

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 紀平

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	H1601058	
	②	楠原 賢二	福祉	H2101056	
	③	小野瀬 由一	経営	H0305057	
	④				
	⑤				
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サン・サン赤坂			指定番号	1370304576
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	2025 年 5 月 30 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 9 月 16 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 12 月 14 日				
自己評価の調査票配付日	2025 年 9 月 16 日				
自己評価結果報告日	2025 年 12 月 14 日				
訪問調査日	2025 年 12 月 15 日				
評価合議日	2026 年 2 月 20 日				
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	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底し、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」ことを常にふれず、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見守り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6 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る。 ○組織人間力 法人の歴史を理解し、歴史を支えた信念に共感し、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。

《事業所名：港区立特別養護老人ホームサン・サン赤坂》

調査対象

登録者の内、短期入所を利用した70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

70

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	返却取り	計
70	0	70
23	0	23
32.9	0.0	32.9

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(%)

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ますか」との質問に対して、「大変満足」8.7%、「満足」56.5%を全て足すと65.3%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	15	8	0	0
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の65.2%を占めており、「どちらともいえない」が34.8%、「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	17	5	1	0
この項目では、17人が「はい」と答え、全体の73.9%を占めており、「どちらともいえない」が21.7%、「いいえ」が4.3%という結果であった。また、自由記述の結果では、「おやつが楽しみです」などの声がかかれた。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	8	11	1	3
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の34.8%を占めており、「どちらともいえない」が47.8%、「いいえ」が4.3%という結果であった。また、自由記述の結果では、「体操、入浴等」などの声が聞かれた。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	12	9	1	1
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の52.2%を占めており、「どちらともいえない」が39.1%、「いいえ」が4.3%という結果であった。また、自由記述の結果では、「広間にいることが多く、機能訓練がないので物足りない」などの声が聞かれた。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	17	3	0	3
この項目では、17人が「はい」と答え、全体の73.9%を占めており、「どちらともいえない」が13.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、「なるべく自分で歩くことにしています」などの声が聞かれた。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	14	7	1	1
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の60.9%を占めており、「どちらともいえない」が30.4%、「いいえ」が4.3%という結果であった。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	17	4	0	2
この項目では、17人が「はい」と答え、全体の73.9%を占めており、「どちらともいえない」が17.4%、「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	15	7	0	1
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の65.2%を占めており、「どちらともいえない」が30.4%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、「家族との電話対応は丁寧で適切かと思う」などの声が聞かれた。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	15	4	0	4
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の65.2%を占めており、「どちらともいえない」が17.4%、「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	15	3	0	5
この項目では、15人が「はい」と答え、全体の65.2%を占めており、「どちらともいえない」が13.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、「いさかいがない」などの声が聞かれた。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	17	4	1	1
この項目では、17人が「はい」と答え、全体の73.9%を占めており、「どちらともいえない」が17.4%、「いいえ」が4.3%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	18	4	0	1
この項目では、18人が「はい」と答え、全体の78.3%を占めており、「どちらともいえない」が17.4%、「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	14	7	0	2
この項目では、14人が「はい」と答え、全体の60.9%を占めており、「どちらともいえない」が30.4%、「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	17	3	1	2
この項目では、17人が「はい」と答え、全体の73.9%を占めており、「どちらともいえない」が13.0%、「いいえ」が4.3%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	8	6	2	7
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の34.8%を占めており、「どちらともいえない」が28.1%、「いいえ」が8.1%という結果であった。また、自由記述の結果では、「経験がないのでわからないが、たぶん対応してくれると思う」などの声が聞かれた。				

I 組織マネジメント項目（カテゴリ1～6、7）

No.	共通評価項目		
1	カテゴリ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1-1の標準項目実施状況	1/7
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指示し、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半端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の総評			
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、理念を人事考課の各項目に入力面接時に確認している。また、法人の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、職員倫理規範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、ホームページとSNS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、各部署の職員は、質の高いサービスの実現に向け、特長、得意ともし、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、施設の毎月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続に厳格に決定権を以って対応している。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、委員会を設置し会議により対応方法を決定している。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、緊急の場合には本部による職員説明会を随時随時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も伝えると共に、内容に応じてポスター掲示等でも伝えている。			

