

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7年度】

令和8年2月25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

〒 102-0083

所在地 東京都千代田区麹町1丁目5番地4-712



評価機関名 株式会社 ケアシステムズ

認証評価機関番号

機構 06 - 167

電話番号 03-3511-5035

代表者氏名 和田 俊一



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		福祉	
	②		福祉	
	③		福祉	
	④		経営	
	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	特別養護老人ホーム神楽坂		指定番号	1370404368
事業所連絡先	〒	162-0805		
	所在地	東京都新宿区矢来町104番		
	TEL	03-3269-7555		
事業所代表者氏名	施設長 藪野 博之			
契約日	2025年 5月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025年 8月 15日			
利用者調査結果報告日	2025年 12月 5日			
自己評価の調査票配付日	2025年 6月 23日			
自己評価結果報告日	2025年 12月 5日			
訪問調査日	2025年 12月 12日			
評価合議日	2025年 12月 12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)	利用者調査は、施設と協議のうえ、評価者が個別に聞き取りをした。また、利用者の家族に対してもアンケートを実施し評価の参考とした。 事業評価については、職員からも各標準項目にチェックを入れた分析シートを回収し、集計結果報告に反映した。 第三者性確保については、当評価機関と事業者の間には特別な関係は存在せず、中立公正な立場で調査を実施した。			

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、

- ① 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ② 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ③ 別添の理由書により、公表には同意しません。

2026年2月6日

事業者代表者氏名 施設長 藪野 博之



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p>
	<p>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）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 「ここに来てよかった」と思える生活</li> <li>2) 利用者およびご家族と職員の共生関係</li> <li>3) 地域と良好な関係</li> <li>4) 「あなたに逢えてよかった」と思われる人材育成</li> <li>5) 柔軟な対応ができる経営力</li> </ol>
2	<p><b>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）</b></p>
	<p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>「出逢い」の縁を大切にする姿勢。利用者と職員による共生関係の理解。 自らを見つめ、他者への感謝の気持ちを忘れず、自分のため、誰かのために頑張る姿勢。</p>
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>あらゆる可能性を発見する視点を持った支援。 利用者個々に対して、将来に向けた意図を持っての日々の実践。 自己実現と成長。</p>

調査対象

事業者と協議の上、77名の利用者の中から、心身状況が聞き取り調査に耐え得る利用者の内3名を選定して調査対象とした。実際の有効回答数の年齢構成は、70歳代1名、80歳代2名であった。

調査方法

事業者との協議により、聞き取り方式を採用した。調査は、施設内の居室や共用スペースを使用して、評価者が利用者とマンツーマン方式で聞き取りを行った。利用者が安心して答えられるように十分な距離間隔を置いて実施した。

利用者総数

77

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	3	3
0	3	3
0.0	3.9	3.9

### 利用者調査全体のコメント

総合的な満足度に関する調査の結果は、対象者の66.7%が「大変満足」または「満足」と回答し、「不満」が33.3%であった。  
 項目別で見ると、＜サービスの提供＞に関する4設問は1設問において、大変高い満足度であった。「介助が必要な時の職員の対応」では、全員が「はい」と回答する大変高い満足度が得られている。  
 ＜安心・快適性＞に関する4設問は2設問において、大変高い満足度であった。「生活スペースの清潔な環境」、「けが・体調不良時の対応」では、全員が「はい」と回答する大変高い満足度が得られている。  
 ＜利用者個人の尊重＞に関する4設問は全設問で、概ねの利用者が満足とする回答を得られている。  
 ＜不満や要望への対応＞において、「不満や要望への対応」は、概ねの利用者が満足とする回答を得られているが、「外部の相談窓口の案内」については、さらに高い満足度が望まれる結果であった。

### 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 コメント	実数			
	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	1	1	1	0
「はい」が33.4%、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が33.3%であった。自由意見では、「美味しいです。一人ひとりに合わせてくれるみたい。お茶も好きな物を入れてくれて、濃さも聞いてくれるので頼んでいます」、「味が薄い。量は多いが食べやすくはしてくれる」、「あまり美味しくないし量も少ないと思う」という声が聞かれた。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「全面介助してもらってます」、「できることはなるべくやるけど、お風呂や着替えは手伝ってもらってます」、「コールはあまり使わないようにしている、なるべく自分でできることはやっている」という声が聞かれた。				
3. 施設の生活はくつろげるか	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「部屋でテレビを見たり、本を読んだり。たまに音楽の先生が来たり、音楽会などがある」、「週に何回かのマッサージやリハビリ、隔週である歌を歌うのは楽しい」、「テレビばかり見てます。たまに音楽や歌などがあるけど、知らない歌や好みでない歌も多い」という声が聞かれた。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「気にしてくれます」、「毎日ではないけど、血圧も測ってもらいます」、「健康だからか職員はあまり聞いてくれない。専門職は親切」という声が聞かれた。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「きれいになっている。専門の人が掃除をしてくれる」、「掃除はプロの人が来るみたい、部屋は職員がやってくれる」、「特に問題ないです」という声が聞かれた。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「気にならないです」、「みなさん親切で助かります」、「中には強い言葉で言ってくる人もいます」という声が聞かれた。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	3	0	0	0
全員が「はい」と回答しており、大変高い満足度であった。自由意見では、「風邪で寝込んだことがあるけど、専門職がちゃんと見てくれた」、「今は悪いところがないから大丈夫」、「まだそういうことはないけど、大丈夫でしょう」という声が聞かれた。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	2	0	1	0
「はい」が66.7%、「いいえ」が33.3%であった。自由意見では、「いさかいはないです」、「そういうことはないと思う」、「認知症同士でなので仕方ないけど、無自覚に声を大きくする人にうるさいと突っかかる人がいる」という声が聞かれた。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「みんな優しいしよく気がついて何でもしてくれる、安心して感謝してます」、「みんな良くしてくれます」、「親切な人もいるし、そうでない人もいます」という声が聞かれた。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	2	0	1	0
「はい」が66.7%、「いいえ」が33.3%であった。自由意見では、「気にしてない」、「気になる事はないけど、ノックはする時としないで入ってくることもあります」、「自分じゃ何もできないので、プライバシーなんてない」という声が聞かれた。				
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	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「最初はいろいろ話した」、「なんでも話すようにしています」、「特に聞かれたことはないです」という声が聞かれた。				
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	2	1	0	0
「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が33.3%であった。自由意見では、「リハビリも普段から話しながらしてくれる」、「とくになかったと思う」という声が聞かれた。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	2	0	1	0
「はい」が66.7%、「いいえ」が33.3%であった。自由意見では、「困ることはない、なんでも話すようにしている」、「まだ困ることはないです」、「あまりしない。言ってもあまり聞いてくれない」という声が聞かれた。				
14. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	0	3	0	0
全員が「どちらともいえない」と回答していた。自由意見では、「存在は聞いたことがある」、「不満などないので大丈夫」、「よく覚えていないけど、あったかもしれない」という声が聞かれた。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目		
1	カテゴリー1		
	リーダーシップと意思決定		
	サブカテゴリー1(1-1)		
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している		評点(〇〇)
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている		評点(〇〇)
	評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	○非該当	
●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	○非該当	
評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	○非該当	
●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝える	○非該当	
カテゴリー1の講評			
<p>理念や指針を小冊子にまとめ、日々のケアに活かし、周知を図っている</p> <p>「私たちのあゆみ」「私たちの実践」「私たちのこころ」「私たちの気づき」といった理念や指針を、「歩・実・心(あゆみのこころ)」という小冊子にまとめ、すべての職員が常に身に付け、日々のケアに活かしている。事業計画には、運営やサービスの基本方針などを示している。職員には、年2回の職員研修や面談で周知を図っている。利用者や職員には、ラウンド時や面会時に直接説明している。ホームページなども活用して、法人や施設の理念、方針、目指していることを、より広く発信することにも期待したい。</p> <p>施設長の役割や責任を職員に示し、リーダーシップをもって会議や委員会を推進している</p> <p>引き継ぎ書の中で示されている施設長の役割や責任を職員に示し、リーダーシップをもって会議や委員会を推進している。運営会議を通じて事業計画を説明し、職員に取り組むべき方向性を示し、面談で職員一人ひとりの目標に落とし込んでいる。ノーリフティングケア推進、事故対策防止、虐待防止・身体拘束廃止、看取り、感染対策、衛生、ハラスメントなど多岐にわたる委員会活動を活発に実施し、施設長はリーダーシップをもって改善を進めている。今回、経営層に異動があったことで改善が図られたことが、職員アンケートからも明らかになっている。</p> <p>重要案件に関しては、ボトムアップで職員の主体性を引き出すように取り組んでいる</p> <p>重要案件の決定に関しては、ボトムアップを進めることで職員の主体性を引き出すように取り組んでいる。職員から意見を吸い上げて、チーフ会議で検討した上、運営会議で決定し、権限を越える範囲は理事長も参加するキャンパス運営会議や理事会にて決定している。決定事項は各種会議、議事録を通じて職員に周知し、利用者や家族に対してはラウンド時や面会時、掲示、必要に応じた書面郵送などで周知を図っている。現在の伝達でも大きな問題は無いようではあるが、家族や職員に確実に周知する仕組みづくりを今後の課題として検討している。</p>			

