

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和7年度】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 202-0021

所在地 東京都西東京市東伏見3-5-36-101

評価機関名 有限会社 TCP

認証評価機関番号 機構 06 - 166
電話番号 042-452-8021
代表者氏名 鈴木 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	2025 年 5 月 30 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 9 月 22 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 12 月 10 日				
自己評価の調査票配付日	2025 年 9 月 22 日				
自己評価結果報告日	2025 年 12 月 10 日				
訪問調査日	2025 年 12 月 11 日				
評価合議日	2026 年 2 月 10 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 ・常に誠実さを持ったケアを行う

調査対象

登録者53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

53

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
20	0	20
14	0	14
26.4	0.0	26.4

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」28.6%、「満足」50.0%を全て足すと78.6%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	12	2	0	0
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の85.7%を占めており、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	11	2	1	0
この項目では、11人が「はい」と答え、全体の78.6%を占めており、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が7.1%という結果であった。また、自由記述の結果では、「おいしいです」などの声が聞かれた。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	5	6	3	0
この項目では、5人が「はい」と答え、全体の35.7%を占めており、「どちらともいえない」が42.9%、「いいえ」が21.4%という結果であった。また、自由記述の結果では、「テレビ見たり、皆とレクリエーションをしたりする」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	9	5	0	0
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の64.3%を占めており、「どちらともいえない」が35.7%、「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、「日常の変化があって良いと思う」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	1	1	0
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の85.7%を占めており、「どちらともいえない」が7.1%、「いいえ」が7.1%という結果であった。また、自由記述の結果では、「丁寧に対応してくれます」などの声が聞かれた。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	13	1	0	0
この項目では、13人が「はい」と答え、全体の92.9%を占めており、「どちらともいえない」が7.1%、「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、「担当の方が事前確認とサポートをしてくれます」などの声が聞かれた。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	13	0	0	1
この項目では、13人が「はい」と答え、全体の92.9%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。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	12	1	0	1
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の85.7%を占めており、「どちらともいえない」が7.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	0	2	2
この項目では、10人が「はい」と答え、全体の71.4%を占めており、「どちらともいえない」が0.0%、「いいえ」が14.3%という結果であった。また、自由記述の結果では、「確定連絡等が入る度に、スタッフの方が毎回体調面など気にしてくれます」などの声が聞かれた。				

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	4
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の57.1%を占めており、「どちらともいえない」が14.3%、「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、「いさかい、いじめは知らない」などの声が聞かれた。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	12	1	0	1
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の85.7%を占めており、「どちらともいえない」が7.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	10	2	1	1
この項目では、10人が「はい」と答え、全体の71.4%を占めており、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が7.1%という結果であった。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	12	1	0	1
この項目では、12人が「はい」と答え、全体の85.7%を占めており、「どちらともいえない」が7.1%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	13	0	1	0
この項目では、13人が「はい」と答え、全体の92.9%を占めており、「どちらともいえない」が0.0%、「いいえ」が7.1%という結果であった。				
15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	9	5	0	0
この項目では、9人が「はい」と答え、全体の64.3%を占めており、「どちらともいえない」が35.7%、「いいえ」が0.0%という結果であった。				

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	
	カテゴリー1	
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ている ☐非該当
	カテゴリー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している。さらに、施設が目指していることの施設内掲示、家族懇談会における説明、併せて、事業計画書・事業報告書・諸規定・第三者評価報告書等の玄関開示により利用者や家族の理解を深める取り組みを行っている。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。 経営層は処務規程等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、社内LAN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取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮しながら施設運営に取り組んでいる。 重要な案件は処務規程で定めた手順に基づき意思決定し、職員・利用者等に周知している 施設運営の重要な案件については、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、職員研修、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検討結果を協議している。これら重要な案件の決定事項は、職員に対して朝礼・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懇談会や定期便等により必要に応じて周知している。	

2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行 カテゴリー2		
サブカテゴリー1(2-1) 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している 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		

3 経営における社会的責任			カテゴリー3
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		
☒ 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、定期的を確認している。		☐ 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		
☒ 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		
☒ 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

