

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

2024 年 3 月 28 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

〒 176-0001

所在地 東京都練馬区練馬1-20-2

評価機関名 株式会社日本生活介護

認証評価機関番号

機構 02 — 015

電話番号 03-3991-8440

代表者氏名 佐藤 義夫

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	関口 恒		経営	H2001104
	②	青柳 育子		福祉	H0403021
	③	井上 和男		福祉	H2001039
	④	齋藤 貴明		福祉	H1102028
	⑤	志村 健		福祉	H2001068
	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	東京都港区赤坂6丁目6番14号			
	TEL	03-5561-7833			
事業所代表者氏名	施設長 沼倉 賢司				
契約日	2023 年 8 月 1 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 10 月 2 日				
利用者調査結果報告日	2023 年 11 月 26 日				
自己評価の調査票配付日	2023 年 9 月 19 日				
自己評価結果報告日	2023 年 11 月 26 日				
訪問調査日	2023 年 11 月 30 日				
評価合議日	2023 年 11 月 30 日				
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査については、個別の聞き取り調査を行った。				

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。

2024 年 3 月 28 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 東京聖学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付け、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

登録利用者全員を対象とした（事業所と協議の上、聞き取りが困難な利用者を除く）

調査方法

調査員と個別の聞き取り調査を行った。

利用者総数

80

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
0	28	28
0	28	28
0.0	35.0	35.0

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

調査対象28名全員から回答を得ることができた。満足度の高い項目として、「施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか」「職員は日常的に、健康状態を気にかけているか」「日常生活に必要な介助を受けているか」「利用者のプライバシーは守られているか」などがあげられる。

総合的な満足度では、21名が「大変満足、満足」、4名が「どちらともいえない」、1名が「不満、大変不満」、2名が「無回答」と回答している。また、「要望を伝えと、きちんと対応してくれます」「職員は親切に対応してくれるので問題ありません」「食事の時間や入浴の回数に関して、臨機応変に対応してくれると嬉しい」などのコメントがあがっている。

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	20	5	1	2
20名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「おいしいので残さず食べています」「おいしくてかわります」「量が少なくお腹が減ることもあります」「薄味です」などのコメントがあがっている。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	24	3	0	1
24名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答している。 「お風呂以外は自分でできます」「いろいろサポートしてもらっています」などのコメントがあがっている。				
3. 施設の生活はくつろげるか	21	5	1	1
21名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「テレビを見たり読書したりしています」「好きなことをして過ごしています」「特にやりたいことはありません」などのコメントがあがっている。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	25	1	1	1
25名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「親切に対応してくれます」「気にかけてくれるので助かっています」「話を聞いてくれます」「自分から話すようにしています」などのコメントがあがっている。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	27	0	0	1
27名が「はい」と回答している。 「広くて良いです」「きれいに掃除してくれます」などのコメントがあがっている。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	22	4	1	1
22名が「はい」、4名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「優しいです」「問題ないです」「たまに乱暴な言葉遣いをする人もいます」などのコメントがあがっている。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	19	4	1	4
19名が「はい」、4名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「すぐ対応してくれます」「元気に過ごせているのでわかりません」「職員は忙しそうなので、何とも言えません」などのコメントがあがっている。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	12	5	1	10
12名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「トラブルはありません」「皆仲がいい」などのコメントがあがっている。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	20	5	2	1
20名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「大切にしてくれます」「話をきちんと聞いてくれます」「職員によって差があります」「気持ちを理解してくれませんか」などのコメントがあがっている。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	24	0	0	4
24名が「はい」と回答している。 「気になることはありません」「守ってくれていると思います」などのコメントがあがっている。				
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	13	6	3	6
13名が「はい」、6名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「してほしいことはないか、聞いてくれます」「利用者が多いので、自分から言わないと聞かれないこともある」「わかりません」などのコメントがあがっている。				
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	11	5	1	11
11名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「わからないことは自分から聞きます」「計画書は見たことはありません」「わかりません」などのコメントがあがっている。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	19	4	2	3
19名が「はい」、4名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「不満はありません」「特にないけれど、きちんと対応してくれると思います」「相談しても対応が遅い」などのコメントがあがっている。				
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	7	7	12	2
7名が「はい」、7名が「どちらともいえない」、12名が「いいえ」と回答している。 「気軽に相談していい、と聞いています」「外部の人と面談したことはありません」などのコメントがあがっている。				

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		
	職員及び利用者・家族への理念浸透を図るため、積極的な取り組みを行っている 施設では、理念の浸透を図るため積極的な取り組みを行っている。理事長が講師として毎年理念研修を開催している。新入職員及び中途採用職員には入所時研修で説明している。また、法人理念は人事考課に取り入れ、面接時に必ず確認している。ビジョンや基本方針は、職員会議で説明した後に資料を各部署に配布している。行動の規範である職員倫理綱領は、朝礼時に唱和するほか、年1回、周知テストを実施し、浸透を図っている。同様に、利用者や家族に対しても、ホームページに理念等を掲載したり、家族会で説明するなど、理念等の周知を図っている。		
	各部門の目標や課題を明確にし、経営層はリーダーシップを発揮して取り組んでいる 経営層は、経営の安定、質の高いサービス、地域貢献に向け、リーダーシップを発揮しながら取り組んでいる。「人員配置表」により各部の責任者を明確にしておき、特養・デイサービスともに係の目標を掲げている。さらに、達成状況を検証し、新たな課題を設定するなど、常に組織目標の実現のために職員全体で取り組みを進めている。また、毎月法人が開催する運営委員会を受けて、施設で行う課長会で目指すべき方向を確認している。その時々に出た問題点は、施設長を中心とした管理職で検討しており、施設としての答えや方向性を明確にしている。		
	意思決定と情報伝達に関する仕組みを整備し、重要事項について周知を図っている 重要案件についての検討・決定に関する手順を定めている。各部の責任者が明確に指定されており、決済内容に応じて各自が決定権を行使している。重要な案件については内容に応じて港区、施設長、法人本部で確認を行っている。専門的なテーマに関する委員会も設置されている。理事会や運営委員会の決定事項は、毎月の課長会で報告している。緊急性の高い事案については、都度本部による職員説明会を開催し、周知している。利用者や家族には年2回の家族会で伝達するほか、必要に応じて毎月の便りやポスター掲示を通じて周知を図っている。		

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		
		評点(〇〇〇〇〇〇)
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 標準項目実施状況
		5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		
		評点(〇〇〇)
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)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		
利用者・家族、職員、地域との対話を重視し、意向や要望を把握している		
施設では毎年、サービス評価アンケート等を行い、利用者・家族の意向や要望を把握している。コロナ禍のため一時中止していた区の介護相談員の受け入れも、再開準備を進めている。また、施設長が毎月の拡大ミーティングで職員の声を聞くほか、リーダーが日ごろから意向や要望を聞いている。把握した意向や要望については記録に残し、指導職から管理職、施設長まで共有されている。施設の管理職が参加しない法人本部主催の職員懇談会も実施しており、理事長や本部役員と職員の直接対話の場となっている。地域懇談会も年2回開催している。		
福祉事業全体の動向等について情報収集するとともに、最新の経営状況を把握している		
オンライン開催を含め、区施設長会、相談員連絡会、栄養士会、高齢者支援連絡会、東社協部会への参加を通じて、福祉事業全体の動向等について把握している。収集した情報は、施設長から係長まで多様な職層の職員が共有し、必要な検討をし加えている。介護保険の動向については、法人の運営委員会や区、法人本部から提供された情報を施設全体に周知している。経営状況については、毎月の法人全体運営委員会で開示される数値データや経理担当作成の試算表に加え、朝礼でのデイリーデータ(稼働率など)の確認を含め、最新の状況を把握している。		
計画に基づいて数値目標を設定し、進捗管理しながら目標達成に努めている		
施設では、法人の中期計画(3か年)に従って年度ごとに事業計画を作成し、計画的な運営をしている。計画作成にあたり、各部門の長が職員の意見を吸い上げ、計画の内容に反映できるようにしている。収入、稼働率、経費、人員計画などの項目においては、数値目標を設定している。経営層が、毎月・四半期・半期毎に進捗状況を確認している。実績と目標数値との乖離がある場合は、月例の課長会で原因を分析し、対策を講じるなど、目標達成に努めている。月次の運営委員会では法人全体の状況について報告がなされている。		

