

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	経営	H1601088
	③	楠原 賢二	福祉	H2101056
	④			
	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 白金の森		指定番号	1370303479
事業所連絡先	〒	108-0071		
	所在地	東京都港区白金台5丁目20番5号		
	TEL	03-3449-9611		
事業所代表者氏名	三宅 大輔			
契約日	2024 年 6 月 27 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 12 月 20 日			
利用者調査結果報告日	2025 年 1 月 28 日			
自己評価の調査票配付日	2024 年 12 月 20 日			
自己評価結果報告日	2025 年 1 月 28 日			
訪問調査日	2025 年 1 月 31 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)	事前説明では、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まとめました。			

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	<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> <p>1) 所有ベッドの稼働を安定させ、区立特別養護老人ホームとして公的な役割を果たす。 2) 職種が充実している事を最大限に活かし、質の高いサービスを提供する。 3) 地域との連携を密に図り、港区の福祉・防災の拠点となる。</p>
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> <p>1, チームリーダーのもと専門職として中核的な役割を果たそうと意欲を持ち、計画を立て、直ぐに行動できる人財。 2, 認知症高齢者の増加や高齢単身世帯の増加、世帯構成の変化、介護ニーズの複雑化・多様化・高度化への対応に積極的に、粘り強く、チャレンジし続けられる人物。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>前向き、謙虚、勉強熱心であること。協調性があり、明るくポジティブに、高齢者の尊厳を尊重し、社会や人の役に立ちたいと、真摯な姿勢で仕事に向き合い、ご入居者やその家族、自分自身や家族をも大切にできる、思いやりを持った人になってほしい。</p>

調査対象

短期入所を1か月間において利用した30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、事業所から利用者に発送し、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

30

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
30	0	30
9	0	9
30.0	0.0	30.0

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」33.3%、「満足」55.6%を全て足すと88.9%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 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. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	6	3	0	0
この項目では、6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、コミュニケーションが取れないので介助いただいていると思いますなどの声が聞かれた。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	6	2	0	1
この項目では、6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22.2%、「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、献立は満足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	2	4	1	2
この項目では、2人が「はい」と答え、全体の22.2%を占めており、「どちらともいえない」が44.4%、「いいえ」が11.1%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。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	5	2	1	1
この項目では、5人が「はい」と答え、全体の55.6%を占めており、「どちらともいえない」が22.2%、「いいえ」が11.1%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。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	8	1	0	0
この項目では、88.9人が「はい」と答え、全体の11.1%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、記述が少なく、特に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	8	1	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「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、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	7	1	0	1
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の77.8%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「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、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	8	1	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「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、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	8	0	0	1
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%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。また、自由記述の結果では、今まで、ケガや体調不良なし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	5	1	0	3
この項目では、5人が「はい」と答え、全体の55.6%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「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、今まで経験なし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	8	1	0	0
この項目では、8人が「はい」と答え、全体の88.9%を占めており、「どちらともいえない」が11.1%、「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、記録だけではどのように過ごしているかわかりにくいなどの声が聞かれた。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	7	0	0	2
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の77.8%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。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	6	2	0	1
この項目では、6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22.2%、「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	7	0	0	2
この項目では、7人が「はい」と答え、全体の77.8%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。				
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	3	2	0	4
この項目では、3人が「はい」と答え、全体の33.3%を占めており、「どちらともいえない」が22.2%、「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。				

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	
	ビジョンの実現に向け、「私たちの想い」では具体的な目標を示している 当施設のビジョンは「一人ひとりの笑顔を紡ぎ、みなとの幸せを彩る」とし、「私たちの想い」では、ビジョンの実現にむけた目標を示している。ビジョン等は掲示を通じて来訪者への周知を図るとともに、職員の意識づけに活用し、ビジョンを実践に反映できるよう努めている。事業計画書の冒頭には「ビジョン・私たちの想い」を掲載し、後に掲載する具体的な活動(実践)が前提であることを明確にしている。事業計画は年度当初の説明会で共有するとともに、家族会での説明を通じて、施設の基本姿勢を理解してもらうよう努めている。	
	経営層はキャリアアップ面接を通じて、職員の目標管理を支援している 階層別に指揮命令系統を示す組織図、職務分担表を作成し、職員の間で共有されている。当施設は法人の城南統括部に所属している。事業計画は、城南統括部のビジョンを踏まえ、「生活質向上サービスの提供」をキャッチフレーズに、「介護過程の展開強化」「個別ケアの推進」など、具体的目標を示している。毎月の振り返りの結果を「月次報告」にまとめ、事業計画の進捗管理を行っている。さらに経営層はキャリアアップ面接を行って職員の目標管理を支援するなど、運営管理、人材育成を通じてリーダーシップを発揮している。	
	毎年、ISO9001の監査を受審し、実践に伴う業務の品質保持に努めている ISO9001は品質マネジメントシステムの国際規格である。当施設は毎年度、ISO9001の内部監査・外部監査を受けて、認証を更新するなど、業務の品質保持に取り組んでいる。運営に関わる機関決定をはじめ、利用者のケアに関わる個別計画の作成業務など、すべての業務の手順をビジネスフローに示し、業務の標準化を図っている。事案の検討、決定は施設会議で行い、決定の経緯や内容は、会議メンバーを通じて伝達するほか、グループウェアを通じて共有している。家族に対しては広報誌、お知らせを通じて周知を図っている。	

