

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和5年度】

2024 年 3 月 28 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 176-0001

所在地 東京都練馬区練馬1-20-2

評価機関名 株式会社日本生活介護

認証評価機関番号

機構 02 — 015

電話番号 佐藤 義夫
代表者氏名 03-3991-8440

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	堀 洋子	福祉	H0701024
	②	齋藤 貴明	福祉	H1102028
	③	岡田 稔晟	経営	H1501020
	④	松崎 敏男	福祉	H1401064
	⑤	伊藤 真紀	福祉	H1901071
	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	施設長 成田 寛一郎			
契約日	2023 年 8 月 1 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 10 月 3 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 11 月 20 日			
自己評価の調査票配付日	2023 年 10 月 2 日			
自己評価結果報告日	2023 年 11 月 20 日			
訪問調査日	2023 年 11 月 28 日			
評価合議日	2023 年 11 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)	利用者調査は、事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送とした。			

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。

2024 年 3 月 28 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) 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
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 ・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材。 ・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。
	(2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 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。

調査対象

調査実施日より前に1か月間利用した利用者を対象とした。

調査方法

事業所から調査票を配布し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送とした。

利用者総数

40

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
40	0	40
7	0	7
17.5	0.0	17.5

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

調査対象40名のうち、7名から回答を得ることができた。満足度の高い項目として、「利用中には、必要に応じた介助を受けているか」「個人の身体状況や要望は把握されているか」「利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか」「利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか」などがあげられる。

総合的な満足度では、6名が「大変満足、満足」、1名が「不満、大変不満」と回答している。また、「職員はいろいろ支援してくれる」「長期の利用ができるので助かる」「もっと利用者同士の事故など起きないように、よく見てほしい」などのコメントがあがっている。

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	5	2	0	0
5名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と回答している。 「皆さん親切です」「自分のペースで過ごせている」などのコメントがあがっている。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	2	5	0	0
2名が「はい」、5名が「どちらともいえない」と回答している。 「味はまあまあです」とのコメントがあがっている。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	2	3	1	1
2名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「食事が楽しみです」とのコメントがあがっている。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	4	2	1	0
4名が「はい」、2名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	6	0	1	0
6名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 「トイレを手伝ってもらえて助かります」とのコメントがあがっている。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	6	0	1	0
6名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 「個人の状況を把握し、対応してもらえている」とのコメントがあがっている。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	5	2	0	0
5名が「はい」、2名が「どちらともいえない」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	5	0	1	1
5名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 「職員は皆優しいです」とのコメントがあがっている。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	5	0	1	1
5名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 「何かあれば家族に連絡してくれる」とのコメントがあがっている。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	3	1	1	2
3名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	5	0	1	1
5名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	4	1	0	2
4名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	4	1	1	1
4名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	0	1	1
5名が「はい」、1名が「いいえ」と回答している。 特に、コメントは見られなかった。				
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	2	0	2	3
2名が「はい」、2名が「いいえ」と回答している。 「わからない」とのコメントがあがっている。				

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		
1	カテゴリ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 標準项目实施状況
			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1の講評			
毎年度始めに事業計画の職員説明会を開催し、合わせてビジョン等も周知している 事業計画書に、「生活のうおい ころのめざめ」とのビジョン、「住み慣れた地域で自分らしく健やかに暮らす」等の基本方針、「区立施設としての公的な役割や質の高いサービスの提供、地域との連携」等の経営目標が掲載されている。毎年度始めに全職員を対象にした説明会を開催し、事業計画の説明に合わせて改めてビジョン等を周知している。法人全体として事業計画書を重視しており、説明会ではDVDも使用して詳しい説明に努めている。また、利用者・家族に対しては、入居の案内に基本方針、運営方針(ビジョン)を掲載し伝えている。 施設長は、施設内情報伝達システムや掲示板を使って運営方針等の周知徹底に努めている 施設長、各課、一般職員までの組織図及び階層別の職務分担表が作成され、指揮命令や報連相の系統及び施設内の役割の明確化が図られている。施設長は、施設の方向性についての考えや方針について、施設会議や朝礼等で職員に説明している。また、周知の方法は、会議の場だけでなく、パソコン又はスマートフォンを媒体とした施設内情報伝達システムや紙媒体の掲示板を使用して、迅速かつ確実な周知に努めている。なお、施設長は、特に運営方針を伝えるときやサービス向上をテーマとする研修会の場等でリーダーシップを発揮している。 重要案件等の決定手順は、ISO9001に基づく業務フローで明確に定められている 重要案件等の決定手順は、ISO9001に基づき作成された業務フローで明確に定められている。各課、委員会等から提案された案件は、施設長、課長、主事の8人で構成され、毎月開催される施設会議で検討、決定されることとなっている。決定事項は、施設会議のメンバーを通じて、各所属職員全員が対象で、毎月開催される各課の会議で伝達されている。また、施設会議の議事録が情報伝達システムや掲示板により、全職員向けに発信されている。利用者・家族には、広報誌や通知で決定事項を伝えている。急を要する場合は、電話やメールで伝えている。			

