

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和4年度】

2023 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

〒 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	齋藤 貴明	福祉	H1101028
	②	櫻井 良平	経営	H1901005
	③	山海 千鶴子	福祉	H1901058
	④	玉腰 宏之	福祉	H2201003
	⑤	伊藤 幹人	福祉	H2201078
	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港南の郷		指定番号	1370300327
事業所連絡先	〒	108-0075		
	所在地	東京都港区港南3丁目3番23号		
	TEL	03-3450-5571		
事業所代表者氏名	所長 小寺 政明			
契約日	2022 年 11 月 21 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 2 月 6 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 2 月 7 日			
自己評価の調査票配付日	2022 年 12 月 10 日			
自己評価結果報告日	2023 年 2 月 3 日			
訪問調査日	2023 年 2 月 13 日			
評価合議日	2023 年 2 月 13 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、調査員との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。

2023 年 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</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"> 1) 施設創立以来の運営実績を生かし、経営の効率化を図る 2) 利用者本位のサービスをすすめる 3) 高齢者や家族が安心して生活できるよう支援する 4) 東京都済生会中央病院との緊密な連携のもとに利用者の健康維持を図る 5) 港区の高齢者福祉を支える総合施設として、それぞれの事業の連携を一層強化し、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう全力を尽くす
2	<p>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）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日ごろの研鑽の成果を仕事に活かし、「やりがい」を持って高齢者福祉に臨める人材 ・丁寧な接遇、コミュニケーション能力が高い人材 ・利用者個人の尊厳を大切にし、利用者の立場にたつてものごとを考えられる人材 ・多職種と協働できる協調性のある人材 ・心身ともに健康な人材 <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プロ意識を持つ ・学びを継続し、常にスキルの向上を目指す ・誠実さを持ち、人間が好きであること

調査対象

全利用者を対象とした(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

調査員との個別の聞き取り調査を行った。

利用者総数

90

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	10	10
0	10	10
0.0	11.1	11.1

利用者調査全体のコメント

調査対象10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ますか」「利用者のプライバシーは守られていますか」「職員の接遇・態度は適切ですか」「利用者の気持ちを尊重した対応がされていますか」などがあげられる。特に安心・快適性に関して満足している様子が窺える。総合的な満足度では、6名が「大変満足、満足」、2名が「どちらともいえない」、2名が「不満、大変不満」と回答している。「これからもここで生活できたら幸せだと思うほど、ここに来て良かったです」「職員はとても親切にしてくれます」「コロナ禍ですが、外出できると嬉しいです」「体操などもっとあると良いです」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 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	7	3	0	0
7名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「美味しい食事を頂いています」「何でも食べることができています」「少し薄味ですが、納得して食べています」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	8	1	0	1
8名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「職員の対応が早くて助かっています」「自分でできない事を手伝ってもらっています」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	8	0	0	2
8名が「はい」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「読書を楽しんでいます」「手先を使った手芸をしています」「もっとリハビリをして充実した生活にしたいです」「目が不自由になって、出来ることが少なくなっています」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	6	1	3	0
6名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「元気になっているので、聞かれることは少ないです」「気にかけてくれています」「一部の職員が聞いてくれます」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	10	0	0	0
10名全員が「はい」と回答している。 「非常にきれいにしてくれています」とのコメントがあがっている。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	9	0	1	0
9名が「はい」と回答し、1名が「いいえ」と回答している。 「人によりますが、素っ気ない対応とを感じる時もあります」と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	8	0	1	1
8名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 「体調不良の時は適切に対応してくれます」「何かあればすぐに対応してくれます」「入院した時に適切に対応してくれました」「普段から気にかけてほしいと思っています」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	4	1	1	4
4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。 「そういうことが無いですが、いざという時は対応してくれると思います」「ケンカとかはありません」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	9	0	1	0
9名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 特にコメントはあがっていない。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	9	1	0	0
9名が「はい」、1名が「どちらともいえない」と回答し、「いいえ」の回答は見られなかった。 「概ね大丈夫だと思います」と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	5	0	2	3
5名が「はい」、2名が「いいえ」と回答している。 「現状に満足しています」「聞かれたことがあるかわかりません」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	4	0	2	4
4名が「はい」、2名が「いいえ」と回答している。 「説明を受けたか忘れてしまいました」「聞いたことはありません」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	6	0	1	3
<p>6名が「はい」と回答し、1名が「いいえ」と回答している。 「職員に伝えれば対応してくれます」「身体を気遣っての制限もあるのが残念に思うことがあります」「日常に不満はありません」などのコメントがあがっている。</p>				
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	3	0	7	0
<p>3名が「はい」、7名が「いいえ」と回答している。 「一人で行かせることが難しいですが、連絡先は知っています」「相談することがまだありません」「聞いたことがあります、忘れていられるかもしれません」などのコメントがあがっている。</p>				

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
	<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)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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当
	カテゴリ1の講評	
	<p>理念を職員に周知するための取り組みを行っている</p> <p>法人理念は、「『済生会』の設立の主意である『施薬・救療・済生』の精神を大切に、愛と希望を持ち続け、思いやりと真心を込めて、皆様の保健・医療・福祉に貢献します。」というものである。事業所では、この理念を会議室等の壁面に掲示して、常に職員の目に入るようにしている。また、業務用パソコンにログインすると、画面には常に理念が表示されており、ここでも理念の浸透が図られている。また、年1回、全職員に対して行う「コンプライアンス研修」で、「理念・使命と行動指針」、「済生会の理念・使命」について所長が自ら説明をしている。</p> <p>経営層の方針や決定事項を、職員に周知するための体制を整えている</p> <p>所長以下、副主任までの職員を構成員とする「連絡調整会議」を置き、事業所の基幹の会議体としている。所長は同会議において、済生会本部、済生会東京支部、「施設長会」(東京支部下にある事業所の所長や病院長で構成)の方針や決定事項を伝えている。連絡調整会議の下に、部門ごとに「スタッフミーティング」という会を置いている。同ミーティングのリーダーは連絡調整会議の構成員が担い、同会議での報告事項をミーティングの場で伝えている。連絡調整会議→スタッフミーティングという流れで、法人及び事業所経営層の方針を全職員に周知している。</p> <p>利用者家族に対して理念や事業方針をわかりやすく伝えている</p> <p>利用者及び利用者家族に対しては、見学時、利用契約締結時に済生会の設立の主意である「施薬・救療・済生」の精神について、その言葉の由来、意味などをわかりやすく説明している。そして、利用開始後は定期的に開催する「利用者懇談会」において、事業計画や事業報告について説明している。他方、利用者家族に対しても、「家族懇談会」において事業計画や事業報告について説明をしている。なお家族懇談会は、コロナ禍においては書面開催とすることもある。</p>	

