

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 03-3991-8440

代表者氏名 佐藤 義夫

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	関口 恒	経営	H2001104
	②	青柳 育子	福祉	H0403021
	③	井上 和男	福祉	H2001039
	④	齋藤 貴明	福祉	H1102028
	⑤	志村 健	福祉	H2001068
	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サン・サン赤坂			指定番号 1370304576
事業所連絡先	〒	107-0052		
	所在地	東京都港区赤坂6丁目6番14号		
	TEL	03-5561-7833		
事業所代表者氏名	施設長 沼倉 賢司			
契約日	2023 年 8 月 1 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2023 年 9 月 20 日			
利用者調査結果報告日	2023 年 11 月 26 日			
自己評価の調査票配付日	2023 年 9 月 19 日			
自己評価結果報告日	2023 年 11 月 26 日			
訪問調査日	2023 年 11 月 30 日			
評価合議日	2023 年 11 月 30 日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査については、事業所から調査票を配付し、記入後は返信用封筒に入れ、直接評価機関へ郵送いただいた。			

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)法人理念にある「四恩報謝」の教えに根本を置いた「聖労」（報いを求めない聖（きよ）き労働）を実践し、「地域とともに育つ」ことを常に忘れず、社会福祉の目的の実現をめざします。 2)赤坂の地域性・特徴を十分に生かし、質の高いサービスを提供することにより地域福祉に貢献します。 3)ご利用者一人ひとりが安全で気兼ねなく安心して過ごせる施設を目指します。 4)併設する赤坂子ども中高生プラザとの間では、コロナ禍での新しい高齢児童交流の充実に努めます。 5)職員にとって働きやすい職場づくりを目指します。
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 東京聖労院には人事考課制度がありその中で下記に示された内容で職員像を示している。 ○組織人間力 法人の歴史を理解し、歴史を支えた理念に共感し、実践することを期待しています。 ○福祉人間力 利用者本意の姿勢と考え方で接することができるマインドの持ち主であることとともに、利用者等の声や気持ちを十分に受けとめることができる豊かな感受性を期待しています。 ○仕事・役割「情意効果」組織人としての「規律性」「責任性」「協調性」「積極性」について評価基準を設定し、仕事への根本的な姿勢について求められる職員像を明確にしています。 ○仕事・役割「組織役割」全職種・全職位共通の評価項目として所属部署内での個別役割を設定しています。法人・施設の成長に向けて、職員が組織に対する責任を果たし役割を達成する姿勢の持ち主であることを求めています。 ○仕事・役割「個別専門職務」各専門職・各職位に応じて求められる個別専門職務について評価基準を設定しています。福祉専門職として職種・キャリア・職位に応じた個別専門職務を身に着け、更なる成長に向けて弛まぬ努力を続ける姿勢を持つことを求めています。 （2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 時代が変わり、求められる事柄は増えつつも「福祉は人なり」の真理が変わることはなく、最も重要なものは「（福祉に携わる）人」であると言えます。その「方向性」を見失うことなく「ゴールなきゴール」を目指し「恒常的」に「自己研鑽」を積み「変化・成長」を重ね続ける姿こそが「（福祉に携わる）人」像と考えています。

調査対象

直近1ヶ月間の登録利用者全員を対象とした。

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、評価機関へ直接郵送していただいた。

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
23	0	23
57.5	0.0	57.5

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、23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」「利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」「病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか」「職員の接遇・態度は適切か」「利用者のプライバシーは守られているか」「個人の身体状況や要望は把握されているか」などがあげられる。

総合的な満足度では、20名が「大変満足、満足」、1名が「どちらともいえない」、2名が「不満、大変不満」と回答している。また、「まあまあ過ごしやすい環境です」「家族に日々の様子について連絡してくれます」「外出が解禁になると嬉しい」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	14	8	0	1
14名が「はい」、8名が「どちらともいえない」と回答している。 「ぼんやりしている時間が多い」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	16	3	2	2
16名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「わかりません」など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	9	9	4	1
9名が「はい」、9名が「どちらともいえない」、4名が「いいえ」と回答している。 「音楽やコーヒーの時間が楽しみなようです」「全員でやる運動が楽しい」「ラジオ体操やゲームをします」など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	11	8	3	1
11名が「はい」、8名が「どちらともいえない」、3名が「いいえ」と回答している。 「家でも規則正しいリズムで生活できています」などのコメントがあがっている。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	20	3	0	0
20名が「はい」、3名が「どちらともいえない」と回答している。 「細やく対応してくれます」など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	18	3	2	0
18名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「利用者の様子を見て対応してくれます」など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	13	5	2	3
13名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「きれいで整理させていると思います」などのコメントがあがっている。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	19	1	2	1
19名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、2名が「いいえ」と回答している。 「コロナ禍でも良く対応してくれました」など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	20	1	2	0
20名が「はい」、1名が「どちらともいえない」、2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。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	13	5	1	4
13名が「はい」、5名が「どちらともいえない」、1名が「いいえ」と回答している。 「わかりません」などのコメントがあがっている。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	20	2	1	0
20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。 「担当職員は丁寧に対応してくれます」などのコメントがあがっている。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	18	4	0	1
18名が「はい」、4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。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	15	6	1	1
15名が「はい」、6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	16	3	2	2
16名が「はい」、3名が「どちらともいえない」、2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	10	4	2	7
10名が「はい」、4名が「どちらともいえない」、2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。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目		
	カテゴリ1		
1	リーダーシップと意思決定		
	サブカテゴリ1(1-1)		
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○非該当
	カテゴリ1の講評		
	職員及び利用者・家族への理念浸透を図るため、積極的な取り組みを行っている 施設では、理念の浸透を図るため積極的な取り組みを行っている。理事長が講師として毎年理念研修を開催している。新入職員及び中途採用職員には入所時研修で説明している。また、法人理念は人事考課に取り入れ、面接時に必ず確認している。ビジョンや基本方針は、職員会議で説明した後に資料を各部署に配布している。行動の規範である職員倫理綱領は、朝礼時に唱和するほか、年1回、周知テストを実施し、浸透を図っている。同様に、利用者や家族に対しても、ホームページに理念等を掲載したり、家族会で説明するなど、理念等の周知を図っている。		
	各部門の目標や課題を明確にし、経営層はリーダーシップを発揮して取り組んでいる 経営層は、経営の安定、質の高いサービス、地域貢献に向け、リーダーシップを発揮しながら取り組んでいる。「人員配置表」により各部の責任者を明確にしておき、特養・デイサービスともに係の目標を掲げている。さらに、達成状況を検証し、新たな課題を設定するなど、常に組織目標の実現のために職員全体で取り組みを進めている。また、毎月法人が開催する運営委員会を受けて、施設で行う課長会で目指すべき方向を確認している。その時々に出た問題点は、施設長を中心とした管理職で検討しており、施設としての答えや方向性を明確にしている。		
	意思決定と情報伝達に関する仕組みを整備し、重要事項について周知を図っている 重要案件についての検討・決定に関する手順を定めている。各部の責任者が明確に指定されており、決済内容に応じて各自が決定権を行使している。重要な案件については内容に応じて港区、施設長、法人本部で確認を行っている。専門的なテーマに関する委員会も設置されている。理事会や運営委員会の決定事項は、毎月の課長会で報告している。緊急性の高い事案については、都度本部による職員説明会を開催し、周知している。利用者や家族には年2回の家族会で伝達するほか、必要に応じて毎月の便りやポスター掲示を通じて周知を図っている。		

