

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	福祉	H1601088	
	③	楠原 賢二	福祉	H2101056	
	④	小野瀬 由一	経営	H0305057	
	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サン・サン赤坂			指定番号	1370301473
事業所連絡先	〒	107-0052			
	所在地	東京都港区港区赤坂6-6-14			
	Tel	03-5561-7833			
事業所代表者氏名	沼倉 賢司				
契約日	2024 年 6 月 27 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 9 月 20 日				
利用者調査結果報告日	2024 年 11 月 26 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 9 月 20 日				
自己評価結果報告日	2024 年 11 月 26 日				
訪問調査日	2024 年 11 月 28 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)法人理念にある「四恩報謝」の教えに根本を置いた「聖労」（報いを求めない聖（きよ）き労働）を実践し、「地域とともに育つ」ことを常に忘れず、社会福祉の目的の実現をめざします。 2)赤坂の地域性・特徴を十分に生かし、質の高いサービスを提供することにより地域福祉に貢献します。 3)ご利用者一人ひとりが安全で気兼ねなく安心して過ごせる施設を目指します。 4)併設する赤坂子ども中高生プラザとの間では、コロナ禍での新しい高齢児童交流の充実に努めます。 5)職員にとって働きやすい職場づくりを目指します。
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 東京聖労院には人事考課制度がありその中で下記に示された内容で職員像を示しています。 ○組織人間力 法人の歴史を理解し、歴史を支えた理念に共感し、実践することを期待しています。 ○福祉人間力 利用者本意の姿勢と考え方で接することができるマインドの持ち主であることとともに、利用者等の声や気持ちを十分に受けとめることができる豊かな感受性を期待しています。 ○仕事・役割「情意効果」 組織人としての「規律性」「責任性」「協調性」「積極性」について評価基準を設定し、仕事への根本的な姿勢について求められる職員像を明確にしています。 ○仕事・役割「組織役割」 全職種・全職位共通の評価項目として所属部署内での個別役割を設定しています。法人・施設の成長に向けて、職員が組織に対する責任を果たし役割を達成する姿勢の持ち主であることを求めています。 ○仕事・役割「個別専門職務」 各専門職・各職位に応じて求められる個別専門職務について評価基準を設定しています。福祉専門職として職種・キャリア・職位に応じた個別専門職務を身に着け、更なる成長に向けて弛まぬ努力を続ける姿勢を持つことを求めています。 （2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 時代が変わり、求められる事柄は増えつつも「福祉は人なり」の真理が変わることはなく、最も重要なものは「（福祉に携わる）人」であると言えます。その「方向性」を見失うことなく「ゴールなきゴール」を目指し「恒常的」に「自己研鑽」を積み「変化・成長」を重ね続ける姿こそが「（福祉に携わる）人」像と考えています。

調査対象

利用者75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20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

75

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	75	75
0	20	20
0.0	26.7	26.7

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」25.0%、「満足」35.0%、「どちらともいえない」20.0%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。

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	14	3	2	1
この項目では、14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15.0%、「いいえ」が10.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、すごくおいしい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	16	1	0	3
この項目では、16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5.0%、「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、たいてい来てもらえるなどの声が聞かれた。				
3. 施設の生活はくつろげるか	16	3	1	0
この項目では、16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15.0%、「いいえ」が5.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、テレビは自由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	14	5	0	1
この項目では、14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25.0%、「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、時々話をする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	18	1	1	0
この項目では、18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5.0%、「いいえ」が5.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、きれいにしてもら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	14	4	2	0
この項目では、14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。また、自由回答の結果では、やさしい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	15	4	1	0
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の75.0%を占めており、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が5.0%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、特に傾向はなかった。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	15	4	1	0
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の75.0%を占めており、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が5.0%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、特に傾向はなかった。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	14	4	1	1
この項目では、14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5.0%という結果でありました。また、自由回答の結果では、相談すると対応してくれるなどの声が聞かれた。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	17	0	2	1
この項目では、17人が「はい」と答え、全体の85.0%を占めており、「どちらともいえない」が0.0%、「いいえ」が10.0%という結果でありました。また、自由回答の結果では、しっかり守ってくれるなどの声が聞かれた。				
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	9	4	5	2
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の45.0%を占めており、「どちらともいえない」が20.0%、「いいえ」が25.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、とても丁寧などの声が聞かれました。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	10	4	4	2
この項目では、10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20.0%、「いいえ」が20.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、教えてもらえるなどの声が聞かれた。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	12	4	3	1
この項目では、12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20.0%、「いいえ」が15.0%という結果であった。また、自由回答の結果では、手の届くような対応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	1	3	16	0
この項目では、1人が「はい」と答え、全体の5.0%を占めており、「どちらともいえない」が15.0%、「いいえ」が80.0%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		
	法人が目指していることを職員や利用者家族等に周知し、実現に向けて取り組んでいる 法人では、理念を人事考課の考課項目に入れ面接時に確認している。また、法人理事長を講師とした理念研修を新入職員に毎年実施すると共に中途職員には入職時研修において説明し周知徹底に取り組んでいる。さらに、法人のビジョン・基本方針は年度当初の職員会議で説明した後に資料を各部署に配布し職員の理解を深めている。併せて、職員倫理綱領を配布し周知活動を行い行動の規範としている。一方、施設が目指している理念や事業計画は、利用者家族等の理解を深めるため、ホームページに掲載しているほか家族会でも説明し理解を求めている。 経営層は法人理念等を実現するために、方向性を示しリーダーシップを発揮している 経営層は、法人の理念、経営の安定、質の高いサービス等に向け、経営層の役割と責任を職員に伝えている。それを受け、各職層の職員は、質の高いサービスの実現に向け、特養、デイともに、係の目標を掲げ、達成状況を検証し、新たな目標を設定するなど、常に組織目標の実現のために取り組んでいる。また、毎月法人が行う運営委員会を受けて、施設の課長会では目指すべき方向を確認している。さらに、介護現場において出た問題点は施設長を中心とした管理職ミーティングを開催し施設として取り組むべき方向性を示しリーダーシップを発揮している。 重要案件の意思決定と決定経緯について、職員と利用者等に定期的に周知している 施設では、重要な案件の内容に応じ、予め決められた各部署の責任と手順に応じて対応している。また、身体拘束や感染症予防対策、労働安全衛生、事故や苦情等については、委員会を設置し協議により対応方法を決めている。さらに、毎月の課長会では理事会や運営委員会における決定事項の報告を行っている。併せて、これら決定事項は年2回の職員会議と共に、緊急の場合は本部による職員説明会を随時開催し職員へ周知している。加えて、利用者家族には年2回の家族会や毎月の便りで伝えと共に、内容に応じてポスター掲示等でも伝えている。		