2 カテゴリー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
カテゴリー2の講評		
<p>利用者及び利用者家族の意向を定期的に把握している</p> <p>事業所では、「家族懇談会」を年に1~2回開催している。部門によって内容の違いもあるが、(1)施設であった出来事や利用者の様子を報告する、(2)実施した行事の様子を映像も使って紹介する、(3)施設の事業計画や事業報告について説明する、(4)家族の要望、意向などを聞き、また質問に回答する、などを行っている(なお、コロナ禍においては書面開催で行うこともある)。また、家族懇談会とは別に、年1回、アンケートを実施して、家族の満足度、意向について把握している。このような取組みにより、家族との関係構築に努めている。</p>		
<p>地域の団体機関に所属し、地域との関係構築に努めている</p> <p>事業所は、「港区施設長会」(港区が主催。港区の社会福祉関連施設の施設長が集う会)、「地域ケア会議」(芝浦港南地区高齢者相談センター(地域包括支援センター港南の郷)が主催。介護・福祉・医療の専門家が集う会)、「防災ネットワーク」(事業所が入居している建物や近隣の建物の施設長、自治会長等が集う会)等に加盟し、その定例会に出席している。地域の団体、機関、個人から実状、課題、今後の事業計画等を聞くとともに、関係構築を図ることで、共同イベントの開催や災害発生時の相互協力体制の締結などにつなげている。</p>		
<p>毎年度、事業計画及び事業報告を策定している</p> <p>毎年度当初、「事業計画」を定めている。(1)運営方針、(2)事業計画、(3)利用人員計画、(4)予算計画、の4項目について事業部門ごとに詳細にまとめている。予算計画の項目では、「事業活動による収支」と「その他の活動による収支」について、前年度分も掲載して増減が一目でわかるようにしている。年度末に策定する「事業報告」についても、(1)運営方針、(2)事業報告、(3)利用状況、(4)決算概要、に分けてまとめている。「利用状況決算概要」では前年度分も掲載し、さらにその増減の要因を「決算増減説明」として記している。</p>		

3 カテゴリー3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリー1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<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、定期的に確認している。	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<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
サブカテゴリー3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<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

苦情対応に関する仕組みを整えており、外部の聞き取りも実施している

事業部門ごとに策定する「運営規程」において「苦情処理」と題する一条を設け、(1)利用者から苦情の申し出があった場合は速やかに事実関係を調査し、その結果及び改善方法について利用者に報告すること、(2)苦情申立窓口を置くこと、を定めている。この規定に基づき、「苦情解決責任者」(所長)と「苦情受付担当者」(部門ごとに職員1名)を置いている。また、民生委員に「苦情解決第三者委員」を委嘱し、事業所内で直接、利用者の声を聞き取ってもらっている。さらに、港区社会福祉協議会の介護相談員にも同様の聞き取りを依頼している。

苦情窓口を設置し、苦情解決の方法について重ねて周知している

利用者には、利用契約締結時に苦情申し出方法や申し出後の流れについて伝えているが、新年度当初にも重ねて文書で周知している。まず「苦情解決責任者」及び「苦情受付担当者」の職、氏名及び「第三者委員」の氏名、住所等、さらに港区及び東京都の苦情対応機関の名称、電話番号を載せている。そして、苦情解決の方法として、(1)面接、電話、書面などいつでも受け付けること、(2)受け付けた苦情は苦情解決責任者及び第三者委員に報告すること、(3)苦情解決責任者は申し出人と誠意をもって話し合い、解決に努めること、を記している。

利用者に対する接遇について定期的に自己評価している

職員が利用者に対する接遇を適切に行っているかについて、「接遇チェック」を行ってもらっている。その集計は「サービス向上委員会」で行い、全体集計結果は職員に開示して、改善のための助言も行っている。また、「虐待の芽アンケート」も行い、虐待に至ってしまいかねない兆候がないか振り返っている。また、虐待防止につながる取組み例なども記述してもらい、良い実践例については全職員に紹介している。このような仕組みにより、利用者に対して常に適切な関わりができるよう意識づけに取り組んでいる。

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			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-2(4-2)					
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況			4/4		
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			評点(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-4の講評								
<p>様々なリスクに対して予防や発生時の対応手順を定めている</p> <p>火災、地震、感染症といった様々なリスクに対して、対策や発生時の対応についてまとめたマニュアル、また発生後も事業を継続できるための事業継続計画を策定している。そして、「安全対策委員会リスクマネジメント部会」「感染コントロール委員会」「災害対策委員会」を設置して、マニュアルの見直し、内部研修の計画等を行っている。一方、事業所内で起きたヒヤリハットや事故については、「インシデント・アクシデントレポート」による報告を求め、その日のうちに原因究明、再発防止策決定を行い、直ちに部門ごとの話し合いを持ってもらっている。</p> <p>パソコンに関わるセキュリティ確保の仕組みを整えている</p> <p>事業所のPCは、所内のみでLANを組み、インターネットには接続しないものと、インターネットに接続でき、外部とメール送受信等を行えるものと二系統に分けている。個人情報を含む文書等については前者でしか扱えない。そして、(1)職員ごとにIDを割り振り、アクセスを全て記録する、(2)USBメモリーは認定したもののみ使用可とする、(3)ファイルを持ち出す際は事前に申請する、等により情報の漏洩を防いでいる。また、「情報セキュリティ委員会」を設置して、港区情報安全対策指針や事業所のセキュリティ方針を職員に周知している。</p> <p>個人情報保護の規定を整備し、サービス利用開始時に説明している</p> <p>運営法人は、既に2005年に「個人情報保護規程」を策定している。事業所はこれを受けて、「個人情報保護方針」を策定した。さらに「個人情報の取扱いについて」と題する文書を策定し、取扱いの詳細を定めている。具体的には、(1)利用契約時、利用開始時、利用中に入手する個人情報を含む文書類の一覧、(2)提供するサービスごとの個人情報利用目的、提供先、その個人情報の内容、(3)利用者が有する権利、(4)事業者の義務、等について詳細に記している。サービス利用開始時には上記内容について説明するとともに、同意書を取っている。</p>								

5 職員と組織の能力向上			12/12
サブカテゴリー1(5-1)			
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<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		
<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	