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		評点(000000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>利用者、家族、職員の意向や地域のニーズは、事業計画や運営に反映させている</p> <p>第三者評価を毎年受審して、利用者や家族、職員の意向把握に努めている。利用者の意向は、日常の関わりの中で把握に努める他、ケアプラン作成時やカンファレンス時にも確認している。家族の意向は、面会時や電話、メールで確認している。職員の意向は、各種会議や上期・下期の面談で把握し、地域のニーズは、自治会や行政、社会福祉協議会、地域包括支援センター、民生委員等の関係協力機関との連携や地域交流スペースを利用する子育てサークルをはじめとする地域住民からの聞き取りから収集し、事業計画や運営に反映させている。</p> <p>法人の中長期計画に基づいて、単年度事業計画を策定している</p> <p>キャンパス会議などで示される法人の中長期計画に基づいて、単年度事業計画を策定している。事業計画は「運営の基本方針」「サービスの基本方針」「地域との交流」「職員の資質向上」「年間行事計画」などを定め、計画を踏まえた予算編成もを行っている。職員一人ひとりとは面談で、施設の事業計画達成のための個人目標を設定し、年2回の面接で進捗を確認し、年度内達成を図っている。しかし、事業計画では、稼働率などの具体的数値目標が記載されていない。今後は客観的な評価や進捗確認のためにも定量化・定性化することを求めたい。</p> <p>会議において、月単位で進捗を確認して、計画の年度内達成に取り組んでいる</p> <p>運営会議やチーフ会議において、月単位で進捗を確認して、計画の年度内達成に向けて取り組んでいる。事業計画は、全職員に示されているが、月次報告が収支と連動していないためか、職員に危機感が伝わっていないようである。毎月稼働率などの実績確認の他、収支状況なども月次決算的に確認することで、施設運営に対する職員の意識をより高める事ができ、結果としてサービスの向上にもつながるのではないだろうか。定量化・定性化した事業計画と、実績と収支が連動した月次報告により、職員が運営に主体的に関わる意識づけにも期待したい。</p>		

カテゴリ-3		
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、理解が深まるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、定期的を確認している。	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

### カテゴリー3の講評

#### 規範・倫理などは、入職時研修や会議等を活用して理解が深まるように取り組んでいる

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、就業規則や職員倫理規定、「歩・実・心」等で示し、入職時研修で施設長が直接説明しているが、より周知徹底を図るために入職のしおりを作成中である。チーフ会議や運営会議等を活用して定期的に確認し理解が深まるように取り組み、チーフ会議の中にはコンプライアンスに関するプロジェクトも設置している。苦情解決制度に関しては、契約時に重要事項説明書に基づいて説明し、いつでも自由に使えることを説明し、苦情発生時には迅速に対応する体制を整備している。

#### 虐待防止研修の他、ストレスチェックやアンガーマネジメント研修などを行っている

虐待防止に関しては、虐待防止委員会を中心に不適切ケア防止策を検討し、年2回の虐待防止研修と「虐待の芽チェックリスト」を活用した自己チェック・他者チェックを通じて防止対策を組織的に推進している。しかし、不適切なケアが発生した。苦情を受けて、施設で調査した結果、高圧的な言動などの不適切なケアが判明し、行政報告、迅速に再発防止に取り組んだ。虐待防止委員会を中心に原因と再発防止を協議し、職員メンタルケアのためのストレスチェックやアンガーマネジメント研修などを行った。今後とも継続して再発防止に努められたい。

#### 施設の特徴を活かして、地域との連携や啓蒙活動を実践している

1階に喫茶スペースと地域交流スペースを設ける特別養護老人ホームとは思えない作りになっている。喫茶スペースは地域住民も気軽に使えるカフェであり、地域交流スペースは地域の子育て支援団体や町会をはじめとする地域住民に貸し出し、施設の機能を開放した多くの世代が交流するスペースとなっている。区内の関係機関のネットワークに参画し、実習生やボランティア、多方面からの見学等も積極的に受け入れている。地元商店会とも連携、職場体験や引きこもりサポートなどを積極的に受け入れ、地域との連携や地域啓蒙活動を実践している。