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 標準项目实施状況 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 標準项目实施状況 4/4	
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている 評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	○非該当	
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当	
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当	
カテゴリー4の講評			
事故や感染症等の重要リスクは委員会に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)のうち、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みを整備し、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 施設の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。施設が取得した情報は、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7	
7	事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリー1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)	
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)	
【課題・目標】・利用者の安心・安全を確保し、質の高いサービスを提供する 【理由・背景】・利用者の安全・安心の確保と質の高いサービス提供は、高齢者福祉施設にとっては、常に不変の課題である 【取り組み】①介護職の採用を進め、介護保険制度の処遇改善加算、東京都の処遇改善加算等を活用した賃金の改訂に組み込む事で、職員の意欲の向上を図った ②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 ③適切な入所管理を行い稼働の安定を図った ④地域貢献活動の実施体制の強化 【取り組みの結果】①介護職員の人材確保につながった ②賃金改定は職員のモチベーション維持につながった ③利用者個々の既往症は現状などの情報を多職種間で共有することにより、リスク管理に反映され対応力が向上した ④適切な入所管理により一定の稼働の安定化が図れた ⑤コロナ禍を経て、行事の拡大や利用者家族と交流する機会が増加し、ニーズに対応したサービス向上につながった 【検証・今後の方向性】①利用者個々のニーズ対応や安全の確保の点では人材確保に課題が残っている ②行事の拡大、地域・利用者との交流機会の拡大 ③事故件数減少のに向けた取り組みの強化	
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語の選択に関する講評	
・当施設では昨年度も、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んだ。その結果、①介護職員の人材確保につながった ②賃金改定は職員のモチベーション維持につながった ③利用者個々の既往症は現状などの情報を多職種間で共有することにより、リスク管理に反映され対応力が向上した ④適切な入所管理により一定の稼働の安定化が図れた ⑤コロナ禍を経て、行事の拡大や利用者家族と交流する機会が増加し、ニーズに対応したサービス向上につながった。 ・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対応や安全の確保のための人材確保 ②行事の拡大、地域・利用者との交流機会の拡大 ③事故件数減少のに向けた取り組みの強化 などに対応す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、①法人の区内施設と連動した人材確保策の推進や外国人材採用への取り組み推進、②近隣小中学生の作品を展示するシーサイドギャラリーに関する情報発信の強化 ③インシデント・アクシデントに関する安全対策委員会の原因分析に基づく再発防止対策の推進などの対策強化を期待する。	

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適切な入所マネジメントによる空床期間の短縮、②医療介入が必要な利用者の積極的な受入れ、③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、④短期入所における特養空床の積極的活用、⑤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ら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、短期入所では医療対応利用者の受入が増加した ③利用者への多職種による関わり強化により質の高い介護実践が図れた、④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)は全て申請し取得した

【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の区民ニーズに対応し稼働率の向上を図る

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ら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、短期入所では医療対応利用者の受入が増加した ③利用者への多職種による関わり強化により質の高い介護実践が図れた、④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)は全て申請し取得した。

・当施設が、今後の対応として取上げている、当施設の強みの医療対応力に加え、緊急一時保護や措置入所等の区民ニーズに対応し稼働率の向上を図ることは、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更に深めて、緊急一時保護や措置入所等の受入れ増加を図ることで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している	☐ 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、基本的に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。施設見学は、要望があれば営業日、時間内であれば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。利用を検討している方やその家族には事前説明や見学を進めている。			

サブカテゴリー2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 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
サブカテゴリー2の講評			
生活相談員は、利用前に自宅を訪問し、必要な説明と自宅での過ごし方など確認している 生活相談員は初回利用前に自宅を訪問し身元引受人に対し、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、前回利用時からの変化などを確認している。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。 本人が安心してサービス利用できるよう、支援のポイントとなる情報を確認している 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、介護の実践に役立っている。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、ご家族や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、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きみを整備している	○非該当
評価項目3 利用者に関する記録を適切に作成する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. 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	○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、グループウェアを通じて端末上で事務連絡の把握、職員間の情報の交流など、迅速に行える環境が整えられている。		