カテゴリー5の講評

キャリアパスを明確に定め、職員のキャリアアップにつなげている

「階層に応じた目指すべき姿」という名称で職員のキャリアパスを定めている。レベルⅠ（新任）、レベルⅡ（新人）、レベルⅢ（一人前）、レベルⅣ（中堅）、レベルⅤ（達人）の5段階を設定している。そして、別に定める「評価基準表」において、「福祉施設職員として期待する人材像に求められる能力」（コミュニケーション能力など8項目）及び「担当業務の遂行能力」を詳細に記している。職員は、この2つの基準表を見ることで、現在の自分のポジションを確認できるとともに、上位職に必要な能力もわかるのでキャリアアップに向けて邁進できている。

能力評価、業績評価の仕組みを整え、職員の自覚を促している

「評価基準表」、「評価項目配点表」を策定して、業績評価の基準を明示している。評価は、「情意評価」（規律性、責任性等）と「能力評価」（福祉施設職員として期待する人材像に求められる能力、担当業務の遂行能力）の2項目により行う。能力評価では、さらに指導力、マネジメント力などの細目を設け、職位ごとにその能力要件を定めている。合計で13の細目について各々の個点を定め、全体は100点で設定している。項目ごとの能力要件とその点数が明確に示されているので、職員はできているところ、不足しているところを自覚することができる。

職層別に研修内容を定めた研修体系を構築している

事業所では、職員を、(1)新人層、(2)中堅層、(3)リーダー層、(4)主・副主任層、の4層に分け、職層ごとに受講すべき内部研修と外部研修（法人研修及び東京都など外部機関が行う研修）を定めている。研修プログラムについても、OJT、講義、実技実習、ワーク（スーパービジョンなど）など多彩な方式で行っている。この他に、全職員を対象として行うテーマ別研修（コンプライアンス、感染症、リスクマネジメントなど）も開催している。事業所内に「職員研修委員会」を設置して、研修企画の検討などを行っている。

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)	
<p>【目標】 利用者が安全に、かつ安心して過ごせるような質の高いサービスを継続的に提供する。</p> <p>【取り組みの内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護員を新たに採用するとともに、定着のための施策を講じる。 ・介護員の研修を充実させる。 ・リスク管理を徹底して行う。 ・入所管理を適切に行い、安定した稼働となるようにする。 <p>【取り組みの結果】 事故件数を減らすことができた。</p> <p>【振り返りと今後の方向性】 今後も引き続き質の高いサービスを提供できるよう全力で取り組む。</p>	
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	
<p>【講評】 事業所では、利用者に対して質の高いサービスを提供することは、高齢者福祉施設の運営者として当然のことであり、かつ普遍的な目標であると考えている。 したがって、今回の第三者評価の組織マネジメント分析シート(経営者合議用)に記載した「取り組みの内容」は、従前から行っているものあるし、また、今後も引き続き取り組んでいくべきものである。 この姿勢は評価できるが、ただ、目標や取り組みの内容が概括的、包括的であるので、可能であれば取り組みの内容に、期限、金額、人数、稼働率等々の数値目標を挿入し、年度末に達成度合い等を確認できるようにするとなお良いと思われる。</p>	

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】

各事業の経営の安定化を図る。

【取組みの内容】

・稼働率の向上(適切な入所マネジメントによる空床期間の短縮、誤嚥性肺炎の予防による入院期間の短縮、短期入所における特養空床の活用)

・経費削減(空調機の計画的運転による光熱水費の削減、適切な排泄マネジメントによる紙オムツ使用量の削減)

・加算取得(港区の独自加算の取得)

【取組みの結果】

特養においては、コロナ禍でも高い稼働率を維持することができた。

【振り返りと今後の方向性】

今後もこの取組みを継続させて、経営の安定化を強固なものとしていく。

<p>目標の設定と取組み</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</p>
<p>取り組みの検証</p>	<p><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</p> <p><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)</p> <p><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</p>
<p>検証結果の反映</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p>

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】

新型コロナウイルス感染症については、発生からすでに3年が経っている。この3年間、当事業所においても多大な影響を被っている。感染症が近いうちに収束するという見通しを立てることも難しい中でも、事業を安定的に継続できるように工夫することは、事業所に課せられた課題であり、目標として掲げたことは適切な判断である。