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 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		
カテゴリー2の講評 多くの手段で利用者・家族や地域住民の意向を把握し、事業運営に活かしている 利用者・家族の意向を把握する手段として、毎年度行う利用者アンケート、家族アンケート、担当者会議、家族懇談会、及び毎年受審する第三者評価の利用者調査等がある。家族アンケートは職員の対応、面会方法、気になる点等の設問内容となっている。担当者会議は、利用者・家族ごとに年2回行い、生活全般について聴取している。利用者・家族の意向に基づき、最近、間接部門職員の挨拶について改善した事例がある。また、地域住民との交流により聴取した意向に基づき、最近地域の祭りの手伝いや盆踊りを施設の敷地で共同で実施した事例がある。 事業計画に併せて、目標達成度、達成時期等が明記された目標管理が施行されている 令和4年度から12年度までの法人特養事業本部の中期計画が策定され、11の戦略、17の重点施策が掲げられている。施設は、本中期計画及び前年度事業計画の振り返り結果に基づき当年度事業計画を策定している。中期計画に合わせた11の戦略ごとに、17の重点施策が掲げられている。また、事業計画に併せて、事業計画のOKR(目標管理)が施行されているのが大きな特徴である。16までの優先順位が施された重点戦略が掲げられ、目標達成度、担当者、ウエイト及び達成時期が明記されている。高度に実効的な事業計画推進の仕組みとなっている。 施設の事業計画に基づき、数値目標等具体的な内容の各課の重点施策が策定されている 事業計画は、各課が素案を作成し、施設会議で検討し決定されている。決定後に職員説明会でDVDを使って周知されている。毎月の進行管理及び年度末評価を行い施設内で共有している。施設の事業計画に基づき、各課の重点施策が策定されている。重点施策は、経営面、人材育成、サービス向上・環境整備の3事項が必須事項として指定されている。各課の素案が施設会議に諮られて確定されている。重点施策は、中期目標、年度目標、行動計画等で構成され、可能な限り数値目標が設定されており、施設の事業計画同様高度に実効的な仕組みとなっている。		

3 経営における社会的責任			カテゴリ-3
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 各種の取り組みにより、利用者の権利擁護、虐待防止の徹底に努めている 利用者の権利擁護、虐待防止に係る取組みとして、「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」の作成・配布、法人及び施設内職員研修、不適切ケアアンケートの実施等がある。当マニュアルは、今年度作成したコンパクトな冊子であり、高齢者の基礎知識、不適切ケア、虐待防止等多彩な内容で、全職員に配布されている。法人研修を年2回、施設内研修を年3回実施し、身体拘束や不適切ケアの防止について周知している。また、不適切ケアアンケートは、直接支援職員を対象に、12～13項目の設問について行い、結果を集約し施設内で共有している。 職員が苦情・要望を受けたときは、上長を通じて施設長に報告することを徹底している 「苦情解決規程」が制定され苦情解決体制等が規定されている。苦情対応について利用契約時に「ご案内」により説明している。「ご案内」には意見・相談窓口として施設の窓口と区の担当部署が記載されている。第三者委員については記載されていない。入居後は担当者会議の際に説明しているとのことである。昨年度苦情申出が4件あり、いずれも話し合いの末解決し、苦情処理簿に記録されている。苦情は法人本部及び区に報告している。今年度は現在まで0件である。職員が苦情・要望を受けたときは、上長を通じて施設長に報告することを徹底している。 コロナ禍後を見据え、施設の専門性を生かした地域住民向けの活動の拡充が望まれる 施設の情報は、法人のホームページ、特養事業本部の広報誌で公表している。法人は、家族、利用予定者、求職者への情報提供等を目的にホームページの情報登載・更新を促進している。昨年度オンラインによる実習生と、延64人の傾聴等のボランティアを受け入れた。例年納涼祭やハロウィンに地域住民を招待し、地域の公園祭りや秋祭りに参加し、区社協と連携した利用者向けWebイベントを開催するなどの地域交流活動を実施している。なお、コロナ禍後を見据え、施設の専門性を生かした地域住民向けの活動の拡充が望まれる。
--	--

4	カテゴリ4		
	リスクマネジメント		
	サブカテゴリ1(4-1)		
	リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
			5/5
	評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		
	評点(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2(4-2)			
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	
		4/4	
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			
評点(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4の講評			
多彩かつ実践的な内容の、BCPに基づく訓練や毎月の防災訓練を実施している リスクマネジメント対策として、「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」に、事故対応、緊急時の対応、コロナウィルス対応、事故発生予防等が掲載され、全職員に配布されている。事業継続計画(BCP)に基づき、机上訓練、ライフライン途絶訓練、施設から自宅までのバーチャル帰宅訓練、定期的な備蓄確認等を実施している。また、毎月の防災訓練として、夜間想定(地震、火災)、停電想定、福祉避難所開設訓練、外国人職員による訓練等多彩かつ実践的な訓練を実施している。担当者による施設内設備の安全点検も毎週実施している。 職員は積極的にヒヤリハットを報告しており、仕組みが定着している ヒヤリハット報告を施行し、発生すると、直接支援部門である介護課等の日誌に記載し、直近のミーティングで報告されている。緊急性が高いものは施設内情報伝達システムで周知されている。その上で記録支援システムのヒヤリハット欄に記載されている。昨年度介護課での発生件数は1,894件、職員1人につき平均月3件で、職員は積極的に報告しており、仕組みが定着している。施設では職員に報告を促しているとのことである。リスクマネジメント委員会で、毎月レベル別、事象別に集計分析し、その結果を施設内で共有している。 各種方策により、個人情報の保護等情報管理の徹底を図っている 法人の文書・記録管理規程、個人情報保護規程に基づき、文書の管理、保存、廃棄、開示請求への対応等を行っている。利用者の個人情報はほとんどパソコンで入力保存されている。全てのパソコンにパスワードが設定され、部外者のアクセスを遮断している。紙ベースの機密情報は、事務室のキャビネットに施錠して保管されている。部門会議やミーティングでシステムのセキュリティについて説明している。個人情報保護について、職員には入職時の法人研修で周知し、誓約書を徴収している。実習生、ボランティアにはオリエンテーションで周知している。			