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 施設の利用者・職員や地域・福祉全体の情報収集とニーズ把握により対応を図っている 利用者の意向は、サービス評価アンケートや第三者評価アンケートを毎年実施し把握に努めている。また、毎月開催の拡大ミーティング等で出た職員の意向は各リーダーが把握・検討し、必要に応じて管理職、施設長まで上がってくることになっている。さらに、併設の児童館との共催による地域の民生・児童委員、警察、学校、関係行政機関等に働きかけ地域懇談会を年2回開催し、地域の福祉の現状やニーズの把握に努めている。併せて、地区委員として社会を明るくする運動等に参加し、地域のキーパーソンたちと顔の見える関係づくりに努めている。 施設が目指すことの実現に向けた事業・予算計画を策定し、課題対応に取り組んでいる 施設では、法人の中期計画(3か年)に基づき毎年事業計画書・予算計画書を策定し計画的な運営を図っている。施設の事業計画書・予算計画書の策定においては、各部門長が現場職員の声や意見、利用者の意向、地域福祉にニーズを踏まえて計画に反映させている。これら計画の実行においては、毎月の法人全体の運営委員会において経営データが提供されると共に、施設の経理担当が毎月の試算表を活用した施設独自の数値データを作成している。施設では、これらの最新経営データに基づく課題を抽出し対応に向けて取り組んでいる。 施設が策定した計画の進捗状況に応じた見直しを行い、目標達成に向けて取り組んでいる 施設の事業計画・予算計画の推進にあたっては、経営層が、収入・稼働率・経費・人員計画などの数値目標を設定し、毎月・4半期・半期ごとに進捗状況の確認を行っている。また、毎月の法人運営委員会では計画の進捗確認と見直しを行うと共に、目標数値と実績に乖離がある場合は、毎月の課長会で原因を分析し対策を講じ計画実践に取り組んでいる。施設では、事業計画・予算計画については職員会議や祭りのミーティング等で周知を図っており、より良い成果をあげられるように施設全体で取り組む環境醸成に努めている。		
---	--	--

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項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	☐ 非該当
サブカテゴリー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
	介護職が守るべき法・規範・倫理などを全職員に周知し、遵守されるよう取組んでいる 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・倫理などは、法人の事業計画書・就業規則・職員倫理綱領に明示している。また、法人の規程集は各部署に配置すると共に職員倫理綱領は施設内に掲示し全職員がいつでも確認出来るようにしている。さらに、法人としてプライバシーマーク認証資格を取得し、個人情報保護体制を強化している。これら介護職が守るべき法・規範・倫理などは、職員の入職時オリエンテーションで全職員に説明すると共に、職員倫理要綱は朝礼時に読み上げを行う等により全職員の理解が深まるよう取組んでいる。 利用者の意向を多様な方法で把握し、迅速な苦情対応や組織的虐待防止を徹底している 利用者の意向を把握するため、玄関に意見箱を設置し、頂いた意見は「皆さまの声」として無記名で掲示している。また、施設外の相談先として第三者委員の連絡先を掲示している。利用者から頂いた意見への対応フローが法人として整備され、施設毎のマニュアルに基づき対応している。さらに、苦情が発生した際は、月例苦情対応委員会において対策等を検証している。併せて、利用者の気持ちを傷つける言動や虐待の防止を図るため、身体拘束ゼロ研修や施設内研修を毎年行い、組織的な防止対策を徹底する共に関係機関との連携体制も整備している。 透明性を高め、地域ニーズにもとづき地域との関係づくりと地域貢献に取り組んでいる 透明性を高めるため、第三者評価や介護サービス情報公開を毎回受審している。また、事業計画書、事業報告書、決算報告書、運営規程を閲覧できるよう窓口に提示し、法人季刊誌を年3回発行・配布すると共に、ホームページにも活動情報を掲載し適時更新している。さらに、専任のボランティアコーディネータを配置しボランティア活動を積極的に受け入れると共に、実習生や見学などの受け入れを各部の管理職が丁寧に対応している。併せて、新型コロナ後の地域貢献として、併設の児童館と合同の地域懇談会や地域合同防災訓練（書面開催）に取り組んでいる。

カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	☐ 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要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		
施設のリスク対応手順を整備し、優先度に基づくリスクマネジメントに取り組んでいる 施設では、施設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)への対応手順として、事故対応マニュアル、感染症対策マニュアル、事業継続計画書等を整備している。施設のリスクマネジメントにおいては、施設の事業運営を取り巻くリスクを洗い出し、これらマニュアル等に基づき、優先順位に応じたリスク対策を検討し、必要なリスクマネジメントに取り組んでいる。 施設が災害や事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画を策定し対策に取り組んでいる 施設では、災害や感染症等に遭遇した場合に備え、災害事業継続計画(BCP)や感染症BCPを整備し、職員、関係機関に配布すると共に、利用者や家族には家族会等で説明している。事故等の再発防止の取組みは、事故対応委員会、安全衛生委員会、感染症予防検討会で検討し、課長会で確認している。また、感染症など拡大防止が必要な際は、臨時会議を開催し施設全体の対応を決定し周知している。併せて、事故予防については、重大事故発生直後に関係部署の多職種で事故原因の分析と予防策の検討を行うと共に、事故リスク予測にも取り組んでいる。 施設で扱う個人情報はPマーク認証基準に基づく情報漏えい防止対策を講じている 法人として「Pマーク」を取得し、認証基準による厳格な個人情報管理を行っている。施設の個人情報管理については、全職員に毎年理解度テストを実施している。また、ボランティアや実習生に対しては、個人情報管理についてオリエンテーション時に説明し個人情報保護誓約書を取得している。併せて、紙情報はファイリングして所定場所に保管し、必要時の活用には備えている。データ情報はカテゴリー毎に分類し所定ホルダーに収納している。加えて、インターネット接続可能なPCは限定され、データ情報アクセスはID & PWで管理されている。		

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
	法人が求める人材像に基づき人材育成計画を策定し職員の育成に取り組んでいる 職員は、法人が求める職責や職務内容に応じ、キャリアアップ(マネジメント)コースまたは専門職コースを選択できる。また、法人の「職員研修計画」に基づき、職員の職責毎に職務遂行能力の達成水準を定め、必要に応じ習得すべき研修について、年度当初の人事考課面談で受講する研修を決定している。さらに、施設では研修委員会による施設内研修を毎月実施している。併せて、必要に応じ業務命令で研修に参加させたり、職員自ら希望する研修受講を積極的にバックアップしている。加えて、年2回の人事考課では直属上司から助言指導を行っている。 職員が安心して働き続けられる職場づくりと職員間の良好な人間関係構築を図っている 職員の処遇は、人事考課結果に連動した評価が行われている。また、職員の就業状況は総務課や法人本部で管理し、管理職から改善指示を行っている。健康診断、ストレスチェックは毎年実施し、その結果は産業医に報告し意見を求めている。さらに、法人では理事長等幹部が職員の意見を直接聞く「職員懇談会」や職員満足度調査を実施し職員の意識把握に努めている。施設では、令和2年度から、新型コロナ禍により法人全体の懇親会は中止しており、令和6年度から小グループ単位の懇親会に補助を行い、職員間の良好な関係づくりに努めている。 組織力の向上に向け、組織としての学びや情報共有によるチームワーク促進に努めている 職員は参加した研修の報告書を作成し、施設内研修で「報告会」を行い、職員間で研修内容を共有化している。また、職員ひとり一人の日頃の気づきや工夫については、日々のミーティングや定期的に行われる会議で話し合いが行われ、例えば、ケアレベルアップ検討会などでは、利用者サービスの質の向上や業務改善に活かしている。併せて、課長会では、施設の収支状況や計画の達成状況などの月次管理状況や事業進捗状況を確認して決定事項をまとめており、必要に応じ課長会の決定事項を職員へ回覧等で通達することにより組織力の向上に努めている。