当事業所は、東京済生会中央病院との協力体制が取れており、医療的対応ができるのは強みである。この強みを活かして、医療的対応が求められる高齢者を今後も積極的に受け入れていく方針である。継続的な取組みに期待する。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
サブカテゴリー1			
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<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>事業者の情報を、写真掲載のホームページや広報誌等で見やすく提供している</p> <p>事業所のパンフレットには、部屋の様子や、生活に必要なお風呂の様子などが写真付きで紹介されており、利用希望者が参考にできている。利用案内書も一年ごとに見直し、最新の情報を提供している。高齢者でも読みやすいように書体を大きく、内容もわかりやすく表現する等、工夫をしている。様々な情報誌等は、玄関の受付に設置してあるため、訪問者や利用者が手に取って見られるようにしている。年4回発行の広報誌「港南の郷」では、活動内容が写真付きで掲載されており、家族もその様子がわかり安心につながっている。</p> <p>各関係機関や行政とのやり取りを定期的に行い、活動内容の共有を図っている</p> <p>行政には、入所状況、救急情報(定例受診以外の受診状況)、PCR検査実施や結果報告、インフルエンザ罹患状況等について毎月定期的に報告している。月例報告書に記載し、記載漏れがないようにしている。入所希望状況や待機状況などは区が管理しているため、オンラインで希望状況を把握し、事前訪問等が計画的にできるようにしている。地域包括支援センターや法人の他施設とも、利用状況や催事の内容等について情報共有している。</p> <p>利用者希望者の見学や電話相談に随時対応し、事業所への理解を深めている</p> <p>施設見学は9:00～17:30の電話予約の規定はあるが、切迫した利用希望者に対して飛び込みの対応も行っている。コロナ禍であるが、利用者の様子を見ることが出来るフロアの踊り場まで案内し、支援の様子や過ごし方など見学してもらっている。納得の上で、利用申し込みができるようにしている。事業所に関する説明も丁寧に行い、看取りを行っていることも伝えている。電話相談では特養施設に関して仕組みや利用状況等を詳しく伝えている。対応状況に関しては、LANやケース記録にのせ、職員間で情報を共有している。</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>利用開始に向け事前訪問を行い、重要事項等をわかりやすく説明している 利用希望者には、入所順位が決定した段階で、順番に連絡をしている。入所の希望を確認し、事前訪問や面接を行っている。利用者や家族に、利用案内の冊子に基づいて重要事項などの説明を行っている。利用案内は、項目ごとにまとめタイトルを太字で示したり、行間を開けるなど、高齢者でも見やすいように作成されている。個人情報、同性介助、苦情対応、利用料金等、入所後にトラブルが発生しないように丁寧に説明をし、同意書にサインをもらっている。入所説明に関して、どの職員でも行えるように手順を列記したマニュアルがあり、参考になっている。</p> <p>利用者が、快適な生活を送ることができるよう、様々な工夫をしている 利用開始時の訪問や面談で利用者の健康状態や特性、家族の意向や要望などを聞きながらアセスメントシートを作成している。多職種間で連携が速やかに行えるよう、LANでの情報交換や伝達を行い、利用者の不安を少しでも解消し、快適な生活が送れるようにしている。入所初期には、家族との面談を促し、少しでもホットできる機会を提案している。コロナ禍であるが、オンライン面談などの利用を提案し、活用できるようにしている。</p> <p>他施設への移行や看取りに関して、利用者や家族の意向を尊重している 契約時に事業所での看取りケアに関して、家族の意向調査を行っている。「港南の郷 看取りケアに関する指針」に沿って説明を行い、同意書にサインをもらっている。看取りケアでは個室対応を行い、家族の宿泊希望にもできるだけ沿えるようにしている。安らかな最期を迎えられるよう、多職種の職員が包括的支援を行っている。介護認定の変更などで他施設へ移る時は、利用者の不利益とならないように丁寧な対応を行い、移行先の施設に健康面や精神面の情報提供を行い、必要なケアや支援が継続されるようにしている。</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			
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		
<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	
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		
<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きみを整備している	<input type="radio"/> 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		
<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きみがある	<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	
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		
<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. 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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-3の講評			
