

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 202-0021

所在地 東京都西東京市東伏見3-5-36-101

評価機関名 有限会社 TCP

認証評価機関番号 機構 06 - 166
電話番号 042-452-8021
代表者氏名 鈴木 純平

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号	
	①	小野瀬 清江	福祉	H0305059	
	②	小野崎 透	福祉	H1601088	
	③	楠原 賢二	福祉	H2101056	
	④	小野瀬 由一	経営	H0305057	
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	短期入所生活介護【ショートステイ】				
評価対象事業所名称	港区立特別養護老人ホーム港南の郷			指定番号	1370304592
事業所連絡先	〒	108-0075			
	所在地	東京都港区港南3-3-23			
	Tel	03-3450-5571			
事業所代表者氏名	小寺 政明				
契約日	2024 年 6 月 27 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 9 月 17 日				
利用者調査結果報告日	2024 年 12 月 18 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 9 月 17 日				
自己評価結果報告日	2024 年 12 月 18 日				
訪問調査日	2024 年 12 月 19 日				
評価合議日	2025 年 2 月 28 日				
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	事前説明には、評価の理解を深めて頂く為、評価の全体像や具体例を用いたわかりやすい資料を作成し、職員への周知を図りました。事業評価においては、自己評価の事実確認に徹し、第三者性の担保に配慮しました。また、利用者調査および事業評価の集計結果には、独自開発による集計シートを用い、グラフ・表によってできる限りわかりやすくとりまとめを行いました。				

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、
● 機構が定める部分を公表することに同意します。
○ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
○ 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名 印

1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定） 1) 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	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 ・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
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） ・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

登録者60名の内、短期入所を利用した20名の利用者を対象に、利用者アンケート調査を実施した。

調査方法

アンケート用紙と返信用封筒を同封したものを事業所に渡し、事業所から利用者へ発送し、回答アンケートは直接評価機関へ郵送する方法で調査を実施した。

利用者総数

60

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
20	0	20
12	0	12
20.0	0.0	20.0

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

「現在利用している施設を総合的にみて、どのように感じていらっしゃいますか」との質問に対して、「大変満足」41.7%、「満足」50.0%を全て足すと91.7%の回答率となっており、利用者の満足度が高い状況が伺われる。個別の項目についても「はい」と回答している結果が多く、満足している状況が伺えた。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	10	2	0	0
この項目では、10人が「はい」と答え、全体の83.3%を占めており、「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	11	1	0	0
この項目では、11人が「はい」と答え、全体の91.7%を占めており、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	5	4	2	1
この項目では、41.7人が「はい」と答え、全体の41.7%を占めており、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が16.7%という結果であった。また、自由記述の結果では、たくさんの方とコミュニティが取れる事などの声が聞かれた。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	7	4	0	1
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の58.3%を占めており、「どちらともいえない」が33.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、ショートステイから帰宅後は自宅で過ごしている時より元気になって帰宅してきますなどの声が聞かれた。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	12	0	0	0
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めており、「どちらともいえない」が0.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	11	1	0	0
この項目では、11人が「はい」と答え、全体の91.7%を占めており、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	8	3	0	1
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の66.7%を占めており、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	12	0	0	0
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の100.0%を占めており、「どちらともいえない」が0.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	1	0	1
この項目では、10人が「はい」と答え、全体の83.3%を占めており、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	2	0	2
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の66.7%を占めており、「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、いさかいもいじめもなかったなどの声が聞かれた。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	11	1	0	0
この項目では、11人が「はい」と答え、全体の91.7%を占めており、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられませんでした。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	10	1	0	1
この項目では、10人が「はい」と答え、全体の83.3%を占めており、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられませんでした。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	10	1	0	1
この項目では、10人が「はい」と答え、全体の83.3%を占めており、「どちらともいえない」が8.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、記述がなく、傾向はみられなかった。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	9	2	0	1
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の75.0%を占めており、「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、話をよく聞いてくれますなどの声が聞かれた。				
15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	6	3	0	3
この項目では、6人が「はい」と答え、全体の50.0%を占めており、「どちらともいえない」が25.0%、「いいえ」が0.0%という結果であった。また、自由記述の結果では、困ったこともなく、何事も理解できるように説明してくれるなどの声が聞かれた。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、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く ☐ 非該当
	カテゴリ1の講評	
	施設が目指すことは職員・利用者等の理解を図り、事業計画は職員参画で策定している 施設が目指す理念・ビジョン・基本方針等について、入職時研修、施設内掲示や事業計画書・事業報告書の玄関開示により職員の理解が深まるように取り組んでいる。また、施設では社内LANを整備することにより、職員が施設の目指していることを常時確認できるように配慮している。さらに、施設が目指していることについて、利用者や家族の理解を深めるため、家族懇談会における説明、施設内掲示や事業計画書・事業報告書の玄関開示による取り組みによる周知を図っている。加えて、事業計画等の策定では、社内LANで職員の意見を求めている。 経営層は処務規程に基づき自らの役割と責任を職員に伝え、施設運営をリードしている 経営層は、施設が目指している理念・ビジョン・基本方針等の実現に向けた自らの役割と責任について、職員研修、連絡調整会議、各委員会、各事業スタッフミーティング等で職員に分かりやすく周知している。また、経営層は、施設が目指していることの実現に向けて、処務規程や職務分掌に基づき財政の健全化や組織の活性化を目的とした自らの役割と責任を提示すると共に、経営層の考え方や職員が進むべき方向性を示し、リーダーシップを発揮しながら施設運営に取組んでいる。 重要な意思決定は処務規程で定めた手順で意思決定し、職員・利用者等に周知している 施設運営の重要案件については、各事業の係長以上が出席する施設運営会議を随時開催して検討・決定している。また、施設運営会議の検討事項は連絡調整会議から上程されている。連絡調整会議では、安全衛生、安全対策、虐待防止・身体的拘束等適正化、感染コントロール、サービス向上、給食、職員研、災害対策、広報図書委員会、情報セキュリティの各委員会の結果が検討されている。これら重要な案件の意思決定については、職員に対しては朝礼・全体会議・社内LAN等で共有化を図り、利用者や家族に対しては懇談会や定期便により周知に取組んでいる。	