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】 ・令和3～5年度法人中期事業計画の一環として、介護サービスの生産性の向上及び組織の効率化・活性化を目標とする。 【理由・背景】 ・施設では、介護サービス全体の質の向上と法人独自の各種データ管理の効率化を図るためクラウド版の介護ソフトを導入している。これらシステムを効率的に活用し、ペーパーレス化・DX化を進展させ、管理業務・付随作業等の負荷軽減時間を本来の介護サービス業務へ振り替えたい。 【取り組み】 ・介護記録ソフトを活用し、1)介護データ管理を介護記録ソフトに一本化させる、2)施設日誌をデータ化することで情報共有と業務の効率化を実現させる、3)物品購入・修繕依頼のデータ管理を実現させる、4)ドキュワークスを導入し決済業務を効率化させる。 【取り組みの結果】 1)介護データ管理が介護記録ソフトへ一本化できた、2)介護日誌のデータ管理により情報共有と業務の効率化が実現できた、3)物品購入・修繕依頼もデータ管理が実現できた。 【検証・今後の方向性】 ・決済業務は令和6年10月まで稟議書を事務所PCでデータ変換し決済・回覧を行っていたが、12月以降は紙またはデータ変換による決済・閲覧を実現させたい。		
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 施設では、介護記録ソフトの導入により介護記録や施設日誌の一本化が進み、介護サービスに関する情報共有と業務効率の向上を実現しています。また、修繕依頼・物品購入のデータ管理や決済業務のオンライン管理が進展し、組織の活性化・効率化が実現している。 今回の介護サービス第三者評価の事業自己評価では、サービス分析および組織マネジメントにおいて、一般職員の「そう思う」という評価が低くかつ「そう思わない」「わからない」という評価が高い項目が散見されたため、今後は、導入された介護記録ソフト等によるデータ管理や決済業務のオンライン管理を活用し、一般職員への情報共有の問題点を洗い出し解決策を講じることにより、介護サービス業務と組織マネジメント業務におけるリーダー層と一般職員層の情報格差の解消に取り組むと共に一般職員への研修・指導機会を強化し職員の意欲向上を図ることを期待する。		
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)		
【課題・目標】 ・令和3～5年度法人中期事業計画の一環として、サービス提供の基本方針の見直しおよび安心・安全の環境整備を目標とする。 【理由・背景】 ・新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染予防の観点から地域交流に制限がかかっている。現在は、外出支援や外食支援は積極的には行っていない。今後、感染症の状況を見ながら、コロナ禍以前のような地域との活発な交流を目指したい。 【取り組み】 ・地域交流の取り組みとして、1)ボランティア活動を再開させる、2)外食支援を再開させる、3)りんたろうカフェを再開させる、4)納涼祭を一部再開させる。 【取り組み結果】 1)ボランティア活動が令和5年度後半から徐々に再開した、2)職員がテイクアウトして施設内で外食会を開催した、3)りんたろうカフェを再開しカフェ店員が利用フロアに配達対応した、4)児童館と高齢施設の利用者が一緒に納涼祭を楽しんだ。 【検証・今後の方向性】 ・当施設内の特養では、令和6年6月22日から7月9日まで新型コロナウイルス感染クラスターが発生した。このため、現在も地域交流は制限しているが、今後も現在の対応を維持しながら地域交流の回復を目指すことを期待する。		

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 新型コロナウイルス感染症は、令和5年5月8日から感染症法2類から5類に移行し、法的な外出等の制限は緩和された。 しかし、施設内の特養では、令和6年6月22日から7月9日まで新型コロナウイルス感染クラスターが発生したため、地域交流の制限が長期化している。また、当施設では近隣町会と防災協定を結んでいるが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い合同防災訓練は書面開催となる等地域との関わりが薄くなっている。 今後、当施設が一部再開した地域交流を継続させると共に、当施設が立地する町会の方や消防署、区の担当者との話し合いの場を設ける等地域交流の再開に向けた場を設け、利用者の安心・安全を確保するための環境整備を図ったうえで、地域交流の再開に向けて取り組むことを期待する。	

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			
パンフレット、区の情報冊子、ホームページ等様々な媒体で施設の情報を提供している 施設のパンフレットや港区の情報冊子に掲載されている他、施設のホームページにも施設の情報を掲載している。法人として「地域と共に育つ」を理念に掲げており、併設の赤坂子ども中高生プラザともども、民生・児童委員をはじめ地域の方を巻き込んだ運営を心掛けている。法人機関誌の送付のみならず、日頃の事業を通して地域の方々と顔の見える関係性を築いている。また、長年きめ細かなケアを実践している事や医療的ケアが必要な方を積極的に受け入れている事など施設の支援実績を地域のケアマネジャーに提供し、緊密な連携をしている。 ホームページをリニューアルし、SNSも活用しながら最新情報を提供している 施設のホームページをリニューアルし、SNS等活用し、施設の活動状況・生活の様子等の報告、季節の行事のお知らせ等、可能な限り最新情報を発信している。担当者は、利用者の家族世代や地域の方々に、施設の雰囲気や活動に興味・関心を持っていただけるよう日々情報更新に取り組んでいる。また見学者やその家族、地域の事業者、ケアマネジャーにも見ていただき、よりリアルな活動の様子を知っていただくツールとして活用している。 ホームページにて見学の案内を行い、問い合わせに応じて日程調整し案内している 新型コロナウイルス感染が5類に分類されたので、港区と相談し感染対策を十分に講じながら、見学を再開している。施設や職員の様子、雰囲気を知るには見学をお勧めしており、施設のホームページにおいて見学の案内を行なっている。見学の問い合わせがある場合は日程調整を行い、できるだけ希望日に案内している。また、予約なしで当日見学で来所された場合でも可能な限り対応している。新型コロナウイルス感染症蔓延防止のため、施設内で感染者が発生している場合は、港区の指示により生活空間には入らず、説明のみで対応する場合もある。			