カテゴリー2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		得点(000000)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの聞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		得点(000)
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 策定した計画の実行に取り組んでいる		得点(00)
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の総評		
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、毎年サービス評価アンケートや第三者評価アンケートを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、併設の児童館との連携による地域の民生・児童委員、警察、学校、関係行政機関等と連携し地域懇談会を年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築け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、法人の中長期計画に基づき中期計画(3か年)と毎年度の事業計画書・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、地域福祉の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、経営局が、収入・稼働率・経費・人員計画などの数値目標を設定し、毎月・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、毎月の委員会でも原因を分析し対策を講じ計画実行に取り組んでいる。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づくりに努めている。		

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(他人の尊厳を含む)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(他人の尊厳を含む)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速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、迅速かつ適切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. 利用者の気持ちを変化させ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の再評価
介護職が守るべき法・規範・倫理などを全職員に周知し、遵守されるよう取り組んでいる 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・倫理等は、法人の事業計画書・就業規則・社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、職員の入社時オリエンテーションで全職員に説明すると共に、職員倫理綱領は朝礼時の読み上げや確認テストを行う等により全職員の理解を深める取り組みを行っている。 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、玄関窓口に意見箱を設置し、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。法人では、利用者から頂いた意見への対応フローを整備し、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、月例の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葉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年受審しています。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掲示し、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随時更新している。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一層に対応している。併せて、新型コロナ後の地域貢献として、併設の見聞館と合同の地域懇談会や地域合同防災訓練（資料配布開催）を実施している。

カテゴリ4		
4	リスクマネジメント	
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		
得点(00000)		
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. 優先順位の高低に応じて、リスクに差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、原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		
得点(0000)		
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. 情報の正確性や秘密性を高め、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解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		
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行動を検討し、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、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理解を求めている。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で管理されログも取得している。		

カテゴリー5		
6 社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完遂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. 勤怠形態に問わず、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)、称賛などを通称させている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得率、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. 職員の意欲を把握し、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. 職員一人ひとりの居場所の気づきや工夫について、互いに話し合い、リープ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、チームでの協力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の再評価
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 社員は、法人が求める性質や職務内容に応じ、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、必要な習得すべき研修をリストアップし、年度当初の人事考課年度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 職員の育成・評価と処遇は、人事考課結果と連動して行われている。また、職員の就業状況は総務課や法人本部で管理し、管理職から就業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、新型コロナウイルス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転換を行い、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の促進に努めている 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、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た上で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。

カテゴリー7	
7 事業所の重要課題に対する組織的な活動	
サブカテゴリー1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
評価項目1	
事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)	
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)	
【表題・目標】令和6年～8年度法人中期事業計画の一端として、生産性向上の促進及び組織の効率化・活性化を目標とする。 【理由・背景】介護サービスの質の向上と各種データ管理の効率化を図るため導入したクラウド版の介護記録ソフトを効果的に活用し、ペーパーレス化・DX化を推進させ、管理業務・付随業務等の負荷軽減時間の多くを、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)介護記録を介護記録ソフトに一元化させデータ管理とする、2)複数存在(相談員日誌・医務録日誌・生活係日誌・機能訓練日誌等)する介護日誌をデータ化することで情報共有化と業務効率化を推進する、3)物品購入・修繕依頼のデータ管理を推進する、4)ドキュワークスを導入し決済業務の自動管理を行う。 【取り組みの結果】1)介護記録ソフトを利用し介護記録のデータ管理が実現した、2)介護日誌のデータ管理により情報共有化と業務効率化が実現した、3)物品購入・修繕依頼もデータ管理が実現した、4)管理職による決済管理のシステム化が実現した。 【検証・今後の方向性】決済管理は、令和6年12月以降はシステムによる決済に完全移行する。	
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、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) ☐ 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進捗に関する講評	
施設では、介護記録ソフト「ほのぼの」の導入により介護記録や施設日誌のデータ管理が進み、介護サービスに関する情報共有化と業務効率化が実現している。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。これにより、管理業務・付随業務等の負荷軽減時間の多くを本来の介護サービス業務への振り替えが済み介護サービスの質の向上が図られている。 しかしながら、今年度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、リーダー層及び一般職員による「そう思わない」「わからない」とする評価が散見されました。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のシステム化を活用し、一般職員への情報共有の徹底と問題点の洗い出しにより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、特に非常勤職員への研修・指導機会を強化し、職員の情報共有化とモチベーション向上による職員満足度の向上に努めることを期待します。	