2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行 サブカテゴリ1(2-1) 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6 評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している 評価 標準項目 ●あり ○なし 1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している ○非該当 ●あり ○なし 2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している ○非該当 ●あり ○なし 3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している ○非該当 ●あり ○なし 4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している ○非該当 ●あり ○なし 5. 事業所の経営状況を把握・検討している ○非該当 ●あり ○なし 6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している ○非該当		
サブカテゴリ2(2-2) 実践的な計画策定に取り組んでいる サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している 評価 標準項目 ●あり ○なし 1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している ○非該当 ●あり ○なし 2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している ○非該当 ●あり ○なし 3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている ○非該当 評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる 評価 標準項目 ●あり ○なし 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している ○非該当 ●あり ○なし 2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる ○非該当		
カテゴリ2の講評 利用者や職員の意向や地域福祉ニーズを把握・検討し、対応すべき課題を抽出している 利用者の意向は、年1回のアンケートで把握しニーズへの対応を図っている。また、職員の意向は、定期面接や職員アンケート等で把握しニーズを確認している。さらに、地域の福祉の現状やニーズは、区施設長会議等の会議や高齢者相談センターから収集した情報から把握している。併せて、福祉事業全体の動向は、東社協の広報・通知や厚生労働省ホームページ、法人本部からの情報により把握している。加えて、ニーズ等に基づく課題は、事業計画・予算編成等の際に抽出すると共に、月1回の連絡調整会議や社内LANで全職員に周知している。 施設が目指すことの実現に向け、中長期及び単年度事業計画による対応を図っている 当施設の中長期事業計画は、当施設が指定管理者指定を受けた際に策定した5か年計画の現状を踏まえて見直し行って策定している。また、施設では中長期事業計画の実現を目指し単年度事業計画を毎年定期的に策定し、その計画では各課が目標を掲げて実践に取り組んでいる。さらに、中長期事業計画における予算編成では、社会福祉法人減免措置等の目標設定をしているが、予算規模に応じた見直しを行いながら必要な対応を図っている。 事業計画は職員参加型で策定し、連絡調整会議等で進捗状況に応じた対応を図っている 施設の中長期事業計画では事業所の目指す姿を示すと共に、単年度事業計画では各課の目標を掲げ、その実現に取り組んでいる。また、単年度事業計画の策定にあたっては、職員の意見を求め職員参加型の取り組みを図っている。さらに、単年度事業計画を推進するため、連絡調整会議、各課委員会及び各事業のスタッフミーティング等の各会議で達成度合いを測定し、進捗度に応じた対応を図っている。併せて、計画推進に当たっては、毎月実績を示すとともに、半期終了時には年間見込みをたて、必要に応じて見直しをすることが明示されている。		

3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(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
	職員が守るべき法令等をコンプライアンス研修や自己点検を実施し周知・徹底している 社会人・福祉サービス従事者として守るべき法・規範・倫理等は就業規則・運営規程・コンプライアンステキスト等に明示しており、毎年全職員のコンプライアンス研修を実施し、職員の理解が深まるように取り組んでいる。また、新入職員に対しても採用時のオリエンテーション研修やその後の内部研修等で新人オリエンテーション資料等で丁寧に説明し、理解が深まるように取り組んでいる。さらに、職員のコンプライアンスについては、職員が毎月自己チェックシートにより遵守状況の確認を行うことにより周知・徹底を図っている。 苦情相談窓口の設置や苦情解決責任者の選任等、利用者の権利擁護体制を整備している 利用者や家族等が利用できる苦情処理制度として、第三者委員や介護相談員の来所の知らせや意見箱の設置について、各フロアー掲示や重要事項説明書に記載し伝達している。施設では、施設長、各事業責任者を苦情解決責任者に選任し、利用者や家族等から苦情が寄せられた場合は、連絡調整会議や委員会等を開催し、速やかな苦情解決に努めている。また、職員は施設内外での虐待等については自己チェック表や虐待の芽アンケートによる自己評価を実施しサービス向上委員会で検討・対応すると共に、区や地域包括支援センターと連携して対応している。 施設の強みを活かした講演会や近隣小中学生の作品展示を行なう等、地域貢献を行っている 施設の透明性を高めるため、施設玄関に事業計画・事業報告・第三者評価結果等を開示し、ホームページでも発信している。また、地域との関係づくりのため、保健課長・各事業相談員がボランティア・実習生の受入れを行ない、ボランティア・実習生の受入れマニュアルも整備している。さらに、地域ニーズに対応した高齢者住宅と介護教室の講演会を実施している。併せて、地域内の防災訓練に参加し避難所内エコノミー症候群予防の講演を行うと共に、近隣小中学生の作品を展示するシーサイドギャラリーを施設内で行う等地域交流の場も提供している。

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(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	☐ 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
事故や感染症等の重要リスクは委員会で対策を検討しマニュアルに基づき対応している 施設が目指していることの実現を阻害する恐れにあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)にうち、特に重要リスクである事故や感染症等については安全対策委員会リスクマネジメント部会や感染コントロール委員会を定期的に開催して最新情報を共有し対策を講じている。これら重要リスクについては、事故防止対策マニュアルや感染症マニュアル等を整備し必要な手順を定めて運用している。特に、感染情報については社内LANで常に最新の情報を提供し、全職員が最新の情報に基づき必要な対策を検討できるように取組んでいる。 重要リスク発生時の事業継続計画を策定し、各委員会にて対応改善に取り組んでいる 事故や感染症等重要リスクは、区の指導により施設独自の事業継続計画(BCP)を策定すると共に、社内LANにより全職員が閲覧可能とする仕組を整備し、全職員が利用者等にリスク対応を周知し、リスク発生時には必要な対策を行うことが出来る仕組みを整備している。また、重要リスク発生時には、災害対策委員会やリスクマネジメント委員会等にて対応分析を行い、再発防止やマニュアルの見直しに取り組んでいる。加えて、施設の重要リスク発生時の対応については、詳細な事故報告書を区へ提出し、事故報告と改善状況も併せて報告している。 施設の情報システムは区の実施手順に基づき運用し情報セキュリティ確保を図っている 施設における情報管理に関する規程や手順については、職員採用時や初回オリエンテーション時に説明し、全職員が理解し遵守するように取り組んでいる。取得情報は、社内LANやファイルサーバーで整理・保管し、必要時に必要な人が情報を活用している。また、施設で扱う情報の重要性や機密性を踏まえ、紙情報は施錠付きロッカーで保管し、データ情報へのアクセスはID&PWIにより職責に応じて制限している。さらに、施設の情報システムは区指定管理者向け情報安全対策実施手順で運用し、ウイルス対策ソフトは常に最新の状態を維持している。		

5 カテゴリー5		
職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	☐ 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	☐ 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	☐ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	☐ 非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	☐ 非該当

