすで移動する利用者の場合はベッドと車いす間の移乗の方法を確認し、利用者自身で安全に移乗が可能か、1人介助が可能かそれとも2人介助が良いのかなど、安全な移乗方法を検討しながら支援している。さらに、居室での介護ベッドや車いすの配置、トイレまでの移動など、様々な場面での介助方法について検討、分析を行って、実践している。できる限り利用者の有する能力を生かして、日常生活動作を自力で行えるよう自立支援の観点から介助に努めている。 更衣や整容は、利用者の意向を尊重しているが、支援は計画に沿って実施している 1日の始まりから快適に過ごせるよう、起床時に排泄・更衣介助の後、洗面、整髪、身だしなみを整えてから、食堂に誘導している。洗面が困難な利用者には、蒸しタオルを用意して手渡しし、自身で顔や手を拭いてもらう。職員の介助を要する方には、同意を得てから、整容の支援を行っている。利用者一人ひとりの心身状態に配慮しながら、安定した生活リズムを大切にしている。日中はできる限り離床を促して、体操やレクリエーションなどに参加し、夜間の安定した睡眠がとれるよう配慮している。活動量の増加に伴い、水分摂取量も増加している。														
6	評価項目6 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"> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>4. 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> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>5. 利用者の体調変化(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</td> </tr> </table>	評価	標準項目	☒ あり ☐ なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている	☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	☒ あり ☐ なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている	☒ あり ☐ なし	4. 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	☒ あり ☐ なし	5. 利用者の体調変化(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	標準項目													
☒ あり ☐ なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている													
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている													
☒ あり ☐ なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている													
☒ あり ☐ なし	4. 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													
☒ あり ☐ なし	5. 利用者の体調変化(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													
評価項目6の講評														
ショートステイ利用中、看護師は利用者の健康管理を行っている 看護師は毎日各フロアを巡回し、利用者ごとに食事の摂取状況・睡眠・排泄・バイタルなどを確認している。また、体調不良のショートステイ利用者がいた場合、家族、主治医、ケアマネジャーに連絡をとって、必要な対応をとっている。業務支援システムに看護記録を入力し、情報は時系列でアウトプットでき、バイタルデータの推移を確認して、個々の利用者に応じた健康管理に役立てている。看護師は24時間体制で勤務し、緊急時、病院や救急隊員への利用者の医療情報を提供するなど、迅速な対応を心掛けている。 看護師は24時間勤務で、健康管理とともに緊急時の対応に取り組んでいる 近くの大学病院と提携しており、内科医、精神科医が往診するほかに、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となっている。看護師は24時間体制で勤務し、緊急時、病院や救急隊員への利用者情報を提供している。医療機関受診時の同行は看護師が担当している。看護師と医療機関との連携ができていますので、医療依存度の高い利用者の受け入れも積極的に行っている。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。														

7	評価項目7 利用者の生活機能向上や健康増進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)															
	<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. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかにさせるよう支援している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 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、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかにさせるよう支援している	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 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、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	☐ 非該当								
評価	標準項目																	
☒ あり ☐ なし	1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかにさせるよう支援している	☐ 非該当																
☒ あり ☐ なし	2. 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、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	☐ 非該当																
評価項目7の講評																		
理学療法士を配置し、在宅時に役立つ様な身体機能訓練に力を入れている 理学療法士を配置し、自宅でできる身体機能向上の体操などを指導している。の実現に向けた計画を立てて支援している。平行棒や歩行器を使った歩行訓練、立ち上り動作や座位を保持する立位訓練、嚥下機能改善のための姿勢保持・ポジショニング、認知機能向上のための脳トレや回想法、関節の拘縮を予防する為の可動域訓練などを行っている。また、寝たきりの利用者に限らず、身体障害のある場合には、褥瘡予防のための体位交換やポジショニングも行っている。 日常生活の中に機能訓練の要素を取り入れて、楽しく訓練している 日常生活の中に機能訓練の要素を取り入れて、楽しく訓練している。例えば、食事前の嚥下体操を兼ねた言葉遊びや歌、レクリエーションでの脳トレ、各種のゲーム、折り紙などで楽しく訓練している。職員による音楽療法、園芸や喫茶店などのボランティア活動への参加も生活リハビリになっている。草花や野菜の世話、昔懐かしい歌を聞く、唄うなどは昔を思い出す良い取り組みである。また、喫茶店は、昔を思い出すと同時に、茶飲み話でほっこりした気分になりコミュニケーション能力を活性化させるのに有効である。																		