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、利用者の同意を得るようにしている	○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かけや、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、点ではなく線で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、各セッ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、担当セッ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)

サブカテゴリー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	
特養と同一空間を利用しているが支援は短期入所サービス計画に基づいて行っている ショートステイは、特養と同一空間を利用している。利用前に訪問面接を行い、生活の背景や在宅での生活様式を聞き取り、短期入所サービス計画書を作成している。2度目以降の利用の場合は電話で様子を確認して変化がなければ計画変更したが、状況変化があった場合や利用間隔が3ヶ月ぐらい空いた場合は再度訪問して生活状況を確認し新たな短期入所サービス計画書を作成するなど、常に利用者状況にあった支援をしている。ただし、在宅サービスの一環なので、ケアマネの作成したケアプランに基づいたサービス計画で支援している。 利用中の過ごし方やコミュニケーションの取り方は在宅生活を尊重している あくまでも短期利用なので、在宅での生活様式を尊重した支援をしている。事前に家族から生活歴、コミュニケーションの取り方、生活習慣、趣味、嗜好を聞き取り、それらに配慮したサービス計画を作成し支援している。そのため、常に利用者のサービス計画書、ケース記録、相談記録を確認してサービス提供している。 報告書、連絡表、連絡会議などで利用者支援にかかわる人々と連携している ショートステイ利用毎に担当ケアマネジャーに状況報告書及び退所連絡表などで利用中の状況報告をしている。それは、ケアマネジャーの適切なケアプラン作成・利用者自立支援に繋がっている。また、利用者にかかわる人々が参加して開催するサービス担当者会議を通じて連携して支援している。サービス担当者会議の参加者は、担当ケアマネジャー、訪問介護事業所、訪問看護師やかかりつけ医・薬剤師、家族、利用者本人などであり、会議内容はサービス担当者会議録として残している。	
2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している 評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる ☐非該当
☒ あり ☐ なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている ☐非該当
評価項目2の講評	
在宅での食生活を尊重して食事提供をしている 利用前の訪問面接で得た情報を基に、利用者の食事形態、嗜好を尊重した食事の提供に努めている。ご飯食、パン食の複数献立実施、きざみや軟食などの形態への対応、食事時間をずらしたりしている。また、禁食対応は、食物アレルギーだけでなく、嫌いな食べ物に対応した禁食にも応じている。このように、可能な限り在宅での食事習慣を尊重し、在宅時に近い形で食事提供している。さらに、必要な利用者には、かかりつけ医からの指示に応じた糖尿病食・腎臓病食などの療養食、栄養補助食の持参にも対応している。 利用者1人ひとりに応じた食事連絡表で安心して食事ができるように配慮している 管理栄養士は、ケアプランおよび利用前の訪問調査に基づいた短期入所サービス計画書を基に献立表を作成している。さらに、利用者の食事形態、嗜好、食物アレルギー、その他を加味した食事連絡表で、利用者1人ひとりに応じた細かな支持を厨房に伝えている。それにより、利用者は、在宅時と同様の形態でかつ在宅時よりも専門的配慮のある食事が提供されるので、安心して食事できる。 食事を楽しめるような工夫をしている 週間献立に加え、季節に合わせた行事食、イベント食や郷土料理の提供、盛り付けの工夫、食事時のバックグラウンドミュージックを流す、ホールに季節の飾りつけをする、食事の説明をするなどで、利用者が、季節を感じたり、見た目や耳でも、食事を楽しめるように配慮している。	