<p>統一した様式に利用者の記録や状況を記載し、職員の情報把握が速やかに行われている</p> <p>利用者一人ひとりに関する情報共有のため、各フロアに職員のみが閲覧可能な利用者フォルダを置いている。利用者に関わる際、生活面だけでなく情緒面での細やかな部分まで共有することができ、より手厚い支援につながっている。アセスメントの定期的な見直しは、半年毎に行っているが、状況の変化に応じて随時行っている。その他にも、施設計画書作成マニュアルを基に様々なサービス計画を立案している。</p> <p>施設サービスの作成に当たっては、利用者及び家族の意向を尊重している</p> <p>施設サービス計画の作成にあたり、サービス担当者会議を開催している。参加者は本人、家族、保健課長、介護係、看護係、管理栄養士、機能訓練係、相談係、ケアマネジャーとなっている。第二金曜日に会議を設定し、事前に家族に周知し、できる限り出席できるように促している。家族の同席により、直接意向を聞くことができ、利用者の状況を共有できるため、利用者の思いに寄り添った計画作成につながっている。計画には、クラブ活動や行事等に参加し、メリハリのある日々が送れるような提案も盛り込んでいる。</p> <p>社内LANを活用して情報共有の迅速化を図り、サービスの向上につなげている</p> <p>利用者一人ひとりの状況に関する引継ぎは、日誌や申し送り事項に記載しており、LANを通じて共有化している。利用者の担当者、担当グループを決め、日々の過ごし方やバイタル等を日誌に詳細に記録している。朝夕二交代制になっているため、職員は出勤するとPCを立ち上げLANを確認し、利用者の状況を速やかに把握できている。迅速な対応を行うことにつながっている。必要に応じて、LANを通じて職員間の意見交換も行うなど、業務効率化・サービス向上につながる活用を図っている。</p>			

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		
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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<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価値観や生活習慣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-5の講評			
<p>排泄や処置時の支援では、利用者の羞恥心に配慮した環境設定を行っている</p> <p>おむつ交換時や処置時はカーテンなどでプライベートの空間を確保し、一对一の対応を行っている。利用者が羞恥心を感じることはないように配慮している。排泄介助や着替え時の言葉がけも「〇〇さん、おむつ濡れているので交換しましょう、」等と他の人に聞こえるような声で呼びかけるのではなく、そばに行って周囲の人に分からないように声をかけてから行うなど、配慮を常に心掛け、利用者の尊厳を大切にしている。</p> <p>契約時に個人情報に関する取扱いについて詳しく説明し、同意を得ている</p> <p>契約時に、重要事項説明書に明記されている個人情報の取扱いや、港南の郷「個人情報保護方針」に関するわかりやすい説明を行っている。利用者、家族の理解を得た上で、「個人情報保護方針確認書」に署名をもらっている。健康保険証や身体障害者手帳など、重要な書類が多いため、書類は施錠できる場所での保管を徹底している。ホームページや情報紙(港南新聞等)にも利用者の写真掲載が多いため、写真掲載の有無についても漏れがないように確認している。</p> <p>人権擁護に関しての研修を全職員が受講し、利用者の尊厳尊重に対する意識を高めている</p> <p>全ての職員が年に一回、人権擁護、虐待防止などの研修を受講し、人権擁護に対する意識向上を目指している。集合研修の他、eラーニングも取り入れるなど、様々な方法で研修への参加を徹底している。職員アンケートにおいても、研修が充実しているという意見が上がっている。個人の意思の尊重する支援として、利用者対応においては、相談員ばかりではなく一番心を開くことができる職員が対応したり、介助に対して拒否が出た時などは無理強いをせずに、時間や方法を変えるなど、利用者本位の対応を心掛けている。</p>			

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		
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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>サービスマニュアル部会を中心に、定期的な手引書の整備や見直しを行っている</p> <p>高い水準のサービスを標準的に提供するため、毎月サービスマニュアル委員会を開催し、見直しを行っている。サービスマニュアルは「食事」「排泄」「入浴」「看取りケア」等、項目ごとにファイルがあり、誰が見てもわかりやすい内容となっている。利用者へのサービス提供時に、迷うことなく対応ができるようにしている。排泄時の介助では、排便時のおむつ交換の体位の状況等を図解しながら詳しく説明をする等、工夫をしている。サービスマニュアル部会は副主任以上のリーダー職員が中心になり活発な活動を行い、良質な技術水準を保つようにしている。</p> <p>各マニュアルの積極的な活用を図り、サービスの向上につなげている</p> <p>各種マニュアルについては、年に一回の改訂を行っている。改訂に伴い、全職員が見直す箇所、継続が必要な事項など、積極的に意見や提案を出し合っている。提案された意見を取り入れ、港南の郷の運営方針に基づき、マニュアルの見直しを行っている。一人ひとりの職員が意見を出し合い、それを反映したものとなっているため、職員にとってより身近なものとなり、介助や支援で技術の統一化が図られている。マニュアルは手に取りやすい場所に設置し、有効活用している。</p> <p>充実した新人教育を行い、事業所の理念や方針の継承につなげている</p> <p>新人教育ではプリセプターの職員を新人一人ひとりに配置し、一年以上の長いスパンの中で、施設の理念や方針、介護方法等をきめ細やかに伝えている。具体的な方法として、一か月、三か月の区切りで目標設定を行い、期間ごとに話し合いをしながら達成度をプリセプターと確認し合い、次に活かせるようにしている。育成の中で先輩職員とのきずなが深まり、人間関係の大切さを実感し、人としての成長に繋がっている。教育期間終了時にはケアマネジャーや社会福祉士等の資格取得を目指すなど、職員の意欲が見られている。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