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		
利用者の施設利用時は、重要事項説明書等用いて基本的ルール等説明し契約している 施設では、入所前に相談員が自宅訪問し、利用者・家族に契約書・重要事項説明書等を用いて、入所後の1日の生活のイメージ、基本的なルール、主な活動、利用料金、医療機関との違い等を説明している。看取りケアの希望の有無のほか、質疑応答、利用者・家族からの希望・要望、また自宅での生活の様子や利用者の性格・趣味、得意な事、大事にしている思い、家族が思っている介護への不安等を聞き取り、希望調査書、フェースシート・アセスメントシート等に記載している。施設利用に際し、家族の納得・同意のもとで契約書等に記名・捺印を得ている。 利用者・家族の意向を聞き、安心して過ごして頂けるよう職員間でも情報共有している 入所前訪問時に得た利用者・家族の意向や医療情報、心身の状況等、看護・介護のフェースシートに記録し、職員間で内容の確認、情報共有して必要な支援を提供している。入所時は各フロアで利用者を紹介し、目配りし、状況に応じて声掛けするなどして、施設の雰囲気にならめよう配慮している。入所して2週間から1ヶ月の間経過観察し、対応の方法等変更が必要と判断した場合は、利用者にとって最善の方法を利用者・家族と相談しながら、施設の看護師、介護職、相談員、ケアマネジャー等多職種で検討している。 医療的ケア、看取りケアも行っており、家族へのケア等も配慮している サービス終了の理由としては、利用者のご逝去によるものが最も多くなっている。事業所では医療的ケアが必要な方の受け入れや終末期の看取りも対応しており、利用者だけでなく、家族への心のケアにも配慮している。看取りの利用者の家族については、要望があれば居室フロアで一緒に過ごす時間を提供するなど、柔軟に対応している。また、医療機関と協力体制を強化しており、医療的な対応が必要な利用者が入院する場合は、家族・関係機関と連携しながら支援対応している。		

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		
計画作成にあたっては、本人・家族の意向、多職種による検討をもとに行っている 入所前の利用者・家族との面談時に聞き取った情報や希望・要望、医療情報、心身の状況等をもとにフェースシート・アセスメント表を作成している。それらをもとに施設の看護師、介護職、相談員、ケアマネジャー等の専門職が意見交換し、主治医からの情報などを考慮し、施設介護計画書(ケアプラン)を作成している。ケアプランの期間は入所後、6ヶ月間です。日々のミーティングの情報や生活リハビリチェック表等の記録や利用者状況を確認し、必要に応じてプランを見直し、利用者が安心して暮らせるようなケア体制と信頼関係を構築している。 入所後は、定期的なアセスメントとケアプランの見直しを行なっている 入所後6ヶ月のケアプランを作成し、月々のまとめと3ヶ月での見直しを行っている。ケース会議にて多職種による検討を経て、詳しくモニタリング・ケアプランを記載する事で、職員がケア内容を理解し、サービス提供しやすくなっている。2回目以降のケアプラン作成時も、見直しの都度、生活の場が施設に移ってからの変化や要望を聞き、施設サービス計画書(1)に利用者・家族の要望として記載し、目標・支援内容にも反映させていきます。2回目以降は基本的に6ヶ月ごとの見直しとなりますが、状況変化が生じた際は随時見直しを行なっている。 ミーティングや記録をもとに全ての職員が利用者支援に必要な情報を共有している 利用者個別の対応については、日々のミーティングにて確認を行い、必要に応じて月に1回の拡大ミーティングにて検討している。その内容を記録して、支援内容の見直しや対応法について職員間で共有し、利用者・家族が安心できるよう、必要なサービス提供を行っている。6ヶ月ごとの計画更新の際のカンファレンスには家族も参加していましたが、コロナ禍以降は書面での開催となっている。再開については、施設内の感染状況と国・港区の動向を確認しながら、顔の見える開催方法を検討している。		

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、利用者の同意を得ようとしている	○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		
個人情報の適切な保護、取り扱いについては、契約時に説明し、同意を得ている 入所契約時に利用者・家族に対して、個人情報に関する保護と適切な取り扱いに関して説明している。利用者の安全を確保するために、病歴・身体状況等の医療情報、緊急時の連絡先、その他、安心して施設生活を送るために必要な情報等を職員間で共有している。また、緊急時、必要時には行政機関や医療機関等関係機関にも情報提供する事なども説明し、同意を得ている。これらの目的以外に利用者の個人情報を口外しないことは、職務外でも同様であることを全ての職員が理解し遵守している。 利用者の権利擁護に関する職員研修等を行い、適切な利用者対応の理解を深めている 法人としてプライバシーマークを取得しており、その認証基準に基づき情報システム管理を行っている。毎年、内部監査や全職員に個人情報に関する研修を実施する等周知徹底を図っている。また利用者の権利擁護については、法人の倫理綱領に定められており、新任職員の研修時や職員のミーティングの際に読み合わせを行っている。倫理綱領委員会を中心とした研修を年に1回、全職員を対象として開催し、確認テストも実施している。これら研修により権利擁護の理解を深め、全職員が利用者に対し適切な対応を実践できるように取り組んでいる。 身体拘束ゼロを基本方針とし、必要に応じて身体拘束の対応結果を家族へ連絡している 身体拘束ゼロを基本方針としている。身体及び生命の安全を確保するために他の手段がないと判断された場合は、「身体拘束廃止検討会」で方法、範囲、期間を検討の上、家族の同意を得て実施する場合があります。その場合は1ヶ月ごとに見直し、できるだけ早く廃止できるように取り組んでいる。現在は身体拘束の利用者はいない。身体拘束を実施するのは、転倒や怪我の危険性がある場合や利用者自身他の利用者を傷つける恐れがある場合などが考えられます。身体拘束の対応については、身体拘束廃止検討会で検討し家族に報告している。		

サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 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
サブカテゴリー6の講評		
マニュアル検討委員会を設置し、業務遂行に必要な各種マニュアルを整備している 業務マニュアル、その他各種マニュアル等整備し業務遂行に必要な項目を網羅している。内容は必要に応じてアップデートされ、マニュアル集として施設内に配置してある。職員はわからないことや確認を要するような状況が発生した場合、必要に応じて閲覧し、手順の確認や振り返りを行う事ができるようになっている。施設全体で「マニュアル検討委員会」を設置しており、全部署の担当職員による定例会議において、毎月、変更点などの確認と共有を行っている。 マニュアルに沿った職員の評価・OJTを行い、サービスの質の向上に努めている 6ヶ月に1度の人事考課の際に職員の業務の遂行状況と基本的な手順の理解度を確認している。その際は、マニュアルに照らし合わせて確認・評価している。また、新任職員に対しては、業務マニュアルに沿ってOJTによる指導を実施し、半年以内に確認と評価をしている。次年度の事業計画を作成するにあたり、法人本部の長期計画、年度計画を踏まえて課長会を中心に検討している。法人・施設としての課題・目標を明確化し、職員ひとり一人の資質の向上を図る事により、より一層サービスの質が向上するよう努めている。 利用者アンケートを毎年実施し、利用者の声をサービス改善に反映させている 施設が毎年行うサービス評価アンケートや第三者評価利用者アンケート結果に基づき、利用者の意向等を確認し、日々のサービスに反映させるよう努めている。また、職員が日々の支援の中で気づいた事や工夫して対応していることなどを取り入れた研修を行うことにより、サービス改善に反映させている。さらに、各種の研修等を実施する事で、職員のスキル向上、業務の改善やサービスの質の向上に繋がりを、利用者が安心してサービスを受けられるように取り組んでいる。		