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

評估項目1

事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している

評点(〇〇〇〇〇〇)

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 標準項目実施状況

5/5

評估項目1

事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している

評点(〇〇〇)

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

評估項目2

着実な計画の実行に取り組んでいる

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)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

利用者・家族、職員、地域との対話を重視し、意向や要望を把握している

施設では毎年、サービス評価アンケート等を行い、利用者・家族の意向や要望を把握している。コロナ禍のため一時中止していた区の介護相談員の受け入れも、再開準備を進めている。また、施設長が毎月の拡大ミーティングで職員の声を聞くほか、リーダーが日ごろから意向や要望を聞いている。把握した意向や要望については記録に残し、指導職から管理職、施設長まで共有されている。施設の管理職が参加しない法人本部主催の職員懇談会も実施しており、理事長や本部役員と職員の直接対話の場となっている。地域懇談会も年2回開催している。

福祉事業全体の動向等について情報収集するとともに、最新の経営状況を把握している

オンライン開催を含め、区施設長会、相談員連絡会、栄養士会、高齢者支援連絡会、東社協部会への参加を通じて、福祉事業全体の動向等について把握している。収集した情報は、施設長から係長まで多様な職層の職員が共有し、必要な検討をし加えている。介護保険の動向については、法人の運営委員会や区、法人本部から提供された情報を施設全体に周知している。経営状況については、毎月の法人全体運営委員会が開示される数値データや経理担当作成の試算表に加え、朝礼でのデイリーデータ(稼働率など)の確認を含め、最新の状況を把握している。

計画に基づいて数値目標を設定し、進捗管理しながら目標達成に努めている

施設では、法人の中期計画(3か年)に従って年度ごとに事業計画を作成し、計画的な運営をしている。計画作成にあたり、各部門の長が職員の意見を吸い上げ、計画の内容に反映できるようにしている。収入、稼働率、経費、人員計画などの項目においては、数値目標を設定している。経営層が、毎月・四半期・半期毎に進捗状況を確認している。実績と目標数値との乖離がある場合は、月例の課長会で原因を分析し、対策を講じるなど、目標達成に努めている。月次の運営委員会では法人全体の状況について報告がなされている。

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

	カテゴリー3の講評 法・規範・倫理への理解を深め、職員一人ひとりに福祉従事者としての自覚を求めている 社会人・福祉サービス従事者として守るべき法・規範・倫理を、法人の事業計画書及び就業規則に明示するとともに、職員の理解を深める取り組みをしている。施設内に職員倫理綱領を掲示しているほか、職員倫理綱領の朝礼時の唱和や年1回の倫理綱領周知テストを実施し、理解を深めている。入職時にも詳細な説明をしており、職員一人ひとりが福祉従事者としての責任を自覚し、職務を誠実かつ適切に遂行することを求めている。また、個人情報保護の管理体制としてPマークを取得し、厳格な保護対策を実施し、情報漏洩等が起きないようにしている。 苦情解決の対応フローとマニュアルを整備しているほか、虐待防止を徹底している 法人全体での苦情対応のフローが整備され、組織全体に浸透している。窓口に意見箱を設置するとともに、第三者委員の連絡先を提示している。利用者の意向に対する組織的かつ迅速な対応の仕組みがあり、マニュアルが整備されている。苦情発生時には苦情対策委員会が開催され、対応策の検証が行われている。また、年2回(7月、2月)、身体拘束ゼロ研修を動画配信にて実施している。職員が都合の良い時間に、オンデマンド配信される研修を受講することができている。虐待防止のため、職員が日常の行動を振り返ることも継続的に実施されている。 情報開示、外部との交流、地域との連携などにより、施設運営の透明性を高めている 施設は、第三者評価や介護サービス情報公開を毎回受診している。事業計画書や報告書、運営規定は窓口に置かれており、いつでも閲覧できるようにしている。法人季刊誌を年3回発行しており、ホームページにも掲載するなど、情報を開示している。ボランティアコーディネーターや実習指導者資格者の配置などの受け入れ体制も整備し、外部との交流を進めている。近隣小学校への訪問や、ミニ講座の開催、併設の児童施設と合同主催する地域懇談会(年2回)の開催、地域合同防災訓練の実施(今年は11月に書面実施)等、地域との連携を図っている。
--	--

4	カテゴリー4		
	リスクマネジメント		
	サブカテゴリー1(4-1)		
	リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況
			5/5
	評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		
	評点(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			
事業継続計画(BCP)を作成しており、訓練を計画的に実施している 施設では、事故対応マニュアル、感染症対策マニュアル、事業継続計画書などにおいて、優先順位に基づいた対策や行動基準を設定している。事業継続計画(BCP)の策定は、施設安全委員会が中心となって取り組んでいる。また、地震時の参集方法や、火災時の役割分担が決まっている。同計画書は、職員や関係機関に配布しており、利用者・家族には家族会などを通じて丁寧に説明している。夜間想定を含む消防訓練や避難訓練を計画的に実施しており、いざという時に適切な行動が取れるようにしている。 事故防止や感染症拡大防止など、施設全体でリスクマネジメントを徹底している 事故対応委員会、安全衛生委員会、感染症予防検討会で、施設のリスクマネジメントに関する様々な問題を精査し、課長会で内容を確認している。感染症拡大防止が必要な場合には臨時会議を開催し、施設全体の対応を迅速かつ明確に決定し、職員に周知している。事故予防に関しては、重大事故発生直後に関係部署の多職種が事故原因を分析し、未然防止策を検討を行う体制を整えている。月1回、事故リスクを予測する取り組みを実施するなど、組織全体でリスクマネジメントを徹底する体制を整備している。 個人情報の保護を徹底し、情報管理基準に則った運用をしている 個人情報保護に関する明確な規定とルールを定め、全職員が正しく理解し、徹底するための取り組みを行っている。法人として「プライバシーマーク」を取得し、厳格な情報管理基準に則って管理している。中途採用も含めた全職員に毎年理解度テストを実施し、一定水準に達するまで継続している。ボランティアや実習生にはオリエンテーション時に説明し、個人情報保護の誓約書を取り交わしている。収集した情報は厳格に整理・管理され、紙の情報は決められた場所に保管している、電子データの個人情報に対しては、職位によるアクセス権限が定められている。			