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 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 ●あり ○なし 標準項目 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 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 ●あり ○なし 標準項目 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 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 ●あり ○なし 標準項目 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 評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる 評価 ●あり ○なし 標準項目 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、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 カテゴリー2の講評 利用者・家族、職員、地域との対話を重視し、意向や要望を把握している 施設では毎年、サービス評価アンケート等を行い、利用者・家族の意向や要望を把握している。コロナ禍のため一時中止していた区の介護相談員の受け入れも、再開準備を進めている。また、施設長が毎月の拡大ミーティングで職員の声を聞くほか、リーダーが日ごろから意向や要望を聞いている。把握した意向や要望については記録に残し、指導職から管理職、施設長まで共有されている。施設の管理職が参加しない法人本部主催の職員懇談会も実施しており、理事長や本部役員と職員の直接対話の場となっている。地域懇談会も年2回開催している。 福祉事業全体の動向等について情報収集するとともに、最新の経営状況を把握している オンライン開催を含め、区施設長会、相談員連絡会、栄養士会、高齢者支援連絡会、東社協部会への参加を通じて、福祉事業全体の動向等について把握している。収集した情報は、施設長から係長まで多様な職層の職員が共有し、必要な検討をし加えている。介護保険の動向については、法人の運営委員会や区、法人本部から提供された情報を施設全体に周知している。経営状況については、毎月の法人全体運営委員会で開示される数値データや経理担当作成の試算表に加え、朝礼でのデイリーデータ(稼働率など)の確認を含め、最新の状況を把握している。 計画に基づいて数値目標を設定し、進捗管理しながら目標達成に努めている 施設では、法人の中期計画(3か年)に従って年度ごとに事業計画を作成し、計画的な運営をしている。計画作成にあたり、各部門の長が職員の意見を吸い上げ、計画の内容に反映できるようにしている。収入、稼働率、経費、人員計画などの項目においては、数値目標を設定している。経営層が、毎月・四半期・半期毎に進捗状況を確認している。実績と目標数値との乖離がある場合は、月例の課長会で原因を分析し、対策を講じるなど、目標達成に努めている。月次の運営委員会では法人全体の状況について報告がなされている。 6		
---	--	--

カテゴリ3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○非該当
サブカテゴリ2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
サブカテゴリ3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当

	カテゴリー3の講評
	法・規範・倫理への理解を深め、職員一人ひとりに福祉従事者としての自覚を求めている 社会人・福祉サービス従事者として守るべき法・規範・倫理を、法人の事業計画書及び就業規則に明示するとともに、職員の理解を深める取り組みをしている。施設内に職員倫理綱領を掲示しているほか、職員倫理綱領の朝礼時の唱和や年1回の倫理綱領周知テストを実施し、理解を深めている。入職時にも詳細な説明をしており、職員一人ひとりが福祉従事者としての責任を自覚し、職務を誠実かつ適切に遂行することを求めている。また、個人情報保護の管理体制としてPマークを取得し、厳格な保護対策を実施し、情報漏洩等が起きないようにしている。 苦情解決の対応フローとマニュアルを整備しているほか、虐待防止を徹底している 法人全体での苦情対応のフローが整備され、組織全体に浸透している。窓口に意見箱を設置するとともに、第三者委員の連絡先を提示している。利用者の意向に対する組織的かつ迅速な対応の仕組みがあり、マニュアルが整備されている。苦情発生時には苦情対策委員会が開催され、対応策の検証が行われている。また、年2回(7月、2月)、身体拘束ゼロ研修を動画配信にて実施している。職員が都合の良い時間に、オンデマンド配信される研修を受講することができている。虐待防止のため、職員が日常の行動を振り返ることも継続的に実施されている。 情報開示、外部との交流、地域との連携などにより、施設運営の透明性を高めている 施設は、第三者評価や介護サービス情報公開を毎回受診している。事業計画書や報告書、運営規定は窓口に置かれており、いつでも閲覧できるようにしている。法人季刊誌を年3回発行しており、ホームページにも掲載するなど、情報を開示している。ボランティアコーディネーターや実習指導者資格者の配置などの受け入れ体制も整備し、外部との交流を進めている。近隣小学校への訪問や、ミニ講座の開催、併設の児童施設と合同主催する地域懇談会(年2回)の開催、地域合同防災訓練の実施(今年は11月に書面実施)等、地域との連携を図っている。