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 10/12	
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●●)	
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
	ホームページ、ハローワーク、求人サイト等各種手段を活用し人材確保に努めている 職員の採用は、新卒の正規職員は法人本部が行い、非正規職員と中途採用の正規職員は施設が行っている。募集には採用ホームページ、ハローワーク、求人サイト、インターンシップ等各種手段を活用している。昨年度の介護職の計画人員充足率は108%、看護職は106%となっている。また、全職員から異動希望調書を徴取し、直近の異動希望者については法人本部の会議で検討し決定する仕組みとなっている。法人のキャリアパスが構築されており、9階層の等級の定義、等級の昇格・昇進の基準が定められている。職員には入職時や面談時に説明している。 質量とも豊富な施設内研修及び法人本部研修が行われている 施設の職員研修は、研修委員会が中心となって推進されている。施設内研修の企画・運営、受講状況の管理、研修報告書等による振り返り、次年度研修計画の策定を行っている。今年度の研修計画は、毎月の施設内研修として、感染症予防、記録、接遇、虐待防止、排泄ケア、ターミナルケア、法人本部研修として、ユマニチュード、リスクマネジメント等質量とも豊富な職員研修が計画化されている。新任職員は全職種についてプリセプター制度が施行されている。 事例研究発表会や委員会活動が職員のモチベーション向上等につながっている 正規職員を対象とした目標管理が行われている。仕事の質、速さ・量、向上心等10項目についてポイント化された評価指標等が記載された「目標管理シート」に基づき毎月評価が行われ、半期ごとに賞与に反映されている。それに合わせて年2回上長との面談が行われ、職務のほか、悩みや困りごとについても話し合われている。非正規職員に対しては年1回上長との面談が行われ、時給、キャリアアップ、実績、目標等について話し合われている。また、年1回の事例研究発表会や12の委員会活動が職員のモチベーションやチームワーク向上にもつながっている。

7		事業所の重要課題に対する組織的な活動	カテゴリー7
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)			
施設は昨年度「科学的介護の推進 ICT・IoT・DXの推進」との目標に掲げた。 目標を達成するため、①機能回復に向けて適切な環境、物品の整備 ②全体向けと個別に向けたアプローチ方法の区別 ③健康管理への結び付け、として様々な取り組みを実施した。 これらの取組みを検証し、利用者を10名選び、BI・VI(点数化)を実施し、その結果年度末に、10名中8名の数値がアップしたと評価した。検証結果に基づき、次年度以降、介護ロボット等次世代介護機器導入による介護負担軽減と自立支援促進を計画することとしている。			
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1で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評 社会における高齢化の進行が早まることを背景に、施設は、自立支援、重度化防止に向けて積極的に取り組む方針を掲げ、昨年度、「科学的介護の推進」等の目標に掲げた(PDCAサイクルのP)。目標を達成するため、上記のとおり、機能回復に向けて適切な環境、物品の整備等様々な取り組みを実施した(同D)。これらの取組みを検証し、利用者10名中8名のADLの数値がアップしたと評価した(同C)。検証結果に基づき、次年度以降、介護ロボット等次世代介護機器導入による介護負担軽減と自立支援促進を計画することとしている(同A)。以上のとおりPDCAサイクルを確立させた取組みとなっている。			
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)			

施設は、昨年度「毎月の入院率を3.2%(月/90日程度)に抑える」との目標を掲げた。
 目標を達成するため、①胃ろうの方に対し、皮膚トラブルの観察 ②栄養剤の注入時の利用者状態に合わせた栄養剤・水分量の変更 ③誤嚥性肺炎の予防として、嚥下機能の維持・向上 ④情報提供・情報交換等外来との連携強化 ⑤1日3回の申し送り等他職種との情報共有の徹底を実施した。
 これらの取組を検証し、①入院率3.0%と目標値に抑えることができ、②22名の看取りケアを行うことができたと総括した。
 検証結果に基づき、今年度も取組を継続し、毎月3.0%以下の入院率を目標に設定している。

目標の設定と取組	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取組を行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取組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
取組の検証	☒ 目標達成に向けた取組について、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取組について、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) ☐ 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

入居者に元気に生活していただくためには、ADL、QOLの向上と入院率の低下が重要であると考え、施設は、昨年度「毎月の入院率を3.2%に抑える」との目標を掲げた(PDCAサイクルのP)。目標を達成するため、上記のとおり、胃ろうの方に対する皮膚トラブルの観察等多種の取組を実施した(同D)。これらの取組を検証し、入院率3.0%と目標値以内に抑えるなど目標を達成することができたと評価した(同C)。検証結果に基づき、今年度も取組を継続し、毎月3.0%以下の入院率を目標に設定している(同A)。以上のとおりPDCAサイクルを確立させた取組となっている。毎月の月次報告で入院率と入院原因を分析しながら目標を達成しており、今後もきめ細かな進捗状況確認を実施することにより目標を達成していくものと思われる。

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			
ホームページで動画を掲載しているほか、必要に応じて資料を郵送している 利用希望者である利用者や家族で、インターネットが使用できる場合、ホームページやSNSから必要な情報を収集することができる。ホームページ上の「利用案内」をみると、申し込み方法や利用料金、サービス内容について記載があり、概要を把握することができる。また、施設紹介の動画も掲載している。インターネットが利用できない場合、より詳細な情報が記載してあるしおりがあり、見学時に情報提供している。来所することが難しい場合は、電話で情報を伝えたり、必要時資料を郵送するなどして情報提供を行っている。 ホームページで利用申込について案内するとともに、生活の様子を紹介している ホームページの「利用案内」には、申し込みまでの流れや、利用料金、事業所での過ごし方などを紹介している。「活動報告」のページでは、食事やおやつの内容、行事や活動の写真を閲覧でき、生活の様子がイメージしやすくなっている。しおりでも同様に、表記する文字を大きく見やすくしている。しおりでは、衣類など準備する物リストが記載され、持参物の準備の仕方など、絵やカラーで分かりやすく表記されている。食事内容や浴室、居室や活動風景などの写真を掲載し、利用希望者が理解しやすいようにしている。 見学の希望には日程を調整した上で受け入れており、郵送での対応もしている 利用希望者から、見学の問い合わせや希望があった場合は、日時を調整した上で対応している。家族が仕事等で、土日や祝日、18時以降を希望の場合でも、随時対応している。施設内を案内し、各フロアの様子を直接確認してもらっている。直接来所することが難しい場合は、希望に応じて、電話で概要を説明したり、郵送でしおりを送るなどの対応をしている。予約は、2か月前にファックスで受け付けている。			