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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー4の講評		
<p>利用者が安心安全な生活を送れるようにリスクマネジメントに取り組んでいる</p> <p>衛生委員会・感染対策委員会・事故対策防止委員会等の委員会を設置し、計画的かつ定期的に開催することで施設一丸となってリスクマネジメントに取り組んでいる。委員会は、利用者が安心安全な生活を送れるように、リスクの洗い出し、優先順位、要因分析・発生防止や再発防止に努めている。事故対策防止委員会では、事故報告書やヒヤリハット報告の分析による防止を進めているものの、今後のヒヤリハットの充実に期待したい。人材不足も大きなリスクとして捉え、人材の確保・育成・定着にも重点課題として取り組んでいる。</p> <p>地域も参加する防災訓練や避難誘導訓練を実施し、協力体制を作っている</p> <p>事業継続計画は自然災害対策・感染症対策ともに整備し、BCP研修を年1回、BCPシミュレーション訓練を年2回実施している。8階建てのビルであることから、火災や地震を最優先すべきハイリスク災害と位置づけ、避難訓練や備蓄品の確認などを行っている。定期的に地震や火災などを想定して日中想定と夜間想定避難訓練をそれぞれ実施し、職員の自動参集の基準も設定し、万が一の災害発生に迅速に対応できるように準備している。訓練は施設内のみならず、地域も参加する防災訓練や避難誘導訓練を実施し、協力体制を作っている。</p> <p>職員には入職時に説明の他、毎年個人情報保護の研修を実施して理解を深めている</p> <p>運営規定や就業規則にて、情報管理の基本的なルールが整備されている。また、個人情報保護に関する規程を施設内に掲示し、訪問者に対しても個人情報の重要性を説明する取り組みが行われている。職員には入職時に説明し、在職中はもとより退職後も個人情報保護を遵守する旨の誓約書の提出を受け、毎年個人情報保護の研修を実施して理解を深めている。ボランティアや実習生には、オリエンテーションで説明している。書類は施錠できる書庫に保管し、電子データはパスワードと権限設定で情報を適正に管理している。</p>		

5 職員と組織の能力向上			12/12
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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ5の講評

法人の求める人材確保に取り組んでいるが、ホームページやSNSの活用に期待したい

法人のホームページに「職員のインタビュー」「人材育成の考え方」「成長できるキャリアパス」「専門資格取得支援制度」「大学院進学支援制度」「研修一覧」等を掲載して、法人の求める人材確保に取り組んでいる。中途採用では紹介会社を中心に、施設のアピールを行い、幅広い人材確保を目指し、採用時には施設の状況や将来の人材構成を考慮し、適切な異動や配置が行われている。SNSでの情報発信にも取り組んでいるが、施設の恵まれた環境や設備などの強みが伝えきれていないため、さらなるホームページやSNSの活用に期待したい。

内部研修や法人内研修は充実しているが、外部研修の充実にも期待したい

新入職員はOJTを中心に教育し、内部研修や法人内研修には延べ605名が参加した。外部研修は、東京都やその他外部機関の研修に延べ14名が参加している。なるべく多くの職員の参加と効果を考え、オンライン研修と集合研修を組み合わせ実施している。研修後には研修報告を通して職員間で共有し、一人の学びを施設全体の学びとするように努めている。職員調査では、「研修が充実している」との声も上がっているものの、他の施設や福祉全般の状況を知らないと思われる意見も多々あったため、外部研修充実により他の施設を知ることも必要である。

人事考課と目標管理による育成やワークライフバランスの向上を図っている

人事考課制度と目標管理制度による職員育成を進めている。施設長やリーダーによる個人目標シートを使用した面談を通じて、職員の意識把握と意欲向上を図り、自己目標の年度内達成を目指している。キャリアパス基準と人事考課制度を連動させ、公平な評価と処遇の連動を実現している。月2日の希望休、残業時間の把握や休暇取得の確認、ストレスチェックの実施、ノーリフティングケアによる腰痛予防、職員交流イベント、ベストサービスアワード(活動内容の発表)等を実施し、ワークライフバランスとチームワークの向上を図っている。

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	
<b>評価項目1</b> 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)	
<b>【課題】</b> 個別支援の充実、ケアワーカーとしての質の向上、フロア間格差解消への取り組み <b>【抽出理由】</b> ユニットケア型施設であり、個別のニーズにより積極的に関わることが期待されている。ノーリフティングケアに取り組んでおり、利用者との職員双方の負担軽減に取り組んでいる。フロアごとに新人の育成方法や業務手順、介護手技などに違いがあり、施設全体での統一したケアの質や教育機会を確保する必要がある。 <b>【取り組みと結果】</b> ノーリフティングケアの施設全体での推進(法人全体での研修計画の実施) 相談員1名が取りまとめたものを2名体制とし、事業所全体への浸透を深めた。研修への参加など、看護師の協力体制強化も図られた。 他ユニット職員によるラウンドチェックを実施。リーダー会議においてフィードバックを行った。ラウンドチェックは、その都度チェック項目やチェック方法の改善を図り、フィードバック方法も工夫した。前年度に比べ、入院につながるような重大事故を減らすことができた。技術的な水準の底上げ及び均一化を今後も進めていく。並行して新入職員のOJTの整備、職員全体のコンプライアンス意識の強化を図って行く。	
目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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語の選択に関する講評	
<b>【講評】</b> 「持ち上げない」「抱え上げない」「引きずらない」等といったケア手法であるノーリフティングケアは法人としても施設としても積極的に推進している。 取り組み内容としては大きく2点、活動の推進役を2名に増員したことでラウンドチェックの実施となっている。 これまでは相談員1名が担っていた推進役を2名に増やしたことで、施設全体への浸透が広がり、介護職中心であったものから、多職種が主体的に関わる体制へと変化している。 他ユニットの職員によるラウンドチェックを実施して、フィードバックを行った効果も大きく、入院となるような重大事故の減少にまでつなげた成果は大きい。チェック方法もその都度項目や方法、フィードバックの方法も工夫する等、ただ実施するのではなく、自分たちで醸成していくという姿勢からも、職員のノーリフティングケアに対する意識の高さが理解できる。 どのようなケア手法も「これが正解」というものではなく、柔軟に利用者の心身状態に合わせる必要がある。今後とも実際のケアの中で醸成し続けることに期待したい。	

評価項目2

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

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

【課題】

- ・非常時の体制強化。
- ・地域連携および地域貢献。

【抽出理由】

- ・施設運営だけではなく、施設と地域がより交わり合い、地域づくりの一助を担いたい。

【取り組みと結果】

複数の地域福祉に根差した会に所属した。

最も近隣である、単箭町社協部会。委員とともに地域ニーズを深掘りし、私たち専門職が協同して何が出来るか、各社協部会員が集まる場で発表を行った。

その他、社会福祉法人連絡会、災害対策検討委員会、生活支援体制整備協議会等、官・民団体の垣根を越えての話し合いの場に参画し、地域ニーズの発掘や事業所間連携しての取り組み等、協議している。

地域で行われていること、都内の他事業所で行われていること、自施設でできること等すり合わせて、さらなる地域貢献を担っていくとともに地域協力体制を培っていききたい。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li><input type="radio"/> 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)</li> <li><input type="radio"/> 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</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> 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</li> </ul>