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 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> </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> </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> </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> </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	●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	●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
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								
●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								
●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								
評価項目1の講評 全体的目標、目標達成のための項目別計画、1日の計画を立てて支援しています 利用者ひとり一人について、施設での生活についての要望、今後の生活についての希望を聞き、利用者の心身の状況を考慮し、高齢者介護に関連する専門職が話し合っている。その結果をもとにケアマネジャーが(1)全体的目標(計画を含む)、(2)目標達成のための項目別計画、(3)1日の生活の計画を立てている。各職員は、(1)～(3)の計画に基づいて利用者を支援している。尚、(1)全体的目標(計画を含む)は家族に開示し、承認を得ている。コロナ禍では電話で家族の希望や意向を確認し、家族へ(1)計画書を郵送している。 利用者の計画内容の確認、利用者の現状と計画の適切性を確認しながら支援している 利用者の介護計画は全てPCシステムで管理しているので、日常的に利用者の計画内容の確認、利用者の状況および提供したサービスを記録している。利用者の状況と変化を把握し、現在の計画が施設生活を継続するのに適切かどうかを話し合い確認しながら支援している。 介護計画内容を毎月のケース会議で多職種で検討し、支援内容の適切性を確認している 利用者が可能な限り自立的に生活することを目指し介護している。ひとり一人の利用者の介護計画内容について、毎月開催するケース会議で生活課・医務課・支援課・リハビリ・栄養課など多職種が参加し、支援内容が適切か、変更が必要かなどを検討し、利用者中心の支援をしている。									
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> </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> </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> </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> </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	●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	●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
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								
●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								
●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								
評価項目2の講評 利用者の嚥下能力・身体能力に応じた食事形態を選び、適切な食事介助をしている 入所時に家庭での食事の状態と希望を聞き、利用者の嚥下能力を検討し、能力に応じた食事形態を選び、栄養ケア計画に盛り込んで提供している。施設の歯科医師、管理栄養士、介護職が連携して第2・第4金曜日に定期的に嚥下能力を判定し、判定結果に基づき食事形態の見直しを行っている。また、食事介助の必要度も判定・記録し、適切な食事介助に努めている。 管理栄養士を中心に介護職と協力し、利用者が十分な栄養を摂れるように支援している 管理栄養士を中心に介護職と協力して利用者の栄養状態をアセスメント、モニタリングして記録している。年齢的に食が細くなる、柔らかいものばかり食べるなどで、栄養状態への問題も考えられる。利用者の嗜好、食事形態、メニュー、盛り付け、その他に工夫をし、十分な栄養を摂れるように支援している。管理栄養士は食事時間に現場を巡回し、摂取状況、嚥下状況を確認し、嗜好に関する利用者の声を聞くことで、メニューの工夫その他、その後の食事支援につなげている。 嚥下能力の維持・向上を目指し、食事前の口腔体操やゲームなどを行い支援している 嚥下能力の維持・向上を目指し、食事前の口腔体操や早口言葉、しりとりなど口を動かしたり声を出すゲーム、歌を唄うなどで楽しく効果が上がるように支援している。									

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			
月に1～2回、利用者の希望で好みの食事やデザートを取アウトして楽しんでいる 新型コロナ感染症流行以前は、希望者を募って、レストランで会食を楽しんでいましたが、現在は、月に1回から2回、牛丼、ピザ、中華、懐石弁当、ハンバーガーなど好みの食事や、ケーキなど好みのデザートの希望を募り、数人の職員が買い物に行き取アウトしたものを昼食会、茶話会として楽しんでいる。この場合の費用は実費です。当日の飲食は食堂以外の特別なコーナーを設けている。通常の食事やデザートを選択した利用者はいつも通りに食堂で食べている。 感染対策を講じながら、料理クラブやおやつクラブを開催している 感染対策を講じながら、少人数の利用者で簡単な調理をして自分たちで作った料理やおやつを会食して楽しむ「料理クラブ」や「おやつクラブ」を開催している。メニューは利用者が食べたいものを聞いて選んでいる。場所は、フロアの食事会をする場所を使用し、利用者は、練る、混ぜる、切るなどの簡単な調理作業を行い、満足している様子が伺えました。食事空間は花を飾ったりトレイで雰囲気を変えて生活のアクセントを付けるようにしている。 利用者の体調や気分に応じて食事時間の延長や繰り下げに対応している 利用者の体調や気分に応じて食事時間の延長や繰り下げに対応している(延食)。ただし、東京都の条例で、延長や繰り下げは、盛り付けから2時間以内に限られる。食事開始するまでは各フロアの冷蔵庫で保管し、食べる時には電子レンジで適温にして提供している。また、延食した場合は利用者名、理由、時間等の内容を業務日誌に記録している。			
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			
5種類の浴槽を備え利用者の状態に応じ適切な入浴を提供している 入浴方法は、個浴、一般浴、臥床式機械浴、座位式機械浴、リフト浴の5種類がある。利用者の希望を加味しつつ、利用者の状態に応じ適切な入浴方法を職員間で検討し、提供している。利用者の入浴方法と希望の温度、入浴時間・順番などを記入した入浴チェック表を作成し、滞りなく、気持ちよく入浴できるように配慮している。 入浴の誘導は入浴マニュアルに沿って利用者の羞恥心等に配慮して行っている 入浴の誘導は入浴マニュアルに沿って利用者の羞恥心等に配慮して行っている。誘導の順番は、その日の入浴チェック表に沿って行いが、利用者の意思を確認し無理強いはいしません。認知症の利用者の場合は一旦拒否しても気分変わりがあるので少し時間をおいて誘導する様になっている。3階の利用者は2階の浴室へ移動するので長時間待たない様に配慮している。また、誘導、脱衣、入浴、着衣は可能な限り利用者と職員が1対1で行いが、職員数の関係で全面的な同性介助には至っていない。 入浴を楽しめるように計画的に季節の行事を取り入れ好評を得ている 入浴が身体の清潔を保つだけでなく、血行を良くしたり、リラックス感をもたらす効果がありますが、さらに、利用者が入浴を楽しめるように菫蒲湯やゆず湯など、月間予定として計画的に季節の行事を取り入れて、好評を得ている。			