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		
利用開始日には丁寧な受け入れをしており、自宅に近い環境設定に努めている 利用開始日は、1階事務所前で体温測定し、心身状態について把握した上で受け入れている。利用するフロアや、居室の位置なども時間をかけて、一対一で丁寧に説明している。利用者には、壁をつたってつかまりながら室内トイレに行くことができる二人部屋を主として利用してもらっている。入所者が入院中でベッドが空いている場合、4人部屋を利用する場合もある。室内は、ベッドから起き上がる向きを自宅と同じ向きにしたり、テレビを見て過ごす場合は居室にテレビを設置したりと、できるだけ自宅での過ごし方に近い環境を作るようにしている。 生活相談員が利用者の支援に必要な情報を記入し、職員間で共有を図っている フェイスシートやアセスメントシート等に、個々の利用者の情報を生活相談員が入力している。ファイルにも、同様の情報や以前利用した記録を綴り、各フロアの担当職員が把握できるようにしている。利用者の自宅での生活の様子や、寝室・トイレ・家具などの配置図、食事形態や排泄状況、入浴介助方法、薬の状況等をアセスメントシートに記載し、新たな情報が分かれば、介護システム記録に入力し、携わる職員が把握できるようにしている。職員間で統一した支援が提供できるようにしている。 利用中の記録を利用者・家族に渡しているほか、気になった点は口頭でも伝えている 退所時は、事業所での様子を家族に報告し、記録を渡すようにしている。食事摂取状況、排泄状況、入浴日や回数、日中と夜間の様子などを記載したものを渡している。利用者や家族が読みたくするような記録の作成に努めているが、利用中気になった点については、口頭でも家族に伝えるようにしている。自宅に帰った後、他の介護サービスを利用している場合、ケアマネジャーにも同様の内容を報告している。排泄状況や皮膚トラブルなど、支援の継続の必要性がある時は、引き続き必要な支援が提供されるように配慮している。		

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		
初回利用前に、生活相談員が把握した情報を職員間で共有している 初回利用前は、生活相談員が事前訪問し、介護システムのアセスメントシートに沿って聞き取りを行っている。介護支援専門員から事前に情報提供してもらった内容に加え、心身状況の確認だけでなく、今までの生活歴や病歴、家族構成や住環境、趣味や嗜好などを確認している。それらの情報を介護システムのフェイスシートやアセスメントシートに記録し、職員間で共有している。緊急でショートステイを受け入れる場合や、事前訪問が難しい場合は、直接本人や家族に状況を確認し、所定書式に記録した上で、利用中に他の職員が聞き取った情報を追記している。		
短期入所ケアプランを作成し、利用ごとの利用者の状況に合わせた支援をしている 利用日数は、平均して4、5日が多いが、長い利用者は2週間程度利用することもある。アセスメント表を作成し、短期入所のケアプランを作成し、受け入れている。家族に同意の署名をもらっている。また、利用ごとに介護記録等をプリントアウトしてファイルに綴り、前回利用した時の様子が分かるようにしている。それにより、利用者の心身状況の変化や推移を把握しやすくしている。久しぶりの利用や、病気・入院等で心身状況が変わった際には、前回の様子を踏まえて、ケアプランの見直しを行い、計画に沿った支援を行っている。		
利用者の状況を多職種で把握し、必要な支援を提供できるようにしている 利用中、心身状況に変化があった場合は、申し送りや引き継ぎ時に職員間で情報共有している。介護記録にも入力し、機能訓練指導員、管理栄養士含む介護課・看護課・支援課で共有し、支援に反映している。ケース入力件数が増加傾向であり、日常の様子をより把握することができている。食事摂取量が少ない場合は、食事形態を食べやすいサイズに変更したり、食事環境を見直すなど、多職種で検討し、情報共有しながら支援している。退所後も、生活相談員から介護支援専門員に報告し、情報共有しながら在宅でも継続して支援を行えるようにしている。		

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			
利用者・家族に個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ている 契約時に、利用者と家族に、個人情報の取り扱いに関する説明をして、同意書をもっている。利用中に病院受診の手配を行う際や、救急要請する時に個人情報のやり取りを行う必要があることを説明している。また、事業所内の掲示板や広報誌、ホームページ等に行事や活動の様子を掲載することについても確認している。同意を得られた場合は、利用者の写真を掲載することがあることを説明している。 利用者の生活リズム等に配慮しながら、プライバシーを尊重した支援をしている 短期入所の利用者は、自宅での生活をベースに、一定期間サービスを利用しているため、施設での生活に慣れていない場合もある。利用者の生活リズム等に配慮しながら、職員は、食事の時間や入浴のタイミングなどを丁寧に声かけしながら、安心して過ごせるよう支援している。排泄時も、声をかけて誘導し、必要な介助や支援を行うよう努めている。入浴時も、可能な範囲で同性介助支援を心がけており、個々の利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。コーヒーを飲む習慣がある利用者には、おやつ時間にコーヒーを提供している。 利用者が希望する私有物は持ち込み可能となっている 初回利用では1週間くらいを目安にしているが、帰宅願望が強い場合は日数を短くして対応している。利用者のファイルには、持ち物確認表、ベッド周りの順などレイアウトの写真、薬剤情報提供書、ケアプラン、サービス担当者会議の記録等が綴じられており、必要な情報を網羅している。車椅子、ぬいぐるみ、タオルケット、目覚まし時計、携帯電話など、私有物も紛失注意の上で持ってきてもらっている。食べ物も健康上の問題と嚥下の問題がなければ何でも持ってきてもらっている。			