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

【講評】

恵まれた環境や設備を活用して、他の施設では考えられないほど地域になじみ、地域交流を実践しているにもかかわらず、更なるニーズ把握を図る意識の高さにまず驚きを覚える。他の施設や行政関係者からの見学希望などが多いことも当然である。

単箭町社協部会、社会福祉法人連絡会、災害対策検討委員会、生活支援体制整備協議会等、多様な話し合いの場に参画し、地域ニーズの発掘や地域が抱える課題の分析などを行っている。

最も身近な存在である単箭町社協部会では、地域のニーズの把握のみならず、課題解決に向けて専門職が協働して何が出来るか発表する等、リーダーシップをもって地域福祉の推進にあっている。

しかし、経営層の熱い思いが施設全体に浸透しているのか、今回の職員自己評価を見ると疑問に感じてしまう。その要因は、施設の恵まれた環境や設備を「当たり前」のこととして感じていることにあると思う。他の施設を知ることによって、自分が勤務する施設や法人の強みを知るようになるのではないだろうか。

外部研修の充実、他施設の見学や体験の機会を増やすことによって施設の強みを理解し、職員一丸となって地域交流の推進に取り組むことにも期待したい。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>4/4</b>
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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評		
<p>ホームページやパンフレットにて情報提供している</p> <p>法人のホームページ内では当施設の第三者評価結果も公表している。施設の情報は福ナビやその他の介護サービスの情報のページにも掲載されている。当施設はグループホームやデイサービスセンター、診療所、地域交流スペースなどがある複合施設の中にある。パンフレットは複合施設全体のものであり、その中に写真を中心にした紹介が掲載されている。パンフレットについては、特別養護老人ホームに特化したものがあってもよいと思われる。</p> <p>パンフレットは地域包括支援センターなどに定期的に配布している</p> <p>パンフレットには細かいことは書かずに簡潔にしており、見学時に詳しく説明するようにしている。パンフレットは定期的に地域包括支援センターなどに持っていつている。パンフレットは来客があった時に使用する部屋にも置いている。また、新宿区の高齢者福祉のサイトや福ナビ、介護施設の事業所を紹介する各サイトなどでも情報を確認することができる。</p> <p>見学希望には365日対応している</p> <p>見学の希望があれば土日も含め365日可能としており、相談員4名で対応している。365日いつでも見学可能なので、利用希望者の都合に合わせて見学ができる。複合施設の中にある施設なので、1階にある喫茶や2階の事務所なども見学してもらい、4階～8階の特別養護老人ホームの部分では空いている部屋や入浴施設も見学をしてもらっている。当施設では、ノーリフティングケアに力を入れているので、ノーリフト機器なども見てもらうようにしている。また、「特別養護老人ホーム神楽坂のご案内」という資料も渡している。</p>		

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	6/6
2 サービスの開始・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(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評			
<p><b>入所時には重要事項説明書にて、基本的な事項について説明している</b>            重要事項説明書には、施設概要、サービス内容、利用料金、面会や外出、喫煙、飲酒などの留意事項、身体拘束の廃止、看取り介護、緊急時等における対応方法、防火・防災対策、個人情報の保護、相談窓口、苦情の受け付けなどを記載している。利用料金については別紙で詳細に明示しており、日用品費や行事・レクリエーション参加費など実費になる品目についても示している。利用料金は、一人ひとりについておおよその金額を提示できるようにしており、納得を得て、署名・捺印を得ている。</p> <p><b>入所前に病院や自宅など、利用希望者がいる場所で面談をしている</b>            入所前には、主に相談員が利用希望者がいる病院や自宅で面談をしている。利用者の状況を聞き取り、フェイスシートに記録している。また、本人や家族の希望については、フロアの職員がキーパーソンと話すなどして把握に努めている。フェイスシートで把握した内容は、初回の施設サービス計画に反映するようにし、職員間での共有を図っている。</p> <p><b>使い慣れた家具や馴染みのものを持ってきてもらうようにしている</b>            新しい環境での利用者の不安を軽減するために、居室担当職員を決めている。また、これまで使い慣れた家具や馴染みの品を持ってきてもらうように依頼しており、場合によっては職員が自宅に取りに行くこともある。仏壇やソファ、絵、タンス、テレビなどを持ってきており、訪問時に見学した居室には、利用者が好きな絵や写真がたくさん掲示していた。入院などでサービス終了となる時は、看護サマリーを提供し、定期的に病院に電話をして様子を聞いたり、病院に行くなど、相談員が窓口となって支援している。</p>			

サブカテゴリ3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
3 個別状況に応じた計画策定・記録			
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(000)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している		<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録を適切に作成する体制を確立している		<b>評点(00)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(00)</b>	
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<b>サブカテゴリ3の講評</b>			
<b>介護記録システムにより、利用者の状況を記録している</b> 介護記録システムを導入しており、利用者に関わった職員が全員記録することとなっている。利用者のニーズなどはアセスメントシートに記録しており、ケアプラン更新表に基づき6か月ごとに更新している。カンファレンス(サービス担当者会議)では介護記録システム内の支援経過をもとに協議して、ケアプランにつなげている。家族や利用者の要望などは、カンファレンス前に居室担当職員が聞き取るようにしている。			
<b>ケアプラン更新表に基づき、見直しをしている</b> 施設介護計画見直しのカンファレンス前には、居室担当職員が利用者や家族の意向の把握に努めている。介護計画はケアプラン更新表に基づいて行っており、6か月ごとに見直しをしている。また、「褥瘡ができた」「看取りに移行した」「移動手段が変わった」「胃ろうを増設した」「身体拘束を開始した」のタイミングでは緊急に必ず計画を変更しており、そのためのカンファレンスも実施している。			
<b>職員は出勤後、必ず利用者の情報を確認している</b> 利用者の情報は、フロアごとにファイリングしてスタッフステーションに置いてある。特記事項はすぐに分かるように赤字にしており、職員は出勤後に必ず確認してから勤務に入ることになっている。外国人の職員もいるので、口頭での申し送りも行っており、夜勤から早番への申し送り、早番から日勤への申し送り、日勤から遅出への申し送りと切れ間がないように情報共有に努めている。			