カテゴリー2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(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
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(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>地域の福祉の現状は、行政計画や利用者との交流を通じて把握している</p> <p>第三者評価の利用者調査に加え、毎年、家族アンケートを実施し、定量的・定性的なデータの整理、分析を通じ、課題抽出を行っている。港区介護保険事業計画に示される、地域の福祉の現状と方向性を把握するほか、港区の施設長会議、地域交流拠点での活動による利用者との交流を通じ、地域の福祉の現状把握に努めている。法人役員は全国の事業者団体の役員を務めていることから、国の高齢者政策に係る情報をいち早く提供を受け、事業運営の基礎資料として参考にしていく。職員の意向はキャリアアップ面接を通じて把握している。</p> <p>事業計画に示す活動(戦略)は、検証・評価が可能な内容となっている</p> <p>法人では「第2期中長期経営計画(グローバルプラン2020)」を推進中である。当施設では、これを踏まえ3年間の中期事業計画を作成し、実行している。さらに法人の事業計画を踏まえて、施設の中期事業計画の単年度計画として、事業計画を作成している。計画には特養事業本部のOKR(達成目標)として、「生活質向上サービスの提供」など16項目の「重点戦略」を示している。「目標達成度」「担当」「達成時期」のほか、「ウエイト(%)」で戦略の優先度を示している。数値目標と具体的記述になっており、検証・評価が可能な内容である。</p> <p>各課の計画は、職員参加のもと写真・イラストを活用し、分かりやすい内容である</p> <p>事業計画には施設の重点施策が示し、例えば職員のスキル向上「みなとの中にもあるべき存在へ戦略」で具体策やガントチャートを示すなど工夫をしている。各課の計画では目標、行動計画のほか、施策イメージの項目では写真やイラストを使うなど、職員目線の計画にしている。年度末に事業計画と予算を作成し、当該年度に計画を実行し、毎月、進捗管理で「月次報告」を作成して、法人・職員と共有している。年度終了後には振り返りの結果を事業報告にまとめるなど、PDCAサイクルを通じて事業計画を実行している。</p>		

3 カテゴリー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

職員は定期的に言動、行動の振り返りを行い、利用者の権利擁護に努めている

新規入職者は、権利擁護、個人情報保護などのテーマで法人の初任者研修を受け、社会福祉法人職員としての規範・倫理の習得に努めている。さらに当施設では「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」に従い、利用者を尊重したケアの実践に取り組んでいる。また、年に1回、全職員を対象に「虐待の芽チェックリスト」を使って、日頃の行動、言動などの振り返りを行い、不適切なケアの防止に取り組んでいる。さらに振り返りの結果は、集計をとって定量的に分析し、全体会議を通じて共有し、組織として防止に取り組んでいる。

苦情解決制度は、必要に応じた改善とサービスの質の向上を目指した仕組みである

「苦情解決規程」が整備され、これに従って苦情解決の仕組みが整えられている。新規契約では、重要事項説明を通じて制度の周知に努めている。苦情や意見を受けた際は、受付から解決までの全工程をビジネスフローに示し、これに従って解決に取り組む一方、必要な改善につなげるなど、サービスの質の向上に努めている。ショートステイでは、利用者の言動や様子、皮膚状態等の観察を通じ、利用者のシグナルを見逃さないよう取り組んでいる。相談員は虐待防止会議に出席し、関係者と協働して解決に向けて取り組んでいる。

地域のネットワークに参加し、地域の課題解決に向けて関係者と協働している

ホームページ、SNSでの情報提供のほか、介護サービス情報公表、第三者評価での情報開示などに取り組み、開かれた施設運営を目指している。コロナ禍以後、徐々にボランティアも再開している。生徒の体験学習はオンラインで取り組んでいる。体験者・利用者にとって意義ある経験となるよう支援している。地域との関係づくりでは、オンラインでイベントを行うなど、施設として今できることに取り組んでいる。港区の事業所連絡会、施設長会には積極的に参加し、地域が抱える課題解決に向けて協働して取り組んでいる。

カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー4の講評		
<p>KYT活動を通じて危険察知能力向上を図るなど、事故予防に取り組んでいる</p> <p>毎月、ヒヤリハット報告、事故報告を集計、要因解明に取り組んでいる。リスク委員会での定量的・定性的な分析を通じて、改善策に取り組むほか、必要な注意喚起を行うなど、事故予防、再発防止策を講じている。さらに事故予防の取り組みとしては、「KYT活動」を実践している。イラストシートを使った危険予知訓練をグループワークで行い、利用者の安全確保を徹底するとともに、労働災害の防止にも取り組んでいる。感染症対策では、サーベイランス情報を収集し、掲示やグループウェアを通じて共有し、注意喚起を行っている。</p> <p>災害時、避難行動要支援者を受け入れる福祉避難所の役割を担っている</p> <p>港区の計画を踏まえ、法人の仕様により事業継続計画(BCP)を作成し、自然災害に備えている。計画では、基本方針を示したうえで、対策本部体制、被害想定、優先事業と目標復旧期間、初動対応と重要業務などを明確にしている。発災から復旧までの具体的な行動を示し、職員間で共有して緊急事態に備えている。同時に災害時には、避難行動要支援者を受け入れる福祉避難所の役割を担っている。毎月1回、様々な事態を想定した避難訓練を実施するほか、定期的に災害備品の在庫チェックを行い、有事に備えている。</p> <p>利用者・家族には、個人情報の守秘義務を説明、同意を文書に残している</p> <p>法人では、個人情報保護規程、文書・記録管理規程を設け、施設ではこれに従って、文書の管理・保存・廃棄・開示請求への対応を行っている。重要事項説明の際、利用者に個人情報の取り扱いについて文書で同意を得ている。個人情報に係る書類(ケース記録等)は鍵付き書庫に保管し、利用時にはダブルチェックを行うなど、リスク管理を徹底している。業務支援システムは、パスワードによるアクセス制限を行うなど、情報の漏洩防止を徹底している。また、実習生、ボランティアにも、個人情報の取り扱いを説明して、同意を文書に残している。</p>		

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

カテゴリー5の講評

法人のリクルートサイトでは、先輩職員のインタビュー記事が掲載されている

人材確保について、新卒採用は法人本部が行い、中途採用、非常勤職員採用は施設が行っている。法人のホームページには、リクルートサイトが設けられ、検索によって条件に応じた法人内事業所が抽出できる。募集要項を示すほか、先輩職員のインタビュー記事を掲載するなど、求職者にとって必要な情報を提供している。組織の活性化と人材育成の観点から、一定の条件に応じて事業所間の異動が行われている。また、事業所内の配置は、本人の希望、適性、人材育成、組織力向上の観点から行われている。