	カテゴリー5の講評
	職員のキャリアパスに応じて職員研修委員会で研修計画を作り人材育成を行っている 施設が求める人材採用では、幹部が書類選考後に面接し、職種によっては、現場担当者を含めた多面的面接を行い、適性を判定している。また、職員の異動に際しては、法人の区内施設間異動、当施設内の適切な異動を通じて取組んでいる。さらに、役職別の職員自己能力評価シートを基に幹部による職員面接を行い、キャリアパスに応じた目標達成について説明を行ったうえで評価している。併せて、施設が求める人材育成を図るため、キャリアパスと連動した人材育成計画に基づき、職員研修委員会にて研修計画を策定し、育成への取り組みを進めている。 OJT、内部・外部研修の育成成果を確認し、確認結果による組織的支援を行っている 施設では、求める人材像を踏まえ、各職員の能力に応じ、OJTや内部・外部研修に参加させて人材育成に取り組んでいる。また、新人職員に対しては、職員研修委員会にて段階的な研修計画を検討し、職員ひとり一人の意向や能力に基づく年間育成計画を策定している。さらに、職員ひとり一人の育成成果の確認は定期面談における自己評価・上司評価により行い、面談結果に基づき、各事業ミーティング時での育成支援や上司による個別指導により組織的な育成支援を行っている。併せて、教育マニュアルを作成し指導層の指導能力の向上も図っている。 職員が働き続けられる職場づくりや組織学習とチーム活動の促進にも取り組んでいる 職員の定着に向け、賞与支給や昇格にあたっては、法人支部の基準による業績評価と処遇との連動、勤怠状況の常時把握や定期的なストレスチェックに基づく産業医による個別指導等により、職員が安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる。また、職員の自己評価や定期面談に基づく適材適所の配置やリフレッシュ休暇制度等の導入により、職員の意欲と働きがいの向上にも取り組んでいる。併せて、職員の研修成果の伝達講習や法人全体の学会等における発表機会の設置、社内LAN掲示板の導入等により、チーム活動の促進にも取り組んでいる。

7		事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリ1(7-1)		
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている		
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)		
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)		
【課題・目標】 ・利用者が安心安全を確保し、質の高いサービスを提供する 【理由・背景】 ・利用者の安心安全の確保と質の高いサービス提供は、施設のリスク管理や安定稼働、職員の確保や意欲向上や地域貢献等でもたらされる 【取り組み】 ①多職種間でリスク管理を共有し利用者の安全確保に努めた ②適切な入所管理を行い稼働の安定を図った ③介護員の採用を進め、介護保険制度における処遇改善加算、東京都の処遇改善加算等を活用し賃金の改定に取り組む事で職員の意欲向上を図った ④地域貢献活動の実施 【取り組みの結果】 ①適切な入所管理を行い一定の稼働の安定が図れた ②介護員の人材確保が進み、賃金改定により職員のモチベーションが維持された ③利用者個々の既往症や現状などの情報を多職種間で共有し、リスク管理に反映することができた 【検証・今後の方向性】 質の高いサービス提供に向け、多職種間の連携が進んだ事は評価できるが、さらに質の高いサービスを提供するため以下の課題に取り組む。 ①利用者個々のニーズや安心安全を担保するため介護職の必要十分な確保 ②利用者向け行事の拡大・地域・家族との交流などの推進		
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 当施設では、利用者の安心安全な生活を実現するための質の高いサービス提供を課題として取り組まれた。その結果、①適切な入所管理を行い一定の稼働の確保でき、②介護員の人材確保が進み、賃金改定により職員のモチベーションが維持され、③利用者個々の既往症や現状などの情報を多職種間で共有することによりリスク管理に反映できた等の成果を上げることが出来た。 当施設が、さらに質の高いサービス提供に向けた課題として取上げている、①利用者個々のニーズや安心安全を担保するため介護職の必要十分な確保、②利用者向け行事の拡大、地域・家族との交流などの推進、③施設内の事故発生件数の減少を図ることは、サービス提供の質の向上には有効な対策と考えられる。 今後、組織マネジメントの事業評価において、リーダー層と一般職員の「そう思う」が50%を下回った回答の質問事項を課題として捉えて原因と対策を検討し、引き続きこれら課題解決のための対策を推進することを期待する。		
評価項目2 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)		
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)		
【課題・目標】 ・各サービス事業の経営の安定化 【理由・背景】 ・利用料金制の施設は、稼働の向上・安定を図る必要がある ・利用者退所後の入所マネジメントと質の高い介護を実践し入院を抑制することで空床期間を短縮し高稼働を維持する必要がある ・介護保険改訂や都独自による加算は全て取得し経営の安定化を図る必要がある 【取り組み】 ①介護保険改訂加算や港区独自の加算(送迎・入浴・調理・医療対応)の取得 ②年間を通じた取り組みとして、適切な入所マネジメントによる空床期間の短縮、口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防による入院期間の短縮、短期入所における医療対応利用者の受入、短期入所における特養空床の積極的な活用による稼働の向上 ③中間期(春・秋)の冷暖房の計画的な運転による光熱水費削減等のコストの減少 【取り組み結果】 ①空床期間の短縮が図れ高稼働の維持に繋がった ②各事業の経営の安定化が一定数図れ、短期入所で医療対応利用者の受入が増加した ③取得可能な介護保険改訂加算および港区独自の加算(送迎・入浴・調理・医療対応)は全て申請した 【検証・今後の方向性】 ・当施設の強みの医療対応力に加え、緊急一時保護や措置入所等にも対応する		

目標の設定と 取り組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった（目標設定を行っていなかった場合も含む） ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評 当施設では、運営主体が同じ敷地内で実施している、特別養護老人ホーム（指定短期入所介護事業含む）、高齢者在宅サービスセンター、地域包括支援センター、ケアハウスの各サービス事業の経営の安定化を課題として取り組んだ。その結果、①空床期間の短縮が図れ高稼働の維持に繋がり、②各事業の経営の安定化が一定数図れ、短期入所で医療対応利用者の受入が増加し、③取得可能な介護保険改訂加算および港区独自の加算（送迎・入浴・調理・医療対応）は全て申請することが出来た。 当施設が、今後の対応として取上げている、当施設の強みである医療対応力に加え、緊急一時保護や措置入所等にも対応することは、各サービス事業の経営の安定化に資する対策と考えられる。 今後、運営主体で実施している地域包括支援センターとの連携を深めて、緊急一時保護や措置入所等の受入れを図り利用者を確保することにより、各サービス事業の経営の安定化を一層促進することを期待する。	