サブカテゴリ5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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生じた場合には、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	
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>	
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	
<b>サブカテゴリ5の講評</b>			
<b>重要事項説明書で個人情報に関する項目を設け、署名捺印を得ている</b> 入所時に契約書、重要事項説明書を説明している。重要事項説明書には個人情報に関する項目を設け、説明したうえで、最後に利用者または代理人と同意した旨の署名捺印を交わしている。現在見守りカメラを導入する話が出ており、この点について新たに同意書を作成した。また、法人のホームページには「プライバシーポリシー」として、個人情報の内容と利用目的、取り扱いなどについて明示している。			
<b>個人宛ての手紙などは取り扱いの手順が決まっている</b> 個人宛ての手紙などは事務所に届くことになっている。事務所ではフロア宛てのボックスに入れて、フロアの職員が利用者本人に渡すか、家族に渡すかの判断をしている。行政からの書類は事務所預かりとして、相談員が対応している。居室に入る時には必ずノックをする、本人に断りを入れてから入室するなど、基本的なことを実践するようにしている。また、入浴は同性介助にする、オムツ交換では居室のドアを閉めるなど、羞恥心への配慮を徹底するようにしている。			
<b>声かけはするが、無理強いはしないようにしている</b> 職員は利用者の意向を尊重しており、入浴支援なども声かけはするものの、無理強いはしないようにしている。就寝前の着替えなども着替えたくないという利用者にはタイミングを見て改めて確認している。行事に参加するかしないかも自由となっている。食事は自室で摂りたいという利用者もあり、嚥下状態に問題がない利用者であれば可能としている。また、一時期、施設の食事ではなく、近くの弁当店の弁当を食べる利用者もいた。重要事項説明書には医師の許可があれば、お酒も可能であることが記載されている。			

サブカテゴリ6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>	
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
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>	
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変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
<b>サブカテゴリ6の講評</b>			
<p>各種マニュアルが整備されており、手順が明確になっている</p> <p>食事提供、事故・容態急変時フローチャート、誤薬予防、介護実務など日々のケアに必要なマニュアルを整備し、手順を明確にしている。マニュアルは電子化されており、各フロアのスタッフステーションで確認することができる。職員はオンラインの研修も受講しており、夜勤者も空き時間に見ることができる環境を整えている。受講したかどうかの確認は、見ないと答えられない問題を出して提出してもらうことで把握している。</p> <p>適切なサービスが提供されているかどうか、抜き打ちのチェックをしている</p> <p>チェックリストに基づき、適切なサービスが提供されているかどうかを確認している。当施設は複合施設であり、4階から8階が特別養護老人ホームである。各フロアから抽出された2名程度の職員が指定されたフロアにラウンドに行き不定期にチェックをしている。結果はフィードバックしており、職員のサービスの質の向上につなげている。施設ではさまざまな方法で職員のスキルアップを図っている。</p> <p>マニュアルの変更は月1回開催する運営会議で検討している</p> <p>マニュアルの変更は運営会議で検討しており、マニュアルに書いていない想定外の事例が生じた際は、その内容について協議してマニュアルに追記するなどしている。運営会議は全職種参加のもと、毎月開催しており、各フロアからフロアリーダーが出ている。ヒヤリハットや事故については、マニュアル通りに支援していたのかどうか確認するようにしている。また、各職種からの気づき聞き取り、マニュアル化したほうがよいと判断された事項については、マニュアル化することとしている。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー4	
		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	43/43
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
		評点(〇〇〇)	
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			
<p>毎月のモニタリングを通して、ケアプランに基づいた支援の実践状況を確認している</p> <p>ケアプランに基づき日々の支援を行い、介護職員は毎月モニタリングを実施している。モニタリング表を用いて提供しているケア内容を確認し、計画との整合性を意識して支援を進めている。ケアプランや支援内容に変更が生じた場合は、カンファレンスで共有するとともに、申し送りノートへの記載を通じて周知を図っている。ケアプランはPC内での確認に加え、ファイルでも管理し、職員が必要な時に確認できる体制を整えている。ケアマネジャーは各フロアをラウンドし、計画に沿った支援の実施状況を確認するなど、適切な運用に努めている。</p> <p>利用者それぞれの個性を捉え、生活の継続性を意識した支援の提供に努めている</p> <p>日々の記録やモニタリング結果を踏まえ、利用者の生活の継続性を意識した支援を行っている。利用者一人ひとりの趣味や生活歴を把握し、これまでの生活リズムや価値観を尊重するように努めている。各フロアの申し送りでは、利用者の状態や必要なケア内容を口頭で共有し、職員間で同一の方向性を持って関わることを心がけている。こうした積み重ねにより、利用者の意向を日常的に確認しながら、その人らしい生活が継続できるよう支援の工夫を重ねている。</p>			
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			
<p>多種類の食事形態を整え、利用者の状態に合わせた提供を行っている</p> <p>栄養ケアマネジメントを導入し、利用者の状態変化に応じた食事支援を行っている。主食は米飯、軟飯、粥、ソフト粥、ミキサー粥、副菜は常菜、一口大、極刻み、ソフト、ミキサー食まで幅広く用意し、療養食として減塩食や糖尿病食にも対応している。嗜好やアレルギー、禁食、必要エネルギー量、トロミの有無を把握し、日々の食事内容に反映している。自助具の活用にも配慮し、利用者が可能な範囲で自力摂取を続けられるよう支援している。</p> <p>リスクレベルに応じたモニタリングを実施して、利用者の変化を適時把握している</p> <p>栄養ケア計画書は3か月ごとに更新し、状態変化があれば随時見直しを行っている。モニタリングはリスクに応じて実施し、低・中リスクは月1回、高リスクは2週に1回の頻度で、摂取量や体重、BMI、アルブミン値の推移を確認している。低栄養状態の利用者には栄養補助食品を提供し、アルブミン値が低い場合には高たんぱくゼリーを用いるなど、状態に応じた支援を行っている。記録内容は介護ソフトを通して共有し、継続的な改善を目指している。</p> <p>多職種協働による利用者の経口摂取継続に向けた支援を実践している</p> <p>医師、看護師、管理栄養士が連携し、低栄養や嚥下に課題のある利用者への支援を進めている。管理栄養士は週3回ミーラウンドを行い、喫食状況を確認している。歯科医師、歯科衛生士の週1回の往診により口腔内の状態を整え、必要に応じて嚥下評価も実施している。評価結果を踏まえて食事形態の変更を行い、その後のフォローも継続している。多職種が情報を共有し、経口摂取の継続を支える体制づくりに取り組んでいる。</p>			