8	評価項目8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)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. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 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、原則として自由である</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 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、原則として自由である	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	☐ 非該当		
評価	標準項目																	
☒ あり ☐ なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	☐ 非該当																
☒ あり ☐ なし	2. 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、原則として自由である	☐ 非該当																
☒ あり ☐ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	☐ 非該当																
☒ あり ☐ なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	☐ 非該当																
評価項目8の講評																		
毎週5日間は何かのイベントを行って、利用者が楽しく過ごせるように支援している 毎週ほぼ5日間は何かのイベントを行い、利用者が楽しく過ごせるように支援している。例えば喫茶、ヘアカット、桃の節句、楽器演奏、バレエストレッチ、体操、シャンソンアコーディオン、ハンドマッサージ、花見など、様々なイベントを実施し、利用者に参加してもらっている。運営や演者として、ボランティアが協力してくれている。このほかドッグセラピー、書道、職員による音楽療法など、レクリエーション委員会にて企画を立てている。集団生活の場として一定のルールはあるが、その中でも個々の利用者自由に過ごしている。 感染症流行時は制限があるが、平常時は届け出せば外出は原則自由である 感染症流行時は制限があるが、平常時の外出は自由である。感染状況で変わるのでその都度、問い合わせてもらっている、外出の場合には、必ず、所定の外出届用紙に記入し届け出が必要である。飲酒は、他の利用者に迷惑にならない範囲内で自由だが、他の利用者への配慮から、時間や場所は職員が配慮している。居室やフロアーは清掃員が定期清掃し、介護職員も汚れを発見次第、清掃している。共有部分全般的に5S活動(職場環境を整理・整頓・清掃・清潔・しつけ)をして気持ちよく過ごせる空間づくりに努めている。																		

9	評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 家族などの面会等は可能な限り希望に応じている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 利用中の状況を家族や介護支援専門員に報告し、必要に応じてアドバイスをするなど在宅生活の支援をしている	☐ 非該当
評価項目9の講評			
面会は可能な限り希望に応じているが、時間や場所や回数は決まっている 面会は可能な限り希望に応じている。1回の面会時間は13時30分～16時00分の間の15分程度で、緊急時を除き1日1回である。しかし、面接の時間や場所等は、感染症流行、季節、その他で変更することがあるので、事前に確認してもらっている。なお、コロナ感染症流行時は面談中止、シールドを間にしての面談、テレビ画面を通しての面談などの対応をしていた。介護保険の規定に従って、居宅の担当ケアマネジャーに利用開始日から終了日まで実施したサービスの報告をしている。 利用者の施設でのケース記録は担当ケアマネジャーにFAXで報告している 利用者の施設での日々の様子は業務支援システムのケース記録入力している。利用終了日は午前中に退所なので、ケース記録を遅くとも利用終了日の午後にはプリントアウトし、担当ケアマネジャーにFAXで送信報告している。また、可能な限りサービス担当者会議には参加し、利用者の施設での様子を踏まえたケアの課題や、ケアのヒント・アドバイスを家族、居宅の担当ケアマネジャー、居宅サービスの事業者提供し、情報共有し、利用者支援のために連携している。			
10	評価項目10 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)
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 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
	☒ あり ☐ なし	2. 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10の講評			
商店会に加入し地域に積極的に働きかけ、利用者に地域イベント情報を提供している 商店会に加入して、会のイベント企画に施設を含めるよう積極的に働きかけている。利用者が地域の一員としての意識が持てるように努めている。どんぐり公園での「ころころ市」、「子ども神輿」、「ハロウィーン」など地域のイベント情報を窓口に掲示、パンフレットを置くラックを設置し、必要時は手に取れるように配慮している。レクリエーションでは、地域住民のボランティア活動の協力をお願いしている。お琴の演奏、ハンドベルコンサート、フラダンス、書道、朗読会、ドックセラピーなど、様々な体験を通じて利用者の生活の質向上に役立っている。 ボランティアの協力でレクを実施するほか、施設として地域貢献に努めている 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、子ども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。中学生の職場体験や小学生の施設見学、幼稚園や保育園との多世代交流の機会もあり、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。体験者と利用者の交流が実りあるものとなるよう支援している。 子どもたちとの多世代交流が実りある体験となるよう支援に努めている ボランティアの意思のある地域住民と福祉事業所をつなぐプラットフォーム「スケッター」を活用し、新規ボランティアの開拓を行っています。一方、施設職員も地域活動に積極的に参加するなど、地域への貢献に努めている。「食べて、遊んで、つながろう! プラチナキッズ」では職員が活動協力するほか、「みんなで綱引きに挑戦しよう」などの地域イベントに参加しています。また、地域防災訓練に参加するほか、地域の安全パトロールにも協力し、地域への貢献にも努めている。			