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)															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促す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>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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																
極力トイレでの排泄を目指し、利用者の排泄パターンを調べて支援している 排泄介助については、利用者の意向や家族の希望を聞き、利用者ひとり一人について排泄パターンを調べて排泄表を作成し、計画的に支援している。利用者の意向確認の際に、日常的におむつを使用している利用者がトイレでの排泄を希望する事がある。その場合は、排泄パターンに沿った計画を立て、職員間で情報を共有して、日中は極力トイレでの排泄を目指して支援している。 トイレ誘導や衣服の上げ下ろし、使用後の確認等は羞恥心に配慮して行っている トイレ誘導の声掛けは他の利用者に気づかれないようにさりげなく行っている。使用時の衣服の上げ下ろしは利用者本人がどうしても手助けを必要とする場合にのみ介助している。排泄中はトイレ外で待機している。しかし、排泄状況を記録しなければならないため、トイレ使用後に状況を確認している。その際に、汚れを見つけた場合は清掃をしますが、利用者の羞恥心に配慮し周囲にわからないように行っている。なお、トイレの定期清掃と感染対策として次亜塩素酸による消毒を委託業者が毎日実施している。 各フロアで排泄係を設置し、利用者の課題を見出し改善策を話し合う取り組みをしている 各フロアで排泄係を設置し、トイレ誘導、おむつ交換やその他について、利用者の課題を見出し改善策を話し合う取り組みをしている。排泄係は、日々の業務のミーティングで排泄に関する話し合いの中心として活動している。また、決定事項や変更点などをミーティングノートで他のスタッフに周知し、介護技術の向上に努めている。																
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)															
<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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>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</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>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</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	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																
機能訓練指導員と連携し、利用者意向などを考慮して計画的に移動時の支援をしている 施設介護計画に沿って、機能訓練指導員は、利用者意向、心身状況を考慮して、できるだけ自立的な移動ができるように訓練計画を立てて支援している。介護職員は、施設及び訓練計画に沿った支援計画を立てて、歩行見守り、歩行介助、伝い歩き、車いすや歩行器、杖などの使用を適切に実施することで利用者の自立支援をしている。また、利用者個々の身体状況に応じて拘縮予防・改善のポジショニングなどを機能訓練指導員が介護職に指導し、介護職はそれらを日々の移動支援時に実践するなど、各職種が連携して利用者を支援している。 ベッドや車いすからの移動、移乗に伴う転倒、転落などの事故を減らす対策をしている 利用者が自力歩行や伝い歩き等で移動する際には見守りを行い転倒を防いでいる。ベッドから車いすへ又は車いすからベッドへの移乗に伴い転倒、転落などの事故が起こりやすいため、スライディングボードを使用したり介護職員が2人体制で移乗介助をして事故を減らす対策を取っている。移乗用リフトを使用する場合もある。ボードやリフトの利用では、2人体制で行うことで、利用者安全に加え、介護職員が無理な力を入れずに済み、不自然な姿勢を取らずに済み、腰への負担が軽減できるため、介護職員の職業病と言われる腰痛防止にもなっている。 車いすや歩行器は定期メンテナンスを行い、常に安全に使用できるように配慮している 車いすや歩行器その他の機器は、使用の都度、クッションシート、ブレーキ、タイヤ、フットレストなどの状態を点検している。さらに、定期メンテナンスでは、車いす等の状態を通常時以上に詳細にチェックし、必要に応じて機器のメンテナンス状況を清掃チェック表で確認ができる。常に、車いすや歩行器が安全に使用できるように配慮している。																

