

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成30年度)

2019年 3月 14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

〒 164-0001

所在地 東京都中野区中野4-11-10 アーバンネット中野ビル

評価機関名 特定非営利活動法人NPO専門職ネット

認証評価機関番号

機構 02 - 009

電話番号 03-5913-6417

代表者氏名 松浦 哲哉

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	荻原勝利	経営	H1202051
	②	佐田紀美子	福祉	H1601073
	③	須永十三男	福祉、経営	H0201052
	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	めぐみ園		指定番号	1373700101
事業所連絡先	〒	202-0022		
	所在地	東京都西東京市柳沢4-1-3		
	TEL	042-461-2230		
事業所代表者氏名	施設長 森下真樹			
契約日	2018年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2018年 8月 25日			
利用者調査結果報告日	2018年 12月 6日			
自己評価の調査票配付日	2018年 8月 10日			
自己評価結果報告日	2018年 12月 6日			
訪問調査日	2018年 12月 12日			
評価合議日	2019年 2月 14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、利用者本人が記入するアンケート方式を基本として、家族等の協力のもとで調査を実施した。事業評価については、数年継続して実施している点を踏まえ、職員への周知は、シート配付時に内容や記入の流れを簡潔にまとめた書面を同封し、第三者評価の理解と記入法等の周知徹底を図った。事業所の特長や独自の取り組み、工夫点などを重視し、また、課題に対する改善への取り組み状況等に着目し評価を実施した。			

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。

2019年 3月 14日

事業者代表者氏名 森下真樹

印

1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 利用者の尊厳を守る</li> <li>2) 安心とぬくもりを感じる生活</li> <li>3) 利用者の立場に立ったサービスの提供</li> <li>4) 入居から最後まで、その方らしく喜びを持った生活</li> <li>5) 利用者とのコミュニケーションを大切にする</li> </ol>
2	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 仕事に誇りを持ち、自らの専門性を高める向上心を備えている。職務遂行能力や問題解決能力にたけている。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 法人理念に基づき、高齢者を敬い日常的な生活援助に喜びを持って接する。</p>

調査対象

約1か月の期間を設け、その期間内に利用した利用者全員を対象とした。

調査方法

事業所を通じてアンケート用紙と返信用封筒(料金受取人払い)を配布して、利用者の状況に応じて家族等の協力も得ながら調査を実施した。無記名にて直接評価機関へ郵送して回収した。

利用者総数

25

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
25	0	25
10	0	10
40.0	0.0	40.0

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

「めぐみ園(短期入所)」を総合的に見てどのように感じているかの質問に回答者の30%が「大変満足」、40%が「満足」と答えている。回答した利用者の多くの方が施設の対応におおむね満足している事が感じられる。「どちらともいえない」が30%の回答があるが「不満」、「大変不満」、「未記入・無回答」の回答はなかった。総合的な意見としては「長期間取れるので大変助かっている」、「手がかかることが多いですが、いつも優しく気を配って下さる」、「介護度が重く手がかかるのに快く受け入れて下さり、感謝している」、「理美容のサービスは有難い」などの意見とともに、「服の行方不明や裏返し・後ろ前に着ていることがある」などの率直な意見も寄せられている。各質問については、「ペースに合っているか」(問1)、「楽しい行事や活動」(問3)、「家ででの生活に役立っているか」(問4)、「サービス内容についての説明」(問13)に「どちらともいえない」との回答が多い傾向がみられるが他の質問については、「はい」の回答が約50%以上を占め、うち6項目については70%を超えている状況にあり、回答者からおおむね評価されている。