4	カテゴリー4		
	リスクマネジメント		
	サブカテゴリー1(4-1)		
	リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況
			5/5
	評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		
	評点(〇〇〇〇〇)		
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当
	●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当	
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当	
サブカテゴリー2(4-2)			
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	
		4/4	
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要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			
事業継続計画(BCP)を作成しており、訓練を計画的に実施している 施設では、事故対応マニュアル、感染症対策マニュアル、事業継続計画書などにおいて、優先順位に基づいた対策や行動基準を設定している。事業継続計画(BCP)の策定は、施設安全委員会が中心となって取り組んでいる。また、地震時の参集方法や、火災時の役割分担が決まっている。同計画書は、職員や関係機関に配布しており、利用者・家族には家族会などを通じて丁寧に説明している。夜間想定を含む消防訓練や避難訓練を計画的に実施しており、いざという時に適切な行動が取れるようにしている。 事故防止や感染症拡大防止など、施設全体でリスクマネジメントを徹底している 事故対応委員会、安全衛生委員会、感染症予防検討会で、施設のリスクマネジメントに関する様々な問題を精査し、課長会で内容を確認している。感染症拡大防止が必要な場合には臨時会議を開催し、施設全体の対応を迅速かつ明確に決定し、職員に周知している。事故予防に関しては、重大事故発生直後に関係部署の多職種が事故原因を分析し、未然防止策を検討を行う体制を整えている。月1回、事故リスクを予測する取り組みを実施するなど、組織全体でリスクマネジメントを徹底する体制を整備している。 個人情報の保護を徹底し、情報管理基準に則った運用をしている 個人情報保護に関する明確な規定とルールを定め、全職員が正しく理解し、徹底するための取り組みを行っている。法人として「プライバシーマーク」を取得し、厳格な情報管理基準に則って管理している。中途採用も含めた全職員に毎年理解度テストを実施し、一定水準に達するまで継続している。ボランティアや実習生にはオリエンテーション時に説明し、個人情報保護の誓約書を取り交わしている。収集した情報は厳格に整理・管理され、紙の情報は決められた場所に保管している、電子データの個人情報に対しては、職位によるアクセス権限が定められている。			

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

	カテゴリー5の講評
	採用計画に基づく人材確保に努め、職員の希望を踏まえたキャリアアップを推進している 採用計画に基づき、就職フェアなどへ積極的に参加し、人材確保に努めている。施設見学会も開催し、施設の目標や特徴を見学者に丁寧に説明している。職員と組織の能力向上に焦点を当て、法人で定める職員研修計画と人事考課を活用して育成に取り組んでいる。職種変更や人事異動をする場合には、職員の希望を把握し、施設長の意見を踏まえた上で、法人全体で決定している。昇任は試験により行われており、将来を嘱望される職員には積極的に受験を奨励している。職員は、キャリアアップコースや専門職コースの選択が可能となっている。 職員各自が目標を設定し、計画的に研修を受講するなど、育成に努めている 資格取得支援制度や、職位・経験年数別の研修を通じて職員の成長を後押ししている。人事考課において目標管理を取り入れており、職員各自が設定した目標を達成できるよう、年2回の直属上司からの助言指導や、施設長との直接面談などを通じて個々の育成に努めている。人事考課結果に基づく評価と処遇の連動も行われている。施設では、法人の「職員研修計画」に基づき、研修委員会による施設内研修を毎月実施している。業務命令での参加や、職員自らの希望に応じた研修の勤務調整など、積極的に受講をサポートしている。 職員の研修受講の成果を共有し、チームワークを重視して改善に取り組んでいる 研修を受講した職員は研修報告書を作成するとともに、施設内研修として「報告会」を行い、職員間で成果を共有している。職員各自の気づきや工夫については、日々行われるミーティングや定期的に行われる会議で話し合わせ、共有されている。ケアレベルアップ検討会やオーガナイザー会議などが設置されており、サービスの質の向上や業務改善が図られている。また、チームワークを大切にしたい組織作りを進めている。職員満足度調査を実施して意向を把握しているほか、管理職による個別職員面談を実施してコミュニケーションを充実させている。

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)			
【目標】 先入観にとらわれず科学的な視点を持ちながら介護にあたることで、安心・安全を具現化する。 【取り組みの内容】 ・実際に発生現場で事故の様子を職員が身をもって再現し、「普段の様子」、「事故内容」、「原因として考えられること」を検証し、発生フローでの再発予防に繋げている。 ・ヒヤリハットの細かい振り返りを行い、同じ内容が連続して上がる場合には、どこに原因があるのかを各職種が専門的見地から検証した。 【取り組みの結果】 事故予防係は、毎月1回の定例会議として令和4年度4月から実施している。令和2年度までの半期ごとの転倒／転落事故は平均70件であったが、令和3年度以降、平均35件と約半数に減少している。各部署の担当者以外にも事故の予見の視点が広がっていると認識している。 【振り返り・今後の方向性】 ・利用者に安心して安全な生活を送ってもらうために、事故の予防は欠かすことのできない要素である。令和5年度は、大きな事故の発生は今のところない。職員一人ひとりが、それぞれの提供しているサービス技術のさらなる向上を目指して、引き続き取り組むことを目指す。			
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 施設では、リスクの高い事故が発生した際、できる限り迅速に介護、看護職員および生活相談員が集まり、検証と再発防止策の策定を行う「重大事故検討会」を創設した。また、従来から実施していた施設長以下の管理職が自己の検証を行う「事故苦情検討委員会」に加え、現場で実際に対応にあたる職員による「事故予防係」の会議を毎月1回行うこととした。メンバーは、特養管理職を中心とした介護、看護職員、理学療法士、生活相談員で構成している。 取り組みを進めた結果、事故発生件数は半減し、その成果が確認できた。また、ショートステイの面接は月10件程度あるが、利用希望者の状況がよく把握できずに受け入れる場合もあるため、担当者による検討の中で、「事例ごと」「利用者ごと」に、それぞれの状況を検証する習慣をつけている。 今後の取り組みとして、将来起こる可能性のある大きな事故を予防することが重要であることを職員すべてが理解し、継続して事故予防に取り組んでいくことを目標としている。引き続き取り組みを充実させていくことが望まれる。			
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)			