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		
<p>カーデックスで、ケアプランの援助方針や具体的な支援内容を確認できるようにしている</p> <p>各フロアにカーデックスを置き、ケアプランやパーソナルシートを常に確認できるようにしている。総合的な援助方針に基づいて、具体的なサービス内容を明示し、職員が提供するケアの内容を念頭に置きながら支援に当たることができるようにしている。「行事に参加してもらう」等、利用者個別の課題を踏まえた支援が提供できるように努めている。ケアプランは、ケアマネジャーによるモニタリング、アセスメントの見直しを経て素案を作成し、ケース担当の介護職員が確認をした上でサービス担当者会議に諮り、決定がなされている。</p> <p>利用者の生活習慣や嗜好に配慮して支援をしている</p> <p>利用者の長年の生活習慣や嗜好に配慮して支援をしている。携帯電話の自己管理ができる利用者には、自由に使用してもらっている。集団での活動よりも一人で過ごすことを好む利用者には、本を持参してもらったり、作業するものを家族に届けてもらって、好きな活動してもらっている。テレビも自由に持ち込むことができる。お酒を飲みたい利用者向けの居酒屋イベントを年1回、開催しており、健康面で問題がない利用者に参加してもらっている。それ時以外にも飲酒の要望があれば個別に対応している。</p> <p>事業所内での多職種連携に加え、協力病院の専門職との連携を支援に活かしている</p> <p>事業所にはケアマネジャー、生活相談員、介護職員、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士といった多職種の職員が配置されている。カンファレンスやミーティングを通じて連携を図っているほか、グループウェアを活用しながら常に利用者の状況について共有を図り、必要な支援を提供している。加えて、協力病院の医師が定期的に来所(内科週2回、心療内科月2回、皮膚科月1回)し、必要な利用者を診察している。言語聴覚士も来所しており、利用者の嚥下・咀嚼機能の維持・改善に必要なアドバイスをしてもらっている。</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>栄養ケアマネジメント計画に基づいて、必要な利用者には栄養補助食品を提供している</p> <p>管理栄養士が利用者全員の栄養ケアマネジメント計画を作成し、同計画に基づいて個別の食事提供をしている。糖尿病や貧血等の疾患に対応した療養食も提供しており、10名程度の利用者には提供している。必要な利用者には栄養補助食品も提供している。食形態としては、常食、一口大、荒刻み、軟菜、ペーストを用意している。また、当事業所は、ケアハウスやデイサービスセンター等と同一建物内にあり、厨房を共有していることから様々なメニューへの対応が可能となっており、利用者の禁食対応においても細やかに対応することができる。</p> <p>言語聴覚士による嚥下状態の確認など、安全に食事を摂ることができるようにしている</p> <p>定期的に来所している言語聴覚士が、利用者の嚥下状態を確認して、必要な助言をしている。また、言語聴覚士と、介護職員、看護師、理学療法士、管理栄養士が連携を図って、利用者が経口による食事摂取を維持できるように取り組んでいる。利用者の状況に応じてトロミの度合いを段階的に調整し、安全に食事を摂ることができるように、誤嚥性肺炎の防止に努めている。食形態を複数用意するとともに、盛り付けや食材、見た目にも配慮して、利用者が食欲が湧くようにしている。言語聴覚士による指導については、ケース記録に記載している。</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(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			
<p>選択食を提供しているほか、利用者の希望を聞いて食事内容に反映している 朝食と夕食で、和食か洋食を選べるようにしている。イベントに合わせた行事食や、季節に合わせた献立を作成し、利用者の楽しみとなる食事を提供している。イベントの際は食事のトレーにカードを添えたり、クリスマスではツリーに見立てたゼリーを提供するなど、見た目でも楽しめるようにしている。また、月1回は郷土料理もしくは世界各地の料理を提供している。管理栄養士によるラウンドの際に、利用者に食べたいものを聞いて回っており、献立作成に活かしている。また、利用者懇談会においても食事に関する希望を聞いて、食事内容に反映している。</p> <p>利用者の体調や予定に合わせた対応をして、安全な食事提供に努めている 利用者の体調や、受診などの予定に合わせて食事時間を調整している。1時間は取り置きをして、受診から帰ってきた後など、利用者が都合の良い時間に食事できるようにしている。配膳には温冷配膳車を利用しており、適温で食事を提供できるようにしている。お刺身や海鮮丼、ちらし寿司など、生ものも提供している。厨房の衛生管理も徹底しており、感染症や食中毒の発生防止、安全な食事提供に努めている。</p> <p>リラックスしながら食べることができるようにしており、選べるおやつもある 食事の際はBGMを流して、利用者がリラックスしながら食べることができるようにしている。利用者が着席した後、配膳をしている。これらの手順はマニュアルにも定められている。座席についても利用者同士の関係性や、職員が安全に介助できること等について配慮して決定している。日曜日には、おやつを選ぶことができ、お饅頭、どら焼き、クリームパン、ゼリー、ムース、プリンなど、食べたいものを選んでもらっている。</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(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			
<p>利用者の身体状況に応じた浴槽を選択し、安全に入浴できるよう支援している 一般浴と機械浴で、あわせて3種類の浴槽があり、利用者の身体状況に応じた浴槽タイプを選択し、安全に入浴できるよう支援している。一般浴の場合は、利用者3名に対して職員が見守りや身体を洗う手伝いをするなど、必要な支援をしている。機械浴を使用する場合は職員がマンツーマンで対応している。入浴は週2回となっている。一般浴の浴槽が3階、機械浴の浴槽が2階と4階にあり、フロアが分かれているが、誘導のタイミングを見計らって脱衣室などで待機する時間を少なくして、ゆったりと入浴できるように努めている。</p> <p>利用者の羞恥心やプライバシーに配慮して入浴介助をしている 脱衣室にカーテンを設置し、外部からの視線を遮るなど、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮している。入浴介助の際に注意すべき点や、利用者の羞恥心やプライバシーへの配慮についてはマニュアルにも記載されており、職員に遵守を求めている。入浴の拒否がある利用者に対しては、時間をおいて対応したり、声掛けの仕方を工夫するなどして、利用者が入浴したい気持ちになるまで待っている。無理強いすることはせずに、他の利用者とは入浴日を変更するなど、きめ細かい対応を図っている。</p> <p>イベント浴で入浴の楽しみを提供しており、浴室内の衛生管理にも注意を払っている 毎月、季節に合わせたイベント浴を実施している。ゆず湯やしょうぶ湯など、利用者が季節を感じることができるようにしている。温泉気分を味わうことができるよう、入浴剤も用いて気分転換を図っている。利用者一人ひとりに必要な個別の入浴支援の内容については、ケアプランやパーソナルシートで把握している。自立度に応じた入浴支援をするために、利用者の状況を把握しながら、利用者が気持ちよく、安全に入浴できるように支援している。浴室内の清掃、消毒、空調の衛生管理に注意し、感染や疾病予防に努めている。</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>利用者の状態に合わせた排泄支援を行っており、プライバシーにも配慮している</p> <p>利用者の状態に合わせて、随時・または定時での排泄支援を行っている。排泄が自立している利用者は5名前後で、日中にトイレで排泄する利用者は7割程度となっている。日中トイレで排泄する場合には、訴えに応じて介助をしたり、利用者のタイミングに合わせて声掛けして誘導している。利用者をトイレに誘導する際には、周囲の利用者に分からないように、声掛けに配慮している。トイレにはプライバシーを守るためにカーテンを設置している。</p> <p>適切な介助が出来るよう、排泄に関するアセスメントを見直している</p> <p>個々の利用者に必要な支援内容は、排泄基本情報、排泄アセスメント表、パーソナルシートにより把握している。年1回、排泄に関するアセスメントの見直しをしており、グループの職員による話し合いに加え、利用者や家族の意見も聞きながら適切な介助ができるようにしている。アセスメントの見直しは、利用者の状態が変化した際にも実施している。利用者に合わせてパットを使用するために、1週間程度の試用期間を設定している。尿量等を確認しながら使用するパットを決めている。</p> <p>利用者各自に合わせた介助ができるように研修で学んでいる</p> <p>年1回、外部の講師を招いて、排泄に関する研修を実施している。オムツやパットの適切な使用方法について学び、利用者に合ったものを選び、快適に過ごすことができるようにしている。オムツ交換時には1日1回以上の陰部洗浄をして清潔を保ち、尿路感染症を予防している。排泄の記録はチェック表に残し、支援の参考にしている。</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>理学療法士と連携し、利用者にあった移動方法を検討して支援に活かしている</p> <p>理学療法士と介護職員が連携を図り、一人ひとりの利用者にあった移動方法を検討している。残存機能を活かしながら、利用者が安全に移動できる方法を検討し、ケアプラン、パーソナルシートに記載している。歩行機能の維持のための訓練をする場合には、個別機能訓練計画に基づいて実施している。車椅子についても、利用者に合わせてリクライニング機能があるもの等、複数の種類から選択できるようにしている。週1回、車椅子のパンクや汚れがないか、ブレーキの利きは正常か等について点検している。</p> <p>様々な介護機器を用いており、安全にも配慮している</p> <p>様々な介護機器を用いて、利用者が安全に移乗できるようにしている。身体が大きい利用者や、拘縮の強い利用者にはリフトを用いた移乗をしている。支援の仕方を理学療法士にも確認してもらい、利用者の安全が確保できるようにしている。スライディングボードを使用し、ベッドから車椅子への移乗を支援する利用者もいる。職員の腰痛対策として、ベルトの着用やボディメカニクスについて理学療法士から指導を受けて、身体に負担の少ない介助方法が実践できるようにしている。</p>		