キャリアパスによって、職員は専門職としての職業能力の開発に努めている

法人ではキャリアパス制度を設け、これを踏まえて職員は、研修受講、自己研鑽に努め、将来を見通した職業能力の開発に取り組んでいる。さらに法人では目標管理制度を運用している。職員は専用のシートを使って目標を設定し、自己評価と他者(上長)評価を通じて、目標の達成度を評価している。管理層はキャリアアップ面談での助言を通じて、職員の目標管理を支援している。さらに国が進める「キャリア段位制度」で、事業所内で評価を行うアсессラーの資格取得を支援するなど、介護プロフェッショナル養成の仕組みづくりに努めている。

法人の事例研究発表会に向けて、各専門職が実践研究に努めている

安全衛生委員会を設置するほか、健康診断、ストレスチェックを行うなど、職員の心身の健康管理を支援している。福利厚生サービスに加入し、職員の余暇活動を支援するなど、ワークライフバランスの推進に努めている。法人では、毎年2月に「事例研究発表会」を開催し、各事業所が持ち回りで、日頃の実践を発表するなど、実践研究を通じてサービスの質の向上に取り組んでいる。施設では研修計画を作成し、認知症ケア研修(ユマニチュード等)を行うほか、様々なテーマで研修を行い、サービスの水準向上に取り組んでいる。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

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)

当施設では、科学的介護情報システム(LIFE)を活用した「科学的介護の推進」を目標にICT、IOT、DXを活用したケアに取り組んでいる。具体的な取り組みでは、リハビリや福祉用具利用による自立支援、次世代介護機器の利用など「機能回復」。オンラインによる全体体操、音楽療法の実践、さらに個人向けの作業療法やリハビリ要素取り入れた介護実践など「全体と個別のアプローチ」。日中の活動量の増、水分・食事摂取の安定化など「健康管理のアプローチ」など、すべてのケアに科学的根拠に基づいた実践に取り組み、3カ月ごとに評価を行いました。この結果、年度末には対象とした10人の利用者につき、ADLの評価指標BI(バーセルインデックス)、日常生活の意欲の指標VI(バイタリティインデックス)ともに向上がなされた。この結果を踏まえて今年度は、引き続きLIFEを活用した科学的介護の推進を図るとともに、次世代介護機器、自立支援型介護ロボットの導入を図り、職員の業務負担の軽減を図るとしている。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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

従来、当施設のケア実践は専門職による定性的評価で効果測定を行いましたが、LIFEの活用により定量的に評価できるなど、効果の「見える化」が進められている。当施設では、インターネットやデジタル技術を利用した介護や理学療法、作業療法、生活リハビリ、健康管理(看護・栄養も含む)、福祉用具活用などケアの実践に取り組まれた。3カ月ごとに評価を行い、結果を厚生労働省に提出します。フィードバックとして、ADLの評価指標(BI)、日常生活の意欲の指標(VI)による効果測定を行っている。この結果を踏まえ、次の期の実践に取り組むなど、PDCAサイクルによるケアの質の向上に努めている。さらに総合的な政策として、介護ロボットや自立支援型ロボットの導入を見込み、一層のケアの質の向上、職員の負担軽減に取り組むことを期待する。

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)

高齢者の長期入院は体力・筋力の低下、ADL・QOLの低下を招くため、入居者が元氣な生活を継続するため、入居者の重症化や看取りへの対応は、施設としては取り組むべき重要課題といえる。そこで、施設では「毎月の入院率を3.2パーセント(月90日程度)に抑える」を目標に設定した。目標達成のため、医療依存度の高い方への処置として、①胃ろう造設者には、瘻孔部の消毒等による皮膚トラブルの防止、②栄養剤注入では状態に応じた適量の判断や水分量の変更、③誤嚥性肺炎防止では口腔ケア、嚥下リハビリ、嚥下機能評価の実施、④定期的な胃瘻チューブ交換や内科再診等の受診に看護師が同行し情報提供の実施、⑤医療情報の看護記録の毎日記載や3日に1回の申し送りの徹底による他職種との情報共有の徹底などにより、看護業務の精度を上げた。これら取り組みの結果、入院率を3.0パーセントと目標値以下に抑えることができた。さらに、22名の利用者が施設内で看取りを行うことができた。

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い
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

当施設が医療処置者へ実施した、上記①胃ろう造設者には、瘻孔部の消毒等による皮膚トラブルの防止、②栄養剤注入では状態に応じた適量の判断や水分量の変更、③誤嚥性肺炎防止では口腔ケア、嚥下リハビリ、嚥下機能評価の実施、④定期的な胃瘻チューブ交換や内科再診等の受診に看護師が同行し情報提供の実施、⑤医療情報の看護記録の毎日記載や3日に1回の申し送りの徹底による他職種との情報共有の徹底は、入院率の低減につながり、目標値の達成を実現した。

今後、さらなる入院率の低下のためには、毎月の月次報告で報告される入院率と入院原因を分析し、入院率が高い病気と措置を明らかにする一方、特に低い数値を示している尿路感染症と誤嚥性肺炎の入院率1.2%の要因を明らかにすることが望まれる。

併せて、当施設では、ISO導入により定着しているPDCAサイクル・マネジメントを通じて、重症化防止に向けた看護・ケアの効率的な実践に取り組むと共に、入居者の重症化防止に向けた看護・ケアの実践に取り組むことにより、引き続き、入院率毎月3.0%の目標達成を期待する。