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(0000)
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		
<p><b>嗜好調査を実施して、利用者の好みの把握と献立への反映に取り組んでいる</b>  食事時間の様子観察や嗜好の確認を日常的に行い、利用者の好みを把握することに努めている。法人内で栄養士会を組織し、年2回の嗜好調査を実施しており、味付けや量、行事食、好きな食べ物などの聞き取り結果を献立作成に反映している。メニュー表を掲示して食事内容を伝えるとともに、季節に合わせた献立を取り入れ、食事を通して季節感を味わえるよう工夫している。利用者の声を日々の食事に生かし、楽しみにつながるよう取り組んでいる。</p> <p><b>利用者同士の相性や希望を踏まえ、適切な食事席の選定につなげている</b>  一定時間内で食事を提供する仕組みを整え、利用者の希望や体調に応じて延食対応や代替食の提供を行っている。食事の取り置きは2時間を目安に各フロアの冷蔵庫で保管し、提供直前に温め直すことで適温での喫食に配慮している。テーブルや座席は高さや配置の希望に応じて調整し、利用者同士の相性や介助の必要性も考慮して選定している。配膳は着席に合わせて行い、落ち着いて食事に向き合える環境づくりに努めている。</p> <p><b>食事レクの内容を検討し、更なる実施の拡大が期待される</b>  食事の時間を楽しくめるよう、季節に合わせた食事の提供に加え、テレビを点けたり季節感のある音楽を流す工夫をしている。食事レクリエーションでは、フロアごとに鍋やパンケーキ作りを実施し、利用者が調理や出来上がりを楽しむ機会を設けている。実施できていないフロアもあることから、今後の広がりを見据えた検討を続けている。食事を単なる栄養摂取にとどめず、交流や楽しみ場の場となることを心がけている。</p>		
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(0000)
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(個室、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		
<p><b>専門職員間で検討を行い、利用者の状態に合わせた入浴形態を選定している</b>  利用者の身体状況を踏まえ、一般個室、リフト浴、ストレッチャー浴を用意し、状態に応じた入浴形態を選定している。選定にあたっては、介護職員、看護師、機能訓練指導員、生活相談員が連携し、ADL等を確認しながら検討を行っている。ユニット内浴室には天井走行式リフトを整備し、身体状況に合わせた対応を可能にしている。入浴はマンツーマン対応を基本とし、順番待ちをせず、本人のペースを尊重した入浴を心がけている。</p> <p><b>マンツーマン対応を基本として、利用者のペースを尊重したケアに取り組んでいる</b>  入浴時は浴室への誘導から入浴、居室に戻るまで職員がマンツーマンで対応し、利用者の安心感を大切にしている。希望がある場合は同性介助に応じるほか、浴室や脱衣室ではバスタオルを用いて肌の露出を抑え、羞恥心に配慮している。入浴介助はマニュアルに基づいて実践している。認知症の利用者が入浴を拒否する場合には時間をずらすなど柔軟に対応し、それでも難しい場合は清拭や更衣支援を行い、身体清潔の保持に努めている。</p> <p><b>音楽を流すなどの工夫を取り入れて、入浴が楽しいものとなるよう努めている</b>  入浴の時間が楽しみとなるよう、入浴剤を使用して浴室の雰囲気に変化を持たせている。入浴中は歌謡曲などの音楽を流し、落ち着いた中にも親しみやすい環境づくりに心がけている。菖蒲湯や柚子湯を取り入れ、季節を感じられる機会も設けている。さらに、浴室内にシールを貼付するなど視覚的な工夫を行い、入浴への関心を高めている。こうした取り組みにより、利用者が前向きな気持ちで入浴に臨めるよう工夫を重ねている。</p>		

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(0000)
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		
<p>必要に応じて多職種で検討を行い、個別の排泄課題改善に取り組んでいる</p> <p>排泄表にこまめな記録を行い、利用者ごとの排泄パターンの把握に活用している。トイレで排泄が可能な利用者については、居室内のトイレへ誘導し、できるだけ自然な排泄につながるよう支援している。便秘傾向のある利用者には、オリゴ糖やサンファイバーを用いるなど、身体状況に応じた工夫を行っている。排泄介助に関して課題が生じた場合は、多職種で検討を行い、利用者の状態に沿った対応を目指している。日常的な記録と検討を重ね、無理のない排泄支援に努めている。</p> <p>排泄介助に関する研修を通して、職員の技能と知識向上に努めている</p> <p>排泄介助時には、カーテンや扉を閉めることを意識し、利用者の羞恥心に配慮した対応を行っている。オムツカートは使用せず、専用バッグで各居室を回ることで、排泄介助の場が目立たないように工夫している。排泄ケア向上委員会を設置し、研修を通じて介助技法の向上に取り組んでいるほか、オムツメーカー職員による研修やマイスター認定制度を導入し、オムツの当て方や選定に関する知識の充実を図っている。こうした取り組みを通じ、質の高い排泄介助を目指している。</p> <p>トイレ環境の衛生管理に努め、利用者が気持ちよく利用できるように配慮している</p> <p>トイレの衛生管理については、介護職員による日常清掃に加え、清掃業者が週4日程度来訪し、計画的に清掃を行っている。ポータブルトイレを含め、常に清潔な状態を保つことで、利用者が安心して排泄できる環境づくりを心がけている。排泄介助に関するマニュアルはスタッフルームに保管し、職員がいつでも確認できる体制を整えている。マニュアルは新人研修などにも活用し、衛生面への意識を共有している。施設全体で排泄環境の維持と改善に取り組んでいる。</p>		
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(000)
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		
<p>移動環境に気を配り、利用者が自力で移動できるように努めている</p> <p>入所前に得た情報を基に専門職で検討し、施設内での移動方法を選定している。状態に変化が生じた場合は、毎月のカンファレンスで多職種が協議し、移動方法の見直しや支援内容の調整につなげている。日常場面では、動線上に物を置かないことを基本とし、途中で休憩用の椅子やクッションを配置するなど、利用者が自身のペースで移動できる環境づくりに努めている。機能訓練指導員は介護職員からの相談に応じ、状態に即した助言を行い、自立性を尊重した移動支援を行っている。</p> <p>車イスの状態を定期的に確認し、利用者が快適に使用継続できることを心がけている</p> <p>利用者の状態や動作特性に合わせて車イスやクッションを選定し、必要に応じて福祉用具を活用している。車イスのブレーキレバー調整など細かな配慮を行い、操作のしやすさにも目を向けている。介護職員は定期的に点検を行い、空気圧やブレーキの状態を確認するとともに、汚れがあれば適時清掃している。不具合が生じた場合は機能訓練指導員と連携し、修理対応を行うなど、安全で快適な使用環境を維持する体制を整えている。</p>		