利用者調査結果

共通評価項目	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	4	6	0	0
回答者の40%が「はい(ペースに合っている)」と回答している。「いいえ」、「非該当・無回答」との回答はないものの、「どちらともいえない」の回答(60%)が「はい」を上回っている。特に意見は寄せられていないが、利用者のペースで過ごしていると捉えられていない状況もうかがえる。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	5	4	1	0
回答者の半数(50%)が「はい」と回答しているが特に意見は寄せられていない。「どちらともいえない」との回答(40%)からは、「自分で食べたいとの気持ち強い、状況を受け入れただければ」といった意見が寄せられている。「いいえ」との回答(1名・10%)もみられるが、食事の献立や食事介助についておおむね満足している状況がうかがえる。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	2	5	3	0
回答者から「はい」が20%、「どちらともいえない」が50%、「いいえ」が30%の回答が寄せられている。「はい」との回答からは、「クリスマス会」、「どちらともいえない」との回答からは「以前よりも活動が少なくなっている」との意見が寄せられている。「どちらともいえない」との回答が多く、ショートステイ利用時における楽しみな行事や活動に対する満足度が低い結果となっている。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	3	6	1	0
回答者から「はい」(30%)・「どちらともいえない」(60%)・「いいえ」(10%)の回答が寄せられている。「どちらともいえない」との回答が多い傾向である。特に具体的な意見は寄せられていないが、ショートステイ利用時の活動・リハビリの効果についての認識度は低い結果となっている。今後の課題としての取り組みに期待したい。「無回答・非該当」の回答はなかった。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	7	2	0	1
「はい」との回答は70%で特に意見は寄せられていない。「いいえ」との回答は無く「どちらともいえない」との回答(20%)もみられるが特に意見は寄せられていない。利用者はショートステイ利用時における必要に応じた職員の介助におおむね満足している状況がうかがえる。「非該当・無回答」(10%)からは、「わからない」との意見が寄せられている。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	9	1	0	0
回答者の90%が「はい」と回答している。「個別計画書に書き、電話でも相談員に伝えているため」「その都度電話をいただき話を聞いてもらっている」との意見が寄せられている。「どちらともいえない」は(10%)、「いいえ」、「非該当・無回答」との回答は無く、個々の状況の把握について施設の対応を高く評価している状況がうかがえる。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	7	1	1	1
回答者の70%が、「はい(清掃や整理整頓が行き届いている)」と回答している。「どちらともいえない」、「いいえ」、「非該当・無回答」との回答は各10%寄せられているが、事業所の環境整備に対する取り組みを評価している状況がうかがえる。「非該当・無回答」との回答からは、「わからない」との意見が寄せられている。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	8	2	0	0
回答者の80%が「はい(適切だと思う)」と回答し、「どちらともいえない」は20%が回答している。「いいえ」、「非該当・無回答」の回答は無く、どの評価からも特に意見は寄せられていない。回答者が職員の対応をおおむね評価している状況がうかがえる。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	8	2	0	0
回答者の80%が「はい」が回答している。「何かあるとすぐに連絡してくれるので信頼している」などの意見が寄せられている。職員の対応をおおむね評価している状況がうかがえる。一方で「4日のショートステイの間に複数回ベットから落ちた」との意見も寄せられている。「どちらともいえない」の回答(20%)、特に意見は寄せられていない。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	4	2	0	4
回答者の40%が「はい(信頼できる)」と回答している。40%が「非該当(経験がない)」と回答、「どちらともいえない」との回答は20%で「いいえ」との回答は無く、特に意見が寄せられていないが、利用者同士のトラブルに関する職員の対応を信頼している様子が見える。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	3	0	1
回答者の60%が「はい(気持ちを大切にしながら対応してくれている)」と回答している。「どちらともいえない」との回答が30%、「非該当・無回答」が10%回答している。「非該当・無回答」で「わからない」との意見が寄せられているが「いいえ」での意見は寄せられていない。否定的な回答は無く、利用者の気持ちを尊重した対応を評価している状況が見える。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	7	1	0	2
回答者の70%が「はい(守られている)」と回答している。「どちらともいえない」が10%、「非該当・無回答」が20%の回答が寄せられているものの、「いいえ」の回答は無く、事業所のプライバシー保護の取り組みにほぼ満足している状況が見える。				
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	4	0	2
回答者40%が「はい」と回答しているが「どちらともいえない」の回答も40%と同数ある。「いいえ」との回答は無く、「非該当・無回答」では20%が回答している。特に意見は寄せられていないが、サービス内容に関する説明が理解されていない状況が見える結果となっている。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	3	0	2
回答者の50%が「はい」と回答している。「どちらともいえない」(30%)、「非該当・無回答」(20%)の回答がみられるが、「いいえ」との回答は無いものの、利用者からは要望等の対応はきちんとされていると捉えられている回答は半数にとどまっている。特に意見は寄せられていない				
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	4	3	1	2
回答者の40%が「はい(伝えられている)」と回答しているが「どちらともいえない」が30%、「非該当」が20%、「いいえ」との回答が10%寄せられている。特に意見は寄せられていないが、利用者(家族の関与も含めて)外部の相談窓口などの認識がやや低い状況が見受けられる。				