評価項目1 本業所の理念・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) 【検証・目標】令和6～8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等の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。現在も、外出支援や外食支援に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】地域交流の取組みとして、1)ボランティア活動を受入れる、2)外食支援を再開する、3)りんたろうカフェを再開する、4)納涼祭を一部再開させる。 【取組み結果】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者フロアに配属対応した、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5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します。	
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い
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けて取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けて取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) ☐ 設立後開もないため、前年度の業務がなく、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 ☐ 設立後開もないため、前年度の業務がなく、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価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5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。 このため、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等において地域交流の再開に向けた話し合いを継続し、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組むことを期待します。	

Ⅱ サービス提供のプロセス項目（カテゴリー5-1～3、5-5～6）

No.	共通評価項目	サブカテゴリー
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		
評価	標準項目	評点(〇〇〇〇)
●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が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・児童委員会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の施設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。相談員は地域のケアマネジャーと緊密に連携しており、長年きめ細かなケアを行ってきていることなど周知されている。 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 ケアマネジャー様までの見学依頼が多いが、施設のホームページで見学の案内を見て、直接希望される事もある。新型コロナウイルス感染症が5波に分裂された以降、港区と相談し感染対策を十分に講じながら、見学対応している。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、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に来られた場合でも可能な限り対応している。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。		

サブカテゴリー2		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	1/7
サービス開始・終了時の対応			
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(○○○)	
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、利用者の同意を考へるようにしている		○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の過程に、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(○○○○)	
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
サブカテゴリー2の調評			
利用者・家族に対し、契約書・重要事項説明書等を用いて、基本的ルール等説明している 初回利用時のサービス担当者会議に自宅訪問し、利用者・家族に契約書・重要事項説明書等を用いて、1日の生活のイメージ、基本的ルール、主な活動、利用料金、医療機関との違い等の説明等確認し、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・大層にしている思い、利用者家族の介護等不安に思っている事などを聞き、短期入所利用者個別表等に記録している。利用について納得・同意のもとで短期入所生活介護契約書等に記名・捺印を得ている。			
利用者・家族の意向を聞き、利用者が安心して過ごせるよう職員間で情報共有している 初回利用前訪問時に聞き取った利用者・家族の意向や医療情報、心身の状態等、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。利用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、施設の雰囲気にも馴染めるように配慮している。特に初回利用時は経過観察し、対応の方法等変更が必要と判断される場合は、生活の場であることを尊重し、利用者にとって最善の方法を利用者・家族、居宅ケアマネジャーと相談しながら、施設の看護職、介護職、相談員等多職種で検討している。			
短期入所を終えて退所する際は、書面だけでなく、口頭で利用者の様子を説明している 短期入所(ショートステイ)利用中の生活の様子を書面及び口頭で家族に伝えている。利用開始後もできる限り、自宅での生活の延長となるよう、事前に、日常的な習慣を助けている。晩酌等の嗜好についても他の利用者に影響のないよう配慮して対応している。また、自宅での生活とは異なる面を見せる事もあり、新たな一汗の発見や、工夫して対応をして上二くいった事例など、家族によって介護の参考になる発見を伝えて喜ばれていた。ショートステイを利用する事で、利用者・家族の休息及び気分転換になっている。			

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 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 得点(○○○)		
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、施設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 得点(○○○○)		
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・手続等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	☐ 非該当
評価項目3 利用者に対する記録を適切に作成する体制を確立している 得点(○○)		
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 得点(○○)		
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・引き継ぎ等を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ3の講評		
利用者意向や各種情報を多職種で共有検討し短期の施設介護計画を作成し支援している 利用前、居宅ケアマネジャーからの情報や訪問面談中に利用者・家族から得た情報や希望・要望、医療情報、心身の状況等を短期利用者個別表に記載している。それをもとに看護部、介護部、相談員等の専門職による意見交換を行い、短期入所生活介護計画書を作成している。日々のミーティングの情報や生活面でのケア記録、利用者状況を多職種間で共有しており、必要に応じて多職種で検討している。利用者・家族が安心して、現在の生活を継続でき、休息・気分転換ができる様なケアの提供に努めている。2回目以降の利用も前回同様の要約点など確認している。 利用中の様子は、家族、居宅ケアマネジャーに報告し、状況に応じた対応を行っている 利用中の様子、食事排泄チェック表、特記事項がある場合は別紙添付するなどして、必要な情報を記載し、家族や居宅ケアマネジャーに報告している。また利用者の体調等に関わりの変化があった場合や居宅ケアマネジャーから連絡があった場合などは状況を確認し、マニュアルに則り家族に報告するなどしている。サービス利用の見直しが必要な場合なども家族や居宅ケアマネジャーに連絡調整し、サービス担当者会議等開催している。会議では課題を再確認して必要な対応を検討し、医療面での連携・協力など次の支援につながるようになっている。 ミーティングや業務日誌等、業務ソフトにより職員間で情報共有の仕組みができています 職員は業務に入る際は、業務日誌、事務連絡、ミーティングノート必ず確認し、必要事項を把握している。短期入所生活介護計画の目標も職員間で共有し、方針が修ったサービスが提供されている。また各計画書やケース記録等の記載は、新たなソフトを導入したことにより、システムとして整備され、前記利用時の情報や変化があった場合の詳細確認など容易になりました。利用者状況の変化を各種の計画に反映させやすくなるとともに、関係するすべての職員間で情報共有する仕組みができています。		