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		
サービスマニュアルを活用しており、利用者一人ひとりに必要な支援も明示している 法人特養事業部で作成した「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を活用し、それを基に、短期入所利用者への支援を行っている。食事や排泄、入浴、健康管理などは、入所利用者と同様に支援を行い、不適切ケアや虐待が起こらないような声かけや態度に気を付けた支援を行っている。その上で、利用者一人ひとりの心身状況に合わせた手順内容や支援のポイント、注意点等を作成し、介護システムにも明記することで、各職員が一定水準で業務を行えるようにしている。 利用者の体調や状況に合わせて、必要なケアを提供できるよう多職種でも協力している 利用時に体調変化が見られる場合は、ケアプラン内容を変更したり、サービス手順を変更している。体調悪化や身体機能の低下に伴い介助量が増えた場合、食事や排泄、入浴時の対応を手厚くするなど、随時見直しを行っている。日々のケアの中で手順を見直すとともに、看護師や機能訓練指導員、管理栄養士など、多職種での話し合いの場も設けている。事故やヒヤリハットが起きた場合は、委員会で検討を行った上で、手順の見直しを行っている。 利用者や家族の意見や要望について、サービスに取り入れるよう努めている 利用者や家族から意見や要望については、なるべくサービス内容に取り入れるよう努めている。例えば、利用期間中に、身体機能低下防止のためにも、なるべく体を動かしてほしいと家族から要望があった場合、食事席やトイレまで手引きで歩くようにしたり、自分で起き上がり、伝い歩きでトイレまで行けるように動線をつくるなど、生活リハビリとしてできることを支援している。利用者から、「こうしたい」等の意見があれば、手順に反映し、他職員も行えるよう支援している。		

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										
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 介護計画に基づいて支援を行っている</td> </tr> <tr> <td>●あり ○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> </tr> <tr> <td>●あり ○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> </tr> <tr> <td>●あり ○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> </tr> </tbody> </table>		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	●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	●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	●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
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										
●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										
●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										
●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										
評価項目1の講評 ケアマネジャーが作成した居宅プランに沿って、利用者を支援している 短期入所利用時は、ケアマネジャーが作成した居宅プラン(介護計画書)に基づき、利用者支援をしている。同プランには、利用者及び家族の希望が反映されているほか、利用者の生活上の課題と、それを解決するための目標や介護内容が具体的に示されている。概ね一年間を通して、課題に丁寧に取り組んでいる。利用期間には個人差があり、利用者の事情により、数日から一週間、長いと数週間の利用の中で、利用者に必要な支援を提供している。必要に応じて、プランの見直しをする際には、ケアマネジャーと連携して実施している。 ショートステイ連絡票で最新の利用者状況を把握し、受け入れている 短期入所の利用ごとに、家族から「ショートステイ連絡票」を入所当日に提出してもらっている。排便、食事量、変更事項(服薬内容等)等について直近の情報を伝えてもらっている。利用者の最近の在宅での様子を踏まえ、在宅生活を延長していくために必要なもの(例えば、空腹を満たすため、軽く口に入れる食品等)も持参してもらっている。施設でも、事前情報を参考にして、受け入れに必要な準備を進めており、利用者が落ち着いて過ごせるようにしている。 在宅での生活リズムを踏まえ、施設での生活に円滑に移行できるようにしている 在宅での生活リズムを、短期入所利用時にも継続できるよう、職員は詳細に家庭での生活状況や心身状況を確認し、アセスメント表に記録している。家庭で、利用者が自ら行っていたことは、施設でも継続してもらうようにしている。例えば、在宅で伝え歩きをしていたので、自分で時間をかけてでも歩きたいという利用者の希望があれば、職員が見守ったり、手を引いたり、歩行器を利用する等、利用者の意向を聞きながら安心・安全に施設での生活を送ることができるように支援している。											
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○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> </tr> <tr> <td>●あり ○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> </tr> <tr> <td>●あり ○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> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 食事を楽しむ工夫をしている</td> </tr> </tbody> </table>		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	●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	●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	●あり ○なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている
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										
●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										
●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										
●あり ○なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている										
評価項目2の講評 自宅と同様の食事内容を考慮し、嗜好を尊重した食事を提供し、満足度を高めている アセスメント表をもとに利用者の食事摂取に関する状況を把握している。直近の「ショートステイ連絡票」でも、必要な情報を収集している。アレルギーがあったり、好き嫌いがある場合、代替え食を用意している。また、できるだけ利用者が食べられるように嗜好も考慮して提供している。利用期間中に行事食や選択食がある場合は、利用者にもその旨を説明し、食事が楽しみになるように配慮している。おやつに日本銘菓めぐりを入れたり、特別な食事の時にはカードを用意するなど、利用者の興味をそそる食事提供に努めている。 食堂では短期入所利用者同士、同じテーブルで食べてもらっている 利用者全員が食堂に集まり、一緒に食事をするようになっていく。短期入所利用者は一つのテーブルで毎日食事をしている。利用者同士が顔見知りになり、親しみを持つ機会となっている。時には、食事が終わってもそのまま会話を続ける利用者もいる。毎回同じメンバーで食事をする中で、安心感を持って過ごすことができている。食事介助が必要な利用者については、職員が手厚く配置されているテーブル席で食べてもらっている。 食形態など変更の必要が生じた場合は、家族の同意を得て変更している											

アセスメント表で、利用者の嚥下状況や食事の内容を聞き取っている。さらに、実際の食事の様子を職員が観察し、提供している食事内容や食形態が適切かどうかを判断している。むせたり、飲み込みに課題がある場合は、訪問歯科医師、栄養士、看護師らと相談しながら、安全な食形態について相談をしている。在宅時の食形態についても見直しが必要な場合は、利用者、家族、ケアマネジャーにその旨を伝えている。見直しの希望がある場合は、歯科医師に摂食嚥下機能について評価をしてもらっている。