5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●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2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●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
	採用計画に基づく人材確保に努め、職員の希望を踏まえたキャリアアップを推進している 採用計画に基づき、就職フェアなどへ積極的に参加し、人材確保に努めている。施設見学会も開催し、施設の目標や特徴を見学者に丁寧に説明している。職員と組織の能力向上に焦点を当て、法人で定める職員研修計画と人事考課を活用して育成に取り組んでいる。職種変更や人事異動をする場合には、職員の希望を把握し、施設長の意見を踏まえた上で、法人全体で決定している。昇任は試験により行われており、将来を嘱望される職員には積極的に受験を奨励している。職員は、キャリアアップコースや専門職コースの選択が可能となっている。 職員各自が目標を設定し、計画的に研修を受講するなど、育成に努めている 資格取得支援制度や、職位・経験年数別の研修を通じて職員の成長を後押ししている。人事考課において目標管理を取り入れており、職員各自が設定した目標を達成できるよう、年2回の直属上司からの助言指導や、施設長との直接面談などを通じて個々の育成に努めている。人事考課結果に基づく評価と処遇の連動も行われている。施設では、法人の「職員研修計画」に基づき、研修委員会による施設内研修を毎月実施している。業務命令での参加や、職員自らの希望に応じた研修の勤務調整など、積極的に受講をサポートしている。 職員の研修受講の成果を共有し、チームワークを重視して改善に取り組んでいる 研修を受講した職員は研修報告書を作成するとともに、施設内研修として「報告会」を行い、職員間で成果を共有している。職員各自の気づきや工夫については、日々行われるミーティングや定期的に行われる会議で話し合わせ、共有されている。ケアレベルアップ検討会やオーガナイザー会議などが設置されており、サービスの質の向上や業務改善が図られている。また、チームワークを大切にしたい組織作りを進めている。職員満足度調査を実施して意向を把握しているほか、管理職による個別職員面談を実施してコミュニケーションを充実させている。

7		カテゴリー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)			
【目標】 先入親にとらわれず科学的な視点をもちながら介護にあたることで、安心・安全を具現化する。 【取り組みの内容】 ・実際に発生現場で事故の様子を職員が身をもって再現し、「普段の様子」、「事故内容」、「原因として考えられること」を検証し、発生フローでの再発予防に繋げている。 ・ヒヤリハットの細かい振り返りを行い、同じ内容が連続して上がる場合には、どこに原因があるのかを各職種が専門的見地から検証した。 【取り組みの結果】 事故予防係は、毎月1回の定例会議として令和4年度4月から実施している。令和2年度までの半期ごとの転倒／転落事故は平均70件であったが、令和3年度以降、平均35件と約半数に減少している。各部署の担当者以外にも事故の予見の視点が広がっていると認識している。 【振り返り・今後の方向性】 ・利用者に安心して安全な生活を送ってもらうために、事故の予防は欠かすことのできない要素である。令和5年度は、大きな事故の発生は今のところない。職員一人ひとりが、それぞれの提供しているサービス技術のさらなる向上を目指して、引き続き取り組むことを目指す。			
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、リスクの高い事故が発生した際、できる限り迅速に介護、看護職員および生活相談員が集まり、検証と再発防止策の策定を行う「重大事故検討会」を創設した。また、従来から実施していた施設長以下の管理職が自己の検証を行う「事故苦情検討委員会」に加え、現場で実際に対応にあたる職員による「事故予防係」の会議を毎月1回行うこととした。メンバーは、特養管理職を中心とした介護、看護職員、理学療法士、生活相談員で構成している。 取り組みを進めた結果、事故発生件数は半減し、その成果が確認できた。 今後の取り組みとして、将来起こる可能性のある大きな事故を予防することが重要であることを職員すべてが理解し、継続して事故予防に取り組んでいくことを目標としている。引き続き取り組みを充実させていくことが望まれる。			
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)			

【目標】 採用活動の充実とワークライフバランスの一層の向上を目指すことを目標とした。 【取組みの内容】 令和5年度は2名の新卒と、計画的に派遣職員を複数採用した。職員の年間の公休、有休をとれる体制を調べてきた。併せて、施設のホームページ等で求人情報を発信し、採用活動に尽力した。法人の強みだけでなく、施設の特長や魅力、目標とすることを説明し、見学者の共感や興味を引き出すよう努めた。 【取組みの結果】 令和4年度において、新卒介護職員が35名入職、併せて中途採用の職員も年度途中に3名入職している。引き続き、派遣職員の活用により介護職員や看護職員の中途採用を進め、夜勤専従の看護師を積極的に採用し、職員の感染症発症の際にも柔軟に勤務体制が可能となるようにしてきた。 【振り返り・今後の方向性】 当施設は、くるみんマークを取得し、東京都の働きやすい職場の認定を受けており、働きやすい各種制度が整ってきた。また、職員のモチベーションは条件面だけでなく、心理面が大きいことを改めて自覚し、職員の気持ちをできる限り汲み取る努力を絶えず怠らないことが肝要だと考えている。	
目標の設定と取組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取組みを行った ☐ 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
取組みの検証	☒ 目標達成に向けた取組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取組みについて、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2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評 施設では、採用活動の充実とワークライフバランスの一層の向上を目指すことを目標とした。その具体的な取組みとしては、施設のホームページ等で求人情報を発信し採用活動に尽力してきた。就職専門情報サイト等を通じて、また、施設ホームページを閲覧して施設に訪れる見学者に対して、特養責任者、施設長、副施設長が時間をかけ丁寧に対応してきた。一方、間接業務従事者の募集にも力を入れてきた。例えば、ベッドメイキング、浴室清掃等、間接業務の専従者委託を進めてきた。また、退職者を減らす取組みとして、業務負担の軽減として各種委員会を拡大ミーティングに集約させることで、業務負担を軽減している。さらに、人事考課の定例面接年2回に加え、施設長と副施設長、並びに各部署管理職が、中途採用者に対し、素直に疑問や困りごとはないか確認し、安心して働いてもらえるよう面接の機会を持った。 今後も、積極的な採用活動に取り組み、施設の目指すことを職員皆で共有し、一丸となって目標達成に向かう職場風土を醸成し、施設見学者にそうした雰囲気を感じ取ってもらえるよう、引き続き取り組んでいくことが望まれる。	

No.	共通評価項目 サブカテゴリー1	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	
1	サービス情報の提供		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			
ホームページで、施設の特徴を説明し、利用希望者が知りたい情報を提供している ホームページでは、「個性性を尊重した多彩なケア」という考えに基づき、高齢者と子どもたちの世代を超えた交流、栄養ケアマネジメント、介護予防、医療対応や特別な見守りが必要な利用者への対応といった、サービスの特徴を紹介している。「事業紹介」として、特別養護老人ホームにおける入所方法、入所定員・設備、相談窓口など、具体的な情報も提供している。「よくある質問」も設けており、受け入れ可能な医療処置など、利用者希望者が知りたい情報を分かりやすく示している。活動も写真入りで紹介しており、利用者の表情を知ることでもできる。 区の情報冊子やパンフレットで施設の情報を提供し、見学も受け入れている 区の情報冊子に施設の情報が掲載されており、行政窓口などで利用希望者が手に取り、施設について知ることができている。施設パンフレットも作成しており、施設概要、利用案内、アクセスなどの情報を提供している。法人機関誌も定期的に発行し、区や町会、民生委員などの関係者に配布している。当施設の利用を希望する場合は、区への申請が必要になるが、7月末と1月末が申し込みの日のため、それに合わせた見学が多くなっている。見学者にはパンフレットを渡すとともに、施設内を案内している。感染症対策のため、説明のみとする場合もある。 見学時に居室タイプについて説明しているが、居室変更の可能性があることも伝えている 見学は電話で予約をした上で受け入れている。急な申込にも対応している。見学時は、3種類ある(個室、2人室、4人室)居室タイプを見てもらっている。個室を希望するケースが多いが、スタッフルームに近く、見守りなど介護上必要な利用者が個室を利用することが多いことを伝えている。どうしても個室を希望する人には、他の施設を紹介している。入所後に、居室変更の可能性があること(利用者同士の関係で変わったり、スタッフルームの近くの個室で見守るようにする等)を、入所の段階で改めて説明している。			