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー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		得点(○○○)	
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. 他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. 利用者の尊厳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、他人の意思を尊重している		得点(○○)	
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 日常の支援にあたっては、他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
サブカテゴリー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 最初の入所利用契約時に利用者・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、職員間で共有すること、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個人情報を口外しないこと、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。 権利擁護に関する職員への研修や確認テストを行い、適切な対応に取り組んでいる 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、新入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。より理解度を深め、全職員が利用者に対し適切な対応を実践できるように配属した取り組みをしている。 身体拘束ゼロを基本方針とし、必要に応じて家族への報告を行っている 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る。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ません。拘束実施するのは、転倒や怪我の危険性がある場合、利用者自身や他の利用者を傷つける恐れがある場合などが考えられる。対応については、身体拘束廃止検討会で検討し家族へ報告がなされている。			

サブカテゴリ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 手引き等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている	
得点(○○○)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 手引き(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
☒ 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
☒ 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続きとして、日常的に手引き書等を活用している
得点(○○○)	
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	
得点(○○)	
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改定の時期や見直しの基準が定められている
☒ 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
サブカテゴリ6の講評	
マニュアル検討委員会を設置し、各種マニュアルの整備を行っている 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。内容は言葉と図通である。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、全部属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している。 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及び東京都福祉サービス第三者評価利用者アンケート結果、利用者の意向等を、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もサービス改善に反映させている。さらに、各柱の研修等を実施する事で職員のスキルが向上し、業務の改善とサービスの質の向上に繋がり、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。	

Ⅱ 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	32 / 32
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				
当施設デイサービス利用者がショートステイする場合、デイの情報も活用し支援している ショートステイ利用者は、居宅ケアマネジャーの介護計画を基に短期入所生活介護計画および個別ケアを作成し支援している。当施設のデイサービス利用者がそのまゝショートステイを利用するケースが多い。各サービス契約時に個人情報等の活用について利用者・家族の同意を得ているため、各担当間で連携して、デイサービスでの生活状況や支援内容を短期入所計画にも反映している。その結果、通常よりもきめ細かな継続的支援が可能となっている。 利用者の個性・特性を尊重し、その人らしい生活を送れる様に支援している 生活面での要望を聞き取り、短所・生活介護計画の目標欄に盛り込み、その人らしい生活を送れる様に支援している。また、コミュニケーションを取る際には、聞こえにくい場合には大声でゆっくり話す、メガホンなどの補助具を用いて話す、ジェスチャーを加えるなどしている。さらに、障がい者で毎夜お酒を飲みたいという利用者には、他の利用者の迷惑や健康上の問題がない限り要望に応えるなど、利用者の個性・特性を尊重している。ただし、東京都の条例により敷地内は禁煙となっている。 居宅ケアマネジャー、サービス提供事業者、利用者家族などと連携して支援している 居宅ケアマネジャー(介護支援専門員)には、サービスの提供状況を含めた利用者状況を定期的に報告している。また、居宅ケアマネジャー、各サービス提供事業者、かかりつけ医、利用者、家族などで開催するサービス担当者会議にも参加し連携し、利用者状況の把握、希望・要望の確認に努め、利用者がいつまでも住み慣れた地域でその人らしい生活を送れる様に支援している。				
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. 食事を楽しく工夫している			○非該当
評価項目2の講評				
食事は多種類の形態を用意し、利用者の咀嚼・嚥下能力に配慮し提供している 主食はご飯、おかゆ、パスタ、希望によりパン、主菜と副菜は一口大の普通、煮み、パスタなど、多様な食事形態を用意している。利用者の嗜好や希望と咀嚼・嚥下能力に配慮し適切な形態を選んでADLに表に記載し、提供している。また、食事の際は、利用者の腕・首・指の可動域や力を判断して介助している。 献立は、利用者の嗜好や健康状態に配慮したメニューを提供するなど工夫している 献立は、行事食、イベント食、なども含め、利用者の嗜好、健康状態に配慮し、工夫している。サービス利用時に聞き取りをして、カロリー制限、塩分制限などの必要な利用者のいわゆる「食事食」、アレルギーや好き嫌いのある利用者の「代替食」を提供している。なお、他の利用者の食事と間違いない様に食事袋を用い、食札には氏名その他の必要事項を記入し、調理、配膳のミスを防いでいる。 旬の食材、盛り付け、行事食提供などでおいしい食事を楽しく食べる支援をしている 季節に応じて旬の食材を使用したメニュー、お重や大小のお皿に盛り付けるなど見た目の工夫、敬老の日やクリスマスにちなんだ食事提供などで、おいしい食事を楽しく食べる支援をしている。イベント食は、時々の利用者と一緒に楽しんでいる。食事の時間は、朝食は7時30分、昼食は11時30分、夕食は18時からですが、盛り付けから2時間後までの間で延長やずらすことができます。ずらしている旨はフロア内冷蔵庫で保管し、直前に適温にして提供している。				