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		
<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>施設情報は、港区・自施設ホームページ、都福祉サービス第三者評価等で提供している</p> <p>自施設の情報は、港区や自施設のホームページ、東京都福祉サービス第三者評価のホームページなどで提供している。また、民間の運営するショートステイサービス事業所紹介サイトでも情報を閲覧できる。パソコンや携帯電話から情報を得にくい方には、地域包括支援センターや居宅担当ケアマネジャーから紙面での情報が得られる様になっている。希望があれば、事業所から直接しおりを手渡しで受取ることも可能である。</p> <p>専門用語の使用を少なくし、写真を多く使用して分かり易い表現を心がけている</p> <p>施設では、ショートステイその他の利用希望者や家族向けに「For You Care Lab」や「フォーユー新聞」を提供している。特に、これら情報誌やホームページは、利用を希望する方は一般の高齢の方やその家族が多いため、専門用語の使用を少なくし、写真、イラストを多く使用して分かり易い表現を心がけている。また、ホームページのメニューやスケジュールの紹介はカラフルで楽しい気分になるように工夫している。</p> <p>感染症流行などの時期を除き、施設への問い合わせや見学には土日も対応している</p> <p>感染症流行などの場合には見学を中止する場合がありますが、その時期を除いて、問い合わせや見学には利用希望者や家族の利便性を考慮し、土日も含めて随時対応している。見学対応は相談員が担当し、事前に電話問い合わせ、見学時の注意や日時の打ち合わせが必要である。ただし、実際のサービス利用の場合は、居宅ケアマネジャーを通す必要があるため、ケアマネジャー経由で見学申し込みをお勧めする。</p>			