Ⅱ サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4 / 4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	☐ 非該当	
☒ あり ☐ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	☐ 非該当	
☒ あり ☐ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	☐ 非該当	
☒ あり ☐ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	☐ 非該当	
サブカテゴリー1の講評			
サービス内容はホームページ、パンフレット、広報誌等を通じて周知している 施設の情報は、ホームページ、利用案内(ショート独自作成)、広報誌などを用いて、利用希望者、家族に向けサービス内容をわかりやすく紹介している。ホームページでは、施設案内や負担割合別の利用料金、利用者の日常生活を伝える写真・コメントを付した「アーカイブ」などで示している。毎月発行の広報誌「港南の郷」では、複合施設の他のサービス利用者とともに行事・レク・食事内容・制作活動等の様子を伝え、利用イメージが湧くよう努めている。パンフレットはフルカラーで大きな文字、写真で施設の概要を紹介している。 第三者評価、介護サービス情報の公表など、情報開示を積極的に進めている パンフレットは地域包括支援センターに配付し、利用者、家族が容易に手にしやすいよう配慮をしている。施設の玄関ホールの見やすいところに運営規定を掲示するほか、事業計画、事業報告、第三者評価結果を常備するなど、サービス内容や施設の取り組みなどの情報開示に努めている。第三者評価に加えて、介護サービス情報の公表では積極的に情報公開して、利用者の選択に資するとともに、ケアマネジャーをはじめ関係者の情報収集の便宜に配慮している。また、区立施設なので港区のホームページ、広報誌でも紹介してもらっている。 施設見学は、原則1年中、問い合わせや見学に対応できる体制をとっている 指定管理制度で法人が施設を運営しているため、毎月、港区には月例報告を行うなど、行政と施設運営の情報共有に努めている。また、複合施設内には特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、高齢者在宅サービスセンター、ふれあい相談室、ケアハウスが併設され、地域における様々な課題に対して協働して解決に向けて取り組んでいる。さらに法人の医療機関の協力を得て、住民向けの講座に医療従事者を講師として招聘している。施設見学は、原則1年中、問い合わせや見学に対応できる体制をとって、希望者の便宜に配慮している。			

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 7/7
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. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
生活相談員は、自宅でアセスメントを実施し、結果を課題分析に役立てている 生活相談員は初回利用前に自宅を訪問し、利用者・家族に利用案内、重要事項説明書をもとに基本的なルールや重要事項を説明している。利用者の状態に応じて、ゆっくり分かりやすく、丁寧に説明するよう努めている。利用料金は、要介護度に応じて試算した費用等を説明し、書面をもって同意を得ている。さらに生活相談員は利用者の心身の状態、病歴、性格、好きなこと・交友関係、家庭での様子、家族や本人の意向などをアセスメントし、課題分析に役立て、この解決に向けた短期入所サービス計画に反映している。 アセスメントの情報は、短期入所サービス計画作成に活用している 新規の入所者については、アセスメント情報をもとにフェース・アセスメントシートを作成している。シートには、家族、経歴、性格、好きなこと・交友関係、日常の過ごし方、ADL・IADL等の情報を整理して、分かりやすくまとめている。本人との関わりや援助の際に役立つ情報が記載され、介護の実践に役立てている。日用品の持ち込みは制限せず自宅で好んで使っている物品を持参してもらい、ストレスの軽減に役立ててもらっている。さらに収集した情報は、在宅のケアプランを踏まえて、短期入所サービス計画の作成に活用している。 退所連絡票を作成し、ケアマネジャーに入所中の情報を提供している 利用者が安定しなかった時など、家族の協力を得ることもある。利用者の様子は介護ケース記録に記載して、例えば不穏になった際の対応で効果があった情報は共有し、個々の利用者の気持ちに寄り添った対応をするよう努めている。長い期間、利用がなかった利用者は、ケアマネジャー、家族に最近の状況の聞き取りや訪問など、必要な情報収集に努めている。退所連絡票を作成し、看護師、介護員が入所中の状況を記載し、ケアマネジャーに情報を共有するなど、支援の継続性に努めている。		

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 11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 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介護計画を作成している 評点(〇〇〇〇)		
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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直ししている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	☐ 非該当
評価項目3 利用者に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		
新規利用者の自宅を訪問し、アセスメントを実施して必要な情報を収集している 利用者の基本情報、アセスメント情報は電算システムで管理し、社内LANを通じて職員間で共有している。施設サービス計画作成のマニュアルを整備し、この手順を準用して計画を作成、見直ししている。長期目標は1年、短期目標を6カ月とし、在宅のケアプランに応じて計画を見直ししている。新規利用の場合、ご自宅を訪問してアセスメントを実施し、本人、家族から必要な情報を収集している。この結果から課題分析を行い、ケアプランを踏まえて課題解決に向けて、短期入所サービス計画を作成している。		
利用間隔が空いた利用者は、家族から現在の状態を細かく確認している 短期入所サービス計画は、在宅のケアプランの変更時、退院時、心身状態の変化時には再アセスメントを実施し、見直しを行っている。新たな課題があれば、この課題解決に向け、計画の作成・見直しを行っている。計画の見直しにあたっては、本人、家族に内容を説明し、同意を得ている。ショートステイでは、利用者によっては前回の利用から間隔があくケースもある。前回の利用時の情報だけでは、適切なケアを提供できないこともあるため、事前に在宅のケアマネジャーや家族から現在の状態を細かく確認している。		
グループウェアを通じて、事務連絡等の必要な情報を共有している 日々の利用者の状態、関わり、エピソード、食事・水分量、服薬、排泄など、ケース記録に記載し、個々の利用者の支援経過の把握に努めている。情報はシステムで管理し、例えば心身の状態変化の際は過去に遡って記録を参照するほか、バイタルデータなどの健康情報はこれまでの推移を確認でき、必要な医療、看護、介護に活用されている。朝礼や申し送りは定時に実施するほか、申し送りメモの掲示、ノート等を閲覧を通じて共有している。また、グループウェアを通じて事務連絡の把握、職員間の情報の交流など、迅速に行える環境を整えている。		

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			
声かけ、挨拶など、個人のプライベート空間に対する配慮を徹底している 契約時には、利用者、家族に個人情報保護規程を示して情報の利用目的を説明し、同意を書面に残している。さらに適切な医療や介護の必要上、外部の関係機関などと情報を共有する際、本人、家族の同意を得ている。入室の際は、必ず声かけ、挨拶をするなど、個人のプライベートの空間に対する配慮を徹底している。また、排泄介助や入浴介助等の場面では、カーテンやドアを閉めるなど、個人の羞恥心に配慮した援助に取り組んでいる。さらにトイレ誘導にあたっては、他の利用者に聞かれないよう声かけに配慮している。 「虐待の芽」チェックリストを月1回実施して、日頃の自らの実践を振り返っている 居室はプライバシーが確保できるよう個人の空間を確保している。施設では、人権に配慮した言葉がけや、サポートができるようサービスマニュアルを作成し、日常的に実践している。さらに「虐待の芽」チェックリストを月1回実施して、日頃の自らの実践を振り返るほか、接遇・虐待について3か月に一度、目標を設定して、定期に実践を振り返るなど、サービスマナーの向上に努めている。また、人権擁護をテーマにした施設内研修を開催し、施設が一体になって個々の利用者の権利擁護が徹底できるよう取り組んでいる。 職員は、一人ひとりの価値観や生活習慣を尊重した援助に努めている 施設では、一人ひとりの価値観や生活習慣を尊重した援助に努めている。居室担当者は、利用者の意思を尊重できるよう、日常的にアセスメント情報を参照し、その方の理解を深めている。集団活動では無理強いをせず、参加できるときに参加してもらっている。一方、活動性の低下を招かないよう、他の職員の関わり方で効果的だった援助方法を実践するなど、バランスの良い支援に努めている。拒否のある方には、入浴や食事時間をずらすなど、点ではなく線にとらえて必要な介護が提供できるよう努めている。			