サブカテゴリ-2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当	
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当	
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当	
サブカテゴリ-2の講評			
入所までに必要な情報を収集し、入所日に契約手続きを実施して受け入れている 初回の訪問面接で必要な情報を収集し、事前訪問調査報告書を作成して判定会議(全部署が参加)で入所を決定している。家族に記入してもらった「希望調査書」を渡し、入所日に持ってきてもらっている。また、診療情報提供書、健康診断書も提出してもらっており、医療面に関する情報も収集している。これらの必要書類が揃い次第、入所としており、契約手続きは入所日に実施している。初回ケアプランも入所日までに作成して。6カ月の期間としているが、3か月時点で必要な見直しをしている。利用者の状況を確認し、詳細な情報を追記している。 入所に当たって利用者の情報を職員間で共有し、落ち着いて過ごさせているか確認している 入所日に利用者・家族から情報を聞き取り、フェイスシートを完成させている。利用者の状況を職員間で共有し、必要な支援を提供できるようにしている。施設生活や医療管理、栄養ケア計画などについての希望も聞いている。入所時は、各フロアで他の利用者へ紹介をするほか、職員による声掛けを多くして、施設生活に馴染むことができるようにしている。介護、看護師、相談員、ケアマネ等、各職種の職員も、利用者が落ち着いて過ごさせているかを確認している。特に、最初の1週間は様子を良く観察し、必ずケース記録に残し、職員全体で共有している。 看取りケアを実践しており、利用者だけでなく家族へのケアにも配慮している サービスの終了理由として、逝去によるものが最も多くなっている。看取りケアを実践しており、時期に応じて個室に移ってもらっている。静養室を使用したり、個室が開いてなければ、個室の利用者をお願いして、部屋を変わってもらうこともある。家族は、面談室で泊まることもできるが、居室内で一緒に過ごすことが多くなっている。利用者だけでなく、家族へのケアにも配慮している。最期まで、医療的な対応を希望する場合は、入院する利用者もいる。関係機関と連携を取り合い、利用者・家族の希望を叶えるように努めている。			

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		
多職種の見解を踏まえ、家族の要望を反映した介護計画書を作成している 介護計画書の作成に当たっては、リハビリ、栄養、医務など、多職種の見解を反映できるようにしている。それぞれの職種が把握した情報や、必要と思われる支援内容についての情報を記入し、ケアマネジャーが参加するミーティングで検討している。計画は6か月の期間で作成しているが、初回以外の利用者も含め、全員分を3か月ごとに見直している。臨時で検討が必要な場合は、ケース会議(月1回)で取り上げている。介護計画書の1、2表は、ケアマネジャーが作成しているが、介護職員によるアセスメント内容や、家族の要望を反映している。		
家族と利用者の状況を共有しており、記録を月ごとにまとめてチェックをしている 利用者の意向を把握し、支援に反映している。また、家族とも担当職員が連絡を取っている。その際には、利用者の状況も伝えている。サービス評価アンケートも実施している。希望者にはケース記録を毎月送っている。職員間の情報共有のためにミーティングノートを活用している。フロアごとに、他の職員に伝えたいことを記入している。他に業務日誌も作成している。日々の記録を月ごとにまとめており、担当職員が作成した後、一般職同士でチェックし、さらに各フロアの指導職もチェックしている。記載内容については、各フロアで指導している。		
介護計画について家族に説明しているほか、接点を多く持って支援に活かしている 新型コロナウイルス流行前は、6か月ごとの計画更新の際に、カンファレンスを開いて家族に説明をしていたが、今は実施していない。家族に計画を郵送し、説明している。看取りの際には、家族が来所しており、直接話すことができる。面会は日曜日以外の14時から30分刻みで実施し、16時まで枠を設けている。リモート対応や、枠外での対応もしている。面会希望者が多く、原則2週間、間を開けてもらっている。面会の際には、職員からも利用者の状況を報告し、家族と共有している。介護職員との接点を持ってもらうため、顔合わせをしている。		

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		
内部監査や職員研修等により個人情報保護を徹底し、プライバシーにも配慮している 法人としてプライバシーマークを取得しており、個人情報の保護を徹底している。毎年、内部監査を実施しているほか、全職員が個人情報に関する研修を受講している。広報誌に利用者の写真を載せる場合には、都度許可をとることとしている。利用者のプライバシーにも配慮し、所有物の取り扱いには最新の注意を払っている。居室内の棚に所有物を納めてもらうようにしているが、溢れる場合は倉庫に保管している。入浴の際は、浴室内の脱衣室で着替えてもらっている。一人でトイレに行く利用者は、極力、トイレのある個室を利用してもらっている。 利用者の権利擁護について職員の理解を深め、介助の前の声掛けを徹底している 利用者の権利擁護について、法人の倫理綱領に定め、新任職員研修やミーティングで読み合せている。年1回、倫理綱領についての研修と確認テストも実施している。介助をする前の声掛けを必ずしている。車椅子を動かす際に声をかけるなど、虐待防止委員会から職員に周知をしている。職員から、不適切なケアで目につくことを挙げてもらい、委員会で話し合い、対応を考えている。飲酒を楽しんでいる利用者もいる(家族が持ってきている)。また、個別に新聞をとっている利用者には職員が届けている。 身体拘束ゼロを施設方針としており、グレーなケアについて委員会で検討している 身体拘束ゼロを施設方針としている。利用者の安全を確保するため、他に手段がない場合と判断される場合は「身体拘束廃止検討委員会」で方法、範囲、期間を検討した上、家庭の同意を得て実施することとしている。その場合も1か月ごと見直し、できる限り早く解除できるよう努めている。実際に拘束をしている利用者はいない。例えば、ベッドからの転落の危険性がある利用者には、クッションを敷いた上で、ベッドマットだけを利用してもらっている。グレーなケアについて、身体拘束防止委員会で検討しており、職員にフィードバックしている。		

サブカテゴリ-6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
サブカテゴリ-6の講評		
マニュアル整備検討会を設置し、必要なマニュアルを整備し、更新している 共通の各種マニュアルを整備し、常にアップデートしている。施設全体で「マニュアル整備検討会」を設置し、全部署の係長級の職員の定例会議において、毎月、変更点等について共有化している。マニュアルファイルには、「居室担当業務について」、「配薬マニュアル」、「清拭マニュアル」、「会議録の書き方」、「申し送り内容について」、「ケアプランについて」、「緊急対応基準」、「火災発生時の対応」、「短期入所の受け入れについて」、「歩行介助について」、「食事介助について」等、業務遂行に必要な項目が網羅されている。 看護師による勉強会が行われており、フロアチェックで業務水準を点検している 「医務看護マニュアル」では、看護師の勤務体制や業務内容について定めるとともに、内服・配薬等の手順も記載し、利用者が安全に服薬できるようにしている。看護師が、内服薬についての勉強会や、胃ろうについての勉強会を開催しており、職員が支援に必要な知識を得ることができるようにしている。看取りについては、同意書を得た後に計画書を作成して実施している。栄養面、排泄、精神的な関わり等、必要なケアを適切に実施できるようにしている。職員の接遇や居室の環境整備等を点検する「フロアチェック」も実施して、業務水準の維持を図っている。 職員が確実に業務を習得できるようにしており、アンケート結果を改善に活かしている 半年に一度、人事考課の際に、職員各自の業務遂行状況を確認している。また、業務マニュアルに沿ってOJTを実施しており、職員が確実に習得できるようにしている。次年度の事業計画を作成するにあたり、サービスに関する見直しを行い、より良いサービスを提供できるよう努めている。施設で実施するサービス評価アンケートや、第三者評価アンケートの結果も参考にしながら、サービスの質改善を図っている。		