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
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. サービス利用前の生活をふまえ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	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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-2の講評			
<p>利用開始の際は、施設利用時の注意、負担金などを書面で説明し、利用契約している</p> <p>利用開始の際は、施設での生活時の注意、負担金、その他の記載してある書類、例えば重要事項説明書や契約書、その他がありますが、それらの書類を利用者や家族と一緒に見ながら説明している。質問があれば分かり易く丁寧に説明を心がけている。内容を理解し、納得がいった場合に利用契約している。また、その際に、サービス内容、施設での生活について利用者や家族から意向や希望を確認し、ケアプランに組み込んでいる。</p> <p>サービス利用の開始前に、利用者の身体状況や生活状況などをアセスメントしている</p> <p>ショートステイでは、基本的には利用者の自宅での生活を踏まえた支援をするので、利用者の必要な支援について、サービス利用開始前に利用者や家族と面談し、身体状況や自宅での生活状況などを聞き取ってアセスメントした上で、入居前ご様子表を作成している。</p> <p>利用開始時は入居前ご様子表を基に、入居中の様子は入居時連絡表で共有している</p> <p>施設利用開始時は入居前ご様子表を基に支援している。利用開始当日は、1階の事務所前の落ち着いた環境で、体温測定し、最近の心身の状態をヒアリングしている。その後、利用フロア、居室の位置などを1対1でじっくりと説明し、不安感をなくす様にしている。利用終了時には、入居中の様子を記入した入居時連絡表を渡し、家族やケアマネジャー、居宅サービス事業者にも伝わるように配慮し、継続的な支援を心がけている。サービス担当者会議にも積極的に参加し、情報提供している。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
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介護計画を作成している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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くみがある	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当	
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>パソコンの介護ソフトを活用し、利用者一人ひとりの情報を入力し、共有している</p> <p>パソコンの介護ソフトを活用し、利用者一人ひとりの情報を入力し、共有している。情報は、氏名、生年月日、住所、その他の基本情報や、要介護度、身体状況、疾病、服薬、趣味、嗜好などの情報、短期入所生活介護計画、その他の各種計画、毎日の支援内容、日常の利用者の様子の記録も各所定のフォームに入力し、記録している。介護にかかわる職員は、誰でも情報にアクセスできるので、利用者の計画や状態を毎日確認・共有しているが、念のために口頭・書類での申し送りもしている。</p> <p>短期入所生活介護計画に基づくケアプランで支援し、PCで支援内容を記録している</p> <p>利用者が在宅時と同様な継続的な施設での生活をできるように、利用者の希望や意向を入れて短期入所生活介護計画を作成し支援している。介護計画は利用者や家族にも説明し、了解を得ている。計画に基づいて、介護課、看護課、支援課(栄養士を含む)などの各部門は課題を分析し具体的なケアプランを作成し、支援している。実施した支援内容はPCシステムの所定の欄に記録している。PCシステムに記録された、ケアプラン、支援内容、その他、全ての情報は職員間で共有し、活用している。</p> <p>計画見直しはケアプラン会議で行い、緊急時はフローチャートに基づき対応している</p> <p>介護システムで情報共有し、月単位で「ケースまとめ」を実施し、ケース会議、モニタリング会議でサービスの見直しや利用者支援に活用している。計画見直しはケアプラン会議でマニュアルに定めたフローチャートに則って見直しをしている。緊急時の計画見直しも同じマニュアルのフローチャートに従っている。ただし、ショートステイで容体の急変などの緊急時は、家族への連絡、居宅ケアマネジャーへの連絡の結果、医療機関受診などとなり、サービス終了する場合もある。</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、利用者の同意を得ようとしている	<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>サービス利用開始時に、個人情報、プライバシー保護等について説明し了解を得ている</p> <p>サービス利用開始時に、個人情報、プライバシー保護などについて説明し同意・了解を得ている。個人情報のやり取りは家族や居宅のケアマネジャー、福祉課との間がメインですが、時にはかかりつけ医、災害時などの際には警察や消防への連絡も想定される。居室は多床室ですが、カーテンで区切った個々のスペースへの立ち入り時には声掛けしている。更衣や入浴や排泄の際は他の人の目に触れないように配慮している。同性介助を希望する利用者には職員配置上可能な限り希望に沿うようにしている。全て法人のマニュアルに則って行っている。</p> <p>日常生活はプログラムに沿って支援し、アクティビティ参加の無理強いはしていない</p> <p>日常の生活は7時:起床、8時:朝食、10時:アクティビティ、11時:外出・面会など(感染症流行などで変更場合があります)、12時:昼食、14時:ボランティアとのアクティビティ、18時:夕食という、大まかな「1日の流れ」に沿って生活しているが、その間に週2回、入浴が組み込まれている。食事時間は変更可能で、アクティビティへの参加は利用者に意向を確認し、無理強いはしていない。なお、就寝時間は、利用者の体調や睡眠パターンを考慮して個々に対応している。</p> <p>入所前に得た利用者の生活習慣や価値観を大切に、敬意をもった支援を心掛けている</p> <p>入所前アセスメントで得た利用者の生活習慣や価値観の情報はPCシステムに入力し、職員は情報共有している。施設内では、その情報を基に、1人ひとりの利用者の生活習慣や価値観を大切に、敬意をもって支援している。そのため、施設での1日の流れに沿った起床や食事時間、週2回の入浴回数、アクティビティへの参加、入居者同士の交流は、利用者の意向、希望となっている。</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		
●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			
<p>法人が作成した高齢者ケアにおけるサービスマニュアルに沿って利用者支援している</p> <p>高齢者ケアにおけるサービスマニュアルは、法人が作成し、年に1回見直して必ずリニューアルしている。各施設では、毎月1回委員会で意見を出し合い、それをまとめて年1回、全施設から課長と主任が参加して見直している。リニューアルしたマニュアルは毎年職員に配布され、職員はそれに沿って利用者支援している。</p> <p>マニュアルは400ページ以上あり、利用者支援の仕方が事細かに記載されている</p> <p>マニュアルは400ページ以上あり、利用者支援の仕方が事細かに記載されている。職員が個人で全部を覚えるのは大変なので、勤務時間内に研修会、勉強会を開催し学んでいる。また、リーダー以上の職員が、OJTを実施している。日本の試験に合格した外国籍の職員が在籍しており、彼らにはベテラン職員が相談・指導を担当してマニュアルに沿った介護の実践を支援している。</p> <p>新入職員はプロジェクトチーム研修、一般職員は各種研修でフォローアップしている</p> <p>新入職員に対しては、介護課、看護課、栄養士を含む支援課の各課からプロジェクトチームを編成し、研修スケジュールを立案し、研修を実施している。一般職員に対しては、職員スキルに合わせた介護技術研修、メンタルヘルスケア研修をしている。さらに、フォローアップ体制をつくり、各種研修や勉強会への参加を希望する職員に対して参加しやすいシフトを組むという制度にして、業務水準の標準化と介護技術のスキルアップを推進し、サービスの向上を図っている。</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4																
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	32/32															
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>1. 介護計画に基づいて支援を行っている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">評価項目1の講評</p> <p>居宅ケアマネジャーが作成した施設計画を基に各専門職がケアプランを作成している 施設入居前に利用者の身体状況や生活状況を聞き取り、希望を考慮して、居宅ケアマネジャーの作成した計画を踏まえた短期入所生活介護施設計画を作成している。それを基に各専門職がケアプランを作成している。そして、施設で生活している間は、各ケアプランに基づいた支援を提供している。</p> <p>入居前の聞き取りなどから、適切な方法を選択してコミュニケーションを図っている 耳の遠い方、目の悪い方、言葉の出にくい方など、様々な利用者があるので、入居前の聞き取りや、入居時連絡表、居宅ケアマネジャーからの情報などから、利用者に応じた適切なコミュニケーションの取り方を話し合い、選択し、PCシステムで情報共有して支援している。必要に応じて、声を大きくする聞こえ補助具やルーペを利用するなどしている。また、支援方法で気づいたこと、工夫点などはケース記録に入力している。</p> <p>利用者が自立的に生活できるように家族や職員や居宅事業者と情報共有し連携している 施設では、利用者が自立的に生活できるように、身体機能の向上に力を入れている。施設での職員の取り組みを利用終了時に渡す連絡帳やケース記録で家族と共有している。さらに、居宅でのサービス担当者会議に参加し、家族、居宅ケアマネジャーや居宅サービス事業者、医療関係者など、利用者を支援する方々と情報共有し連携して支援している。</p>				評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目																	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当																
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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	<input type="radio"/> 非該当																
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>4. 食事を楽しむ工夫をしている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">評価項目2の講評</p> <p>食事は利用者の好み・希望だけでなく、咀嚼や嚥下、栄養状態を考慮して提供している 利用者の好み・希望だけでなく、咀嚼能力や嚥下能力と栄養を考慮して、栄養士が彩豊かで種類も豊富な食事メニューを提供している。朝・昼・夕とも5品を基本とした豪華な食事である。パンの硬さは2種類、ご飯の硬さは4種類、副食の硬さも4種類で、利用者の咀嚼・嚥下能力を歯科医の判断で選択している。栄養士は、国の定めた日本人の食事摂取基準に基づいて主に75歳以上の高齢者のカロリー、タンパク質・脂質・炭水化物などの栄養素、ビタミン、塩分などを計算して提供している。</p> <p>食事介助の方法やテーブルの位置などは、事前の聞き取りや当日の様子できめている 食事介助の方法やテーブルの位置などは、事前の聞き取りや当日の様子できめている。現在の利用者は全員が食堂で食事ができる。テーブル位置は、事前調査で気の合いそうな利用者と同じとか、受け入れてくれそうな利用者のそばとか、様子を見て決めますが、常時車いすを利用している場合は、席数が少ないのですが、車いす専用のテーブルが同様に選択されている。</p> <p>季節感を取り入れて彩豊かで盛り付けも豪華で食べたい気持ちが湧いてくる食事である 季節感を取り入れて彩豊かで盛り付けも豪華で、見た目から食べたい気持ちが湧いてくる食事である。朝食は、ご飯、汁物、主菜、果物、乳製品の5品、昼食と夕食は、季節を感じられるように旬の野菜や魚を取り入れたメニューで、ご飯、汁物、主菜、副菜、香の物の5品を基本とした豪華な食事である。ご飯は、炊き込みご飯やちらし寿司、チャーハン、汁物はスープや味噌汁などバリエーションが豊富です。事前の調査で、利用者にあった硬さ、食材の好み、アレルギーにも配慮している。また、別料金で糖尿病やその他の治療食にも対応しており安心である。</p>				評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目																	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当																