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(0000)
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
評価項目7の講評		
<p><b>多職種協働で機能訓練計画を作成し、定期的に見直しを実践している</b>  ケアプランに基づき、利用者のADLや身体状況を多面的に把握した上で、個別機能訓練計画を作成している。バーセルインデックスの評価項目をはじめ、体重変動や定期健診におけるアルブミン値の推移なども参考情報として整理し、アセスメントに活かしている。個別機能訓練計画は3か月ごとに多職種が協働して作成し、同時にモニタリングを行うことで、訓練内容の妥当性や利用者の状態変化を確認し、必要に応じた見直しにつなげるよう努めている。</p> <p><b>日常生活の中でリハビリの視点を取り入れ、日々継続して行っている</b>  機能訓練は訓練時間に限らず、日常生活の中で身体機能を活かす生活リハビリの視点を取り入れている。排泄動作を自身で行えることを大切に捉え、立ち上がりや立位保持、ベッドや車イスからの立ち座りなどを日常的な動作訓練として取り入れている。できるだけトイレに誘導することも意識し、生活場面そのものを訓練の機会とすることで、動作能力の維持につながる支援を職員が協力し合っている。</p> <p><b>法人内での共有や連携を通じて、機能訓練の質向上を目指している</b>  機能訓練指導員を中心に、介護職員と連携しながら日常の支援に機能訓練の視点を取り入れている。手引き歩行や立ち上がり訓練、臥位時のポジショニングなど、多様な訓練内容を共有し、日々のケアに反映している。福祉用具については定期点検を行い、体圧分散性に優れたベッドマットを活用するなど、安楽な姿勢保持にも配慮している。法人内での機能訓練指導員同士の情報共有や研鑽を通じて、支援の質向上に取り組んでいる。</p>		
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(00000)
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きみを整えている	○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		
<p><b>円滑な情報共有の仕組みを構築して、利用者の健康管理に取り組んでいる</b>  常勤医師を配置し、週4回の診察体制を整えている。利用者の状態に変化があれば、医師が適時診察を行い、看護師と情報を共有した上で、介護職員と連携して必要な対応を行っている。バイタルチェックは入浴前を基本とし、発熱時や体調変化時には随時実施している。体重測定は毎月、定期健診は年1回行い、血液検査や胸部レントゲンなどの結果を日常の健康管理に活かすなど、継続的な状態把握に努めている。</p> <p><b>複数職員によるチェック体制を整えて、誤薬の予防に努めている</b>  服薬管理では、看護師が内服薬の仕分けを行い、薬ケースと利用者名を看護師2名で確認している。配薬時には介護職員2名が薬と本人を照合するなど、複数職種による段階的なダブルチェック体制を整え、誤薬防止に取り組んでいる。口腔ケアについては、週1回の歯科医師・歯科衛生士の往診を受け、専門的な助言を得ながら実践している。口腔内に課題がある場合には随時相談し、助言に基づいたケアを継続するなど、健康維持に配慮している。</p> <p><b>看取り指針を定め、職員が協力し合って計画に基づいたケアの提供を行っている</b>  看護師による夜間オンコール体制を整備し、体調急変時には速やかに連携を取れる仕組みを構築している。緊急時マニュアルを備え、状態変化時には手順に沿った対応を行っている。看取りに関しては指針を定め、事前カンファレンスで対応方針を検討し、多職種で状態を共有した上で計画的にケアを実践している。看取り期には家族の思いを尊重し、面会や宿泊にも配慮するなど、本人と家族に寄り添った支援に努めている。</p>		

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)
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		
<p><b>利用者個々の希望や状態に応じて、適宜更衣の支援を行っている</b> 起床後および就寝前に、利用者の体調や拘縮の有無、希望を踏まえた更衣支援を行っている。拒否がある場合や更衣にリスクを伴う場合を除き、状態に応じた支援を行い、衣服の着脱では自身で可能な動作をできるだけ自身で行ってもらうことを意識している。着用する衣類は利用者と相談しながら選定し、季節の変わり目の衣類管理は居室担当職員が担い、必要に応じて家族とも連携して対応するなど、生活に即した更衣支援に努めている。</p> <p><b>身だしなみの整え支援を提供することで、日々快適に過ごせるように配慮している</b> 洗顔や整髪など、利用者が身だしなみを整えるための支援を日常的に行っている。自力動作が可能な利用者には声かけや促しを中心とし、全介助が必要な利用者には蒸しタオルでの顔拭きやブラシを用いた整髪など、状態に応じた対応をしている。男性利用者には電気シェーバーを用いた髭剃り支援も行い、希望がある場合は訪問理美容を活用するなど、利用者の意向を尊重した整容支援に取り組んでいる。</p> <p><b>利用者それぞれのペースを尊重し、可能な範囲で柔軟な支援に努めている</b> 利用者が安定した睡眠をとることができるよう、日中と夜間の生活リズムを意識した支援を行っている。日中は離床を促し、体操やレクリエーション、散歩などの活動参加を勧め、夜間の安眠につなげるよう配慮している。就寝時には居室の明るさや温度、湿度に気を配り、夜間は吸収量の多いオムツを使用して交換回数を抑える工夫を行っている。夜間覚醒時には飲み物を勧めるなど、利用者のペースを尊重した対応に努めている。</p>		
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)
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		
<p><b>入所前の習慣などを継続するなど、利用者の意思を尊重している</b> 施設では、医師の許可があれば飲酒も可能で、寝る前に飲む利用者もいる。また、Wi-Fiを設置しており、インターネットやスマートフォンを使用している利用者もいる。1階にある喫茶には、家族などと一緒に時間を過ごす目的で利用する利用者も多い。自宅から使い慣れたタンスや仏壇、絵などを持参しており、入所前の生活に近い環境を整えることで、入所後も安心して生活できるよう配慮している。こうした取り組みを通して、これまでの生活習慣が継続できるような支援に努めている。</p> <p><b>行事やレクリエーションは各フロアで個別に行っている</b> 各フロアで職員が考え、夏祭り、花火大会、クリスマス会、もちつき、節分など季節の行事やレクリエーションを行っている。フロアによっては、利用者に何がしたいかというアンケートを取り、行事などに反映している。また、各フロアにて1か月に1回、「神楽坂ワルツ」と呼ぶ音楽療法を実施している。屋上は見晴らしがよく、散歩に行くこともある。家族との外出や外泊は無条件に許可しており、利用者が楽しく生活できるような支援に努めている。</p> <p><b>各フロアリーダーに、気になる事案への対処方法を確認している</b> 認知症ケアに関するオンライン研修を実施して、職員の共通理解を図っている。そのうえで、認知症の利用者の施設での生活を支援するために、各フロアリーダーが気になる事案をピックアップして、どのように対処したのか確認している。解決できなかった場合は助言などを行いながら、翌月再度確認するようにしている。24時間シートを用いて利用者一人ひとりの状況を把握し、利用者の気持ちを大切に支援に努めている。</p>		