【目標】 採用活動の充実とワークライフバランスの一層の向上を目指すことを目標とした。 【取組みの内容】 令和5年度は2名の新卒と、計画的に派遣職員を複数採用した。職員の年間の公休、有休をとれる体制を調べてきた。併せて、施設のホームページ等で求人情報を発信し、採用活動に尽力した。法人の強みだけでなく、施設の特長や魅力、目標とすることを説明し、見学者の共感や興味を引き出すよう努めた。 【取組みの結果】 令和4年度において、新卒介護職員が35名入職、併せて中途採用の職員も年度途中に3名入職している。引き続き、派遣職員の活用により介護職員や看護職員の中途採用を進め、夜勤専従の看護師を積極的に採用し、職員の感染症発症の際にも柔軟に勤務体制が可能となるようにしてきた。 【振り返り・今後の方向性】 当施設は、くるみんマークを取得し、東京都の働きやすい職場の認定を受けており、働きやすい各種制度が整ってきた。また、職員のモチベーションは条件面だけでなく、心理面が大きいことを改めて自覚し、職員の気持ちをできる限り汲み取る努力を絶えず怠らないことが肝要だと考えている。	
目標の設定と取組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取組みを行った ☐ 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
取組みの検証	☒ 目標達成に向けた取組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取組みについて、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 施設では、採用活動の充実とワークライフバランスの一層の向上を目指すことを目標とした。その具体的な取組みとしては、施設のホームページ等で求人情報を発信し採用活動に尽力してきた。就職専門情報サイト等を通じて、また、施設ホームページを閲覧して施設に訪れる見学者に対して、特養責任者、施設長、副施設長が時間をかけ丁寧に対応してきた。一方、間接業務従事者の募集にも力を入れてきた。例えば、ベッドメイキング、浴室清掃等、間接業務の専従者委託を進めてきた。また、退職者を減らす取組みとして、退職者を減らす取組みとして、業務負担の軽減として各種委員会を拡大ミーティングに集約させることで、業務負担を軽減している。さらに、人事考課の定例面接年2回に加え、施設長と副施設長、並びに各部署管理職が、中途採用者に対し、素直に疑問や困りごとはないか確認し、安心して働いてもらえるよう面接の機会を持った。 今後も、積極的な採用活動に取り組み、施設の目指すことを職員皆で共有し、一丸となって目標達成に向かう職場風土を醸成し、施設見学者にそうした雰囲気を感じ取ってもらえるよう、引き続き取り組んでいくことが望まれる。	

15

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		
担当者会議で必要な情報を収集し、必要なケアの内容について職員に周知している 利用が決定した場合は、担当者会議に出席し、利用者・家族と面談している。契約手続きも、担当者会議にあわせて実施している。申込書をもとに必要な情報を収集し、調査書を作成している。収集した情報を、各セクションに伝達し、受け入れの準備をしている。利用日までに介護計画書を作成している。また、短期入所利用者個別表で、利用者の状況や必要なケアの内容を明示し、受け入れフロアの職員が共有している。同表には利用者の顔写真も貼っており、間違いのないようにしている。 受け入れフロアで計画に基づく支援をしており、終了後に感想も聞いている 計画は、利用ごとに作成している。フロアで利用ごとに計画書の見直しをしている。退所前日のミーティングの中で見直しを実施し、変更点があれば次回利用時の支援内容に反映している。短期入所利用者個別表にも反映している。利用者・家族には、利用中の記録(日々の様子、食事量、水分摂取、排泄の状況)を渡している。ケアマネジャーにも、希望があれば渡している。特記事項があれば、発生したタイミングで報告している。相談員が、利用者の話を良く聞き、環境変化に対応できているか確認している。家族やケアマネジャーにも感想を聞いている。 在宅生活の延長であることを重視し、利用者の嗜好などに配慮している 在宅生活の延長であることを重視し、利用者の希望を尊重している。晩酌等の嗜好についても、他の利用者に迷惑にならず、可能な範囲で対応している。本を持ち込み利用者が多くなっている。活動として、午前中の体操や、午後のレクを案内しているが、行事の実施日と重なれば、施設入所者と一緒に楽しむことができる。施設内にある喫茶店から、コーヒーを買うこともできる。		

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		
利用の毎に介護計画書を作成しており、利用開始時に同意を得ている 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況等について、「短期入所生活介護計画書」や「短期入所利用者個別表」等の統一書式を用いて把握している。また、利用者の個別のニーズや課題等についても、当該書式を用いて記録している。本書式は、利用者がサービス利用をする際に、毎回作成している。利用者の家族やケアマネジャーから得た情報や、サービス担当者会議への参加を通じて得られた情報についても記録を残し、参照できる仕組みを整えている。計画については、利用開始時に説明し、同意をもらっている。		
利用者の意向や希望を反映した計画書を作成し、家族に記録のコピーを渡している 利用者一人ひとりの意向や希望を尊重し、短期入所生活介護計画書を作成している。退所までの間に、前回までの利用状況と変化がないかどうかを確認し、次回以降の計画内容に反映させている。ケース記録は入所と同様の書式となっている。食事排泄チェック表を個別作成し、ファイルに挿入している。家族にはケース記録とチェック表のコピーを渡している。ケース記録をPC入力に変更したことで、他部署の職員も記録を確認しやすくなり、職員間の情報共有がしやすくなっている。		
各種の記録を作成しており、状態変化時は家族やケアマネジャーに報告している 短期入所生活介護ケース記録や特記事項記入用別紙、食事排泄チェック表、業務日誌、ミーティングノート、支援課日誌等において、利用者の状況を細かく記録している。ケース記録には、バイタルや日中の活動状況、夜間の観察事項を記入している。そして、特記事項記入用別紙には、具体的な発言内容やコミュニケーションの様子等が記入されている。職員は日々、ミーティングでの情報共有に加え、このような記録を確認した上で業務に臨んでいる。利用者の状態変化があった場合は良く観察し、家族やケアマネジャーにも報告している。		

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			
内部監査や職員研修等により個人情報保護を徹底し、プライバシーにも配慮している 法人としてプライバシーマークを取得しており、個人情報の保護を徹底している。毎年、内部監査を実施しているほか、全職員が個人情報に関する研修を受講している。広報誌に利用者の写真を載せる場合には、都度許可をとることとしている。利用者のプライバシーにも配慮し、所有物の取り扱いには最新の注意を払っている。入浴の際は、浴室内の脱衣室で着替えてもらっている。 利用者の権利擁護について職員の理解を深め、介助の前の声掛けを徹底している 利用者の権利擁護について、法人の倫理綱領に定め、新任職員研修やミーティングで読み合せている。年1回、倫理綱領についての研修と確認テストも実施している。介助をする前の声掛けを必ずしている。車椅子を動かす際に声をかけるなど、虐待防止委員会から職員に周知をしている。職員から、不適切なケアで目につくことを挙げてもらい、委員会で話し合い、対応を考えている。 身体拘束ゼロを施設方針としており、グレーなケアについて委員会で検討している 身体拘束ゼロを施設方針としている。利用者の安全を確保するため、他に手段がない場合と判断される場合は「身体拘束廃止検討委員会」で方法、範囲、期間を検討した上、家庭の同意を得て実施することとしている。その場合も1か月ごと見直し、できる限り早く解除できるよう努めている。実際に拘束をしている利用者はいない。例えば、ベッドからの転落の危険性がある利用者には、クッションを敷いた上で、ベッドマットだけを利用してもらっている。グレーなケアについて、身体拘束防止委員会で検討しており、職員にフィードバックしている。			