3	評価項目3 入浴の支援は、利用者の状態や意欲を反映して行っている 得点(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より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. 浴室や更衣室は清潔で、快適な状態にしている ☐非該当
評価項目3の講評	
5種類の入浴方法から利用者にあった方法を選択して入浴している 施設では、利用者の身体状況などに応じて5種類の方法(一般浴、直入浴、リフト浴、臥床式機械浴、座位式機械浴)から適切な方法を選択し、週2回行っている。入浴日、時間、入浴方法は短期入所ケース記録に残している。また、短期入所(ショートステイ)利用者専用の入浴日を設定しているが、利用者の要望により、所定の入浴日以外にも入浴が可能である。ショートステイ利用者は、一般的には自立度が高い方が多く、自宅生活を想定して一般浴が多いが、身体状況に合わせて機械浴も利用可能である。 入浴前のバイタルチェック結果で入浴できない日は清拭と更衣で清潔を保っている 午前中に入浴予定の利用者は午前9時前にバイタルチェックします。午後に入浴予定の利用者は昼食後にチェックがなされている。その他から看護師が入浴の可否が判断されている。その結果で入浴できない日または利用者の意思で入浴しない日は、清拭と更衣で身体を清潔を保っている。 入浴で利用者が疲労しないように、浴室への往復移動や入浴人数に配慮している 入浴で利用者が疲労しないように、浴室への往復移動には自立歩行者でも車いすを活用する場合がある。また、備わっている入浴では利用者の満足が得られず疲労感が出るので、入浴人数を調整して、ゆっくりと入浴できるように配慮している。浴槽、排水口の清掃はチェック表に記載している。浴室や更衣室も清潔に保つことはもちろん、室温を24℃に温度管理し快適な状態を保っている。	
4	評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意欲を反映して行っている 得点(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り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	
在宅での排泄方法を短期入所生活介護計画に盛り込んで支援している 施設での生活は一時的なので、できるだけ在宅での生活スタイルを受け継いだ支援を心がけている。事前面接で在宅でのおむつ、パットの使用状況を含めた排泄方法や生活の様子に関する様々な情報、利用者や家族の希望を聞き、記録している。その内容を短期入所生活介護計画および個別記録表に盛り込んで支援している。 安全に配慮し、トイレには、エル字バーやアームレストなどを備え付けて活用している 安全に排泄できるように配慮し、トイレには、エル字バーやアームレストなどを備え付けて活用している。アームレストはロックタイプと開くタイプがあります。ポータブルトイレも、安定感のあるタイプを設置している。利用者の排泄支援は、短期入所生活介護計画や個別記録表に沿って行っている。見守りや衣服の上げ下ろしが必要な利用者には、ドアやカーテンの外で待機するなど、羞恥心に配慮している。 トイレは清掃業者による定期清掃と使用の都度の清掃で清潔を保っている トイレは清掃業者による定期清掃に加え使用の都度職員がチェックし、必要時は職員が清掃をしている。ポータブルトイレは使用の都度、職員が汚物処理と消毒をして清潔を保っている。感染症予防の観点から、ドアノブ、取っ手、手すり、便座等を、インノルエンザ・コロナ・ノロなどに有効な塩素系の消毒薬を使用して清拭している。	