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		
	●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		
	●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		
●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				
利用者の身体状況に合わせた入浴方法で支援をしている 施設には3種類の浴槽があり、利用者の身体状況に合わせて選択している。比較的自立度が高く、見守りや一部介助で入浴が可能な一般浴、いすに座ったまま入浴できるリフト浴、寝たままの状態に入浴する機械浴があり、利用者の状態に合わせた安全な方法で入浴している。在宅で、家族が見守りや介助をしながら一般浴を使用しているが、安全面からリフト浴を勧めるケースもある。利用者の心理的・身体的負担の少ない入浴方法を選択し、週2回、入浴できるようにしている。 プライバシーに配慮しながら、利用者の意向を尊重して入浴支援をしている 利用者の意向を尊重しながら入浴の支援をしている。「短期入所利用を機に入浴させてほしい」と、家族から要望が寄せられることもある。利用者と家族の意向が一致しない場合もあり、職員は、利用者の意向を受け留めながら、可能な限り入浴できるように利用者と話しをしている。利用者の拒否が強く、どうしても入浴が難しい時は、次の再利用時に参考にできるよう、利用者の状況を記録し、家族にも伝えることで納得を得るようにしている。 利用者の多様な要望を踏まえ、満足度を高めるように支援内容を工夫している 短期入所において、他人と入浴することを嫌がる利用者も多い。常に、自宅で一人で入浴していた習慣があり、複数人数で入浴する経験がほとんどないことから、施設でも一人での入浴を希望することもある。施設には利用者が望むような個浴がないため、空いている時間を見つけてリフト浴を使うなど、利用者が納得できるように対応を図っている。短期入所利用者の生活習慣の多様性を踏まえ、利用者の意向等を丁寧に聞き取って、支援内容に反映させている。				
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		
	●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		
	●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		
●あり ○なし			○非該当	
評価項目4の講評				
アセスメント表で利用者の排泄状況を把握し、排泄支援に活かしている アセスメント表に基づいて利用者の排泄状況を把握している。在宅でトイレを使用している利用者にはトイレ誘導を行っている。また、尿意や便意がある利用者にも、施設入所利用者と同様にトイレ誘導で排泄をしてもらうようにしている。立位が不安定な利用者の場合は、利用者や家族の同意を得た上で、膝を抑えて安定した立位が保てる介護支援機器を導入するなど、安全面に配慮しながら、できるだけ自分で排泄できるように支援している。利用回数が増えるごとにアセスメント内容も充実している。 利用者のプライバシーに配慮して、安心できる環境を整えている 施設では、在宅とは環境が異なるため、排泄に関する利用者の不安や羞恥心が増すこともある。職員は、介護マニュアルに記載されているプライバシー配慮の項目を参考にしながら、利用者が安心できるような環境整備に努めている。施設では利用者ごとに排泄表を作成しており、トイレ誘導時間と同時に、おむつ交換等時間ごとにパッドの種類やサイズを一目でわかるように色分けしており、間違えることがないようにしている。利用者の不快感にふれず、プライバシーに配慮した環境を設定し、利用者の安心感を引きだしている。 使用したポータブルトイレは、衛生面に配慮して清掃・消毒を徹底している ポータブルトイレは、使用前後の消毒をしているが、夜間のみ利用している場合は、毎朝引き上げて清掃・消毒をしている。その際、汚れや電源の具合を確認しており、正常に機能するかを確認している。利用者の身体状況に応じて、適切なポータブルトイレを使用している。また、排泄後の洗浄を徹底することで、尿路感染症を防いでいる。専門業者による研修も実施しており、職員が必要な知識を身に付けている。				

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 colspan="2">標準項目</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 家庭生活の延長線上として、施設での生活を送ることができるように支援をしている 短期入所における生活上の支援の基本は、在宅生活の延長線上にあるものとしており、移動方法についても在宅での生活を尊重した支援に努めている。在宅で歩行移動をしていた場合は、機能低下にならないよう、歩行が継続できるように工夫している。また、車いすを利用した移動の場合であっても、移動時以外はできるだけ椅子に移り、座位が保てるようにしている。在宅時の機能を維持して、帰宅できるように必要な支援をしている。 利用者のこだわりや習慣を尊重しながら、整容を支援している 「ショートステイご案内」のパンフレットで整容について説明している。モーニングケア、就寝ケア等についてわかりやすく記している。利用者が1日の始まりと終わりを認識でき、生活のメリハリをつけるために必要な支援と捉えている。洗面台で洗顔や歯磨きができるか、更衣はどこまで自分でできるのか等を把握し、職員が見守り、又は必要な支援をしている。服の着脱や整髪などにこだわりがある場合は、事前にアセスメント表で把握し、必要な対応をしている。男性利用者の髭剃りについては、個人的嗜好があっても安全面を配慮し、職員が実施している。 移動に課題が生じた時は理学療法士の助言を受け、安全に移動ができるようにしている 利用開始に際して移乗方法を確認し、理学療法士の助言を取り入れながら、施設での支援方法を決めている。利用者の不安感や職員の負担軽減のために、利用者の意思を確認しながら福祉機器の利用を検討することもある。在宅と違う方法を取る場合は、必ず家族の同意を得るようにしている。車いす使用の利用者については、利用者の身体状況に合っているか、必要に応じて理学療法士に確認してもらっている。																			
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) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th colspan="2">標準項目</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 直近の健康状態を把握した上で、利用者を受け入れている 利用者の医療面に関する状況は、アセスメント表で把握されているが、直近の健康状態については利用毎に提出してもらっている「ショートステイ連絡票」で確認している。利用時には施設入り口にある事務所前で体温を測定し、健康状態を聞き、利用するフロアに移ってから再度体温測定とバイタルチェックをして受け入れている。利用者の健康状態には細心の注意を払っている。体温測定、バイタルチェックは、利用開始時のほか、入浴時や利用終了時にも看護師が行っている。 看護師が介護現場に入っており、医療的ケアの必要な利用者も受け入れている 施設には15名の看護師がおり、24時間365日体制で利用者の健康管理にあたっている。看護師は介護現場にも入り、排泄、食事などの支援もしている。看護師の助言や協力を得ることで、誤嚥性肺炎や尿路感染症等の病気が減少傾向にある。利用者の体調変化にも気づきやすく、介護職員や利用者からの相談にも応じている。医療的ケアの必要な利用者の受入れも、看護師の配置から可能となっている。健康上の変化があった場合は、家族へ連絡するほか、退所時に書面にして家族やケアマネジャーに報告している。 利用に際して、薬を服薬時ごとに一包化し、看護師が管理をしている 利用者の薬を預かることから服薬を確認するまで、一貫して看護師が管理をして、飲み忘れや誤薬防止に努めている。短期入所では、服用時ごとに一包にまとめ、名前と日付・朝昼夕等を記入したシートとともに袋に入れている。施設入所者と同様に、写真、氏名の付いた薬用引き出しで保管し、服用ごとに取り出して、服薬確認表に基づいてダブルチェックをして、飲み込みまで確認をしている。																			