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)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている ☐非該当
評価項目1の講評	
施設サービス計画は職員全体で共有し、計画に基づいた支援かチェックしている 介護支援専門員の立てたケアプランは、連絡ノートに貼り、申し送り時に職員に伝達し、周知を図っている。ケアプラン通りに支援が行われているかの確認は、サービス計画書(2)に書かれている援助内容ごとに、○・×で記入するチェック表を作り、毎日チェックするようにルール化している。さらに、当日の担当者が振り返ってチェックしている。ケアプランのモニタリングは3か月ごとにフロア会議で行い、半年に1回アセスメントして必要な見直しをしている。利用者の状況が変化した場合随時見直し、変更内容の周知を図っている。 支援の中で職員は利用者とのコミュニケーションを図り、ニーズを把握している 利用者の意向は日々のケアの中でコミュニケーションを図り、確認している。意向によってはフロアリーダーに報告して記録され、申し送りなどで職員に周知される。利用者の趣味や習慣なども施設でも継続できるようにケアプランに反映し、職員間で情報を共有し、支援している。例えば、晩酌の習慣があり、利用者及び家族も希望する場合は、飲みすぎないように酒量に配慮して晩酌を続けてもらっている。また、新聞を毎日読みたいと希望する利用者には、エレベーター脇のフロアに椅子と新聞ラックを置いて読んでもらっている。 多職種が参加するケース会議を毎月開催し、必要な支援について検討している 毎月行っているケース会議には、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ている。利用者一人ひとりの支援内容について検討している。医務課からは医療的ケアの必要な利用者の状況や看護計画について、リハビリからは「個別機能訓練計画」の状況やマッサージとの連携、生活リハビリについて、栄養課からは「栄養ケア計画」や利用者の嚥下の状況やラウンド時の食の希望についてなど、それぞれの報告が上がっている。必要な事項については、ケアプランに反映している。	
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)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている ☐非該当
評価項目2の講評	
利用者それぞれの嚥下状況やアレルギー、疾病等に応じた食事を提供している 利用者の嚥下や咀嚼の状況に応じて、主食は常食・粥食・高カロリーゼリー食、経口栄養濃厚流動食を提供、副食は常食、一口大、きざみ、ペースト等の食形態で、温かい食事を用意して提供している。管理栄養士・介護職・看護職が話し合い、アレルギーや利用者の嗜好も踏まえて「栄養ケア計画書」を作成し、3か月ごとに見直している。経管栄養の利用者については、体重の増減や採血の結果により栄養剤の内容や量について見直しを図っている。介助の必要な利用者には、職員が誤嚥に注意しながら一対一で介助し、食べてもらっている。 管理栄養士と介護職が連携し、利用者の食事状況を把握している 管理栄養士は食事時間にこまめに現場を巡回し、利用者一人ひとりの食事状況を観察している。利用者の食事の姿勢、箸やスプーンの運び方、吞み込みの状況等を観察し、介護職員に意見を聞いている。また、利用者に声掛けして食事の意見や希望等を聞き、モニタリングやアセスメントの材料とし、献立の参考にしている。利用者の日々の食事の状況や、毎月の体重測定などから栄養状態を把握し、低栄養にならないように注意している。気になる利用者について、サービス担当で話し合い、食事形態の変更など検討している。 利用者一人ひとりに栄養計画を立て、アセスメントやモニタリングを行っている 管理栄養士は、利用者一人ひとりが十分に栄養が摂れ、健康な生活が送れるように「栄養ケア計画」を立案している。栄養計画は、定期的なアセスメント・モニタリングが行われており、利用者の状況に沿ったものとなっている。また、サービス担当で話し合い、検討されたケアプランと関連づけられ、直接支援している介護職と情報共有して連携しながら支援をしている。経口による食事維持のために、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護職等が定期的に利用者の嚥下を確認する機会を持っている。嚥下や食事摂取量低下等に課題が見つかれば、補食等を検討している。	

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				
食事は魚か肉を好みに合わせてセレクトでき、行事食や郷土料理なども提供している 食事は利用者の嗜好や希望を聞いて、主菜を肉にするか魚にするか選べるようになっている。また、管理栄養士が、利用者の食事時間帯にこまめにラウンドし、利用者の食事の状況を観察し、意見を聞いている。毎月実施されている行事の際は、お花見膳や端午の節句膳、七夕膳、敬老祝い膳、運動会のお弁当等を提供し、喜ばれている。その他、各県の郷土料理等、ご当地メニューを提供し、食事に変化をつけて喜ばれている。晩酌の習慣のある利用者には健康に配慮しながらお酒を提供している。 体調不良や朝起きれない等の利用者には、2時間まで食事を取り置きしている 体調不良や、起床時間が遅い利用者、受診等で食事時間に間に合わない利用者などには、2時間までは食事を冷蔵庫に保管して取り置きし、利用者が食べられる状態になったら、温めて食事を提供している。食中毒に注意し、2時間を超えた場合は、食事を厨房に戻している。利用者には食事時間を無理強いせず、生活リズムに合わせて希望に応じながら、柔軟な対応を図っている。 食事はテーブルについてから配膳し、温かい食事を提供している 配膳は利用者が食堂に来る前に準備するのではなく、利用者が食堂の席に着いてから順次に、温かい状態で配膳している。誤配膳をしないよう、職員は食料を確認し、名前を呼んで確認してから配膳している。食堂の席は、テレビの良く見える席や静かな席、話の合う友人がいた席など、利用者が生活するうちにほぼ決まっており、いつもの席でゆったりと食事を摂っている。経管栄養の利用者は、食堂フロアから少し離れた場所で、職員が観察しながら安全に食事をとってもらっている。				
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種類の浴槽を設置しており、希望や身体機能に応じて浴槽を選択し支援している 浴槽は、臥床式と座位式の2種類の機械浴とリフト浴、周りに手すりがついた大きな浴槽と、一人で入れる浴槽の5種類を整備し、利用者の希望やADLの状態に応じて浴槽を選び、週に2回入ってもらっている。浴室は機械浴のある浴室と一般浴の2カ所に分かれており、職員は各浴室に2名ずつ配置されている。利用者の安全に配慮し、ゆっくりと入浴を楽しんでもらっている。以前は週に4日を入浴日として、1日に支援する人数が多くあわただしい状況であったが、入浴日を週6日に設定した結果、利用者一人ひとりがゆっくりと入浴できるようになった。 入浴介助に当たる職員は、利用者の羞恥心に配慮して支援している 入浴支援を担当する職員は、各フロアのADL表を確認した上で、順番に利用者を浴室に誘導し、プライバシーに配慮しながら衣服を脱いでもらっている。そして、各利用者のADL表に記載されている浴槽のある浴室に安全に配慮しながら誘導している。入浴支援では、5つの浴槽ごとにマニュアルがあり、職員はマニュアルに基づいて安全に配慮して支援している。支援後は、ケアプランの入浴支援項目のチェック項目にチェックし、振り返りを行っている。 入浴拒否があったり、入浴予定日に入浴できなかった利用者には、柔軟に対応している 入浴拒否のある利用者には、時間を変えて誘ったり、入浴担当の別の職員が誘ったり、コミュニケーションに工夫しながら誘導を試みている。また、午前入浴予定を午後に変えて誘っても断られる場合は、入浴日を変えて入浴してもらうなど、柔軟に対応し、身体の清潔を図っている。季節に応じてゆず湯や菖蒲湯を実施し、音楽をかけてリラックスしながら入浴を楽しんでもらっている。当日の入浴支援終了後は、清掃・換気して浴室の環境整備を行っている。				