7	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
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、定期的の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>個別機能訓練計画に基づいて、3か月ごとにモニタリングをしながら訓練をしている</p> <p>個別の機能訓練を実施している利用者については、個別機能訓練計画書を作成している。利用者一人ひとりの状態や課題を明らかにし、機能を維持しながら安定した生活を送ることができるように支援している。常勤の理学療法士が行う毎日の集団体操や、状態に合わせた個別訓練(週2～3回)以外にも日常生活の中で活かすことができるよう、車椅子からの移乗の際に、歩行してもらうこともしている。車椅子の適正な座位・姿勢を確認し、介護職員に伝えることもしている。計画については、3か月ごとにモニタリングをしながら、必要な見直しを図っている。</p> <p>寝たきり状態の利用者への支援や、楽しみながらできる訓練を取り入れている</p> <p>寝たきり状態の利用者には、理学療法士が拘縮予防の関節可動域訓練や適切なポジショニングの確認をしている。介護職員もオムツ交換や更衣支援の際に、体位変換をしたり、関節を動かして可動域の維持に努めている。作業療法士により、楽しみながらできる訓練を取り入れており、箱折り、刺し子、つまみ細工、パッチワーク等の活動を通じて、手先や上肢の機能維持を図っている。複数の利用者が同じ時間で実施しているが、訓練内容は個々の利用者に合わせてものを提供している。貼り絵など、利用者同士が協力して一つの作品を作り上げることもしている。</p> <p>経口摂取を維持できるように言語聴覚士と連携した取り組みを実践している</p> <p>経口摂取を維持できるように、言語聴覚士による嚥下機能や食形態に関する評価を受けている。これまでに、入院中に状態が悪化し、退院後にペースト食となっていた利用者が、言語聴覚士や介護職員による支援により、刻み食を食べることができるようになった事例もある。利用者の希望を実現できるように支援している。</p>		
8	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇)</p>	
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>健康診断や診察により、利用者の健康状態を把握し、必要な対応を図っている</p> <p>運営法人の協力病院との連携体制が充実しており、様々な医療面でのサポートを受けることができている。利用者は年2回、7月と1月に健康診断を受けている。7月にはレントゲン、心電図、採血をして、3か月ごとにチェックしている。1月には医師による診察を受けている。内科、心療内科、皮膚科の専門医による診療もあり、利用者の健康状態を把握し、必要な支援をしている。また、利用者が協力病院に入院することもある。事業所と病院で、利用者に関するデータを共有していることもあり、円滑な連携の下で、必要な医療を提供することができる。</p> <p>看護師が24時間勤務しており、服薬の誤りがないよう取り組んでいる</p> <p>看護師が24時間体制で勤務しており、利用者の日常的な健康管理に当たっている。異常の早期発見に努めており、受診時には必ず看護師が付き添っている。また、チェック表を活用しながら看護師と介護職員による複数チェックを実施した上で服薬管理をしており、誤薬のないように努めている。歯科医師や歯科衛生士による口腔機能維持に向けた指導を受けるとともに、適切な口腔ケアを実施している。口腔の状態をアセスメントし、利用者の状態に合わせた用具を選定している。口腔内の清潔保持や誤嚥防止につなげている。</p> <p>緊急時に備えており、看取りに関する対応を定めて利用者・家族の意思を確認している</p> <p>AEDや緊急蘇生の研修会を実施しており、利用者の急変時に適切な対応ができるように備えている。協力病院が2次・3次救急体制となっているため、利用者の緊急対応がいつでも可能となっている。病院の退院調整を担当している看護師と連携を図り、早期に退院し、戻ることができるようにしている。医療的な支援が必要な利用者は2階フロアを利用することが多く、看取り対応の個室も設置されている。看取りに関する対応は、サービスマニュアルや看取りに関する指針で定めている。入所時に看取りに関する意思を確認し、その後も適宜確認している。</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>要望に応じて更衣支援をしているが、ほぼ全ての利用者に対して実施している</p> <p>利用者の要望に応じて、起床後や就寝前の更衣支援をしている。ほぼ全ての利用者に対して実施しており、ケアの実施内容については個別実施表に記載している。タイムスケジュールに沿って、洗顔や整髪、髭剃りなども毎日実施している。自分でできる利用者には、できる限り自分でやってもらっており、できないところを職員が手伝っている。また、利用者が安眠できるように、日中の活動と休息のバランスを意識して支援している。不眠状態が続く利用者には薬を調整し、十分な睡眠をとることができるようにしている。</p> <p>利用者が、自立した時間を過ごすことができるように支援している</p> <p>利用者が、自立した時間を過ごすことができるように支援している。寝たきりの状態の利用者もフロアで過ごすことができるように、離床介助を行っている。経管栄養の利用者も同様に離床介助を行っており、希望があった場合には少量の食事介助もしている。事業所内の飾りで季節感を演出するとともに、居室担当が利用者に合わせて飾りつけをするなど、利用者が季節や楽しみを感じることができるようにしている。</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>個人の自由を尊重して支援しており、個別のニーズの実現に努めている</p> <p>個人の嗜好や自由を尊重して、利用者の意向に沿った生活を送ることができるようにしている。個人の都合による外出も自由としていたが、現在はコロナ禍のため制限を設けている。そのため、事業所では昨年、バスハイクを実施して、利用者が外出する機会を設けている。バスからは降りずに、近くの運河などに出掛けてリフレッシュすることができている。利用者各自のニーズに沿った支援をするために、個別援助方針の中で半年ごとに希望を実現するための取り組みを検討し、実践できるように努めている。</p> <p>レクリエーションやクラブ活動など、利用者を楽しみを提供している</p> <p>事業所には行事部会が設けられており、様々な行事やレクリエーションを企画・実施している。かき氷、土用の丑の日、居酒屋など、利用者を楽しみを提供している。レクリエーションに加えて、毎週クラブ活動も行われている。ドレミ(音楽)、茶話会、作品作り、体操等、利用者を楽しめる活動を提供している。双六、シャボン玉、季節感のある手芸等、利用者のADLに合わせて、一人でも多くの利用者を楽しめることができるような活動も考えている。コロナ禍で制限が多い中でも、利用者が楽しむことができ、マンネリ化しない活動を提供している。</p> <p>利用者の気持ちに沿った支援や対応ができるようにしている</p> <p>「いきいきクラブ」という活動を月1回実施している。回想法を取り入れたり、塗り絵をするなど、認知症の利用者が参加しやすい内容で実施している。利用者の居室に好みの装飾をしたり、馴染の物を置くなど、落ち着いて過ごすことができる環境を整備している。職員の利用者に対する声掛けや支援について振り返るために、サービスマナーについての自己チェックを毎月実施している。利用者の気持ちに寄り添ったの適切な対応ができているか、職員各自が確認しながら、実践に活かしている。</p>		