b 評価項目b 移動、整容の支援は、利用者の状態や意志を反映して行っている			得点(〇〇)
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		○非該当
●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
評価項目5の講評			
在宅時は自力歩行の利用者でも、施設内は広いので歩行器を使用する場合がある 在宅時は自力歩行の利用者でも、施設内は広いので、安全に配慮し、手すり歩行し、施設の歩行器を使用する場合がある。どのような移動方法・介助が適切かは、利用者の歩行能力や希望を考慮し、リハビリ担当者や検討して決め、その結果を短期入所生活介護計画書に記載している。在宅時に普段から使用されている歩行器やシルバーカー、三脚車がある場合は持参していただき、普段と変わらないように過ごしていただいている 原則として毎朝、普段着に着替えているが服装は利用者や家族の好みに合わせている 原則として毎朝、夜間着から普段着に着替えているが、利用者が嫌がる場合は気持ちを尊重し無理強いしない。また、入浴日は入浴後に衣類交換している。服装は利用者や家族の好みに合わせている。なお、利用者の選択した衣類が気温・室温とかけ離れている場合は、アドバイスのかけかけをしますが、無理強いはしません。代わりに、寒そうな場合は時間を置いてショールの使用を勧めるなどしている。 利用者のADL能力に応じて、毎朝の整容に加え、理容サービスが受けられる 毎朝、洗濯、歯磨き、整容を利用者のADL能力に応じた介助をしつつ行っている。髪型も利用者の希望を聞きながら決めている。さらに、希望される方は施設の理容サービスの利用も可能である。			
B 評価項目B 利用者の健康を維持するための支援を行っている			得点(〇〇〇〇〇)
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		○非該当
●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		○非該当
●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		○非該当
●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		○非該当
●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
評価項目6の講評			
利用者の健康チェックは看護師・介護職員が行い、入浴判断は看護師が行っている 利用者の病歴や内服薬、苦痛の様子などを家族から事前に関わり、ケース記録に残している。また、短期入所生活介護計画書の作成時に考慮している。それを基に看護師、介護職員が利用者の健康チェック(バイタル測定)を行い、短期入所利用者個別表に記録している。必要があれば家族に連絡し直す。入浴日にはチェック結果により看護師が入浴可否を判断している。時には時間を置いて再チェック後に判断する場合もある。 利用者や家族からの健康相談には相談員が応じ、体調変化には看護師が対応している 利用者や家族からの健康相談には短期入所生活介護担当の相談員が中心に対応している。かかりつけ医へ受診が必要、従来と異なる診療科への受診が必要、自宅介護計画の変更、その他、必要に応じ、利用者や家族、居宅ケアマネジャーに連絡し調整している。また、発熱、いらいれ、その他、利用者の急な体調変化などには24時間対応の看護師が対応している。緊急時マニュアルなどに従い、適宜、必要な連絡を取る体制が整っているので安心である。 看護師による薬剤管理はマニュアルに従い、ダブルチェックなどでミスを防いでいます 薬剤管理は、マニュアルに従って行っている。セッティングは看護師によるダブルチェック、声出し確認でミスを防いでおり、配薬は、日常常に利用者にかかわる職員が看護師の指示のもとで利用者の本人確認をして行っている。また、インスリン自己注射は、注射単位が一定の方のみ受け入れており、インスリン注射器に投与単位と利用者の顔写真を添えて準備されており、打ち間違いなどのミスを防いでいる			