5	評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目		
	●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○非該当	
	●あり ○なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当	
	●あり ○なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○非該当		
評価項目5の講評				
排泄支援は自立支援を基本にしており、できる限りトイレで排泄するように支援している 排泄支援に関しては、トイレでの排泄と自立支援を基本にして支援している。ケアプランとADL表には排泄ケアの方針や方法が書かれており、職員はそのプランを踏まえ、排泄マニュアルを参考に、一人ひとりのニーズに基づいて支援している。立位の困難な利用者には介護者が2名つき、トイレ又はポータブルトイレに座ってもらい排泄を促している。便秘気味の利用者には、水分摂取や食事を観察して助言したり、水分補給を試みている。各フロアに排泄係を配置して、フロア利用者の排泄改善に向けた取り組みを提案している。 フロアごとのADL表に基づいて、個別支援を行っている フロアごとの毎日の業務内容が書かれているADL表には、利用者一人ひとりの排泄支援方法、基本的な支援時間、おむつやリハビリパンツ、パットの種類が書かれている。介護者はそれをみて一人ひとりの利用者の排泄支援を行い、支援後は排せつチェック表に記録している。フロアの排泄係より利用者の支援方法について提案があれば、ミーティングやフロア会議で検討し、合意のもとで支援方法を変えている。支援方法を徐々に自立に向けた支援に変えていき、リハビリパンツから布パンツとパットに変わった利用者がいる。 常に清潔なトイレとなるよう環境整備し、気持ちよく排泄できるようにしている トイレの清掃は専門業者に依頼している。清掃の専門業者は、消毒薬を使用して清掃し、感染防止を図っている。清掃後にトイレが汚れた時は、間接業務担当の職員がすぐに対応して、常に利用者が清潔なトイレを使用できるようにしている。各居室のトイレはカーテンで仕切られているが、排泄介助時にはカーテンをしっかりと閉め、声掛けもプライバシーに配慮している。トイレ誘導の時の際も、本人しか分からないような声掛けをして羞恥心に配慮し、気兼ねなく気持ちよく排泄できるように支援している。				
6	評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			評点(〇〇〇)
	評価	標準項目		
	●あり ○なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	○非該当	
	●あり ○なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	○非該当	
	●あり ○なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	○非該当	
評価項目6の講評				
自力で移動できるように補助具を選定し、機能訓練によりADLの維持向上を図っている 利用者の入所時に、これまでどのようにして移動していたのかを本人及び家族から聞き、施設の中では移動補助具が何が必要かを、ケアマネジャーや看護師、介護士、理学療法士等で話し合い、アセスメントして決めている。最初は在宅での生活と大きく変化しないように考慮するが、施設はバリアフリーであり、できるだけ自力で移動できるよう、杖やシルバーカー、歩行器、車いすなど、利用者のADLに即した補助具を選定している。理学療法士は利用者一人ひとりに「個別機能訓練計画」を立て機能訓練を行い、ADLの維持向上を図っている。 介護職員は理学療法士から、移動・移乗の支援方法についてアドバイスを受けている 介護職員は、理学療法士に利用者一人ひとりの移乗・移動の方法を実際に見てもらい、アドバイスを受け、日々の介護に役立てている。アドバイスにより介護職員の技術が向上し、利用者は安全で安楽な支援が受けられている。二人介助が必要な利用者には、二人態勢で介助し、スライディングボードやスライディングシートを活用し、移乗リフトも活用し、安全な移乗に努めている。移動介助において、安全な支援に努め、補助具の車いすやリフト、シルバーカー等の整備を定期的に行っている。 車いすのチェック・清掃は、利用者が入浴している間にチェック表を用いて行っている 車いすのメンテナンス及び清掃は、介護士が中心となって、利用者が入浴している間にチェック表を用いて行っている。前輪や後輪のタイヤの状態、ブレーキの状態、ひじ掛けやシートの状態等について確認している。また、修理を必要とする車いすがあった場合は、理学療法士に報告している。理学療法士が確認し、修理依頼書を事務局に提出している。車いすは、通常タイプ、リクライニングタイプ、モジュールタイプがあり、利用者一人ひとりに合わせて選定され、支援に用いられている。				

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いかす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	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いかす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いかす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																	
	評価項目7の講評 理学療法士が個別機能訓練計画書を作成し、機能訓練を実施して評価している 利用者一人ひとりのADLの状況に基づき理学療法士が「個別機能訓練計画書」を作成し、マッサージ師や介護職と連携し、ADLの維持向上を目指して支援している。「個別機能訓練計画書」は3か月ごとに見直しが行われ、その時の利用者の状態に応じた計画で機能訓練を行っている。機能訓練では、座位・立位・歩行等、現在持っている機能を最大限に生かした機能訓練や、廃用症候群による関節拘縮予防のための関節可動域訓練、浮腫（むくみ）解消、血行促進等を目的としたマッサージ、心身の活性化を促すための体操やアクティビティなどを行っている。 介護職は日々の支援の中に生活リハビリを取り入れて支援している ケアプランに反映された「個別機能訓練計画書」は、介護職員に周知され、毎日のケアの実施時に生活リハビリを念頭においた支援がなされている。排泄介助においては、ベッドからの起き上がり、トイレまでの移動、トイレでの下衣やリハビリパンツの上げ下げ等、声掛けをしながら、できることは利用者にしてもらい、できない所を支援している。入浴介助においても、浴室までの移動、衣服の着脱や、浴室での洗身等、できることは利用者にしてもらっている。生活リハビリを通じて、利用者自ら身体を動かすことで、身体機能の維持・向上を図っている。 福祉用具は理学療法士と介護士が連携し、定期的にメンテナンスしている 車いすの他、リフトやエアマット、ポータブルトイレ、杖、歩行器、スライディングボード、体位交換器などの福祉用具は、理学療法士と介護職員が連携して管理し、必要があればフロアの主任を通して整備している。車いすは、利用者の入浴時に清掃及び点検し、チェック表に記録している。その他の福祉用具は、日々の介護時に不具合がないか調べており、また、定期的にチェックリストに基づいて確認している。																		
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	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																	
	評価項目8の講評 看護師が24時間勤務しており、医療的ケアの必要な利用者に対応できている 施設には10名の看護職員が勤務しており、看護師も夜勤勤務を行っているため、24時間医療的ケアが実施できている。毎日のケアでは、利用者のバイタルサインのチェックを行い、コミュニケーションを図って体調確認を行っている。その他、入浴時に医療的処置を必要としている利用者に処置を行い、胃ろうの利用者の栄養支援、服薬準備、医師の診察介助、緊急時の対応をしている。必要があれば救急車に同乗している。また、家族の受診同行が難しい場合の受診支援も行っている。ケース会議にも参加し、看護の立場からの意見を述べている。 服薬支援は配薬手順マニュアルに基づいて実施している 服薬支援では、看護師リーダーが利用者ごとのボックスにセットし、他の看護職員がそれをチェックし、ダブルチェックを行っている。看護師が24時間勤務しているため、看護師が服薬支援を行っているが、夜間においては、看護職の配置が1名のため、配薬手順マニュアルに基づいて介護職員が服薬支援を行っている。服薬支援では、誤薬がないように、配薬時に薬袋の名前と日付を確認し、利用者とともに自分の薬であることを確認し、利用者が飲み込むまで確認し、記録している。口腔ケアも毎食後、1日3回行っている。 施設では利用者及び家族の意向に基づいて終末期の支援を行っている 施設では看取りケアに取り組んでおり、看取りの時期になると医師より家族に説明が行われ、医療と介護、家族が連携して利用者の看取りケアを行っている。昨年は15名の看取りを行った。看取り時期になると面会制限を外し、いつでも家族が利用者の側にいけるようにしている。多床室でも、利用者及び家族の希望でいつもの居室のベッドで看取りケアを行うことがある。また、希望により医務室隣の静養室に移って支援を受けることもある。利用者の痛みや不安を取り除き、安心して最期の時を過ごせるように寄り添っている。																		