11	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>												
	<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. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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											
<p>評価項目11の講評</p>													
<p><b>施設の1階にある喫茶は地域に開放しており、利用者も訪れている</b></p> <p>家族との面会は土曜日曜も可能であり、外食や外出は家族と行くことが多い。当施設は複合施設の中にあり、1階にある喫茶は地域にも開放しており、家族の来訪時にこの喫茶を利用する利用者も多い。現在施設としての外出は難しい状況であるが、レク委員会では、コロナ禍以降なくなっていた外出レクを復活させることを検討しており、実現が待たれる。</p> <p><b>ユニットごとの行事のほかに地域のイベントに参加できるよう支援している</b></p> <p>ユニットごとに夏祭りなどの行事を企画して実施している。地域で行われるコンサートや七夕などのイベント、お祭りなどに参加できるように支援しており、地域交流スペースは地域の人に貸し出すなど、地域とのつながりを大切にしている。また、施設で実施している消防訓練には、地域の人も参加している。家族来訪時に1階の喫茶店でお茶を飲み、そのまま近隣の散歩に出かける利用者もあり、日常の中で自然に地域と関わる機会を持てるよう配慮している。</p>													
12	<p>評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)</p>												
	<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. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	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	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											
<p>評価項目12の講評</p>													
<p><b>家族等の面会は制限を解除しており、外出や外泊も自由である</b></p> <p>コロナ禍で制限があった家族の面会も、現在は制限を解除しており、利用者は家族と自由に外出や外泊をしている。面会時には利用者の様子を伝えるようにしており、面会が少ない家族には電話で同様に利用者の様子を伝えている。また、家族にはイベント開催時に参加を促しており、引き続き家族が行事に参加できる機会を作って、職員や利用者、家族が交流できる場を多く作ることが期待される。</p> <p><b>第三者評価の家族アンケートで得られた意見把握と運営への反映が望まれる</b></p> <p>第三者評価では家族アンケートも実施して、意見を聞いており、忌憚のない意見が多数寄せられている。運営面に関する意見も見られ、アンケート結果を検討・検証するなど、アンケート実施を今後活かしていくことが望まれる。ケアプラン見直し時には必ず家族にも希望や意向を確認しており、反映に努めている。家族には、施設のイベントにも参加を呼びかけるなどしているが、サービス担当者会議への家族の参加が多くないので、今後さらに働きかけたいとしている。</p>													

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-1	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
タイトル①	ノーリフティングケア推進により、組織力を高め、利用者に安全な生活を提供している	
内容①	法人として「持ち上げない」「抱え上げない」「引きずらない」といった考えに基づく、ノーリフティングケアを実践し、ジュニアマイスター・マイスター・シニアマイスターの資格を設け、有資格者がラウンドして育成にあたっている。施設では、推進役を2名に増員したことで、介護職中心であったものが施設全体に広がり、職員によるラウンドチェックとフィードバックにより、利用者と職員双方の負担が軽減し、入院を要するような重大事故を減らすことにもつながっている。チェックやフィードバックの方法も常に工夫し、改善を重ねている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-2-2	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
タイトル②	適切なサービスが提供されているかどうか抜き打ちのチェックをしている	
内容②	チェックリストに基づき、適切なサービスが提供されているかどうかを確認している。当施設は複合施設であり、4階から8階が特別養護老人ホームとなっている。各フロアから抽出された2名程度の職員が、指定されたフロアにラウンドに行って抜き打ちでチェックをしている。結果はフィードバックしており、職員のサービスの質の向上につなげている。施設ではさまざまな方法で職員のスキルアップを図っている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-6	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
タイトル③	ノーリフティングケアの浸透と拡充に向けて、職員が協力し合って取り組んでいる	
内容③	ノーリフティングケア推進委員会を隔月で開催し、利用者の状況や福祉用具の使用状況を職員間で共有している。リフトやスライドボード、スライドシートなどを日常的に活用し、移乗時の不安軽減と職員の身体負担軽減を図っている。法人全体の取り組みとして研修機会も設け、実践内容の確認や課題検討を継続している。こうした実践を通じて、安全な移乗介助を行うとともに、体位変換時の負担軽減や褥瘡形成予防にも目を向けた支援を行っている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者の意向を尊重し、自分らしく生活できるように支援している
	内容	利用者の意向を尊重しており、医師の許可があれば、飲酒も可能で寝る前に飲む利用者や、Wi-Fiを設置してインターネットやスマートフォンを使用している利用者もいる。1階にある喫茶には家族など一緒に行く利用者も多い。コロナ禍後の面会制限全面解除も早い時期に行った。家族の葬儀に参列したいという願いを叶えたこともある。また、自宅から使い慣れたタンスや仏壇、絵などの持参も可能にしており、入所前の生活に近い環境づくりを心がけ、これまでの生活習慣が継続できるような支援に努めている。
2	タイトル	ケアカンファレンスを通して、多角的な視点で課題の検討に取り組んでいる
	内容	多職種によるカンファレンスを毎月開催し、利用者の状態やニーズについて意見交換を行っている。ケアマネジャー、介護職員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、生活相談員が参加し、それぞれの専門性を生かした検討を進めている。ケアプラン更新時にもカンファレンスを行い、多角的な視点でニーズを引き出すことを目指している。各専門職は介護ソフトを活用して情報共有を図り、フロアミーティングでは介護職員間で業務改善を検討するなど、共有と連携による質の高いケアの実践に取り組んでいる。
3	タイトル	恵まれた施設の設備や環境を活用して地域交流を推進し、多様な地域の集まりに参画して地域のニーズ把握と課題解決に取り組んでいる
	内容	恵まれた施設の設備や環境を活用して地域交流を推進している。神楽坂商店街の一角にある施設の喫茶スペースは、利用者や家族、地域住民も気軽に利用している。地域交流スペースは地域の子育て支援団体や町会をはじめとする地域住民に貸し出し、地域の子どもから高齢者まで多くの世代が交流するスペースとなっている。同一建物内のため、天候などに気を使うことなく、利用者や家族は日常的に交流することができる。その上、更なる地域福祉の向上に向けて、多様な地域の集まりに参画し地域のニーズ把握と課題解決に取り組んでいる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	各フロアで異なるルールについて、統一を図っていく考えが示されている
	内容	施設では、介護技術などはフロア独自になっている部分があると捉えている。リフトを使用するADLの基準がフロアによって異なるなどの状況も見られる。また、新人教育、OJTについても統一されていない部分が見受けられる。施設ではルール化して指標を作る必要があると考えており、統一したルールを作成したいとしている。施設全体のサービスの質の向上に向けて、取り組みが期待される。
2	タイトル	職員個々の意識や介助技術に於ける、標準化を図るための取り組みが期待される
	内容	食事介助では摂食介助の場面観察から職員間のスキル差が指摘され、入浴介助でも手技の個人差を自覚している。排泄介助では技術と知識の浸透、排便コントロールへの理解向上が課題であり、健康管理では誤嚥性肺炎や尿路感染症に対する予防意識向上の必要性を自認している。各介助に共通する個人差を組織的課題として捉え、研修や振り返りを通じて意識と技能の底上げを継続することが求められる。介助ごとの標準的手順や判断基準を整理し、マニュアルとOJTを連動させた育成を進め、日常ケアへの定着を確認する仕組みの構築が望まれる。
3	タイトル	職員が自施設の特徴を把握するためにも、他施設の見学や体験の機会、外部研修充実に期待したい
	内容	多くの職員が参加できるように、オンラインと集合型を効果的に組み合わせ、幅広い法人研修・施設内研修を実施している。職員自己評価でも、「研修が充実している」との意見が多数見られた。半面、他の施設や福祉業界の状況、自分が勤務する施設の特徴を知らないと思われる意見も多数あった。外部研修に参加し、他施設の職員と意見交換することで、他施設や福祉業界の状況を知ることができ、はじめて自分の勤務する施設の特徴、強みや弱みを把握することができる。他施設の見学や体験の機会、外部研修の充実に期待したい。