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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3の講評			
<p>入浴は、利用者の状態に合わせて適切な浴槽を選択して行っている 浴槽は、一般浴用、機械浴用(臥床、座位)、リフト浴用があり、利用者の身体状況に応じた適切な入浴方法を検討し、選択して入浴支援している。選択した入浴方法と、入浴日、入浴時間は、PCシステムで管理し、1週間に2回入浴できるようにしている。体調や気分などで入浴しない日は、清拭などで清潔を保つ工夫をしている。</p> <p>入浴誘導はタイミングを見て行っているが、同性介助の希望に応じられない日もある 入浴は、時間を決めて、1日の生活のプログラムの合間に行っている。食事時間、楽しいアクティビティの最中は避けているが、誘導の声掛けにも気を付けて気分を害さないようにタイミングを見計らって行っている。一方、同性介助は、可能な限り実施しているが、人員配置の都合で希望に応じられない日もある。</p> <p>浴室の清潔・清掃、ゆず湯やマイクロバブルで気持ちよく入浴できるようにしている 浴室の清潔・清掃を心がけ、消毒もし、気持ちよく利用できるように介護職が気を配っている。ゆず湯、菖蒲湯など、昔ながら日本人が大切にしている習慣を取り入れている。また、皮膚トラブル予防の観点から低刺激の石鹸を厳選して使用している。さらに、マイクロバブル発生器付き浴槽を導入して、皮膚の弱くなっている高齢者への負担を最小限にする工夫をしている。</p>			
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	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4の講評			
<p>事前・当日の聞き取り調査で自宅での介助方法を確認し施設での介助方法を立案している 事前および当日の聞き取り調査で自宅での介助方法を確認し支援している。利用者の身体能力や排泄状況を考慮し、利用者にとってより好ましく、かつ、自宅でも実施可能な介助方法があれば提案し、実施している。脱おむつの活動については、利用者や家族の意向を尊重している。</p> <p>可能な限り、利用者の希望する排泄方法で排泄できるように支援している 可能な限り、利用者の希望する排泄方法で排泄できるように支援している。重度の身体障害のある利用者でも尿意・便意のある場合は意向を尊重し、安全に配慮しつつトイレ誘導をしている。一方、在宅時とは異なる環境なのでトイレ位置が分からないが聞くのは恥ずかしい、排泄介助を受けるのが恥ずかしい、などの羞恥心に配慮し、周囲に気付かれないように誘導、介助に努めている。</p> <p>トイレやポータブルトイレは定期的清掃と、使用後には必ず清掃・消毒をしている トイレやポータブルトイレは毎日定期清掃している。さらに、使用後には排尿・排便の状況確認を兼ねて、介護職員が必ず清掃・消毒をしている。排泄状況はPCシステムに記録して排泄支援や体調管理に活用している。</p>			

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					
<p>事前・当日の聞き取り調査で移動の方法を確認し、利用者に合わせて支援している 事前・当日の聞き取り調査で自宅での移動の方法を確認し、支援している。自宅では伝い歩きしている利用者でも、施設のフロアが広いために中央部への移動が不安で歩けない場合があるので、職員が情報共有し利用者に合わせて、歩行器の使用や一部介助などを配慮し支援している。</p> <p>車いすを利用して移動する場合は、移乗方法を確認し安全な移乗を検討し支援している 車いすで移動する利用者の場合はベッドと車いす間の移乗の方法を確認し、利用者自身で安全に移乗が可能か、1人介助が可能かそれとも2人介助が良いのかなど、安全な移乗方法を検討しながら支援している。</p> <p>更衣や整容は、利用者の意向を尊重しているが、支援は計画に沿って実施している 更衣や整容は、起床時にしますが、更衣そのものをするかしないか、どのような服装をするかは、利用者の意向を尊重している。整容は容体のすぐれない利用者以外は声掛けに応じてほぼ全員が行っている。更衣も整容も利用者の状況に応じ、計画に沿って見守りや一部介助、全介助をしている。就寝時の更衣も同様である。</p>					
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					
<p>利用開始当日に玄関ロビーでバイタル測定し、その後は毎日計測、記録している 利用開始当日に玄関ロビーでバイタル測定し、その後は毎日バイタルを計測、記録し、変化を見逃さないようにしている。また、測定結果は入浴の可否の判断に利用している。さらに、食事量、排便・排尿の回数、量、形態も記録し、健康状態の判断に利用している。</p> <p>24時間365日の看護師配置で厳重な薬剤管理と利用者の健康維持に努めている 24時間365日看護師を配置して利用者の健康維持に努めている。薬剤の管理は看護師2人がダブルチェックし、利用者氏名と顔写真付きの内服薬ケースに保管・管理し厳重に行っている。さらに、服用時は薬袋の氏名と利用者本人確認し、服薬確認実施表でミスを防いでいる。インスリン注射と経管栄養の投与は2人の看護師がダブルチェックして投与している。インスリンは患者の顔写真付きで保管管理し、顔写真と本人を確認し、その人に決められた量のインスリンを注射している。なお、インスリンのスケールリングには対応していない。</p> <p>利用者の体調変化時は、緊急対応マニュアルに則って対応している 利用者の体調変化時は、緊急対応マニュアルに則って、職員は看護師に連絡し、看護師は家族に連絡、また、必要に応じて事前情報で得ている主治医、医療機関に容体を伝え、その指示を受けて救急車要請、その他の対応をしている。その結果、家族が迎えに来て帰宅、通院や入院などでサービスを終了する場合もある。その場合は居宅ケアマネジャーにも連絡し、その後に書面での報告など所定の手続きをしている。</p>					