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		
マニュアル整備検討会を設置し、必要なマニュアルを整備し、更新している 共通の各種マニュアルを整備し、常にアップデートしている。施設全体で「マニュアル整備検討会」を設置し、全部署の係長級の職員の定例会議において、毎月、変更点等について共有化している。マニュアルファイルには、「居室担当業務について」、「配薬マニュアル」、「清拭マニュアル」、「会議録の書き方」、「申し送り内容について」、「ケアプランについて」、「緊急対応基準」、「火災発生時の対応」、「短期入所の受け入れについて」、「歩行介助について」、「食事介助について」等、業務遂行に必要な項目が網羅されている。 看護師による勉強会が行われており、フロアチェックで業務水準を点検している 「医務看護マニュアル」では、看護師の勤務体制や業務内容について定めるとともに、内服・配薬等の手順も記載し、利用者が安全に服薬できるようにしている。看護師が、内服薬についての勉強会や、胃ろうについての勉強会を開催しており、職員が支援に必要な知識を得ることができるようにしている。職員の接遇や居室の環境整備等を点検する「フロアチェック」も実施して、業務水準の維持を図っている。 職員が確実に業務を習得できるようにしており、アンケート結果を改善に活かしている 半年に一度、人事考課の際に、職員各自の業務遂行状況を確認している。また、業務マニュアルに沿ってOJTを実施しており、職員が確実に習得できるようにしている。次年度の事業計画を作成するにあたり、サービスに関する見直しを行い、より良いサービスを提供できるよう努めている。施設で実施するサービス評価アンケートや、第三者評価アンケートの結果も参考にしながら、サービスの質改善を図っている。		

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) <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 短期入所生活介護計画に基づいた支援を行い、記録している 入所時に生活相談員が利用者及び家族と面談して、利用者の心身の状況を聞き、ショートステイでの暮らしの意向を確認し、短期入所生活支援計画を作成している。また、計画書に基づいて短期入所利用者個別表を作成している。個別表には利用者の基本情報のほか、ADLや食事や排泄、入浴、移動等の支援方法が書かれており、職員は個別表を見て支援法を把握し、日常の支援を行っている、また、趣味などを聞いて施設内でも出来ることは続けてもらっている。写真がついており、入れ替わりの多い短期入所サービスで間違えないように工夫している。 状況に応じて筆談をしたり、ホワイトボードを使ってコミュニケーションを図っている 職員は、利用者の情報を短期入所生活介護計画や短期入所利用者個別表、アセスメント表等を見て利用者ニーズを把握している。支援を行う際には、利用者とのコミュニケーションの方法についても個別表で確認しており、個々に必要な対応を図っている。例えば、難聴の利用者の場合に、どちらの耳が聞こえやすいか、筆談が必要であるか、視覚障害があるか等を検討した結果、居室にホワイトボードを持ち込み、字を大きく書いてコミュニケーションを図ったこともある。また、声が大きく聞こえる補助具を使うこともある。 施設は介護支援事業所や、利用者が利用している在宅サービス事業所と連携している ショートステイ利用者は、普段施設併設のデイサービスを利用している人が多く、職員は、ケア会議にも参加する機会が多い。会議の中で、在宅生活の中で利用者が利用している訪問看護や訪問介護等の事業所から、家族介護の状況等の情報を収集し、ショートステイのサービス提供の際の参考としている。また、ショートステイ利用時の利用者情報を他の事業所に提供し、連携して在宅生活を送る利用者の支援をしている。											
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 利用者の嚥下や咀嚼の状況、また嗜好などを聞いて食事を用意している 利用者の嚥下や咀嚼の状況に応じて、主食は常食・粥食・高カロリーゼリー食、経口栄養濃厚流動食を提供、副食は常菜、一口大、きざみ、ペースト等の食形態で、温かい食事を用意して提供している。利用者の食事は、管理栄養士・介護職・看護職が話し合い、アレルギーや利用者の嗜好もふまえて「栄養ケア計画書」を作成し、3か月ごとに見直している。経管栄養の利用者については、体重の増減や採血の結果により栄養剤の内容や量について見直しを図っている。介助の必要な利用者には、職員が誤嚥に注意し、1対1で介助して食べてもらっている。 食事時間は利用者の習慣希望に応じており、2時間までは取り置きしている 体調不良の利用者や、起床時間が遅い生活習慣の利用者などには、2時間までは食事を冷蔵庫に保管している。利用者が食べられる状態になったら、温めて食事を提供している。食中毒に注意し、2時間を超えた場合は、食事を厨房に戻している。利用者には食事時間を無理強いせずに、生活リズムに合わせて希望に応じて柔軟な対応を図っている。 食事は施設の利用者と一緒に食べており、温かい状態で食事を配膳している											

配膳は利用者が食堂に来る前に準備するのではなく、利用者が食堂の席に着いてから、順次温かい食事を配膳している。誤配膳をしないよう、職員は食札を確認し、名前を呼んで確認してから配膳している。食事は利用者の嗜好や希望を聞いて、主菜を肉にするか魚にするか選べるようになっている。また、栄養士が利用者が食事を摂っている時間帯に、こまめにラウンドし、利用者の食事の状況を観察し、意見を聞いている。行事の際は、お花見膳や端午の節句膳、七夕膳、敬老祝い膳、運動会のお弁当等を提供して喜ばれている。