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	
	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 <b>7/7</b>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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 <span style="float:right">○非該当</span>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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 <span style="float:right">○非該当</span>
	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 <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>	
	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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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 <span style="float:right">○非該当</span>
	●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る <span style="float:right">○非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	法人の理念・行動指針などが明示されて職員・利用者・家族に周知を図っている 法人の理念はミッションステートメントとして行動指針と共に玄関・ワーカー室などに掲示されホームページ・事業計画書・季刊誌(いきいきまーち)及び新入職員研修・全体研修・管理者・リーダー層向けに半期ごとに行われる打ち合わせ会、家族の参加する行事などあらゆる機会を通じて職員・利用者・家族に向けて理解を深める取り組みをしている。また、事業所の運営方針をワーカー室に掲示している。利用者に向けた「めぐみだより」や利用者懇談会などで説明している。	
	経営層は理念・行動指針などに基づいた自らの役割と責任を職員に明確にしている 経営層は運営組織図・役割分担表などで役割と責任について明確にしている。法人の目指している理念・行動指針・経営方針などの実現に向けて経営会議・統括長会議・管理者会議などで審議、決定事項については施設長が施設の方針として落とし込んで統括長・施設長・室長・主任が参加する月1回開催の主任会議や2ヶ月に1回開催される部署内研修で説明し、さらに職員には室長・主任などが朝礼・面談や日常の会話などを通して理解を深める取り組みをしている。	
	重要な案件を決定する手順を明確にし、その内容を関係者に周知している 法人の重要な案件は月2回開催の経営会議、月1回開催の総括長会議・管理者会議などで検討して理事会で承認される。施設長がその内容と決定経緯を月1回開催の主任会議・フロア一会議や朝礼などで説明して職員に周知に取り組んでいる。また、家族には定期的に送付する「めぐみ通信」や家族会・行事などで伝えて家族と利用者にはフロアに掲示している「めぐみだより」、利用者会議・館内放送及び日常の会話の中で伝えて理解を深めている。	

2			カテゴリ-2	
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行				
			サブカテゴリ-1(2-1)	
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			6/6	
評価項目1			事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している	
			評点(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 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 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 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 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 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		
		<input type="radio"/> 非該当		
		<input type="radio"/> 非該当		
		<input type="radio"/> 非該当		
		<input type="radio"/> 非該当		
		<input type="radio"/> 非該当		
			サブカテゴリ-2(2-2)	
実践的な計画策定に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			5/5	
評価項目1			事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している	
			評点(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 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 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		
		<input type="radio"/> 非該当		
		<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 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		
		<input type="radio"/> 非該当		

## カテゴリー2の講評

### 事業所を取り巻く環境を多彩な方法で情報を把握・検討して課題を抽出している

第三者評価の利用者アンケート・利用者会議・居室担当者・ケアマネ・家族会・意見箱などから家族・利用者の情報、主任会議・フロア会議や個人面談などで職員の意向、西東京市の社会福祉法人連絡会・審議会などへの参加で地域の福祉や福祉事業全体の情報などを多彩な方法でそれぞれ情報を把握している。それらの情報は必要に応じて管理者会議・統括長会議などや事業所の主任会議などで検討して課題を抽出して対応している。また、法人の経営状況については管理者会議にて報告し、検討して適切に対応している。