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		
年間を通じたマニュアルの見直し、実践を通じ、技術水準の向上に努めている 施設では、高い水準のサービスを標準的に提供できるよう、マニュアルの常時の整備に努めている。サービスマニュアル部会を設置し、「自分たちで工夫し、常に見直していく」を運営方針として検討を進めている。4月に加えて奇数月に部会(年7回)を開催し、接遇、食事、排泄など、28分野について年間を通じてテーマを深め、より良いマニュアル整備・実践を通じたサービスの質の向上に取り組んでいる。副主任以上のリーダー職員が、各セクションで改訂内容を指導し、常に全体の技術水準の向上が図れるよう取り組んでいる。 PDCAサイクルを通じ、マニュアルの精度を高め、サービスの質の向上に努めている リーダー職員は、担当セクションの意見を集約して、サービスマニュアル部会に参加し、改訂作業に職員の意見が反映できるよう努めている。部会では既存マニュアルの改訂作業に加え、必要に応じて新たなマニュアルを作成し、同様のサイクルで常時の整備に努めている。施設ではPDCAサイクルを通じて、マニュアルの質の向上、マニュアルに沿ったサービス水準の向上に取り組んでいる。また、新人教育では、一人ひとりにプリセプターを配置し、マニュアルをテキストとして、OJTを通じた教育研修を行い、サービス水準の底上げを図っている。		

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		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	32 / 32
1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している 評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		☐ 非該当
評価項目1の講評			
介護員は、個々人の短期入所サービス計画を参照して、介護を実践している 生活相談員は、利用前開始前に利用者の自宅を訪問し、アセスメント(インターライ方式)を実施している。アセスメント結果をもとに課題分析を行い、この解決策を短期入所サービス計画に反映している。計画は社内LANで職員間で共有するとともに、書類を格納する個別のカードックスにまとめて整理している。職員は随時に確認し、計画に示す目標、サービス内容を実践している。カードックスには、計画書のほかフェースシート、アセスメント結果、ケース記録など、個々の利用者の援助に必要な関係書類を保管している。 アセスメント結果を踏まえ、自宅での生活の継続性に配慮した支援に努めている 新規の利用者は、その方に対する情報が不足することで、思わぬ事故のリスクがあるので、当初は見守りや関わりを頻回に行っている。併せてアセスメントシートにはなかった情報を収集し、データを更新している。アセスメント情報に示される性格、好きなこと・交友関係、日常の過ごし方などを参考にしながら、可能な限り、自宅での生活の継続性を踏まえた支援に努めている。なお、入所当初は暫定の計画書とし、一定期間経過したところで、この間に得た情報をもとに計画の見直しを行っている。 利用者が安心、安全な生活が送れるよう重層的なサービスを提供している 当施設では「笑顔で安心した生活の継続」を施設目標として大切にしている。生活相談員は、短期入所サービス計画を作成する際、この施設目標を意識しながら、その方の課題解決に向けた内容となるよう努めている。サービス提供にあたっては、介護員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、生活相談員が協力して、その専門性を発揮して利用者への支援に努めている。さらに法人が運営する協力病院の医師、言語聴覚士などと密接な連携をとるなど、利用者が安心、安全な生活を送れるよう、重層的なサービス提供に努めている。			
2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している 評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている		☐ 非該当
評価項目2の講評			
利用者の嗜好を大切にし、ご飯食、パン食など、選択食を実施している 食事については家族、ケアマネジャーに確認するとともに、アセスメント結果を踏まえて食形態を決めている。「食事連絡票」を通じて、管理栄養士、担当介護員と共有し、食事を提供している。管理栄養士は、ラウンドや残食調査、嗜好調査などの結果を踏まえて、栄養バランスの良い、利用者に喜ばれる食事を提供している。また、給食委員会が現場での意見を食事づくりに反映するよう努めている。利用者の嗜好を尊重するため、「ご飯食・パン食」など、主食の選択食を実施するほか、禁食にも対応している。 食席は相性も考慮しながら、互いに交流し楽しく食事ができるよう配慮している 食事時間は、利用者の通院や体調、覚醒状態を考慮し、衛生上問題のない範囲内で時間をずらす「延食」を実施している。また、食事姿勢が嚥下にも影響するため、機能訓練指導員の助言を得ながら、身体状態や希望に応じて、クッション、座布団などで正しい姿勢が保持されるよう調整している。大勢の中での食事は落ち着かない利用者には、少し離れた個別のテーブルを用意している。食席は相性も考慮し、交流しながら楽しく食事ができるよう配慮している。着席してから誤配膳防止のため本人確認をして、適温での配膳を行っている。 食事イベントを実施するなど、食欲増進につながる企画をたて実践している 管理栄養士のラウンドによる調査のほか、残食調査、嗜好アンケート(毎年11月)を実施するなど、利用者の希望の定性的・定量的な分析により献立、調理法の検討を行うなど、食事サービスの質の向上に取り組んでいる。さらにフロアでの実演調理を実施するなど、視覚・嗅覚を刺激し、かつ楽しめる食事イベントを実施するなど、楽しめる企画など利用者の食欲増進のため様々な工夫をしている。正月のおせち料理、3月のひなまつりのちらし寿司、大晦日の年越しそばなど、食事を通じて季節の移り変わりを感じてもらうため毎月行事食を提供している。			