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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目11の講評			
<p>現在自粛しているが、利用者が外出できる機会を設けている</p> <p>現在はコロナ禍で自粛しているが、買い物外出、花見など、例年は利用者が外出できる機会を多く作っている。また、同一敷地内に図書館があることから、希望する利用者が活用している。外出を自粛している代わりに、洋服などの買い物を家族に依頼している。通常であれば、個別援助方針において誕生日に合わせた買い物外出を企画・実施するなど、計画的な取り組みをしている。また、外出する際には職員が付き添い、利用者が安心・安全に外出できるようにしている。</p> <p>地域との交流が実践されており、利用者の生活の幅が広がっている</p> <p>苦情解決第三者委員、ボランティア、学生など、外部の人達との様々な交流が実践されている。ボランティアとしては傾聴やアニマルセラピー等の活動があり、利用者の生活の幅が広がっている。また、港南の郷祭りという納涼祭や、シーサイドギャラリーという作品展は、地域住民や幼稚園等との交流の場ともなっており、利用者も楽しみにしているが、コロナ下で規模を縮小した形での実施となっている。ホーム喫茶や出張店も行われており、利用者が地域や社会と関わることができている。</p> <p>高齢者福祉施設、介護保険制度、地域に関する情報を提供できるようにしている</p> <p>区立施設であるために、様々な情報を収集して、利用者・家族に提供することができている。区内の高齢者福祉施設や、介護保険制度等について、様々なパンフレットを置いて、自由に持ち帰ることができるようにしている。区報を始めとした地域に関する情報も多く取り揃えている。同一建物内に地域包括支援センターや、地区ふれあい相談室等の事業所もあることから、利用者・家族だけでなく地域住民からの相談があれば、連携して対応できる体制が整っている。</p>			
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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目12の講評			
<p>担当職員や相談員から家族に利用者の状況を知らせている</p> <p>面会時に担当職員や相談員から家族に利用者の状況を知らせている。コロナ禍のため、面会については水曜日と土曜日の予約制としており、オンライン面会にも対応している。面会に来ることができない家族向けに、年2回、担当職員から利用者の様子を手紙で伝えている。写真も添えて、利用者の表情などが分かるようにしている。コロナ禍以前は、面会に来ることができない家族向けに実施していたが、現在は全ての家族に手紙を送り、利用者の状況を知らせている。</p> <p>例年は様々な家族参加行事を実施しているが、コロナ禍のために自粛している</p> <p>敬老会、忘年会、納涼祭、家族懇談会など、例年は様々な家族参加行事を開催しているが、現在は自粛している。敬老会を各フロアで実施したり、納涼祭は規模を縮小して実施している。利用者と家族が交流できる貴重な機会であるため、今後の再開が待ち望まれる状況となっている。家族懇談会は例年は年度末に開催し、半分程度の家族が参加し、事業所の運営について伝えるとともに、家族からの意見を聞く機会となっている。</p> <p>家族の要望を聞き、利用者への支援や事業所のサービスに反映できるようにしている</p> <p>例年は、面会時や家族懇談会で家族の要望を聞いている。コロナ禍で面会は制限があるが、面会以外に生活相談員が窓口となって、家族からの利用者への差し入れや衣服を預かる等の対応を図っている。寄せられた要望については、利用者への支援や事業所のサービスにおいて反映できるように努めている。看取り期にある利用者については、個室を利用してもらうことで、面会は自由としている。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	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①	強固な情報セキュリティシステムを構築している	
内容①	業務の効率化、印刷費の経費削減等のためにIT化、具体的には、文書の電子化、決済の電子化を進めている。このためのPCの使用にあたっては、職員ごとにIDを付与し、かつ役職ごとにアクセス権限に差を設け、さらにアクセスは全て記録する。そして、これらPCはインターネットには接続させず、事業所内のみのネットワークとしている。Eメールの送受信など外部とのやり取りを行うPCは別途用意し、事業所内LANには組み込まない。機密データが外部に漏れない、また外部から悪意のあるメール等を侵入させないためのシステムを構築している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-1-1	利用希望者等に対してサービスの情報を提供している
タイトル②	施設見学や各問い合わせに関して、利用者の希望を尊重し、速やかな対応を行っている	
内容②	利用希望者やその家族からの見学を積極的に受け入れている。アポイントメントが無くても、その都度問い合わせに対応したり、見学希望に対してもできる限り要望に沿えるように柔軟な対応をしている。利用希望者や家族にとって、速やかな対応は事業所への安心や信頼につながっている。見学の際やの説明も、しおりを使いながら、わかりやすく、ポイントを押さえて行っている。利用希望者の話を傾聴しながら、何を求めているかを確認し、納得してもらえるように努めている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-1	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
タイトル③	多職種が連携し、利用者個別のサービスを計画的に高い水準で提供している	
内容③	管理栄養士が利用者全員の栄養ケアマネジメント計画を作成し、個別の食事提供をしている。療養食の提供や栄養補助食品も提供している。定期来所の言語聴覚士が利用者の嚥下状態を確認し、事業所職員と連携を図って、経口による食事摂取を維持できるように取り組んでいる。また、利用者の状態や課題に応じた個別の機能訓練を提供し、安定した生活を送ることができるように支援している。常勤の理学療法士が毎日集団体操や個別訓練(週2~3回)を実施し、寝たきり状態の利用者にも、拘縮予防の関節可動域訓練や適切なポジショニングの確認をしている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	職員にとって働きやすい職場となるような環境構築に取り組んでいる
	内容	常勤職員には公休を年間130日付与しており、加えて年次有給休暇を最高で年20日付与しているため、職員はワーク・ライフ・バランスに即した働き方を実践することができている。また、経営層の方針や決定事項、事業計画、会議録、外部研修の案内等が、LANを通じて全職員に情報共有されているため、部門、職種、職位を異にする職員ともコミュニケーションがスムーズに取れている。また、内部研修、法人研修が充実しており、職員は、キャリアアップ、能力向上、自己啓発など自ら目的に基づいて研修に取り組み、自己を成長させることができている。
2	タイトル	多職種間の連携を図って利用者情報の共有化を行い、一人一人に必要な関わりや介護を行い、サービスの向上につなげている
	内容	職員は利用者の状況把握のため、出勤時にPCで利用者の情報を得ている。シフト勤務のため、夜間職員が状況をきちんと入力して伝えている。介護職員ばかりではなく、多職種の職員が情報を閲覧できるため、一目瞭然に情報を共有化することができている。速やかな情報共有により、利用者への対応も適宜行うことができおり、サービスの向上につながっている。各職種間の連携もスムーズに行うことができ、利用者の状況を多角的な視点で捉えることができている。様々なリスクに対しても連携が取れており、職員が一丸となって取り組むことができている。
3	タイトル	協力病院との連携や24時間の看護師配置など、医療面でのサポート体制が充実しており、看取りケアにも注力している
	内容	運営法人の協力病院との連携体制が充実しており、様々な医療面でのサポートを受けることができている。看護師が24時間体制で勤務しており、利用者の日常的な健康管理に当たっている。異常の早期発見に努めており、受診時には必ず看護師が付き添っている。また、看護師と介護職員による複数チェックを実施した上で服薬管理をしており、誤薬のないように努めている。看取りに関する対応にも注力している。サービスマニュアルや看取りに関する指針を定め、入所時に看取りに関する意思を確認している。個室も用意し、丁寧な対応を行っている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	サービス等に関する規定を、部門間で統一化することについて検討していくことが期待される
	内容	秘密保持、苦情対応、虐待防止、事故防止及び発生時の対応といった項目については、事業の種類を問わず、明文の規定が望ましい。当事業所では、特別養護老人ホーム、ショートステイ、通所介護、ケアハウスという複数の事業を展開している。事業内容が異なることから、運営規程も別々に策定されている。しかしながら、各規程を比較すると、上記項目について規定の有無の相違が見られる。このことで実際の対応に差が出たという事実はないが、基本的な項目であり、事業部門間での統一について検討していくことが期待される。
2	タイトル	重度でコミュニケーションが難しい利用者の意向の把握について、一層の工夫を重ねていくことに期待したい
	内容	当事業所では、重度でコミュニケーションが難しい利用者や、医療的ケアの必要な利用者等を受け入れている。そのため、利用者本人のニーズを把握することが難しい状況も生じている。利用者の希望を尊重したケアを念頭に置いているため、職員は利用者の意思の把握に努めているが、コロナ禍で家族の来所も制限されるなど、一層、意向を汲み取る工夫をしていくことが必要になっている。事業所では利用者を尊重した丁寧なケアを実践しているが、さらに、意向の把握が難しい利用者へのアプローチにおいて工夫を重ねていくことに期待したい。
3	タイトル	新型コロナウイルス感染症の動向を見ながら、地域交流の再開及び活性化により、地域における存在感を一層高めていくことに期待したい
	内容	コロナ禍の様々な制限により、地域交流や地域への情報発信の取り組みを自粛せざるを得ない状況が生じている。今後の動向を見ながら、当事業所が築いてきた介護のノウハウや老人福祉施設の役割などを地域に発信することも検討し、地域に根ざした福祉施設としての存在感を一層高めていくことに期待したい。また、港南地域には養護学校や保育園、学童クラブなど様々な世代の施設も多いため、他施設との交流も視野に入れた今後の取り組みも検討していくことに期待したい。