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 利用者の意向と状態を把握し、個別機能訓練計画書を作成してリハビリを行っている 施設介護計画書に沿って、機能訓練指導員として理学療法士が利用者ひとり一人の意向と状態を把握し個別機能訓練計画書を作成している。機能訓練計画書は施設介護計画書とともに、利用者毎にファイリングしている。また、機能訓練指導員と介護職員は日常生活の場で生かせる生活リハビリで協働している。併せて、リハビリ会議では3か月、6か月ごとに利用者の計画、実施状況、結果を評価し、定期的に計画の見直しを行っている。 機能訓練には理学療法士1人とマッサージ師2人配置で手厚いリハビリを提供している 機能訓練には理学療法士1人とマッサージ師2人が配置されている。介護職も協働で、寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩くなどの日常生活の基本動作の改善を目指すリハビリに力を入れている。2名のマッサージ師は、ベッド上で過ごす時間の長い利用者に対してマッサージ回数をより多く提供する役割を担っている。また、口腔体操や足浴しながらのマッサージなどの幅広いリハビリを提供している。 車いすなど福祉用具の点検と修理は、清掃チェック表や修理依頼表で確認を行っている 車いすやベッドなど福祉用具の不具合は、利用者の事故につながるため、点検と修理は怠れません。通常、車いすなどは使用の都度、ベッドはシーツ交換時やリクライニング操作時に不具合の有無をチェックし安全を確認している。また、使用時点検に加え、定期的に点検し利用者安全に努めている。さらに、各種の点検で発見された不具合は速やかに修理している。このような福祉用具の点検と修理の実施状況は、清掃チェック表や修理依頼表で確認を行っている。	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 毎日のバイタル測定、服薬管理、投薬などで利用者の健康維持に努めている アルブミン値の測定を含む健康診断の年1回実施に加え、利用者の体温や血圧等バイタルを毎日測定・記録し、利用者の健康管理を行っている。看護師は測定の結果から利用者の健康状態を判断している。必要時は看護師がマニュアルに則り嘱託医師に連絡し医療機関受診の手配をしている。常用薬のある利用者の服薬管理では看護師がダブルチェックでセットしたものを介護職員が配ります。看護師は、インスリン注射、胃ろう経管栄養の投与管理もしている。インスリンはミスを防ぐために顔写真を添えてセットする工夫を行っている。 利用者の体調変化時には、介護職、看護師、医師、相談員等が連携し支援を行っている バイタル測定結果や顔色の変化、食欲低下など、利用者の体調変化を知った時、介護職は看護師に伝えている。さらに、看護師が必要と判断すれば緊急時マニュアルに則り配置医師に連絡している。看護師は、医師の指示に従い利用者の様子観察あるいは救急車要請・協力医療機関受診の手配などを行っている。相談員は日頃から病院の地域連携室と連携し、配置医師も連携医療機関に入院調整を働きかけるなど、介護職、看護師、配置医、相談員が連携して、利用者の健康維持の支援を行っている。 医療関係者室の隣に静養室を用意し、手厚い看護師配置で看取り介護を行っている 一時的に体調の悪い利用者の静養には、2階の医師室兼看護職員室の隣の静養室を使用している。看護師は日中は必要配置数5人に対し6人以上配置し、夜間も1人配置し24時間体制を敷いている。手厚い看護体制で日常の健康管理及び体調の急変にも速やかに対応ができる。配置医は内科医師2人、その他に精神科医、神経内科医、眼科医、歯科医が定期的に診療している。当施設で終末期を過ごすことを希望する利用者・家族がいる場合は、静養室を利用して看取り介護を行っている。令和5年度には、24人の利用者を看取っている。	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 更衣は毎朝・夜に声掛けし、必要に応じて利用者の意思を尊重して介助を行っている 更衣は、体調がすぐれないなど身体的に負担になる場合を除いて、毎朝・夜 声掛けし、必要な利用者には介助を行っている。更衣するかどうか、どの服装にするかは利用者の意思を尊重して行っている。また、入浴日には、入浴後に更衣を介助している。 起床時は自分で洗顔できる人を除き、温かい濡れタオルで顔を拭き洗顔を支援している 起床時は自分で洗顔できる利用者は自分で洗顔し、できない場合は、介護職が温かい濡れタオルで顔を拭き、利用者はさっぱりした朝を迎えている。また、髪も寝ぐせ直しを利用し、梳かしている。長髪の利用者の場合はそのままにせず、希望を聞きながら似合うヘアスタイルに結んでいる。介護職は、利用者が毎朝の洗顔・見繕いでさっぱりとした明るい気分になり1日を気持ちよく過ごせる様に支援している。 体操や排便コントロールなどを行い、利用者の自然な睡眠の確保を支援している 運動不足や便秘は不眠につながると考え、運動不足解消と排便促進の目的で朝食後には食堂で職員と一緒にテレビ体操をして体を動かしている。また、排便コントロールで落ち着いて眠れるようにトイレ誘導のタイミングを工夫している。それでも、利用者がなかなか眠れない場合は、眠くなるまでスタッフルーム前で介護職の見守りを受けながら過ごすなど、自然な睡眠の確保を支援している。今後は、眠りスキャンを導入し、利用者の睡眠を数値的に把握し、科学的なアプローチでの睡眠の確保を支援している。															
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 施設入所前の生活継続を希望する利用者はTVやCDデッキ等の持ち込みが可能である 利用者ひとり一人の趣味や嗜好を尊重する観点から、施設入所前の生活を継続希望する利用者は、TVやCDデッキ等を居室に持ち込むことができる。また、医療上の問題がなければ、飲酒も可能ですが、場所と時間に制約がある。なお、TVなども含め、他の利用者の迷惑にならない範囲でのみ可能である。利用者の嗜好を尊重し、筆記用具、好みの花やブランド指定のお菓子などの買い物代行を相談員が中心になり実施している。 レクリエーションは計画を立てて、職員やボランティアが毎日実施している レクリエーションは年間、月間、日々の計画を立てて毎日実施している。お話や音楽を聞く、映像を楽しむなど受け身のものと、利用者が参加する、歌、イベントの飾り物の作成など集団で行うもの、ちぎり絵、習字など個人で行うもの、輪投げゲームなど体を動かすもの、言葉遊びなど頭を使うもの、その他には移動動物園など様々なレクリエーションを実施している。それらの内容は、介護職、リハ職などで検討し、日常生活リハビリ、精神・頭脳活動を活発にする、さらに、固定化・マンネリ化せずに楽しめる事などを考慮して計画を立てている。 認知症の利用者が落ち着いて穏やかに過ごせるように職員が協働して支援している 認知症ケアプロジェクト会議を設置し、認知症の利用者が落ち着いて穏やかに過ごせるように配慮し、少人数で使用する専用のグループケア室を用意している。利用者一人一人をアセスメントし作成した介護計画に基づいて、介護職はじめ、その他の職員が協働し、積極的に支援している。今後は、精神療法の一つのダイバーショナルセラピー(気晴らし療法)を導入、する予定で職員が学びを進めている。※ダイバーショナルセラピー: 認知症やさまざまな疾病などで人生に行き詰った精神状態をHAPPY(幸せ)な方向へ転換する精神療法。															

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				
コロナ禍で外出できない状況下では商店からお弁当を購入するなどの工夫を行った コロナ禍で外出が困難な状況が続きましたが、施設内の中庭やベランダを散歩するなどして季節の変化や外気浴を楽しんでいた。また、外食の代わりに近隣の商店からお弁当やケーキを購入し、テーブルクロスやBGMを流すなど、いつもとは雰囲気を変えて食事を楽しむ工夫をし、外食気分を味わってもらった。今後は感染症の流行に気を付けつつ外出などを再開していく予定である。 納涼祭は施設最大の地域行事で、利用者、家族、児童館の子ども達が交流している コロナ禍前は、子ども中高生プラザ併設という当施設の特性を生かし年間計画を策定し児童高齢交流行事を実施していた。直接交流が難しい期間中はビデオ撮影しお互いの状況を確認し、プレゼント交換など非接触で交流、互いの距離を取ってシャボン玉飛ばしなどを実施した。R6年度は敬老会や納涼祭などの大きな行事は家族参加可で開催した。特に納涼祭は施設最大の地域行事で、利用者、家族はマスク、手洗いで厳重に感染対策して児童館での催し物を見て回り一緒にゲームを楽しむなど児童館の子ども達と交流し、大いに盛り上がった。 地域情報は事務所窓口や掲示板で利用者に提供している 地域から提供された催し物やトピックスなどの情報は、施設窓口にパンフレットを置いて利用者が希望すれば手渡したり、掲示板に貼るなどで提供している。高齢者は感染すると重症化の恐れがあるので、世間一般とは必ずしも同じ対応はできませんが、利用者が希望し、届け出があれば、感染症の流行時期を除き、家族とともに催し物への参加のために一時間程度の外出が可能な場合がある。				
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				
利用者には半年毎のケアプラン更新、ケース記録送付、電話で報告などを行っている 利用者ひとり一人に対して、半年ごとのケアプラン更新時に利用者の状況を伝えるケース記録を送付したり、定期的に電話で利用者の様子を報告するなどしている。利用者アンケートの家族回答では、入所中の様子がよくわかり安心だと好評が寄せられた。 可能な範囲で家族と利用者が対面交流できるように配慮している 可能な範囲で家族と利用者が交流できるように配慮している。例えば、施設内にコロナなどの感染者がいる場合はタブレットを活用したオンライン面会、感染者がいない場合は、時間や人数を制限しての対面面会の実施がある。可能な範囲で家族が利用者の顔を見、声を聞き、様子を知ることができるように配慮している。 利用者アンケートや電話等で意見や要望を聞く体制を整えサービス向上に努めている 当施設では、毎年、東京都福祉サービス第三者評価を受審しており、その一環として無記名の利用者アンケートを実施している。利用者アンケートでは、利用者家族から忌憚のない意見や要望を聞いている。また、常時、電話等で利用者家族からの要望等を伺う体制をとっている。施設では、利用者や家族から寄せられた様々な意見・要望を検討し、業務を改善し、より良い福祉サービスを提供するように努めている。				