3	評価項目3 入浴の支援は、利用者の状態や意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. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 入浴の誘導は利用者に負担がかからないように考慮し、行っている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている		☐ 非該当	
評価項目3の講評					
安心、安全な入浴のため、マンツーマンの入浴介助を実践している 個々の利用者の身体機能・状態を見極めて、一般浴・座位式機械浴・臥床式機械浴から、その方にあった身体状態に応じた方法で入浴してもらっている。特に状態変化が見られた利用者には、サービス担当者会議を開いて、各専門職の意見を踏まえて適切な入浴方法を短期入所サービス計画書に反映し、実践している。入浴前にはバイタルを測定し、体調に問題がない限り、短期入所利用中週2回のペースで入浴時間を確保している。安全に安心して入浴してもらえるよう、利用者と職員のマンツーマンで入浴の介助を行っている。 拒否のある方には、混乱のない状態で安心して入浴できるよう対応している 羞恥心に配慮し、個別に入浴介助を行うほか、気持ちが安定するようBGMを流している。入浴前後は速やかな更衣介助に努め、パーテーションやカーテンを活用するほか、できる限りバスタオルで身体を覆い、肌の露出を少なくして、安心して入浴を楽しんでもらえるよう配慮している。認知症等により入浴を拒否される方に対しても、無理強いするのではなく、落ち着いてもらえるよう関心のある話題で会話しながら介助している。本人の意思を尊重して時間や曜日の変更など、混乱のない状態で安心して入浴できるよう柔軟に対応している。 季節を感じてもらえるよう「菖蒲湯」や「ゆず湯」など、イベント浴を毎月行っている 脱衣室で入浴の順番待ちなど、利用者を待機をさせないようにしつつ、ゆったり入浴できよう配慮している。入浴を通じて季節を感じてもらえるよう「菖蒲湯」や「ゆず湯」など、イベント浴を毎月行っている。さらに着脱、洗身、整髪など、できることは利用者に取り組んでもらうなど、介護員は入浴・更衣の自立支援に努めている。施設では入浴介助の標準化を図るため「入浴マニュアル」を整備している。マニュアルでは、フローチャートに手順を示し、これに応じて介助を行うなど、サービスの質にばらつきがないよう標準化を図っている。					
4	評価項目4 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)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 在宅で行っている排泄方法を踏まえ、利用者や家族と話し合ったうえで本人の状況に合った介助をしている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている			☐ 非該当
評価項目4の講評					
排泄アセスメントを行い、個々の利用者の排泄の基本情報を整理している 自宅での排泄方法を踏まえて、排泄アセスメントを行い、個々の利用者の排泄の基本情報を整理している。排泄パターンをチェックし、トイレ誘導を行うなど、不快な時間を少なくするよう取り組んでいる。排泄チェック表を作成し、実際の排泄状況を記録し、個々の排泄介助における基礎資料として活用している。施設ではおむつでの排泄に頼らず、座位や立位が可能な利用者は、トイレ介助やポータブルトイレなどに誘導し、自然な排泄を支援している。便秘が食欲不振や体調不良につながるので、適切な排便コントロールができるよう取り組んでいる。 排泄の記録を整理し、利用者ごとに個別性の高い排泄介助を実践している 排便コントロールを行っている利用者は、家族、在宅の看護師等からの聞き取りを通じて、在宅の支援内容を継続している。トイレ誘導の声かけでは他の利用者に気づかれぬよう配慮し、トイレのドアの開閉時も羞恥心に配慮して介助を実践している。排泄チェック表を活用し、利用者ごとに排尿や排便の頻度、量、状態を記録して排泄のリズムを把握し、職員間で情報を共有して実践するなど、個別性の高い排泄介助につなげている。オムツ交換時は陰部洗浄を行い、清潔を保持して尿路感染の予防に努めている。 食事や水分補給、運動などの工夫で自然な排泄ができよう支援している 排泄のリズムが薬剤だけに頼らずにできるよう、食事や水分補給、運動などの工夫で自然な排泄ができよう支援している。トイレ清掃は、掃除担当者による定期的な巡回清掃をはじめ、汚れに気づいた時点で随時に対応している。清掃状況はチェック表を使って管理している。各トイレには安全に便座への移乗が行えるよう手すりや設置されており、職員は消毒を行うなど、感染症予防対策を徹底している。介助に使った手袋は一回ごとに廃棄するほか、汚染されたオムツの袋を速やかに廃棄するなど、感染防止に配慮した衛生管理を徹底している。					

5	評価項目5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇)																		
	<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. 利用者の状態にあった移動方法を検討している</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	☐ 非該当											
評価	標準項目																				
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	☐ 非該当																			
☒ あり ☐ なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	☐ 非該当																			
評価項目5の講評																					
理学療法士の評価により、利用者の個々の移乗・移動方法を実践している 利用者一人ひとりの移動方法は、入所前の利用者のアセスメント結果を踏まえて検討し、本人・家族の意向・要望や理学療法士による評価に基づき短期入所サービス計画に明記している。車いすを使用する方についても、できる限り自走を継続できるよう見守りと必要に応じて介助するなど、自立支援を重視した内容としている。さらに移乗は転倒リスクが高いことから、理学療法士の評価をもとに、車いすと介護ベッド、車いすから便座、車いすからいすなど、様々な移乗方法について安全な方法を検討し、実践している。 一日の始まりから快適に過ごせるよう、更衣・整容の介助を行っている 1日の始まりから快適に過ごせるよう、起床時に排泄・更衣介助の後、洗面、整髪、身だしなみを整えている。洗面が困難な利用者には、蒸しタオルを用意して手渡しし、自身で顔や手を拭いてもらっている。職員の介助を要する方には、同意を得てから、整容の支援を行っている。有料の訪問理美容、実施しており、このスケジュールに合わせて利用日を設定する利用者もいるなど、好評を得ている。利用希望者には、滞在中に個別リハビリを実施し、在宅でのリハビリにつなげることもある。																					
6	評価項目6 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. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> <tr> <td> ☒あり ☐なし </td> <td>5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている</td> <td> ☐非該当 </td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	☐ 非該当		
評価	標準項目																				
☒ あり ☐ なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている	☐ 非該当																			
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	☐ 非該当																			
☒ あり ☐ なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている	☐ 非該当																			
☒ あり ☐ なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	☐ 非該当																			
☒ あり ☐ なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	☐ 非該当																			
評価項目6の講評																					
手厚い医療サポートを受けられる 入所時には、看護師による健康チェックを行うとともに、主治医の意見書をもとに必要な処置を行っている。ボディチェックを行い、あざや傷などがみられた場合、家族や担当ケアマネジャーへの報告を行っている。また、看護師は夜間も常駐し、介護員と連携しながら24時間体制で利用者の健康を守っており、異常の早期発見、家族への連絡などの確に行っている。 看護師は、毎日、施設内をラウンドし、利用者の健康状態を確認している 看護師は、利用者が入所時、お薬手帳又は内服情報をもとに持参薬を確認し、内容に誤りがないかチェックしている。預かった持参薬は、薬袋に日付・服薬方法を記入し、2名でダブルチェックを行うなど、服薬管理でミスがないよう徹底している。内服時は介護員2名によるチェックを通じ、誤薬のないように取り組んでいる。看護師は毎日各フロアを巡回し、利用者ごとに食事の摂取状況・睡眠・排泄・バイタルなどを確認している。皮膚疾患等が心配される方には、入浴時に全身状態の観察を行い、必要な処置を行っている。 医療依存度の高い利用者を受け入れ、家族のレスパイトを支援している 褥瘡の処置、経管栄養、胃ろう、インシュリン注射など、医療依存度の高い方でも積極的に受け入れ、利用者、家族の安心につながっている。利用者の急変時には、主治医の指示に従って必要な対応をとっている。救急搬送の場合は、ご家族と連携し事前に用意している医療情報を通じて搬送先の担当医と共有するほか、入院の場合は診療情報提供書等を提供している。また、看護師は講師となって職員を対象にAED使用方法や救急蘇生の研修を実施するなど、緊急時に利用者の安全を確保できるよう備えている。																					