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					
3種類の浴槽でADLに合わせて入浴している 一般浴槽、イス・機械浴槽、ストレッチャー浴槽の3種類の浴槽がある。短期入所サービス計画に沿って、立位を保てる利用者は一般浴など、利用者のADLに合わせた浴槽を選択して入浴をしている。また、1人5分程度ゆっくり入浴を楽しめるようにしている。入浴専門の職員はいないが、利用者の安全に配慮し機械浴はマンツーマンで行うなど、介護職が他の専門職と協働して入浴支援している。 原則として入浴は週2回で、出来ない時は清拭して身体の清潔を保っている 原則として、利用者の入浴は週2回としている。午前と午後で3種類の浴槽を使用し、特養利用者も含めて合計30人程度の入浴をスケジュールリングしている。利用者の健康状態により入浴の可否を看護師が判断するがその結果、入浴中止になった場合や利用者の意向により入浴時間や入浴日を変更することもある。予定日に入浴しない場合は、当日中に全身清拭し、身体を清潔に保っている。 入浴誘導や羞恥心への配慮、衛生管理はマニュアルに沿って職員が実施している 入浴支援は、入浴マニュアルに沿って行っている。利用者の状況に応じて浴室での待ち時間が少なくゆったり入浴できる様にスケジュールに合わせてきめ細かく入浴誘導をしている。また、脱衣室内にはカーテンを設置し、他の利用者や職員の目に触れる機会を減らすよう羞恥心に配慮している。浴室の清掃・消毒・空調などの衛生管理は業者に委託せず、入浴マニュアルに則り、入浴の前後に職員が行い、感染防止・疾病予防に努めている。					
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					
オムツ外しや介護パンツ使用の相談対応はするが、在宅での排泄方法を尊重している 短期入所なので、在宅での排泄方法を確認し、短期入所サービス計画書に組み込み、職員が情報共有して在宅時と同様の方法で支援している。ただし、オムツやパッドは施設で準備したものを利用している。特別な場合、相談があればオムツやパッドの持ち込み使用に対応している。さらに利用者や家族の意向、希望があれば、オムツやパッドの当て方、オムツ外しや介護パンツ使用の相談・アドバイスに対応している。 排泄パターンをチェックしタイムリーなトイレ誘導を心がけている 利用者の排泄パターンをチェックし、排泄チェック表、パーソナルシートを基にして、不快な時間が少なくなるようなタイムリーなトイレ誘導を心掛けている。1日1回、オムツ交換時に陰部洗浄し、尿路感染症予防にも努めている。 ポータブルトイレは安全に配慮し使いやすい位置に設置している ポータブルトイレは移動の邪魔にならず、かつ夜間使用時にも使いやすい位置に設置している。つまずいたり転倒したりしない安全な位置を配慮している。ポータブルトイレも一般のトイレも定時清掃に加え、排泄後は、随時、職員が速やかに洗浄・消毒している。					

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)
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			
理学療法士と介護士が移動方法を検討し自立生活の継続を支援している 利用者の移動方法について評価し、理学療法士と介護士が残存機能の維持・向上を含めた検討をしている。杖、車いすの利用だけでなく、福祉機器の使用を含めた効果的な移動機能維持・向上について検討し、自立生活の継続に向けた支援をしている。 理美容サービスが受けられる楽しみを利用者に提供している 月1回来所する有料訪問理美容サービスが希望により受けられるので楽しみにしている利用者もいる。予約制の為、業者の訪問に合わせてステイ日を設定する利用者がいる。理美容は、3階のリハビリ室を利用して落ち着いた雰囲気の中で行っている。予約人数に合わせて業者が人員を手配するので、人数制限は無い。なお、料金は業者から相談員に請求書が送られ、サービス終了時に家族に請求書を渡し、家族が業者に支払っている。 自立生活継続させるため着替えや整容の手助けを最小限にしたり意思を尊重している 毎日の服装は、持参した衣類の中から利用者がその日の気分で選び着替えしている。ただし、気候・気温変化を考慮し、職員がアドバイスすることがある。また、着替えや整容は、職員の手助けを最小限にし、できるだけ利用者自身が行うように見守りして、自立生活が継続できるように配慮・支援している。			
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)
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			
入所時健康チェック、看護師が医師の意見書に沿った医療度の高い処置にも対応している 看護師が24時間体制で勤務している。入所時には体温、血圧、脈拍、SPO2を測定、皮膚状態などの健康チェックをし、褥瘡処置、経管栄養など、医師の意見書・指示書に沿って医療度の高い処置を実施している。また、利用者の体調変化時には、看護師が体調をチェックし、基本は相談員(相談員不在時や夜間急を要す場合は看護師から)医師や家族に連絡する、救急搬送するなど、マニュアルに則って必要な処置を講じているので安心できる。 薬を預かる際には、複数回チェックして管理・投薬している 薬を預かる際は、氏名、日付・服薬方法(朝食後など)を1つ1つの薬袋に記入してある事と、薬剤情報も同時に提出することが必須である。入所時にそれらを預かり、処方内容と持参薬に相違がないかどうかを看護師同士でチェックし、管理している。投薬の際は、看護師が、利用者と薬袋に記載された氏名、日付・服薬時が一致しているかを確認して実施している。 受診対応マニュアルに沿って夜間の急変時にも対応する体制が整っている 特養の看護師が24時間体制で勤務しているので、体調変化については、看護師が受診対応マニュアルに沿って行動対応しているので、異常の早期発見、家族への連絡が的確に行われ、利用者の安心につながっている。また、必要に応じて、利用者家族へ状況説明・報告もしている。			