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	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	基準以上の看護師配置等で利用者の健康管理、緊急時対応や看取りにも努めている	
内容①	施設基準以上に手厚い看護師を配置、医療機関との連携などで利用者の健康管理や緊急時対応に努めている。バイタル測定結果や顔色の変化、食欲低下など、利用者の体調変化を知った時、介護職は看護師に伝え、看護師が緊急時マニュアルに則り配置医師に連絡します。施設ケアマネジャーは日頃から病院の地域連携室と連携するなど、利用者の健康維持の支援をしている。一方で、利用者の高齢化と要介護度が進み終末期を迎えても入院を希望しない場合も多く、その場合は看護師、嘱託医と連携し静養室で介護を行い、毎年多くの方を看取っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-5-1	利用者のプライバシー保護を徹底している
タイトル②	権利擁護に関する職員研修で理解を深め、適切な対応と実践に取り組んでいる	
内容②	法人として「Pマーク」を取得している。その認証基準に基づき個人情報管理を行うとともに、毎年、内部監査や全職員に個人情報に関する研修を実施する等周知徹底を図っている。また利用者の権利擁護について、法人の倫理綱領に定め、新任職員の研修時や職員のミーティングの際に読み合わせしている。倫理綱領委員会を中心とした研修を年に1回、全職員を対象に実施し、確認テストも行っている。これら対応を行うことにより、全職員が利用者的人格、権利、意思、羞恥心等に対して適切な対応を意識し、実践できるよう取り組んでいる。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	4-2-1	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
タイトル③	施設で扱う個人情報はプライバシーマーク認証に基づき情報漏えい防止対策を講じている	
内容③	法人として「Pマーク」を取得し、認証基準による厳格な個人情報管理を行っている。施設の個人情報管理では、全職員に毎年理解度テストを実施している。また、ボランティアや実習生に対しては、個人情報管理についてオリエンテーション時に説明し個人情報保護誓約書を取得している。併せて、紙情報はファイリングして所定場所に保管し、必要時の活用には備えている。データ情報はカテゴリー毎に分類し所定ホルダーに収納している。加えて、インターネット接続可能なPCは限定され、データ情報アクセスはID & PWで管理している。	

No. 特に良いと思う点	
1	タイトル 利用者のために介護職員が施設目標の3つのY(夢、やさしさ、良かった)の実現に積極的に取り組んでいる点が評価できる
	内容 レクリエーションは年間、月間、日々の計画を立てて毎日実施しているが、固定化・マンネリ化せず楽しめるレクリエーションの提供を目指している。また、認知症ケアプロジェクト会議を設置し、認知症の利用者が落ち着いて穏やかに過ごせるように配慮し、少人数で使用する専用のグループケア室を用意し支援している。今後、ますます認知症高齢者の増加を考慮し、適切な介護を提供するためにダイバーショナルセラピー導入に向け職員が学びを進めているなど、施設目標の3つのY(夢、やさしさ、良かった)の実現に積極的に取り組んでいる。
2	タイトル サービス提供にあたり各関係機関との連携を強化し、カンファレンスへ参加、情報提供、施設での看取り対応をしている点が評価できる
	内容 サービス提供または調整にあたり、利用者・家族の意向確認を行うと同時に、ケアマネジャー、状況により関係医療機関の相談員等と連携を取り、相互の協力体制の強化に取り組んでいる。また必要に応じてカンファレンスにも積極的に参加している。医療的ケアが必要な方や看取りケアの際も医療機関との連携を密に取り、利用者・家族にとって安心して利用できる体制を整えている。看取りケアの際は、利用者だけでなく、家族からの要望があれば居室フロアで一緒に過ごす時間を提供するなど、柔軟な対応をしている。
3	タイトル 利用者・職員や地域・福祉全体の情報とニーズは、各種アンケート実施や地域懇談会開催等により収集・把握し対応を図っている
	内容 利用者の意向は、サービス評価アンケートや第三者評価アンケートを毎年実施し把握に努めている。また、毎月開催の拡大ミーティング等で出た職員の意向は各リーダーが把握・検討し、必要に応じて管理職、施設長まで上げている。さらに、併設の児童館との共催による地域の民生・児童委員、警察、学校、関係行政機関等に働きかけ地域懇談会を年2回開催し、地域の福祉の現状やニーズの把握に努めている。併せて、社会を明るくする運動等に参加し、地域と顔の見える関係づくりに努めている。
No. さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル 施設が策定した計画は進捗状況に応じ見直しているが、更なる生産性や効率性の向上に向け、目標達成のため更なる工夫が望まれる
	内容 施設の事業計画・予算計画の推進にあたっては、経営層が、収入・稼働率・経費・人員計画などの数値目標を設定し、毎月・4半期・半期ごとに進捗状況の確認を行っている。また、毎月の法人運営委員会では計画の進捗確認と見直しを行うと共に、目標数値と実績に乖離がある場合は、毎月の課長会で原因を分析し対策を講じ計画実践に取り組んでいる。施設では、事業計画・予算計画については職員会議や係のミーティング等で周知し対応を図っているが、更なる生産性や効率性の向上に向け、地域へのアピールや職員募集サイトの充実が望まれる。
2	タイトル マッサージ師の配置減少の予定でサービス低下が危惧され、また、福祉機器の修理回数が増加しており安全上の改善が望まれる
	内容 現在、機能訓練には理学療法士1人とマッサージ師2人が配置されている。2名のマッサージ師が、ベッド上で過ごす時間の長い利用者に対してマッサージ回数をより多く提供する役割を担っている。また、口腔体操や足浴しながらのマッサージなどの幅広いリハビリを提供している。しかし、以前はマッサージ師は4人だったのが2人に減り、さらに今後は1人になる予定があるためサービス低下が危惧される。また、福祉機器の老朽化も進み修理が多くなったとのことで、安全使用のための改善が望まれる。
3	タイトル コロナ禍以降カンファレンスの自粛が続いており、同感染症の5類移行に伴い、安全対策を講じながらカンファレンスの再開が望まれる
	内容 コロナ禍以前は、6ヶ月に1度のペースでカンファレンスが行われており、家族にもサービスの利用状況が丁寧に説明されましたが、コロナ禍以降、書面のみで実施している。感染状況は完全に落ち着いたとは言えず、再開はできていない状況である。コロナ感染症が5類に移行したことに伴い、港区とも相談しながら、感染対策も検討し、状況によってはオンライン等の利用も含めたカンファレンスの再開など、家族とも顔の見える関係づくりを検討していく必要があると思われる。