7	評価項目7 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している 評点(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. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかなるよう支援している</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかなるよう支援している	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	☐ 非該当						
評価	標準項目															
☒ あり ☐ なし	1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかなるよう支援している	☐ 非該当														
☒ あり ☐ なし	2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	☐ 非該当														
評価項目7の講評 集団体操、生活リハビリを通じて、利用者の身体機能の維持を支援している ショートステイの利用者は、医師の指示書がある人に限って、理学療法士による個別機能訓練を実施している。一方、指示書がない方でも、集団体操や生活リハビリを実践し、身体機能の維持、向上を支援している。生活リハビリでは、利用者が有する身体能力をできるだけ活用しながら移動・移乗動作、食事やトイレ等の日常的な動作ができるよう援助している。車いす利用者がトイレでの排泄を継続できるようにするため、下肢筋力と、手すりに掴まって体を支えるための握力を保つ訓練を取り入れるなど、自立支援に取り組んでいる。 レクリエーション、運動・外気浴・外散歩など、生活の活性化のために支援している 介護員は機能訓練指導員と協力して、日常生活の中での移動・移乗動作、食事やトイレ等の介助を行う際は、リハビリの要素(生活リハビリ)を視点に、利用者の残存機能をできるだけ活用しながら支援を行っている。また、利用者の希望に沿って、塗り絵・書道・音楽等のレクリエーション活動や、集団体操・外気浴・外散歩など、運動機能の向上と生活の活性化を図れるよう支援している。介護員によるレクリエーションなどに取り組み、利用者が楽しみながら体を動かせるよう支援している。																
8	評価項目8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている 評点(〇〇〇〇) <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. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>2. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	☐ 非該当
評価	標準項目															
☒ あり ☐ なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	☐ 非該当														
☒ あり ☐ なし	2. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	☐ 非該当														
☒ あり ☐ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	☐ 非該当														
☒ あり ☐ なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	☐ 非該当														
評価項目8の講評 可能な限り本人の意思を尊重したケアに努め、生活の質の向上を支援している 可能な限り、個人の意思を尊重したケアに努めている。他の利用者への迷惑や、健康上で問題がなければ飲酒等は指定の場所において自由に楽しむことができる。端午の節句、七夕、納涼会、敬老会、忘年会、新年会、豆まきなど、年間を通じて様々な行事を行っている。さらにかき氷、土用の丑の日の鰻、など食レクも充実している。集団での活動以外は居室で過ごされたり、テレビを観たり、ベッドで横になるなど、思い思いに自由に過ごされている。 季節の行事以外にも余暇活動等利用者の状態に合わせた活動を実施している 毎月、季節に合わせた行事の開催のほかに利用者のADLに応じた活動ができるよう、月に4回クラブ活動を実施している。フロアごとに内容を変えるほか、認知症の方も参加しやすいよう配慮した内容となっている。 認知症の方が落ち着いて、穏やかに過ごせるよう環境づくりに努めている 認知症の利用者が落ち着いて穏やかに過ごしていただけるよう、フロアに音楽を流したり、居室には馴染みのあるもの日用品などを持参してもらっている。施設内にはデイルーム以外にも休憩スペースを設けるほか、ソファを置いて、それぞれくつろげるよう環境設定を行っている。施設内清掃は、委託している外部の清掃専門業者が定期的に行うほか、トイレ、共有部分、浴室などの利用後の清掃は職員が行っている。さらに感染症対策として消毒なども実施し、感染症対策の徹底を図っている。																