7	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇)</p>	
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にさせ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		
<p>理学療法士を配置し、在宅時に役立つ様な身体機能訓練に力を入れている 理学療法士を配置し、在宅時に役立つ様な身体機能向上に力を入れている。利用者の意向や希望の実現に向けた計画を立てて支援している。平行棒や歩行器を使った歩行訓練、立ち上り動作や座位を保持する立位訓練、嚥下機能改善のための姿勢保持・ポジショニング、認知機能向上のための脳トレや回想法、関節の拘縮を予防する為の可動域訓練などを行っている。また、寝たきりの利用者に限らず、身体障害のある場合には、褥瘡予防のための体位交換やポジショニングも行っている。</p> <p>日常生活の中に機能訓練の要素を取り入れて、楽しく訓練している 日常生活の中に機能訓練の要素を取り入れて、楽しく訓練している。例えば、食事前の嚥下体操を兼ねた言葉遊びや歌、レクリエーションでの脳トレ、各種のゲーム、折り紙などで楽しく訓練している。</p> <p>職員による音楽療法、園芸や喫茶店などボランティア活動への参加も生活リハビリである 職員による音楽療法、園芸や喫茶店などのボランティア活動への参加も生活リハビリになっている。草花や野菜の世話、昔懐かしい歌を聞く、唄うなどは昔を思い出す良い取り組みである。また、喫茶店は、昔を思い出すと同時に、茶飲み話でほっこりした気分になりコミュニケーション能力を活性化させるのに有効である。</p>		
8	<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
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		
<p>毎週5日間は何らかのイベントを行って、利用者が楽しく過ごせるように支援している 毎週ほぼ5日間は何かしらのイベントを行い、利用者が楽しく過ごせるように支援している。事務部門のボランティア担当がボランティアの手配をし、イベントの際には、レクリエーション委員会で話し合い、ボランティアと役割分担して開催している。2024年度のボランティア受け入れ人数実績は、ホーム喫茶75人、納涼祭や傾聴、オンラインでの活動が126人でした。活動内容は、月1回のお話えん、ドッグセラピー、理美容(有料)、書道、お買い物代行、週1回のホーム喫茶、職員による音楽療法は週3回である。</p> <p>感染症流行時は制限がありますが、平常時は届け出せば外出は原則自由である 感染症流行時は制限がありますが、平常時の外出は自由である。ただし、感染状況で変わるのでその都度、問い合わせが実用である。また、外出の場合には、必ず、所定の外出届用紙に記入し届け出が必要である。飲酒については、基本的に、医師から止められていない利用者が他の利用者に迷惑にならない範囲内で自由ですが、他の利用者への配慮から、時間や場所は職員に確認することが良いと思われる。</p> <p>居室やフロアは清掃員が定期清掃し、介護職員も積極的に5S活動をしている 居室やフロアは清掃員が定期清掃し、介護職員も汚れを発見次第、積極的に清掃している。共有部分全般的に5S活動(職場環境を整理・整頓・清掃・清潔・しつけの5つの視点から整備する活動)をして気持ちよく過ごせる空間づくりに努めている。</p>		