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				
5種類の浴槽を設置しており、身体機能に応じ浴槽を選択して支援している 浴槽は、臥床式と座位式の2種類の機械浴、リフト浴、周りに手すりがついた大きな浴槽と一人で入れる浴槽の5種類を整備している。利用者の希望やADLの状態に応じて浴槽を選び、週に2回入ってもらっている。浴室は機械浴のある浴室と一般浴の2カ所に分かれており、職員は各浴室に2名ずつ配置されて、利用者の安全に配慮し、ゆっくりと入浴を楽しんでもらっている。以前は週に4日の入浴日として1日に支援する人数が多くあわただしい状況であったが、入浴日を週6日に設定した結果、利用者一人ひとりがゆっくりと入浴できるようになった。 入浴介助に当たる職員は、利用者の羞恥心に配慮して支援している 入浴支援を担当する職員は、ショートステイ利用者個別表のADL表を確認し、利用者を順番に浴室に誘導している。プライバシーに配慮しながら着脱してもらい、各利用者のADL表に記載されている浴槽に安全に誘導している。入浴介助は、5つの浴槽ごとにマニュアルがあり、職員はマニュアルに基づき、安全に配慮して入浴支援を行っている。支援後はケアプランの入浴支援項目のチェック項目にチェックをしている。当日の入浴支援終了後は、清掃・換気して浴室の環境整備を行っている。 入浴できなかった利用者には、清拭や足浴等で柔軟に対応している 入所・退所時の入浴支援は行っていないが、利用者の状況を見て必要と判断されれば入浴支援を行うなど、柔軟に対応している。入浴支援を行うに当たっては、主治医の「入浴可否意見書」を提出してもらっている。入浴する予定の日に健康上の理由などで入浴できなかった利用者には、代わりに暖かいタオルを用いて身体を拭いたり、足浴支援を行って身体の清潔を図っている。清拭を行う際には入浴支援時と同様に皮膚の状況など身体の観察を行い、必要があれば看護師に報告している。				
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				
排泄支援は、自宅で行っている方法を踏まえ、トイレ排泄・自立支援を基本にしている 排泄支援は、自宅で行っている排泄方法を踏まえ、トイレでの排泄と自立支援を基本にしている。相談員が作成した「短期入所生活介護計画」や、個別表に排泄支援の方針・方法が書かれおり、職員はそのプランを踏まえ、排泄マニュアルを参考に、一人ひとりのニーズに基づいて支援している。二人介助が必要な利用者には二人の支援者が付いてトイレ又はポータブルトイレで支援し、見守りや声掛けだけで自分で排泄できる人には、適切な声掛けを行っている。便秘気味の利用者には水分摂取や食事量を観察し、助言したり水分補給を行っている。 気持ちよく排泄が出来るよう、利用者のADLに合わせて支援している 担当者が、利用者が自宅で行っている排泄方法や福祉用品を聞き、施設でも同様の排泄用品を用意し、不安なく排泄できるように配慮している。トイレの場所が分からなかったり、トイレの使用方法よくわからない様子が見られた場合は、さりげなく同行したり、タイミングを見計らって声掛けしている。ポータブルトイレは利用者が使いやすく、かつプライバシーが保てる場所に設置し、不安なく排泄できるようにしている。排泄後は速やかに処理している。また、ポータブルトイレは外から見えないように配慮している。 トイレ清掃は専門業者に依頼しており、常に清潔なトイレにしている トイレの清掃は専門業者に依頼している。清掃の専門業者は、消毒薬を使用し、感染防止を図っている。清掃後にトイレが汚れた時は、間接業務担当の職員がすぐに対応して、常に利用者が清潔なトイレを使用できるようにしている。各居室のトイレはカーテンで仕切られているが、排泄介助時には職員はカーテンをしっかりと閉め、声掛けもプライバシーに配慮して支援している。トイレ誘導の時の際も、本人にしか分からないような声掛けをして羞恥心に配慮し、気兼ねなく、気持ちよく排泄できるように支援している。				

5	評価項目5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇)																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	○非該当	●あり ○なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	○非該当											
評価	標準項目																				
●あり ○なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	○非該当																			
●あり ○なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	○非該当																			
評価項目5の講評																					
自宅での移動方法を確認して、施設での移動方法をアセスメントしている 利用時に、自宅で使用していた車いすや歩行器、シルバーカー、杖などの移動用具持参してもらっている、理学療法士からアドバイスをもらい、施設にある福祉用具を使用してもらうこともある。自宅と比較して施設は移動範囲が広がるため、安全のため、必要があれば杖歩行の利用者にも車いすを使ってもらうよう依頼することもある。移乗支援においては、二人介助が必要な利用者には、二人態勢で支援し、スライディングボードやスライディングシートを活用している。移乗リフトを活用することもあり、安全な移乗に努めている。 利用者が自宅から持参した衣服を、毎日自分で選んで着てもらっている 利用者は、滞在する日数分の衣服や下着を持参して来所している。毎朝の更衣では、自分で当日着る服を選んで着てもらっている。着衣の支援が必要な利用者には、ケアプラン及び利用者個別表に記載された支援方法を職員が確認し、声掛けや一部介助、全介助等で支援している。朝の整容も、自分でできる利用者には、自分で行ってもらうが、支援が必要な人には、声掛けして意向を確認しながら支援している。																					
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)																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	○非該当	●あり ○なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている	○非該当	●あり ○なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当	●あり ○なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当		
評価	標準項目																				
●あり ○なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている	○非該当																			
●あり ○なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	○非該当																			
●あり ○なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている	○非該当																			
●あり ○なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当																			
●あり ○なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当																			
評価項目6の講評																					
看護師が24時間勤務しており、医療的ケアにも対応できている 施設には10名の看護職員が勤務しており、看護師も夜勤勤務を行っており、24時間の医療的ケアを実施できている。毎日のケアとしては、利用者のバイタルサインのチェックを行い、コミュニケーションを図って体調を確認している。その他、入浴時の医療的処置、胃ろうの利用者の栄養支援、服薬準備、医師の診察介助、緊急時の対応等を行っている。必要があれば救急車に同乗することもある。また、家族の受診同行が難しい場合の受診介助など多岐にわたっている。ケース会議に参加し、背専門職の立場から意見も述べている。 服薬支援は看護師以外でも配薬手順マニュアルに基づいて支援している 服薬支援は、看護師リーダーが利用者ごとのボックスにセットし、他の看護職員がそれをチェックし、ダブルチェックをしている。看護師が24時間勤務しているため、基本的に看護師が服薬支援をしているが、夜間においては、配薬手順マニュアルに基づいて介護職員が服薬支援を行っている。服薬支援では、誤薬がないように、配薬時に薬袋の名前と日付を確認し、利用者とともに確認し、利用者が飲み込むまで確認し、記録している。口腔ケアは毎食後に1日3回行っている。 利用者の緊急時には、速やかに対応できる体制を整えている ショートステイの利用に当たって、いつでも連絡がつく家族の連絡先や、主治医の連絡先を確認し、個別ファイルに記載してある。利用者の体調が変化があった時は、介護職員と看護師が連携し、バイタルサインの測定や医療的処置等に対応し、連絡先に状況を説明し、対応の指示をもらっている。対応については緊急時対応マニュアルに記載しており、利用者の安全を第一に、マニュアルに沿った対応を図っている。																					