### 法人の設立100周年に向けて理念などに沿って10年間の中・長期計画を策定している

法人のミッションステートメントで表明している理念に沿って設立100周年に向けて中長期計画委員会で具体的に2014年～2023年間の10年の中長期計画を体制・人事・職員待遇・財務・建物・設備と備品・IT化・建替えの8項目に渡って策定して実施している。中長期計画を踏まえて主任会議で職員の意向・意見・要望を加味して単年度事業計画を策定、その計画に沿った予算編成を行ない経理のヒヤリングを受けて実施している。

### 事業所の理念などの実現に向けた計画推進にあたり、進捗状況を確認して見直している

事業所の目指している理念などの実現に向けた計画の推進にあたり、事業計画書を指標の基本として各部署の活動のコンセプトを明確にしている。今年度より各係・プロジェクト・各委員会に主任以上の幹部職員を1名配置してそのチームの役割・活動方針・進捗管理を行っている。決定権を持つ者が入ること今まで決定できなかった事項が決定できるように成り、サービスの向上に繋げている。また、上期・下期に主任会議で計画の進捗状況の把握して必要に応じて見直しをしている。



3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○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

**全職員に守るべき法・規範・倫理などを周知して遵守するように取り組んでいる**

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・倫理は、法人のミッションステートメント(理念)と行動指針及び事業所の運営方針によって明確にしてワーカー室などに掲示している。新入職員には理念と守るべき法・規範・倫理など職員の心得を中心とした研修を4月、5月、10月の3回実施して理解を深めている。また、職員には毎年開催している階層別研修や年2回開催する全体研修などでもミッションステートメントなどを取り上げて定期的に周知を図り、遵守されるよう取り組んでいる。

**利用者の意向の把握と職員の虐待について研修に参加するなど周知に取り組んでいる**

苦情解決制度については利用者と家族には契約時に重要事項説明書で説明し、苦情受付の担当者と責任者を明確にして掲示している。意見箱はフロアに設置して日常の会話・モニタリングなどで虐待を含めて利用者・家族などの意見・要望・苦情を把握している。苦情などは生活相談員を通じて利用者・家族に説明するなど迅速に対応し、虐待については生活相談員を窓口として家族との連携を密にして市などの行政機関などと連携する体制となっている。また、権利擁護・虐待防止・接遇などの内外の研修に参加するなど職員の周知に取り組んでいる。

**地域の方々との交流や施設全体の専門性を発揮した情報提供に積極的に取り組んでいる**

地域の福祉ニーズに基づいた地域関係機関や住民との交流を通じて地域福祉の向上に取り組んでいる。地域のボランティアを増加し、毎年行なわれる法人行事の「いきいきさんデー」では中学生の合唱・大学生の管弦楽や健康美容・模擬店・花とお菓子の販売など、地域交流が活発化している。さらに、地域交流を目的として中庭を開放したカフェ「ぽぽたんカフェ」を通じた地域の方々との交流や施設全体の専門性を発揮した情報提供に積極的に取り組んでいる。