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			
<p>面会は可能な限り希望に応じているが、時間や場所や回数は決まっている</p> <p>面会は可能な限り希望に応じている。1回の面会時間は13時30分～16時00分間の15分程度で、緊急時を除き1日1回である。しかし、面接の時間や場所等は、感染症流行、季節、その他で変更することがあるので、事前に確認するのが良いと思われる。なお、コロナ感染症流行時は面談中止、シールドを間にしての面談、テレビ画面を通しての面談などの対応をしていた。</p> <p>利用者の施設でのケース記録は担当ケアマネジャーにFAXで報告している</p> <p>介護保険の規定に従って、居宅の担当ケアマネジャーに利用開始日から終了日まで実施したサービスの報告をしている。利用者の施設での日々の様子はPC上でケース記録入力している。利用終了日は午前中に退所なので、ケース記録を遅くとも利用終了日の午後にはプリントアウトし、担当ケアマネジャーにFAXで送信報告している。</p> <p>サービス担当者会議に参加し、家族、ケアマネジャー、事業者と連携を図っている</p> <p>サービス担当者会議に参加し、利用者の施設での様子を踏まえたケア上の問題点やケアのヒント・アドバイスを家族、居宅の担当ケアマネジャー、居宅サービスの事業者へ提供し、情報共有し、利用者支援のために連携している。</p>			
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			
<p>商店会に加入し地域に積極的に働きかけ、利用者に地域イベント情報を提供している</p> <p>商店会に加入して、会のイベント企画に施設を含めるよう積極的に働きかけて利用者が地域の一人としての意識が持てるように努めている。どんぐり公園でのころころ市、子ども神輿、ハロウィーンなど地域のイベント情報を窓口に掲示、パンフレットを置くラックを設置し、必要時は手に取れるように配慮している。</p> <p>ボランティアを多数受け入れており平均週5日ボランティアによる交流を行っている</p> <p>事務部門にボランティア担当を置いて、多数のボランティアを受け入れている。その活動は平均週5日と、活発な交流をしている。お話、喫茶白金、書道教室、ドッグセラピー、お買い物代行、理美容、音楽療法などがある。地域の方々の熱心なボランティア活動に対し施設では、感謝の日イベントを催している。また、実習生の受入れもしている。施設では、このように、利用者が職員以外の人と交流する様々な機会を作り支援している。</p> <p>商店会と連携し地域の様々な人々と様々な触れ合いの機会を持てるように配慮している</p> <p>商店会と連携して施設のすぐ近くのどんぐり公園で開催されるころころ市に施設として参加し、地域の人々と交流している。また、夏祭り子ども神輿が施設を訪問し利用者がお祭り気分を楽しんだり、ハロウィーンイベントでは仮装してやってきた子どもたちへあらかじめ用意しておいたお菓子を利用者がプレゼントするなど、地域の大人から子供まで様々な人々と、様々な触れ合いの機会を持てるように配慮している。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-7	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
タイトル①	作業療法士を配置して身体機能の向上に力を入れている	
内容①	作業療法士を配置し、在宅時に役立つ様な身体機能向上に力を入れている。利用者の意向や希望の実現に向けた計画を立てて支援している。平行棒や歩行器を使った歩行訓練、立ち上り動作や座位を保持する立位訓練、嚥下機能改善のための姿勢保持・ポジショニング、認知機能向上のための脳トレや回想法、関節の拘縮予防の為の可動域訓練などや、レクリエーションなど、日常生活の中で機能訓練の要素を取り入れ、楽しく訓練している。職員による音楽療法、園芸や喫茶店などのボランティアによる活動への参加も生活リハビリになっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-6	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②	24時間365日の看護師配置で利用者の健康維持に努めている	
内容②	24時間365日の看護師を配置し、利用開始当日に玄関ロビーでバイタル測定し、その後は毎日バイタルを計測、記録し、変化を見逃さないようにしている。また、測定結果で入浴の可否を判断している。さらに、食事量、排便・排尿の回数、量、形態も記録し、健康状態を把握している。薬剤管理は看護師がダブルチェックし利用者氏名と顔写真付きの内服薬ケースに保管・管理し、服薬確認実施表でミスを防いでいる。インスリンや経管栄養投与もしている。緊急時はマニュアルに従って家族、主治医、居宅ケアマネジャーと連介して対応している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	2-2-1	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
タイトル③	事業計画の仕様は、職員目線で作成し、馴染みやすいツールにしている	
内容③	事業計画には施設の重点施策を示し、例えば職員のスキル向上「みなとの中に～あるべき存在へ～戦略」で具体策やガントチャートを示すなど工夫をしている。一方、各課の計画では目標、行動計画のほか、施策イメージの項目で、写真やイラスト、キャッチフレーズを吹き出しにするなど、職員目線の計画書の仕様にして、馴染みやすいものになっている。計画は、毎月、進捗管理で「月次報告」を作成し、法人・職員と共有している。年度終了後には振り返りの結果を事業報告にまとめるなど、PDCAサイクルを通じて事業計画を実行している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	キャリアパス制度に応じて、階層別の教育・訓練の機会を設けるほか、OJTを通じて全体のスキルアップを図っている
	内容	人材育成では、キャリアパス制度を設け、階層別に必要なスキルを示している。これに応じて職員は、内部研修、外部研修に参加して、職業能力の開発に取り組んでいる。内部研修では、職員の育成体制として「初任者研修」、各種の「スキルアップ研修」など、階層に応じた研修機会を提供している。一方、職場内指導では、国が進める「キャリア段位制度」を活用し、アセッサーを中心にOJTを実践している。施設では、実際の職場内訓練、集合やオンラインの職場外訓練を通じ、職員のスキルアップを図っている。
2	タイトル	マニュアルを定期的に更新するだけでなく、よりよい介護提供のために新人研修や職員のフォローアップ体制を作り職員育成に努めている
	内容	法人では高齢者ケアにおけるサービスマニュアルを作成し毎年更新している。各施設で毎月1回委員会で意見を出し合い、年1回、全施設から代表が参加して見直し、新たなマニュアルを毎年職員に配布している。職員は、マニュアル内容を勤務時間内に研修会、勉強会で学び、リーダー以上の員がOJTを実施し、マニュアルに沿った介護の実践を支援している。新入職員へはプロジェクトチームによる研修を実施、一般職員に対しては研修参加のためのフォローアップ体制をつくり、職員育成に努め、サービス向上を図っている点が評価できる。
3	タイトル	24時間の看護体制を確保し、看護計画に基づいた個別ケアを実践した結果、総合指標である入院率を低下できた
	内容	施設では、24時間の看護体制を整え、医療依存度の高い方を積極的に受け入れている。看護サービスを提供し、すべての利用者の健康管理を行うとともに、医療依存度の高い方には、提携病院と協力しながら、状態悪化の防止を徹底している。入院をすると、利用者の生活の質(QOL)も低下することから、看護計画に基づいて個別ケアを実践して、個々の健康リスクの低減に努めている。この結果、総合指標である「入院率」を低下できた点が評価できる。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	施設側のニーズを整理し、ボランティアの新規分野の開発、新世代層との連携など、新たな取り組みにチャレンジすることが望まれる
	内容	コロナの5類移行後、減少していた地域住民との交流や生徒の体験学習、ボランティア団体の受け入れなど、以前のレベルに戻ってきた。コロナでの交流制限が続く中で、ボランティアや地域交流の大切さを改めて認識し、このような分野で、活躍してもらいたいなど、交流のあり方を検討している。この機会をとらえ、新規分野での活躍や新世代のボランティア開発、地域団体との新しい協働の実践など、様々な取り組みをしたいと振り返っている。施設側のニーズを明確にし、ボランティアとの連携などに取り組むことが望まれる。
2	タイトル	外国籍の職員が多くなっており、彼らや指導職員の負担軽減のために、マニュアルの外国語翻訳に取り組まれることが望まれる
	内容	現在、多数の外国籍の職員が介護に携わっている。外国籍の職員は日本語能力試験をパスして良質なサービスを提供しているが、膨大なマニュアルが全て日本語で書かれている。日本人の職員でさえもマニュアルを読むのに苦労すると思うが、外国籍の職員には尚更である。また、指導している職員の負担も相当なものと考えられる。このため、双方の負担軽減のために、年一回マニュアル改定の際に、一部分からでも職員数の多い国の言語への翻訳に取り組むことが望まれる。
3	タイトル	利用者への施設情報の提供はホームページやSNSで行われているが、利用者が必要な情報に到達するには、利用者目線での改善が望まれる
	内容	利用者への施設情報の提供はホームページやSNSから行われているが、施設の伝えたいことやアピール面に重点が置かれており、利用者目線が少々不足気味で、ホームページ上で目的の情報に到達するまでに手間が掛かる。利用者が必要な情報に簡単に到達できるように、何の情報が必要か利用者の声を集め、簡単にアクセスできるように、施設情報の最初のページに見出し(バナー)をつけるなどの改善が望まれる。