7	評価項目7 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している 評点(〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかなるよう支援している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかなるよう支援している	○非該当	●あり ○なし	2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	○非該当						
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかなるよう支援している	○非該当														
●あり ○なし	2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	○非該当														
評価項目7の講評 日常の支援において、生活リハビリを意識し、実践している 介護職員は、生活相談員が立てた「短期入所生活介護計画書」と「短期入所利用者個別表」に記載されている。利用者一人ひとりのADLの状況に基づく支援法を把握している。支援の中で、生活リハビリを意識し、実践している。食事、入浴、移動、排泄などを支援する際に、利用者自らできるところは見守りながら、利用者本人に行ってもらい、声掛けしながら、できないところを支援している。利用者や家族からリハビリについてアドバイスが求められれば、必要に応じて理学療法士に関わってもらっている。 特養の利用者と一緒にレクリエーションに参加し、楽しんでいる ショートステイの期間中に特養の行事があれば、特養の利用者と一緒に参加して楽しんでいる。特養で行う行事は、お花見会や花火、紅葉ドライブ等、フロアごとに楽しむ行事の他、施設全体で行う敬老会や、地域合同行事の納涼祭などがある。行事の時は、お花見御膳、端午の節句膳、七夕膳のように、食事も特別に用意されている。また、ボランティアによる歌や大正琴のレクリエーションにも参加して楽しんでいる。毎日の体操やゲームなどのレクリエーションにも参加し、できるだけ身体を動かしてもらっている。																
8	評価項目8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○非該当	●あり ○なし	2. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○非該当	●あり ○なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○非該当
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○非該当														
●あり ○なし	2. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	○非該当														
●あり ○なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○非該当														
●あり ○なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○非該当														
評価項目8の講評 季節ごとの行事やクラブを楽しむとともに、お誕生日をお祝いしてもらっている 季節ごとに行事が計画されており、入浴でも菖蒲湯やゆず湯が計画されており、楽しむことができる。余暇活動計画には料理クラブやレクリエーションクラブ、新聞クラブ等があり、それらにも声をかけてもらい、参加することができる。また、音楽療法にも参加している。行事に参加せず、居室でテレビを見たり趣味を楽しみたい場合は、静かに居室で過ごしている。ショートステイ期間中に誕生日があれば、ケーキでお祝いしてもらっている。 私物の持ち込みは基本的に自由であり、利用者の生活習慣も尊重している 利用者一人ひとりの趣味や好みに応じて、テレビやCDデッキ等、居室に入り、安全なもので、他の利用者の迷惑にならないものであれば、持ち込みは自由としている。趣味に必要な筆記用具や、お菓子、花等、欲しいものは職員に伝え、購入してもらっている。飲酒に関しても利用者の習慣を尊重し、利用者及び家族からの希望があれば、健康に影響を及ぼさない程度に飲んでもらっている。 整理・整頓・清掃を常に行い、生活場所を清潔に保っている 清掃は委託業者に依頼し、常に整理・整頓さら、清潔が保たれている。利用者が多くの時間を過ごしている食堂や、エレベーターホール脇の新聞や雑誌を置いてある談話コーナー、廊下などは常に整理・整頓されており、利用者が安全に移動出来るようにしている。また、清掃業者の勤務外にトイレなどが汚れた場合においては、職員が速やかに清掃し、清潔にしている。温度や湿度を調整し、定期的な換気を行うなど、気持ちよく過ごせるように環境を整えている。																

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
	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												
新型コロナウイルス感染症が5類に移行し、家族との対面による面会を再開している 新型コロナウイルス感染症が5類に移行してから、時間制限を設けて対面での面会を再開している。面会は居室やフロアでなく、会議室や面接室、ふれあい喫茶室(営業時間外)を利用して行っている。また、タブレットを活用したオンライン面会も続けており、家族の状況により面会の方法を選んでもらっている。オンライン面会では職員が利用者の補助をして、家族と顔を合わせ、声を聞き、様子が分かるようにしている。面会では、家族が利用者と直接コミュニケーションを図り、様子を把握することができ、双方の不安解消に役立っている。 担当介護支援専門員と連携を図り、利用者支援を行っている 利用者の担当介護支援専門員と情報を共有し、利用者が不安なくサービスを利用できるようにしている。介護支援専門員からは、在宅での利用者の様子や、利用している在宅介護サービスのこと、家族のこと、利用者が普段不安に思っていること等を詳しく聞き、ショートステイ期間に支援できることやアドバイスできることなどの参考にしている。また、介護支援専門員には、ショートステイでの様子を詳しく報告して、在宅生活に役立つように連携している。												
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
	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												
地域情報の載っているチラシやパンフレットを施設の入り口付近に多数置いている 施設は、区立の特別養護老人ホーム・デイサービスの高齢者福祉施設と、学童クラブ等の児童施設の複合施設であり、毎日多くの人が利用している。1階には展示コーナーがあり、また、事務局カウンター脇に地域情報の載っているチラシやパンフレットが多数置かれている。デイサービスやショートステイを利用する人は、そのわきを通して所定の場所に案内されるので、様々な情報を目にする事ができている。自分で情報を選択できない利用者には、職員が利用者に応じた情報を提供している。 児童館の子ども達と、感染予防に注意しながら交流している これまでは複合施設であるメリットを生かして、高齢者と子ども達との交流ができていたが、ここ数年はコロナ禍のため、直接の交流の機会が難しくなっている。そのような中でも、昨年度はビデオを撮影してお互いの状況を確認したり、プレゼント交換をしたり、距離をとってシャボン玉飛ばしなどの交流を図っている。また、専任のボランティアコーディネーターを置き、ボランティアの受け入れを少人数から始め、レクリレーションの機会を提供している。福祉の専門職を目指す実習生を受け入れており、学生との関わりも持っている。												