カテゴリ4		
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(00000)
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(0000)
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4の講評		
<p><b>法人全体でリスクマネジメントに計画的に取り組んでいる</b>  法人内各事業所と「安全衛生」「防災」「感染症対策」の各委員会を設けて各リスクに優先順位を付けて対策を講じている。経営を阻害する可能性のあるリスクについては最優先として経営・総括長・管理者の各会議で検討して対応している。事業所では「事故対策委員会」でヒヤリハットを解析するなどで事故防止に計画的に取り組んでいる。。また、事故・感染症・侵入・災害などが発生した場合は各委員会で検討・分析して再発防止対策を講じている。必要に応じてマニュアルの見直しを行なっている。</p> <p><b>法人として事業継続計画(BCP)について各部署の職員が参加して策定している</b>  法人として深刻な災害などに遭遇した場合に備えて、事業継続計画書(BCP)について、前年度は水害対策などを中心に防災委員会を11回開催している。各部署の職員が参加して、具体的に事業再開までの復興計画を検討して策定している。具体的に被害想定をして被害状況の把握・資源の確保、初期対応、救護、情報収集、医療品確保及び水害対策の止水・漏水対策などを消防計画書に記載している。今年度も地震発生時の対応を中心に対策を検討していく予定である。また、必要に応じて消防計画などの改訂・消防訓練を実施している。</p> <p><b>事業所の情報管理については適切に管理を行ない活用している</b>  情報の収集・利用・保管・破棄などの管理については文書管理規定に定めて職員が閲覧出来るようにしている。情報の重要性や機密性を踏まえて職階別・個人別にアクセス権限を設定、紙資料についてはファイリングされ施設長・室長が整理して施錠できるキャビネットに保管している。介護記録や支援計画はデータ化され必要に応じて更新、最新の情報が共有化されている。また、個人情報保護については個人情報保護規程で定め、年1回職員に研修を実施して周知を図り、ボランティアにはオリエンテーションで説明して周知を図っている。</p>		

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	
●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-5の講評

**学生のニーズにより適したプログラムの作成など、人材の確保に取り組んでいる**  
 新卒の確保に向けてインターンシップの実施から3年目を迎え、学生のニーズにより適したプログラムの作成に取り組み、福祉を学んでいない学生を含め幅広くアプローチしている。合同説明会への参加や卒業生の学校訪問などにより新卒者を毎年確保している。採用後の職員には年3回の新人研修・前年度には初めての試みとして一泊研修を実施した。従来から実施しているエルダー制度を活用して理念の浸透と専門性を高めている。また、人事評価制度を活用して将来を見据えた異動や登用を実施している。

**各職層の役割を明確にし、個人面接で意向などを把握して人材育成に取り組んでいる**  
 各職層の役割を明確にし、個人面接などを通じてキャリアパスをわかりやすく説明して目標面接シートなどで個人のチャレンジ精神や意向・意見・要望などを把握している。本人の適性などを加味し、未来の方向性を示して人材育成計画を策定してその成果を確認して必要に応じて計画を見直している。職員研修は新人職員(3回)、2年目から5年目、6年以上、主任・リーダー、管理者向けの各階層別に行ない、さらに、資格取得や職員教育を実施してキャリアパスに対する理解を深めるように取り組んでいる。

**職員の意欲向上と組織のチームワーク向上に取り組んでいる**  
 人事評価は年3回実施され目標管理シートや個人面談などで評価して育成計画・賞与などに反映している。リフレッシュ休暇・ノー残業デー、サークル活動へ補助などを行ない、職員の憩いの場所として食事・飲み物を提供する「SUI」を2か月に1回提供している。職員のストレスをコントロールできるようにストレスマネジメントを実施するなど、職員の精神面にも配慮した意欲向上とチームワークの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)

その人らしい生活を送ることができるように支援していくためには、個別性の高いプログラムの構築や余暇活動時間の充実が必要であるとの観点から、前年度(2016年度)からの継続課題として、個別ケアの充実に向けて余暇活動時間の拡充への取り組みを目標とした。手順として、レクリエーション検討委員会を設置し、余暇活動の在り方を検討した。各利用者のADL(日常生活動作)、性格や状態を基に利用者一人ひとりに合った余暇活動を選定し、個別とグループに分けて実施する計画を立案し、日々の支援の中に計画的に盛り込み実施するように取り組んだ。日々のレク活動は、体操・音楽鑑賞・カラオケゲーム・書道・創作活動・園芸・買い物・外食等、利用者の身体機能や希望に応じて多くの活動が設定されている。短期入所(ショートステイ)の利用者も利用期間中の行事やクラブ活動、様々なレクリエーション活動に参加することができるように、短期入所サービス計画や利用時の利用者の心身状況や希望を踏まえた余暇活動として、幅広い選択肢を用意している。