9	評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている		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	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用中の状況を家族や介護支援専門員に報告し、必要に応じてアドバイスをするなど在宅生活の支援をしている	○非該当
評価項目9の講評			
全日予約不要で14時～17時の間において滞在フロアにて面会が可能である 設備点検日を除き、全日予約不要で14時～17時の間で滞在フロアにて面会が可能である。また、家族からの電話での問い合わせには相談員が利用中の様子を説明したり、直接利用者と電話で会話するなどの対応をしている。 家族に相談し利用者状況にあったサービスを提案しサービス変更することもある 利用中の利用者状況はケアマネジャーに報告している。また、退所連絡表も提出している。しかし、利用中の観察の結果、施設からの提案や、家族状況の変化やその他による家族からの要望で、利用中のサービス内容変更を相談・検討することもある。その際は、臨時にケアマネジャーに連絡し、利用者の状況にあった適切なサービス提供に努めている。 各種のワクチン接種、治療薬の普及、感染症流行状況を考慮し面会を再開している コロナ禍が一段落し、コロナ、インフルエンザ、带状疱疹、肺炎球菌など、各種のワクチン接種も普及している。更に、治療薬の普及も進んでいる。それらに加え、感染症流行状況を考慮し、面会基準を設け面会再開となっている。			
10	評価項目10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		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	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
評価項目10の講評			
地域の情報などを併設の地域包括支援センターに展示し提供している 複合施設の1階には、地域包括支援センターがあり、地域の様々な社会資源に係る情報が蓄積されている。施設では、利用者にとって有用な情報として、地域における公的施設やサービス、自主活動を紹介するチラシ、パンフレット、区や公的セクタの広報誌などを常備するほか、行事のチラシなどを掲示している。 ボランティアや第三者委員、その他、様々な人との交流の機会を提供している 近隣の特別支援学校生、職場体験の生徒、介護福祉士資格取得のための実習生、趣味活動、傾聴や理髪ボランティア、社会福祉協議会の派遣する第三者委員などが来所し、職員以外の様々な人との交流の機会を提供している。10月には、施設内を彩る「シーサイドギャラリー」を開催し、利用者がこの日のためにつくった作品を展示している。			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-6	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル①	看護師が健康管理、医療度の高い処置、厳重な薬剤管理で利用者の健康を維持している	
内容①	看護師が24時間体制で勤務し、入所時には体温、血圧、脈拍、SPO2を測定、皮膚状態などの健康チェックをし、褥瘡処置、経管栄養など、医師の意見書・指示書に沿って医療度の高い処置を実施している。また、利用者の体調変化時には、看護師がマニュアルに則って必要な処置を講じているので安心できる。さらに、薬は、、処方内容と持参薬に相違がないかを看護師同士でチェックし、管理し、投薬の際は、看護師が、利用者と薬袋に記載された氏名等が一致している事を確認して実施している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-4	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
タイトル②	無線LAN、グループウェアを活用し、迅速な情報共有の仕組みが整っている	
内容②	かつては紙ベースでの情報共有が主体であったが、事業所全体での無線LAN、グループウェアなどの仕組みが整備されることによって、業務全体の効率化と、情報共有も端末上で事業所内で即時、確認と対右往が迅速に行えるようになってきた。また職種間での情報共有も迅速に行うことが可能となり、状況に応じて、各専門職からの意見、情報提供も行えるようになり、医療面では医師への相談などの判断も適切に行うことができるようになった。	