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)		
	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			
利用者の機能維持のため、生活リハビリを有効に活用している 短期入所期間中に、利用者の機能が低下しないよう、必要な支援をしている。介護職員は、日常生活の中で機能訓練を意識した動きを取り入れ、生活リハビリができるようにしている。ベッドから車いすに移乗する、トイレで立つなど、利用者ができることを活かしている。ベッド周りに椅子など、掴まるものを置くことで移乗が可能になる利用者もあり、安全に配慮しながら様々な工夫をしている。理学療法士による介護職員への助言・指導もある。 日に2回、テレビ体操を推奨する等、身体を動かす機会を提供している 利用者が在宅で行っている運動ルーティンなどがある場合は、事前に家族から聞き、施設でも同じ運動ができるようにしている。椅子に座ったまま手足を動かすなど、短い時間も活用し、職員も一緒に運動をしている。また、1日に2回、テレビ体操に合わせ、利用者にも体操を勧めている。施設生活で、体を動かす機会が減ることがないように努めている。テレビ体操に加え、食前の口腔体操などもあり、様々な部位を動かすようにしている。 家族の要望がある場合は、予定表を作成して機能訓練を実施している 短期入所では、個別の機能訓練はしていないが、「足の筋力が落ちないように歩かせてほしい」、「立ち上がりの練習をさせて欲しい」など、家族の要望がある場合は、理学療法士が予定表を作成して利用者に渡し、施設入所利用者と一緒に機能訓練ができるようにしている。平行棒や手すりを使った歩行、自転車を使った運動など、利用者に必要な項目で予定を組んでいる。歩行に関しても、無理強いせずに必要な時は補助具を使いながら、支援をしている。			
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)		
	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			
職員は、利用者に様々な活動への参加を呼び掛けている 週2回、作業療法士が来所し、利用者の手先の運動となるような作業を提供している。作品作りに参加し、手先を使って好きなことをしている利用者もいる。塗り絵、貼り絵、縫物、小物作りなど、様々なことに取り組んでいる。男性利用者も、貼り絵や小物作りなど、自分で考えながら作品作りをしている。区主催の作品展に出展することを目標に、ユニークな作品に取り組む利用者もあり、活気がある。短期入所利用中、何もしないで過ごすことがないよう、職員は積極的な参加を促している。 利用期間中に施設の行事やイベントがあれば、参加して楽しむことができる 短期入所の利用期間中に、施設行事やイベントがあれば、短期入所の利用者も自由に参加することができ、他の利用者とともに楽しむことができる。費用負担はあるが、ドッグセラピーにも参加できる。一緒に楽しむことで一体感も生まれており、短期入所の利用が一層楽しみなものになっている。また、ボランティアが実施しているレクリエーション活動もあり、利用者が希望する活動への参加も自由となっている。 利用者が快適な環境で過ごせるよう、5Sを勧めるなどの工夫をしている 利用中は、在宅で使用しているCDプレイヤーやラジオを持参して好きな音楽を聴いたり、読書をするなど、各自が好きなことをしながら、思い思いに過ごしている。また、施設では朝10時から夜8時まで、耳障りにならない程度の音量で、リラックスできる音楽を流している。清潔で快適な環境を整備するため、専門の清掃員だけでなく介護職員も5S(整理、整頓、清潔、清掃、しつけ)念頭に置いて勤務している。汚れたらすぐ清掃することはもちろん、常に清潔で整理整頓された環境を守っている。			

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)									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th colspan="2">標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 家族などの面会等は可能な限り希望に応じている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>				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	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													
様々な機会を捉えて家族とコミュニケーションを図り、良好な関係づくりに励んでいる 毎回の利用時に、家族から利用者の直近の様子や生活状況に関する「ショートステイ連絡票」を提出してもらっている。さらに、在宅時の様子や健康状態を直接把握するために、利用開始時に家族に同行してもらうよう依頼している。また、帰宅時に介護職員が同乗する場合は家族と面会をして、利用中の様子などについて直接話をすることになっている。直接介護をしている職員が家族とコミュニケーションを図ることで、良好な関係づくりに励んでいる。 利用中の変化や支援内容の変更について、ケアマネジャーを通して家族へ伝えている 施設では、送迎時を利用するなど、できるだけ家族と関わり、会話をするように努めている。時にはケアマネジャーを通さず、直接施設に空き状況や利用についての問い合わせをしてくる家族もあり、その際には問い合わせに応じるとともに、必ずケアマネジャーに報告し、利用者に関する情報を共有するようにしている。利用中の変化や支援内容の変更については、支援課の相談員からケアマネジャーを通して家族に伝え、同意を得る方法をとっている。また、退所時に、利用中の生活の様子や一日の支援の流れなどを書面で報告している。													
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)									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th colspan="2">標準項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>				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	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													
地域のボランティアが来園し、日中活動で利用者と交流している ボランティア希望が多く、コロナが5類に変更されたのを待っていたかのように、施設の中で様々な分野でボランティア活動が始まっている。短期入所利用者も、利用中にボランティア活動があれば自由に参加し、地域の人との交流を楽しんでいる。マッサージや爪切り、喫茶でのコーヒー提供、傾聴ボランティアなどのほかに音楽や書道のクラブ活動などもあり、利用者の日中活動の充実が図られている。 必要な情報を提供し、利用者の地域生活が充実するように努めている 地域に関する情報は誰でも閲覧可能となっている。短期入所の利用者は地域社会で、ホームヘルパーやデイサービスなど、必要な社会資源を活用して生活しているが、家族が希望する情報については相談員が提供している。短期入所利用中に、施設入所に関して相談されることもある。必要とされる情報を提供し、利用者の地域生活が充実するように努めている。													