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 起床時と就寝時に利用者の更衣支援を行い、生活にメリハリをつけている 身体的に負担のない利用者を除き、起床時と就寝時に更衣を行い、生活にメリハリをつけている。自分でその日に着る洋服を選べる利用者には、選んで着てもらっている。自分で選べなかったり、更衣のできない人には、職員が声掛けして、今日はどれを着たいかを聞いて準備し、更衣支援をしている。着衣の支援は、できるところは自分でしてもらい、できない部分の支援を行っている。就寝前も同様に、1人でできる利用者は、自らその日に着衣した服を脱ぎ、パジャマに着替えている。支援の必要な利用者には、声掛けしながらパジャマに着替えてもらっている。 起床後に利用者に声を掛け、洗面や整髪等を支援して身だしなみを整えている 起床後に、利用者は排泄したり、洗顔したり、更衣して整髪を行うなど、朝食の時間までに整容を行っている。自分で行える利用者には自分でしてもらい、介助の必要な人には、一人ひとりの状況に応じて、声掛けだけをしたり、一部介助や全介助をする等、それぞれに対応している。男性利用者で、髭剃りの支援が必要な人には電気カミソリで支援している。毎月各フロアに理美容師の出張訪問があり、利用したい人は申し込んで、理髪してもらっている。 日中に活動してもらい、利用者が安眠できるように支援している 利用者が安眠できるように、日中はレクリエーションやリハビリ、マッサージなどの活動で、負担のない程度に活動を提供している。多床室でも居室面積が広いので、ベッドの間隔は広く、カーテンでプライバシーが十分守られている。また、安眠が図れるよう、寝具の好みなどを入所時に聞いて、調整を図っている。寝たきりであったり、拘縮がある利用者には、時間ごとの体位交換を支援している。また、クッションなどで体勢を保持し、安眠できるようにしている。どうしても寝られない利用者には、眠くなるまでスタッフルームの前で過ごしてもらっている。																
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 利用者は、施設内でそれぞれの意向で自由に暮らしている 利用者一人ひとりの趣味や好みに応じて、テレビやCDデッキ等、居室に入り、安全なもので、他の利用者の迷惑にならないものであれば、持ち込みは自由としている。趣味に必要な筆記用具や、お菓子、花など、欲しいものは職員に相談して購入してもらっている。飲酒の習慣がある利用者には、利用者及び家族からの希望があれば、健康に影響を及ぼさない程度に飲酒してもらっている。家族の面会には時間制限があるが、対面での面会が開始され、予約してから対面又はオンラインを選んでもらっている。 レクリエーションの担当の職員を決め、計画を立てて実施している 行事の担当者を決めており、担当者が企画・実施・振り返り・報告まで一連の業務を担っている。行事は、お花見会や花火、紅葉ドライブ等、フロアごとに楽しむ行事のほか、施設全体で行う敬老会や、地域合同行事の納涼祭など実施しており、感染症の流行状況により開催方法を工夫している。行事の時は、お花見御膳、端午の節句膳、七夕膳のように食事も特別に用意され、喜ばれている。また、誕生会は、利用者一人ひとりが誕生したその日にお祝いしている。フロアごとに少人数で行う昼食会や喫茶会があり、利用者は自分の順番が来るのを楽しみにしている。 認知症の利用者が落ちついて過ごせるよう、「ひまわり」でグループケアを実施している 各階の認知症の利用者が認知症高齢者グループホームケアのように、朝食後に3階の「ひまわり」グループケア室に移動し、そこで夕食前まで、少人数で認知症ケアの専門性を持つ職員から支援を受けている。「ひまわり」は、広くゆったりとした部屋でテーブルが二つあり、利用者は好きなところに座り、ゆったりとおしゃべりしたりゲームや歌を歌って過ごしている。「ひまわり」では、声掛けと見守りケアを基本にしており、利用者は自分でできることは職員に見守られ、声掛けされて自分で行っている。また、職員はユニチュードケアについても学んでいる。																

11	評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている			評点(〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	☐ 非該当	
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域の一人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				
コロナ禍において外食を自粛し、テイクアウトを取って外食の雰囲気を楽しんでいる 新型コロナウイルス感染症が流行してからは、外食の機会がなくなったので、何が食べたいか利用者に聞き、近隣のお店からテイクアウトして外食の気分を楽しんでいる。テイクアウトは、ファーストフードであったり、ランチ弁当であったり、中華料理等であり、利用者にいつもと違う雰囲気を楽しんでもらっている。また、少人数でケーキやお菓子、コーラやお茶などの飲み物で茶話会を開き、おしゃべりを楽しむことがある。利用者はこれらの機会を楽しみに待っている。 施設は区の福祉の複合施設の中にあり、建物内には児童館がある 施設は、区立の特別養護老人施設と高齢者在宅サービスセンターからなる高齢者福祉施設と、子ども中高生プラザの児童施設の複合施設である。これまでは複合施設であるメリットを生かし、高齢者と子どもたちの交流できる地域福祉の拠点となるように運営されていたが、ここ数年はコロナ禍のために直接の交流機会が難しくなっている。今年度はビデオを撮影してお互いの状況を確認したり、プレゼント交換をしたり、お互いに距離をとってシャボン玉を飛ばすなどの交流を図っている。 今年は施設内での祭りであったが、以前の形式に戻していきたいと考えている 今年度は3年ぶりに感染防止に努めて、施設内であったが「納涼祭」を開催することができた。当日は、非接触に心がけながら、招いた子どもたちが各フロアを回って一緒にゲームを楽しんだり、ハモニカ演奏や太鼓演奏を行い、利用者を楽しんでもらった。また、ベランダに出てシャボン玉を飛ばし、利用者と子どもたちと楽しい交流ができた。今後、感染症の状況を見ながら、以前のように地域の方々にも参加してもらい、お祭りを盛り上げたいと考えている。また、施設の外に出て地域のお祭りにも参加したいと考えている。				
12	評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている			評点(〇〇〇)
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	☐ 非該当	
	☒ あり ☐ なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	☐ 非該当	
	☒ あり ☐ なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	☐ 非該当	
評価項目12の講評				
利用者の様子を、こまめに電話やメールで家族にお知らせしている 家族に対して、利用者の日常の様子を電話やメールでこまめに知らせている。毎月請求書と一緒に、利用者が写っている行事の写真など同封することもある。利用者に体調変化のある時はすぐに家族に伝え、その後の様子もお知らせしている。コロナ禍前までは、半年に一回のケアプラン見直しのカンファレンスに家族にも参加してもらい、直接職員から利用者の様子を聞く機会があったが、現在は書面開催となっている。しかし、利用者の日々の様子を書いてあるケース記録も提供しているので、利用者の日常の様子がよく分かるようになっている。 感染予防に配慮し、対面での面会を時間を制限して開始した 新型コロナウイルス感染症が5類に移行してからは、時間制限を設けて対面での面会を開始した。面会は他の利用者のいる居室や食堂でなく、会議室や面接室、営業してない時のふれあい喫茶室を利用して行っている。また、タブレットを活用したオンライン面会も続けており、家族の状況により面会の方法を選んでもらっている。オンライン面会では職員が利用者の補助をしている。家族にも利用者の様子がよく分かるように支援している。面会では、家族と利用者で直接コミュニケーションを図り、様子を把握することで双方の不安解消となっている。 家族の意向は面会で施設に来た時や、電話で利用者の様子をお知らせする時に聞いている 家族が施設に利用者の面会に来た時に、職員が家族とコミュニケーションを図り、家族の意向・要望を聞いている。また、利用者の状況をお知らせするためにかけた電話の際も、家族から要望がないか聞いている。これまで半年ごとのケアプランの更新時には、ケアカンファレンスを行って家族の意向・要望を直接聞いていたが、現在は電話での意向確認となっている。家族会も年2回開催し、家族の意向・要望を直接聞いていたが、現在は書面開催となっている。様々な機会を通して、積極的に家族の意向を確認している。				