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語の選択に関する講評

行事や活動は、個人のアセスメントとニーズを把握して実行がされているが、利用者の状況に合わせて適時、グループレクや個別レクのメンバーの見直しを実施していく必要があるとして、次年度の実施中での対応に継続している。近隣に小学校や中学校がある利点を生かして運動会などの見学、散歩で外気浴を行なうなどの外出支援については、社会資源のさらなる活用のもとでの積極的な参加など、利用者が地域の一員として生活していくような支援の必要性を課題としている。次年度(平成30年度)の重点課題としては特に挙げていないが、取り組みとしては、レクリエーション検討委員会を中心に、一人ひとりの支援の中で継続した取り組みが実施されている。

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)

入居者に対してより高いサービスを継続的に提供するためには、職員の安全衛生を向上させる必要があるとの認識のもとで、「安全衛生への取り組み」を前年度(2017年)の課題・目標の一つに掲げ取り組みを行なった。2017年6月の内部研修として、職員の安全衛生に関する意識を高める内容の研修として危険予知訓練を実施している。また、利用者の重度化に伴う介護職員の腰痛リスク軽減に向けて介護補助用具の活用、介護技術の向上、マニュアルの整備業務量の見直しに組み込み、2016年度から導入している介護補助用具のスライディングシート・スライディングボードをより実践の場面で活用できるようにマニュアルを整備して個別的に研修を実施している。さらに、車椅子使用者の体重測定のため負担軽減のために車椅子用体重計を購入した。また、東京労働局主催の「わたしの安全宣言コンクール」に25点、業務改善の工夫提案に25点提出して安全宣言コンクールで優秀作品賞を受賞している。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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)</li> <li><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</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><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</li> </ul>

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

前年度の取り組みの結果、介護補助用具の導入はより安全な介護に繋がり、職員の腰痛の減少が図られて事故予防に繋がっている。また、標語と業務改善コンクールに参加するなど職員の認識の向上に繋がってきている。継続して利用者から期待される施設の役割を明確にし、その役割を継続的に提供するために力を入れるべき利用者の支援に集中するとの観点や職場の安全衛生の観点から、業務の方法や分担などを洗い出し、見直して業務改善を行なう必要があると認識している。今年度(2018)年は、課題の一つとして掲げられている「リスクマネジメントの取り組み」の中で、事故や感染症対応など併せて、未然に防ぐこと、最小限にとどめることに焦点を置いて取り組み、その改善内容を職員に周知浸透させることを日々の業務の中で実践していくこととしている。

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(0000)
	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 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 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 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
	サブカテゴリー1の講評	
	<p>情報提供の取り組みは組織としての透明性やわかりやすさを重視して行なっている</p> <p>法人のホームページやパンフレット(「法人のご案内」と共に、季刊誌「いきいきまち」等により情報提供を行なっている。ホームページは運営法人の概要、各種事業案内や地域活動の他、法人の案内や季刊誌、事業計画書・事業報告書・決算報告書等も掲載している。また、「介護保険事業者ガイドブック」・「高齢者の手引き」に情報を載せて公開しており、組織としての透明性、わかりやすさを重視した情報提供に取り組んでいる。</p> <p>地域、関係機関、自治体への情報提供を行ない円滑な連携を図っている</p> <p>ホームページにショートステイに関する運営方針、入所対象、施設、設備、生活などや行事、活動、ショートステイの利用料、申し込み方法についてきめ細かい案内をしている。生活についてはサービス内容、健康管理、食事、入浴、面会等の項目で説明されている。また、居宅介護事業所等の関係機関に情報を提供している。さらに、緊急ショートステイの受け入れを行なっている自治体への情報提供とともに、必要な情報交換を行なうなどの円滑な連携を図っている。</p> <p>ショートステイ担当の生活相談員が問い合わせや見学に随時対応している</p> <p>問い合わせや見学には、生活相談員が中心となって柔軟に対応している。見学は基本的には希望の日を予約調整して個別に案内している。生活相談員は、土・日・祝日も対応できるように配置し、分かりやすく説明し丁寧な施設案内が行われている。利用者の状況に合わせて当法人以外のサービス提供や同一法人内の他のサービス内容についても相談に乗っている。</p>	
	サブカテゴリー2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている	評点(000)
	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 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 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