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ビスを工夫し実施している			評点(〇〇)
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な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			
リハビリ担当職員の指導で、在宅生活で活かせる生活リハビリをしている 当施設では、個別機能訓練計画は実施されていない。しかし、リハビリ担当職員の指導で介護士が在宅生活で活かせる動作を中心にリハビリをしている。例えば、朝夕の着脱、着せえ、トイレでの衣服の上げ下ろし、フロア内の移動、食事前の口腔体操、スプーンや箸を使った食事、その他、いわゆる生活リハビリをしている。 利用者の身体機能レベルに応じ、各種レクリエーションを通して楽しく機能訓練をしている 利用者の身体機能レベルを考慮して、座位体操や折り紙・貼り絵などの各種の創作活動や釣竿などのレクリエーションを通して楽しく機能訓練をしている。ただし、漫然と実施するのではなく、レクリエーション実施表を作成し、計画的に行っている。もちろん、利用者の意向を確認し、希望しない参加を無理強いしていない。 短期入所生活介護では、実費のかかるものは行わず、工夫して趣味活動を行っている 施設入所の場合とは異なり、短期入所生活介護では、実費のかかる趣味活動などは行いません。家族が持参した物などを利用し、介護士が工夫して趣味活動を行っている。			
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)
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. 利用者が率直な意見を反映し、改善に取り組んでいる	☐ 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			
レクリエーションやクラブ活動を楽しんでいる様子をホームページにアップしている 当施設では、利用者を楽しめるようにレクリエーションやクラブ活動はレクリエーション実施表を作成し計画的に実施している。原則として、午前・午後ともに手作業や簡単なゲーム等を実施している。また、利用者が定動を楽しんでいる様子を定期的に、ほぼ毎週、ホームページにアップしている。利用者の映像使用については、サービス利用時に了解を得ている。施設ではダイバーショナルセラピーにも取り組んでおり、研修・勉強会を開き、認知症・障害を持つ高齢者の、その人らしい楽しみや生きがいを支援している。 施設での生活は、原則として自由で、決められた時間・場所での飲酒も可能である 施設での生活は、原則として自由である。利用者は、周囲に影響を及ぼさない範囲で雑誌、パズル、その他の嗜好品を持参して楽しむことができる。飲み物ではアルコール飲料も持ち込み可能で、決められた時間・場所で飲酒できる。ただし、健康上、医師から禁止・制限されている物や、火災の危険性及び煙や臭いが他の利用者にも迷惑となるタバコは認めていない。 短期生活介護の居室として個室4室と多床室を確保し、全室にTVを設置している 利用者の様々なニーズに応えるために、短期生活介護(ショートステイ)の居室として個室4室と多床室を確保している。在宅生活と同様の生活を送れるように配慮し、短期利用者用の居室全室に無料TVを設置している。また、個室以外にも利用者が落ち着けるスペースとしてコーナーのスペースを確保して提供している。			

9	評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている 得点(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	
家族との面会時間は14時から17時となっているが、状況により柔軟に対応している 現在は、14時から17時の間は、自由に面会することができる。時間外で面会の希望がある場合には職員が相談にのっている。また、新型コロナウイルスやインフルエンザ、その他、感染症が施設の外で流行の場合は、状況に合わせて、オンラインまたは予約での対面面会を実施します。その際の面会時間設定は、可能な限り家族の希望に合わせている。 利用期間中の定期受診などは、状況に応じて柔軟に対応している 利用期間中に家族付き添いでの定期受診や訪問診療医師の診察がある場合は、相談に応じて柔軟に対応していた。今後も、施設内または地域にて感染状況拡大など発生した場合は、状況に応じて対応を検討していく必要がある。定期受診などがある場合は相談すると良いと思われる。 居宅ケアマネジャーや家族には、相談員が定期的に報告、連絡、説明をしている 居宅ケアマネジャーや家族には、相談員が定期的に短期入所生活介護計画の実施状況や利用者の変化などを報告している。相談員は、口頭で直接及び電話でも連絡、説明をしている。また、相談員が利用中の様子を家族に伝えることは、利用者の在宅生活に役立つと考えられます。さらに、相談員は、居宅サービス事業者が主催するサービス担当者会議にも可能な限り出席し、利用者情報の共有と関係機関との連携に努めている。	
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 得点(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	
区内の各種イベントパンフレットのコーナー設置と窓口掲示で地域情報を提供している 施設内にパンフレット地区冊子コーナーを設置し、区内の各種のイベントなどのパンフレットを提供している。また、窓口にも掲示して利用者・家族に地域情報を提供している。 地域のボランティア、実習生の受入れを行い、地域の方との交流の機会を確保している ボランティア、実習生の受入れを再開している。また、施設内で感染症が発生した場合は、感染拡大防止を考慮し、受入れ中止や受入れ規模の縮小をしている。子ども中高生プラザとの交流も規模を考慮しながら再開している。 ボランティアコーディネータを置き円滑な受入れと多種多様な交流機会を提供している 児童・高齢者交流委員会で利用者と一般の人々との交流促進について検討している。また、専任のボランティアコーディネータを置き、多数のボランティアを調整し円滑な受け入れと、多種多様なレクリエーションの機会を提供している。さらに、併設の子ども中高生プラザの子どもたち、近隣の保育園、小学校、少年消防団等の子どもたちとも交流している。加えて、地域のお祭りの際は神輿が施設内に来て利用者が三拍子や声援を送るなど、楽しく交流しました。利用者は、これら様々な交流機会により生活の幅を広げている。	