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-2-2	虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている
タイトル①	毎年度、権利擁護に係る各種取り組みを実施し、虐待や不適切ケア防止の徹底に努めている	
内容①	毎年度、利用者の権利擁護に係る各種取り組みを実施している。接遇を含む虐待防止・身体拘束をテーマとした施設内研修や虐待防止・不適切ケアをテーマとした法人研修を実施し、虐待や不適切ケア防止の徹底を図っている。また、直接支援職員を対象に、不適切ケアアンケートを実施し、結果を共有している。施設では、アンケートは自己の行為を見つめ直す機会となるとともに、組織として当該行為を許さないことの周知の機会ともなり、その成果は大きいとしている。更に、今年度「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を作成し、全職員に配布している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-6	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	「ショートステイ連絡票」で直近の利用者状況を詳細に把握し、支援に反映させている	
内容②	利用ごとに家族から提出される「ショートステイ連絡票」で利用者の直近の様子を把握し、支援に反映させている。最後の排便時、食事量、服薬の変更、最近の自宅での様子など、A4判の連絡票を事前にFAXで送信してもらっている。入所時には1階玄関と、利用するフロアで看護師が体温、バイタル測定をし、同行した家族から健康状態について詳細に聞き取っている。初回利用に際して作成しているアセスメント表も、利用ごとに追記・見直しをしている。利用者の状況を丁寧に把握することで、適切な支援ができるようにしている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-2	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
タイトル③	マニュアルの活用や新人職員研修等、業務レベル向上への取り組みをしている	
内容③	「高齢者ケアにおけるサービスマニュアル」を手引書として活用している。高齢者の基礎知識、食事・排泄・入浴などの日常のケア、不適切ケアやターミナルケア、事故発生時や感染症対応など、高齢者への支援に必要な内容が網羅されている。異動してきた職員や新卒職員などにも配布し、分からない時にいつでも確認できるようにしている。さらに、新入職者職員に対しては、プロジェクトチームを編成し、研修を行っている。その後も、フォローアップ体制作りを行うなど、業務の標準レベル向上への取り組みを行っている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	各課の重点施策は、必ず前年度の振り返りに基づいて策定されるなど、高度にPDCAサイクルが確立された仕組みにより推進されている
	内容	各課の事業計画である当年度重点施策を策定し、推進している。重点施策は、○△×の評価が記載された前年度の振り返りに基づき、策定する仕組みとなっている。その上で重点施策には、可能な限り当年度の数値目標が設定されている。例えば、ある課では、事故発生防止戦略として事故発生数の目標を掲げ、前年度の結果の評価に基づき、改めて当年度の事故発生数及びリスク研修実施数の目標を設定している。各課とも同様の仕組みで当年度重点施策が策定されている。課の重点施策は、高度にPDCAサイクルが確立された仕組みにより推進されている。
2	タイトル	利用者の生活機能が低下しないように、理学療法士から助言や指導を受けた介護職員が、機能訓練を意識した支援を行っている
	内容	在宅で、利用者ができていたことを維持できるように、介護職員は理学療法士と連携しながら、介護の場で機能訓練を意識した生活リハビリに取り組んでいる。トイレ利用時、ベッドから車いすへの移乗、着脱など、利用者が在宅で行っている動作を把握し、安全性を考慮しながら職員が必要な介助をしている。利用者ができることを維持できるよう、一人ひとりの日常生活動作を確認しながら支援をしている。介護職員は、理学療法士から利用者の特性に合わせた助言や指導をもらい、生活リハビリを実践しながら利用者の自立を支援している。
3	タイトル	利用者の状況を詳細に把握し、必要な支援が提供できるよう、随時ケアプランの見直しも行っている
	内容	初回利用前は、生活相談員が事前訪問し、アセスメントシートに沿って聞き取りを行っている。今までの生活歴や病歴、家族構成や住環境、趣味や嗜好なども確認している。それらの情報を介護システム上に記録し、職員間で共有している。利用中、心身状況に変化があった場合は、申し送りや引き継ぎ時に職員間で情報共有している。機能訓練指導員、管理栄養士含む介護課・看護課・支援課で共有し、支援に反映している。また、久しぶりの利用や、心身状況が変わった際にはケアプランの見直しを行い、計画に沿った支援を行っている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	第三者委員が利用者にとって身近な存在となっているか検証し、その上でより効果的な方策に取り組んでいくことが望まれる
	内容	苦情対応の仕組みについては利用契約時や担当者会議で説明している一方で、今回の利用者調査では、第三者委員等苦情受付についての認知度が低い面があった。第三者委員は、苦情の直接受付や改善状況の報告聴取の役割として、苦情対応の仕組みの要であり相談窓口の設置、顔写真・電話番号入りのポスター掲示、同広報誌掲載、行事や家族会での紹介等、第三者委員の周知について工夫して取り組んでいる施設も少なくない。第三者委員が利用者にとって身近な存在となっているか検証し、その上でより効果的な方策に取り組んでいくことが望まれる。
2	タイトル	職員育成の取組みをさらに充実させるために、個人別の研修計画の作成について検討することが望まれる
	内容	施設の職員研修は、研修委員会が中心となって推進され施設内研修の企画・運営、受講状況の管理、研修報告書等による振り返り、次年度研修計画の策定を行っている。研修計画では、質量とも豊富な職員研修が予定されている。また、新任職員は全職種についてプリセプター制度を施行しており充実した制度がある。しかし、新任職員を除くほとんどの職員の個人別育成(研修)計画は作成されていない。今後、個人別の研修計画の作成についても検討し、職員育成の取組みをさらに充実させていくことが望まれる。
3	タイトル	職員研修に組織としても力を入れているが、より多くの職員が受講できるよう調整を図るとともに、研修報告の充実も望まれる
	内容	施設では、研修計画に基づき、分野別に年間2回程度の研修を企画、実施している。職員にまんべんなく受講させたいという意図はあるが、それでも受講できる職員に偏りは出ている。施設としては、研修受講ができるように勤務シフトに組み込むなどの対策を講じているが、さらなる工夫が望まれる。また、研修報告書は、職員自身にとっての振り返りの材料になるだけでなく、施設全体にとっても共有すべきものと思われるが、全ての職員から提出されているわけではない状況となっている。今後、確実に報告書が提出される工夫も望まれる。