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	施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている
タイトル①	認知症ケア手法「ユマニチュード」を実践し、利用者の心の安定につなげている	
内容①	認知症ケア向上委員会を設置している。ユマニチュードは、認知症ケアの技法で、認知症の方の人間らしさを尊重するケアの技法。委員会ではユマニチュードを学び、伝えていくことを目的にしている。精神科の医師が参加し、必要な助言・指導を受けている。個別介護計画にケアを位置づけ、「見る・話す・立つ・触れる」など関わりを通じ、課題を抽出し、DEMBASEツールを使って不安・課題となっているものを可視化し、必要なケアに結びつけている。計画、実践、課題分析、計画の見直しなど、PDCAサイクルを通じて認知症ケアを実践している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	1-1-3	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
タイトル②	施設運営の品質はISO取得で担保し、重要事案は職員と利用者家族へ周知徹底している	
内容②	当施設は毎年度、ISO9001の内部監査・外部監査を受けて、ISO認証を更新するなど、業務の品質保持に取り組んでいる。また、施設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。さらに、重要事案の検討や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職員へ周知すると共に、グループウェアを通じてタイムリーに全職員へ共有化している。併せて、利用者家族に対しては広報誌、お知らせ等を通じて周知徹底を図っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	2-2-2	着実な計画の実行に取り組んでいる
タイトル③	事業計画には重点施策を職員目線で示し、PDCAサイクルによる計画実行を図っている	
内容③	事業計画には施設の重点施策を示し、職員のスキル向上について「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。また、各課の事業計画では目標、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。さらに、年度末に事業計画と予算を作成し、当該年度の計画実行について、進捗管理として「月次報告」を作成し、法人および職員と共有している。併せて、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サイクルによる事業計画の実行を図っている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	歩行分析AIを活用して、入所時と退所時の歩行訓練の成果を確認するなど、ショートステイ利用のモチベーションづくりを行っている
	内容	事業所では、歩行機能を科学的に評価する目的で「歩行分析AI」ソフトを導入している。スマホで歩行の動画を撮影し、これを「速度」「ふらつき」「左右差」「リズム」の4つのポイントから解析するアプリです。5メートル以上歩行ができる方を対象に、入所時の状態を撮影し、短期入所生活介護計画に沿って、歩行訓練を実践する。退所直前に再度、歩行状態を撮影して動画と比較データを通じて、効果を確認するようにしている。結果は家族とともに、ケアマネジャーに報告するなど、次の利用のモチベーションにつなげている。
2	タイトル	KYT活動を通じて危険察知能力の向上を図り事故予防・再発防止策を講じると共に、感染症対策情報の周知徹底により注意喚起を図っている
	内容	施設では毎月、ヒヤリハット報告、事故報告を集計し、要因説明を行っている。また、リスク委員会では定性的・定量的な分析により改善策を検討し、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では、「KYT(危険・予知・トレーニング)活動」として、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共に、労働災害の防止にも取り組んでいる。併せて、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により共有し、注意喚起を図っている。
3	タイトル	事業計画には施策の重点施策を示し、戦略イメージを写真・イラストで表すなど職員目線に配慮し、PDCAサイクルで計画実行を図っている
	内容	事業計画には施設の重点施策を示し、職員のスキル向上について「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。また、各課の事業計画では目標、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。さらに、年度末に事業計画と予算を作成し、当該年度の計画実行について、進捗管理として「月次報告」を作成し、法人および職員と共有している。併せて、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サイクルによる事業計画の実行を図っている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	施設で扱う個人情報保護は規程等による漏えい防止策を図っているが、サプライチェーン攻撃の増加により情報漏えい防止策の強化が望まれる
	内容	法人では個人情報保護規程、文書・記録管理規程等を策定し、施設では規程等により文書の管理・保存・廃棄・開示請求へ対応している。また、重要事項説明の際、利用者家族には個人情報の取り扱い文書に同意を得ている。さらに、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等、リスク管理を徹底している。併せて、業務支援システムは、ITとパスワードによるアクセス制限を行うなど、情報の漏洩防止の徹底を図っている。しかし、取引先へのサプライチェーン攻撃が増えているため、情報漏えい対策の一層強化が望まれる。
2	タイトル	年間を通じて様々なイベントを実施しているが、顧客満足度の向上のため、さらなる企画の立案が望まれる
	内容	レクリエーション委員会を設置し、「生きがいをみんなで見つめます」をキャッチフレーズに利用者が楽しめるレクリエーションを企画している。ボランティアの協力を得て、年間を通じて毎月、様々な企画を実施している。4月の花見、6月のドライブ、7月の七夕、9月の敬老会、10月の旅行、1月の獅子舞い、3月の雛祭りなど、様々な企画により、利用者を楽しんでもらっている。一方、施設では、顧客満足度の向上のため、新規イベントの企画・開催を課題としている。課題解決に向けた取り組みが望まれる。
3	タイトル	スケッターなどのプラットフォームを活用し、新規のボランティアの開拓を進め、利用者の交流機会確保が望まれる
	内容	レクリエーションでは、ボランティアセンターや関係者を通じて、地域住民のボランティア活動の協力をお願いしている。お琴の演奏、ハンドベルコンサート、フラダンス、書道、朗読会、音楽療法など、様々な体験を通じて利用者の生活の質(QOL)向上に役立っている。また、地域住民の協力への恩返しとして、職員は地域イベントに参加するほか、防犯パトロールなどに協力している。一方、施設では新規のボランティアの開拓を進めたいと振り返っている。港区が推奨する「スケッター」なども活用し、ボランティアの開拓を進めることが望まれる。