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-10	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
タイトル①	認知症の方の支援に効果が期待されるダイバーショナルに取り組んでいる	
内容①	施設では、ダイバーショナルセラピーワーカー8日間のプログラム受講修了者が3名在籍しており、認知症、障害のある高齢者の「自分らしさ」「楽しみ」に焦点を当て、人生の質(QOL)を高める非薬物療法として取り組んでいる。個人のライフスタイルや趣味に合わせ、音楽や、回想法、創作活動など、生活に密着したアクティビティや五感を刺激するアプローチなど施設内でも月に1回認知症プロジェクトとして実践し、3ヶ月ごとに専門の先生に評価していただいている。施設での取り組みは港区でも紹介され評価されている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	4-1-1	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル②	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	
内容②	災害や感染症等に遭遇した場合に備え、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理解を求めている。事故等の再発防止の取り組みは、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ます。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共に、事故リスク予測にも取り組んでいる。	

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	
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で管理されログも取得している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	現在の生活との連続性を尊重し、習慣や希望に沿った可能な限り柔軟な支援を行っている
	内容	ショートステイ利用に向けて、相談員が自宅訪問して、利用者本人・家族からの意向・要望等確認して、利用中の計画・目標など設定している。利用者本人にとっては、慣れない場で普段の生活とは異なることからストレスとならないよう、生活の場であることを尊重し、希望される方には、晩酌など嗜好についても、健康に大きく影響しない程度に適正な量などを確認して、他の利用者に影響がなく、施設で対応できる範囲で、自室または食堂にて飲酒を楽しめる時間を確保できるよう支援している。
2	タイトル	短期入所の利用者専用入浴日を設定し、5種類の入浴方法から利用者に適した入浴方法を選択し週2回入浴が可能である
	内容	利用者の身体状況などに応じて5種類の入浴方法（一般浴、個人浴、リフト浴、臥床式機械浴、座式機械浴）から適切な方法を選択し、週2回行っている。入浴日、時間、入浴方法は短期入所ケース記録に残している。また、短期入所利用者専用の入浴日を設定し、利用者の要望により、所定の入浴日以外にも入浴が可能である。自宅での入浴も想定した一般浴による支援も行っている。また、入浴で満足が得られず疲労感が残るので、入浴人数を調整し、ゆっくりと入浴できるよう配慮している。浴槽、排水口、浴室や脱衣室を清潔に且つ24℃に保っている。
3	タイトル	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おり、リスクマネジメント対応が評価できる
	内容	施設では、災害や感染症等に遭遇した場合に備え、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理解を求めている。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。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	配薬の手順等、ショートステイ利用者向けの対応表など慎重に確認しているが、より適正・確実性が求められる
	内容	ショートステイ利用者の配薬に関しては、間違いがないよう、日常的に関わることが多い介護職員が、看護師の指示のもと行っている。またインスリン対応の方には、ミスがないよう顔写真を添えてセットしてある。配薬は命にも関わるため、確実性が求められる。ショートステイ利用者は、日々、入れ替わりもあり、毎回その都度確認は必要である。マニュアルの確認や見直しについても、定期的に研修などで職員の意識づけを行っていくことが望まれる。
2	タイトル	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が、今後は職員の意向や経験を考慮した人材育成支援が望まれる
	内容	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て習得すべき研修をリストアップし、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、今後は職員（非常勤含む）の研修に対する意向や経験を人事考課面談で確認し、職員自ら希望する研修を含む研修受講を積極的にバックアップし人材育成に取り組むことが望まれる。
3	タイトル	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おり、今後はさらにモチベーション向上の対策が望まれる
	内容	職員の育成・評価と処遇は、人事考課結果と連動して行われている。また、職員の就業状況は総務課や法人本部で管理し、管理職から就業改善の指示を行っている。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向把握に努めている。令和6年度から始めた小グループ単位の懇談会において、職員間の良好な関係づくりの他、モチベーションの向上に繋げることが望まれる。