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	4-1-1	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル①	利用者が安全・安心して過ごせるよう、リスクマネジメントを組織的に推進している	
内容①	利用者が安全・安心して過ごせるよう、事故対応委員会、安全衛生委員会、感染症予防検討会で、施設のリスクマネジメントに関する様々な問題を精査し、課長会で内容を確認している。感染症拡大防止が必要な場合には臨時会議を開催し、施設全体の対応を迅速かつ明確に決定し、職員に周知している。事故予防に関しては、重大事故発生直後に関係部署の多職種が事故原因を分析し、未然防止策を検討を行う体制を整えている。月1回、事故リスクを予測する取り組みを実施するなど、組織全体でリスクマネジメントを徹底する体制を整備している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-5-2	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
タイトル②	利用者の権利擁護や、身体拘束ゼロへの取り組みを重ねている	
内容②	利用者の権利擁護について、法人の倫理綱領に定め、新任職員研修やミーティングで読み合せている。年1回での研修と確認テストも実施している。また、身体拘束ゼロを施設方針としており、利用者の安全を確保するため、他に手段がない場合と判断される場合は「身体拘束廃止検討委員会」で方法、範囲、期間を検討した上、家庭の同意を得て実施することとしている。その場合も1か月ごと見直し、できる限り早く解除できるよう努めている。実際に拘束をしている利用者はいない。グレーなケアについて委員会で検討し、職員にフィードバックしている。	

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	各種マニュアルを整備するとともに、OJT等で職員が確実に習得できるようにしている	
内容③	各種マニュアルを整備し、常にアップデートしている。「マニュアル整備検討会」を設置し、全部署の係長級の職員の定例会議において、毎月、変更点等について共有化している。マニュアルファイルには、「居室担当業務について」、「配薬マニュアル」、「清拭マニュアル」、「申し送り内容について」、「ケアプランについて」、「緊急対応基準」、「火災発生時の対応」、「短期入所の受け入れについて」等、業務遂行に必要な項目が網羅されている。また、業務マニュアルに沿ってOJTを実施しており、職員が確実に習得できるようにしている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	看護師の24時間配置及び夜間の介護職員の複数勤務により、支援の充実が図られている
	内容	看護職員が10名配置されている。夜勤勤務にも看護師が加わり、24時間看護師配置ができており、夜間でも医療的ケアの対応できている。また、介護職の夜勤者2名の他に、準夜勤勤務体制もあるため、夜間勤務の忙しい時間には看護師を含めてフロアに4名の職員配置となっている。手厚い職員体制により利用者のニーズに応えることができている。利用者調査においても満足度の高い評価となっている。また、看護師の24時間勤務により、胃ろうを設置した利用者やインスリン注射等、医療的ケアを必要とする利用者の受け入れを積極的に行っている。
2	タイトル	短期入所生活介護支援計画や個別表に基づき、利用者の意向に沿った支援をしている
	内容	生活相談員が利用者及び家族と面談して、利用者の心身の状況を聞き、ショートステイでの暮らしの意向を確認し、短期入所生活介護支援計画を作成している。また、計画書に基づいて短期入所利用者個別表を作成している。個別表には利用者の基本情報のほか、ADLや食事や排泄、入浴、移動等の支援方法が書かれており、職員は個別表を見て支援法を把握し、日常の支援を行っている。また、趣味などを聞いて施設内でも出来ることを続けてもらっている。同表には写真がついており、入れ替わりの多い短期入所サービスで間違えないように工夫している。
3	タイトル	職員のモチベーション向上と、ワークライフバランスの実現に向けた取り組みを重ねている
	内容	施設では、職員が一丸となり目標に向かう職場風土を醸成するとともに、退職者を減らす取り組みに力を入れている。人事考課の年2回の定例面接に加え、施設長と副施設長、並びに各部署管理職が、中途採用者だけでなく課題を抱えているような職員や非常勤職員に対しても面接を実施している。また、「くるみんマーク」を取得し、職員が育児をしやすくするための制度を整えている。さらに、職員が年間の公休・有休を確実にとれる体制も整えてきた。職員のモチベーション向上と、ワークライフバランスの実現に向けた取り組みを重ねている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	クラウド版介護支援システムを導入したことにより、質の高いサービスにつなげていくことが望まれる
	内容	事業所では、毎年策定する事業計画の中に、重点目標や具体的な指標として各種目標数値を示している。計画目標の管理手法として、職員間で情報を共有し、効率的に確認したいとのニーズから、ICT化の促進を求める声が多かった。また、介護サービス全体の質の向上と法人独自の各種データ管理の効率化を図るために、クラウド版介護支援ソフトを導入している。これらのシステムを効果的に活用することで、ペーパーレス化・DX化を進めさせ、管理業務・付随業務等の負荷軽減時間の多くを、本来の介護サービス業務へ振り替えていくことが望まれる。
2	タイトル	利用者の日中の過ごし方の充実へ向けて、事業所独自の活動提供に向けた取り組みが望まれる
	内容	利用者には、午前中の体操や、午後のレクリエーションに参加してもらっている。しかし現在、ボランティアの受け入れを制限しているため、活動が減っている。また、特養の行事開催日に当たれば、短期の利用者もともに楽しむことができているが、日常的な楽しみの提供という点では改善の余地がある。日中の過ごし方の充実を図っていくことが望まれる。また、初回利用者の場合は、ケアマネジャーや家族に電話で感想を聞いている。今後は、その感想を踏まえ、事業所に対するニーズを把握し、それを満たすため方策を検討していくことも望まれる。
3	タイトル	感染症の動向を見ながら、活発な地域交流の再開に向けた取り組みを進めていくことが望まれる
	内容	新型コロナウイルス感染症の流行や、最近のインフルエンザの流行を踏まえ、感染予防の観点から地域の方々との交流に制限がかかっている。外出支援はまだ積極的には行っておらず、外食支援も行っていない。しかし、地域の商店から食事をテイクアウトして外食の気分は味わってもらっている。コロナ禍前には様々なボランティアが利用者支援に来ていたが、現在は少人数の活動からお願いしている。同じ建物内の児童館からの子どもの訪問も、少しずつ再開し始めている。今後、感染症の状況を見ながら、コロナ禍以前のような地域との活発な交流が望まれる。