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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①	利用者が安全・安心して過ごせるよう、リスクマネジメントを組織的に推進している	
内容①	利用者が安全・安心して過ごせるよう、事故対応委員会、安全衛生委員会、感染症予防検討会で、施設のリスクマネジメントに関する様々な問題を精査し、課長会で内容を確認している。感染症拡大防止が必要な場合には臨時会議を開催し、施設全体の対応を迅速かつ明確に決定し、職員に周知している。事故予防に関しては、重大事故発生直後に関係部署の多職種が事故原因を分析し、未然防止策を検討を行う体制を整えている。月1回、事故リスクを予測する取り組みを実施するなど、組織全体でリスクマネジメントを徹底する体制を整備している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-4	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
タイトル②	入浴支援日を増やしたことで、利用者がゆっくりと入浴を楽しめる雰囲気になった	
内容②	以前は、入浴日を週にそれぞれ午前と午後、4日間と決めていたため、1日に入浴支援を行う人数が多く、入浴日は職員も利用者も慌ただしい状況にあった。その改善策として、日曜日以外の週6日間、入浴支援を行うことにしたため、1日の入浴人数が減り、職員は時間的に余裕をもって入浴支援に関われるようになり、利用者もゆったりと支援を受けられるようになった。季節のゆず湯や菖蒲湯を楽しんでもらったり、音楽の好きな利用者には音楽をかけて支援したりと、以前より入浴を楽しむ余裕が出てきている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-5-2	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
タイトル③	利用者の権利擁護や、身体拘束ゼロへの取り組みを重ねている	
内容③	利用者の権利擁護について、法人の倫理綱領に定め、新任職員研修やミーティングで読み合せている。年1回での研修と確認テストも実施している。また、身体拘束ゼロを施設方針としており、利用者の安全を確保するため、他に手段がない場合と判断される場合は「身体拘束廃止検討委員会」で方法、範囲、期間を検討した上、家庭の同意を得て実施することとしている。その場合も1か月ごと見直し、できる限り早く解除できるよう努めている。実際に拘束をしている利用者はいない。グレーなケアについて委員会で検討し、職員にフィードバックしている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	看護師の24時間配置及び夜間の介護職員の複数勤務により、支援の充実が図られている
	内容	看護職員が10名配置されている。夜勤勤務にも看護師が加わり、24時間看護師配置ができており、夜間でも医療的ケアの対応できている。また、介護職の夜勤者2名の他に、準夜勤勤務体制もあるため、夜間勤務の忙しい時間には看護師を含めてフロアに4名の職員配置となっている。手厚い職員体制により利用者のニーズに応えることができている。利用者調査においても満足度の高い評価となっている。また、看護師の24時間勤務により、胃ろうを設置した利用者やインスリン注射等、医療的ケアを必要とする利用者の受け入れを積極的に行っている。
2	タイトル	認知症ケアや看取りケアなど、支援の専門性を高めて、利用者や家族に寄り添ったケアを実践している
	内容	各階の認知症の利用者が認知症高齢者グループホームケアのように、朝食後に3階の「ひまわり」グループケア室に移動し、そこで夕食前まで、少人数で認知症ケアの専門性を持つ職員から支援を受けている。声掛けと見守りケアを基本にしており、利用者は自分でできることは職員に見守られ、声掛けされて自分で行っている。職員はユマニチュードケアについても学んでいる。また、看取りケアを実践しており、利用者だけでなく、家族へのケアにも配慮している。利用者の痛みや不安を取り除き、安心して最期の時を過ごせるように寄り添っている。
3	タイトル	職員のモチベーション向上と、ワークライフバランスの実現に向けた取り組みを重ねている
	内容	施設では、職員が一丸となり目標に向かう職場風土を醸成するとともに、退職者を減らす取り組みに力を入れている。人事考課の年2回の定例面接に加え、施設長と副施設長、並びに各部署管理職が、中途採用者だけでなく課題を抱えているような職員や非常勤職員に対しても面接を実施している。また、「くるみんマーク」を取得し、職員が育児をしやすくするための制度を整えている。さらに、職員が年間の公休・有休を確実にとれる体制も整えてきた。職員のモチベーション向上と、ワークライフバランスの実現に向けた取り組みを重ねている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	クラウド版介護支援システムを導入したことにより、質の高いサービスにつなげていくことが望まれる
	内容	事業所では、毎年策定する事業計画の中に、重点目標や具体的な指標として各種目標数値を示している。計画目標の管理手法として、職員間で情報を共有し、効率的に確認したいとのニーズから、ICT化の促進を求める声が多かった。また、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に、クラウド版介護支援ソフトを導入している。これらのシステムを効果的に活用することで、ペーパーレス化・DX化を進めさせ、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ていくことが望まれる。
2	タイトル	利用者の日常的な楽しみやレクリエーションにおいて、個別のニーズに合わせた充実を図ることが望まれる
	内容	利用者の状態は様々であり、職員は看取りケアや認知症ケアへの専門性を高めている。一方で、日常的な楽しみやレクリエーションという点では、より個別に焦点を当てた取り組みを充実していくことも必要と思われる。普段、あまり主張しない利用者もおり、利用者各自が日中をどのように過ごしたいか、個別のニーズを把握し、それに合った活動を提供していくことが望まれる。例えば、他施設の取り組みを参考にして活動の充実を目指すなど、外部に目を向けた研修や事例検討を行い、サービスの充実に活かすことが望ましい。
3	タイトル	感染症の動向を見ながら、活発な地域交流の再開に向けた取り組みを進めていくことが望まれる
	内容	新型コロナウイルス感染症の流行や、最近のインフルエンザの流行を踏まえ、感染予防の観点から地域の方々との交流を制限している。外出支援はまだ積極的には行っておらず、外食支援も行っていない。しかし、地域の商店から食事をテイクアウトして外食の気分は味わってもらっている。コロナ禍前には様々なボランティアが利用者支援に来ていたが、現在は少人数の活動からお願いしている。同じ建物内の児童館からの子どもの訪問も、少しずつ再開し始めている。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が望まれる。