9	評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 家族などの面会等は可能な限り希望に応じている	
	☒ あり ☐ なし	2. 利用中の状況を家族や介護支援専門員に報告し、必要に応じてアドバイスをするなど在宅生活の支援をしている	☐ 非該当
評価項目9の講評			
サービス内容の変更や施設からの提案がある場合、家族と相談しながら対応している 令和7年4月より面会を再開する予定である。さらに、体調変化時や医師からの指示などがあれば、その日のうちに報告し、必要な対応に結びつけている。また、滞在中の通院や、時間外の外出等は事前相談の上、可能な範囲で対応しているがショートステイは、家族のレスパイト目的のため、希望が少ないのが現状である。利用中にサービス内容の変更や、施設からの提案事項がある場合、家族と相談しながら対応している。 時系列で様子を示した資料として、退所連絡票を家族・ケアマネジャーに提供している 家族・ケアマネジャーには、滞在中、必要性が生じた場合は電話で経過などを報告している。利用終了時には、利用者が施設でどのように過ごしたのか、健康状態はどうだったのか、食事や入浴、排泄の状況など、時系列で様子を示した資料として退所連絡票を家族・ケアマネジャーに提供している。さらにケアマネジャーや看護師、リハビリ職からの求めがあれば、理学療法士の身体機能評価や、必要な福祉用具、看護師の健康管理情報を提供するなど、自宅での生活継続やケアマネジメント等に役立ててもらうこともある。			
10	評価項目10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇)
	評価	標準項目	
	☒ あり ☐ なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	☐ 非該当
評価項目10の講評			
地域の社会資源に係る情報を必要な方に提供し、利用を支援している ショートステイの利用者は、自宅で生活されていることから、在宅介護や本人や家族が参加・利用できる地域の社会資源に関する情報提供は有意義である。施設受付には、地域で利用できる社会資源の情報を提供している。行政の広報誌、地域包括支援センターの情報、公的施設や、自主活動の案内、介護事業所の案内パンフレットなど、必要な情報が必要な人に届くよう情報を紹介している。滞在中に会話の中でニーズがあった場合、職員が資料を取りに行き、提供することもあります。職員は日頃からどのような冊子があるか、確認している。 利用者とボランティア、実習生などとの交流が実りある体験となるよう支援している 職員は、自然な関わりを通じてショートステイ利用者と、特養利用者との交流が深まるよう援助している。当施設は複合施設の一角に設けられている。複合施設内には地域包括支援センターが設置されており、利用者や家族に向けて地域の公的施設やサービス、介護や介護予防の活動、地域の自主活動などの情報(チラシ・パンフ等)を常備し、必要に応じて情報を提供するなど、便宜を図っている。第三者委員、様々なボランティア、介護福祉士や社会福祉士などの実習生など、利用者と体験者の実りある交流となるよう支援している。			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-1	介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している
タイトル①	利用者の安心、安全な生活が送れるよう重層的なサービスを提供している	
内容①	当施設では「笑顔で安心した生活の継続」を施設目標として大切にしている。生活相談員は、短期入所サービス計画を作成する際、この施設目標を意識しながら、その方の課題解決に向けた内容となるよう努めている。サービス提供にあたっては、介護員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、生活相談員が協力して、その専門性を発揮して利用者への支援に努めている。さらに法人が運営する協力病院の医師などと密接な連携をとるなど、利用者が安心、安全な生活を送れるよう、重層的なサービス提供に努めている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-2	栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している
タイトル②	季節の移り変わりを食事を通じて感じてもらうよう行事食を毎月提供している	
内容②	管理栄養士のラウンドによる調査のほか、残菜調査、嗜好アンケート(毎年11月)を実施するなど、利用者の希望の定性的・定量的な分析により献立、調理法の検討を行うなど、食事サービスの質の向上に取り組んでいる。さらにフロアでの実演調理を実施するなど、視覚・嗅覚を刺激し、かつ楽しめる食事イベントを実施している。また、正月のおせち料理、3月のひなまつりのちらし寿司、大晦日の年越しそばなど、季節の移り変わりを感じてもらう行事食を毎月提供している。食事を通じて、メリハリのある生活を支援している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	3-3-2	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
タイトル③	施設の強みを活かした講演会や近隣小中学生の作品展示を行なう等地域貢献を行っている	
内容③	施設の透明性を高めるため、施設玄関に事業計画・事業報告・第三者評価結果等を開示し、ホームページでも発信している。また、地域との関係づくりのため、保健課長・各事業相談員がボランティア・実習生の受入れを行ない、ボランティア・実習生の受入れマニュアルも整備している。さらに、地域ニーズに対応した高齢者住宅と介護教室の講演会を実施している。併せて、地域内の防災訓練に参加し避難所内エコノミー症候群予防の講演を行うと共に、近隣小中学生の作品を展示するシーサイドギャラリーを施設内で行う等地域交流の場も提供している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	年間を通じたマニュアルの見直しを行い、改訂内容の指導、実践を通じ、サービスの技術水準の向上に努めている
	内容	施設では、高い水準のサービスを標準的に提供できるよう、マニュアルの常時の整備に努めている。サービスマニュアル部会を設置し、「自分たちで工夫し、常に見直していく」を運営方針として検討を進めている。4月に加えて奇数月に部会(年7回)を開催し、接遇、食事、排泄など、28分野について年間を通じてテーマを深め、より良いマニュアル整備・実践を通じたサービスの質の向上に取り組んでいる。副主任以上のリーダー職員が、各セクションで改訂内容を指導し、常に全体の技術水準の向上が図れるよう取り組んでいる。
2	タイトル	看護師は24時間常駐して利用者の健康を守るほか、法人が運営する病院での緊急時の受け入れなど、医療面でのサポートが充実している
	内容	褥瘡の処置、経管栄養など、医療依存度の高い方でも積極的に受け入れ、利用者、家族の安心につながっている。利用者の急変時には、主治医の指示に従って必要な対応をとっている。入所時には、看護師による健康チェックを行うとともに、主治医の意見書をもとに必要な処置を行っている。看護師は夜間も常駐し、介護員と連携しながら24時間体制で利用者の健康を守り、異常の早期発見、家族への連絡などの確に行っている。
3	タイトル	施設で扱う個人情報等は規程や手順に基づき情報管理し、情報システムは区の実施手順に基づき運用し情報セキュリティ確保を図っている
	内容	施設における情報管理に関する規程や手順については、職員採用時や初回オリエンテーション時に説明し、全職員が理解し遵守するように取り組んでいる。取得情報は、社内LANやファイルサーバーで整理・保管し、必要時に必要な人が情報を活用している。また、施設で扱う情報の重要性や機密性を踏まえ、紙情報は施錠付きロッカーで保管し、データ情報へのアクセスはID&PWIにより職責に応じて制限している。さらに、施設の情報システムは区指定管理者向け情報安全対策実施手順で運用し、ウイルス対策ソフトは常に最新の状態を維持している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職員の人材育成は人材研修計画に基づいているが、今後はさらに個人の育成成果を共有し、計画に反映させていくことが望まれる
	内容	施設の人材採用では書類選考後、職種別に現場担当者を含めた多面的面接を行い適性を判定している。また、職員の人材育成は、役職別の職員自己能力評価シートを基に幹部による職員面接を行い、キャリアパスと連動した人材育成計画について説明を行ったうえで能力評価を行い、職員研修委員会にて研修計画を策定している。一方で、今回実施した職員による事業評価結果から、職員研修委員会が策定した研修計画に、個人の育成成果を共有し、反映させていくことが必要と考えられるため、今後はさらに、研修計画策定プロセスの見直しが望まれる
2	タイトル	利用者が楽しみながら、身体を動かせ、活性化が図れるよう、レクリエーションのプログラムの充実に取り組まれることが望まれる
	内容	利用者の希望に沿い、塗り絵・書道・音楽等のレクリエーション活動や、集団体操・外気浴・外散歩など、運動機能の向上と生活の活性化のために支援している。作業療法士など専門職による作業療法や、介護員によるレクリエーションに取り組み、利用者が楽しみながら体を動かせるよう支援している。レクリエーションのプログラム開発は、機能訓練指導員、介護員と協議しながら進めている。当施設ではプログラムの充実に課題として振り返っている。利用者が楽しんで、身体を動かせるプログラムの開発に向けて、一層取り組まれることが望まれる
3	タイトル	抱えない介護のノーリフトケアを推進しているが、腰痛者を発生させないためにも、さらなる推進が望まれる
	内容	当施設では、サービスマニュアル部会を設置し、年7回、接遇、食事、排泄など、28分野について年間を通じてテーマを深め、より良いマニュアルの整備、実践を通じたサービスの質の底上げに取り組んでいる。標準化された手順には、利用者の安全・安心を最大限に尊重するとともに、介護側の身体的負担の軽減も視野に検討を進めている。負担の多い、介護技術はリスクの発生にもつながると考えられる。当施設では、抱えない介護のノーリフトケアを推進している。腰痛者を発生させないためにも、さらなる推進を図られることが望まれる。