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	地域に開かれた施設として専門性や能力を生かした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、ホームページやブログでも発信している。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・実習生の受入マニュアルも整備している。さらに、高齢者相談センターと連携し介護教室の講演会を実施している。併せて、地域防災ネットワーク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	理学療法士と介護士が協働で、利用者の在宅生活ができるだけ長く継続できるように支援をしている
	内容	医師からの意見書のある利用者に対しては、個別機能訓練を実施しているが、意見書のない利用者に対しては、日常生活を通して在宅生活ができるだけ長く継続できるように配慮し、支援している。例えば、利用者の移動について、理学療法士と介護士が利用者の残存機能を評価し、維持・向上の為に検討している。杖、車いすだけでなく、福祉機器の使用を含めた効果的な移動機能維持・向上について検討している。また、着替えや整容は、できるだけ利用者自身が行うように見守りし、自立生活の継続に向けて計画的に支援をしている。
2	タイトル	送迎時、相談員が同行することを徹底することで、状況の変化に適切に対応することができる
	内容	短期入所の送迎時には、ドライバーだけでなく、必ず相談員が同行するようにしている。相談員が同行することで、発熱、病状の変化など近々の対応や、処方内容の変更など、本人の状況をより細かく確認することができおり、事業所内での伝達、情報共有も速やかに行うことができている。衣類や持参品などの確認は介護職で行っており、介護、看護、相談員、各職種ごとの役割分担と、職種間の連携が適切に行えている。
3	タイトル	施設の強みを活かした介護教室等の講演会や近隣小中学生の作品展示を行なう等、シーサイドギャラリー等による地域貢献を行っている
	内容	地域社会に向け、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、ホームページやブログでも発信している。また、地域に開かれた施設として、ボランティア・実習生の受入マニュアルも整備し、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っている。さらに、高齢者相談センターと連携し介護教室の講演会を実施している。併せて、地域防災ネットワーク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.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職員採用は積極的な人材確保戦略をとっており、今後も、十分な人材確保に向けて引き続き対策を講じていくことが望まれる
	内容	職員による事業評価では、特に介護職員の入れ替わりによる定着不足が一部の職員の負担につながっているため改善が必要とされる意見が多い。施設では、介護職員の採用については、積極的な人材確保戦略を継続しているが、十分は人員確保には至っていない。今後、外国人採用や各事業所間・各施設間での人材異動や配置の推進等による適切な人材確保対策を推進することにより、職員の業務負担感を軽減し、介護に対する職員の意欲の向上に取り組むことが望まれる。
2	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、研修計画を個人別育成成果に反映し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、今回実施した職員自己評価結果では、研修計画の個人別育成成果への反映には課題意識も見られたため、今後はさらに、研修成果を育成に反映させるプロセスの工夫が望まれる。
3	タイトル	定着率が高くベテラン職員に依存しているが、今後も同様の業務レベルを維持していくため、若手の採用・育成が望まれる
	内容	本施設では、職員の定着率が高く、ベテラン職員が中心となって業務を支えており、安定した運営が図られている。一方で、今後は加齢に伴う体力や気力の低下が避けられず、現状と同水準の業務を将来にわたって維持することは困難になることが見込まれる。また、厚生労働省は、高齢者人口の増加に伴い、介護需要は一層拡大するとの見解である。このため、ベテラン職員の存在に安住することなく、彼らが十分に活躍できるように計画的に若手職員を採用し、実務を通じた後進育成や、ロールモデルとしての指導を行う体制を構築することが望まれる。