<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>サブカテゴリー2の講評</b>		
<p>申し込み時はサービス開始前に自宅を訪問し、家族等も同席して説明・同意を得ている</p> <p>申し込み方法は、毎月1日に、2か月先の予約を受け付けている。ショートを初めて利用する際には生活相談員は利用前に自宅訪問し、入所案内冊子や契約書・重要事項説明書等でサービス内容・料金・施設での生活ルール・持ち物等を細かく説明して同意を得ている。利用者と家族に意見・意向や支援に必要な個別事項や要望を確認している。それらはフェイスシート、アセスメント表、意向・課題シート等に記録し、職員間で情報共有している。</p> <p>不安やストレスを軽減するため、できる限り自宅と同様な環境づくりに取り組んでいる</p> <p>心身の状態や自宅での生活リズムに合わせたサービス提供を目指し、自宅訪問時に利用者の生活環境を確認し、居室のレイアウト、ベッド・手すりの位置、ベッド回りの物の置き方、服装や移動方法などを把握して利用時にもできる限り自宅と同様な環境づくりに取り組んでいる。利用者が日常使用しているラジオや時計等を持参してもらうなど、安心の確保・ストレス軽減を図っている。体調についてはショート利用初日に最近の様子を確認するなど、健康チェックを実施している。</p> <p>利用時の支援と在宅での家族等の支援の継続性に配慮している</p> <p>ショートステイ利用終了時には、利用中の様子を書面(ご様子表)にまとめ、家族に状況を伝え安心を得ている。同時にショートステイ利用時の支援と在宅における家族等の支援の継続に配慮している。また、利用者の状態の変化等、常に担当介護支援専門員(ケアマネジャー)と連絡を図り、適宜文書による報告を行っている。</p>		
<b>サブカテゴリー3</b>		
<b>3</b>	<b>個別状況に応じた計画策定・記録</b>	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b> 11/11
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(00)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(00)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

**サブカテゴリー3の講評**

**利用ごとに利用者状況の再確認を行ない個別援助計画1・2を作成・更新をしている**  
 利用ごとに利用者の状況の再確認を行い、利用者の直近の状態などの確かな情報を得ている。利用の数日前、前日に電話連絡をして、状況・要望等に変化がないかを確認して身体の変化や以前とは異なる要望がある時は本人・家族と相談し支援方法を見直している。居宅サービス計画書を基本として、在宅生活のニーズを踏まえた上で個別援助計画1・2(短期入所生活介護計画)を作成・更新し、利用者・家族に確認を行い同意を得ている。

**記録のOA化により、利用者の支援内容・状態を記録している**  
 個別状況に応じた計画策定、利用者の介護等の記録(総合ケース記録)は、OA化が図られ各職種・各職員がパソコンにより記録し、その情報はデータで保管され、情報共有化していつでも見たい時に閲覧でき、迅速かつ的確に情報を得ることができ、各職種の業務に活かされている。さらに、利用者の情報を更新することにより、常に最新の様子が確認でき、業務の効率化をはかっている。

**ホワイトボードやフロアノートを活用した情報共有で迅速に対応できるようにしている**  
 職員は勤務開始時に必ずパソコンで状況を把握して業務を行なうことを基本としている。重要な事項や急を要する場合はフロアノート、ワーカー室のホワイトボードを活用し迅速に対応できるよう情報を共有している。ホワイトボードの月間予定表ではショートステイ利用者の入退所情報が記載しており、朝、夕のミーティングで申し送りが行われ、ショートステイ利用者の変化にも迅速に対応している。

サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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
サブカテゴリー5の講評		
<b>利用者の個人情報の保護・プライバシーの保護に努めている</b> 法人の行動指針(利用者様の個人情報を適正に管理してプライバシーの保護に努める)に基づき、利用者の個人情報保護・プライバシーの保護に取り組んでいる。個人情報保護方針・利用目的について契約時に説明し、利用者・家族から個人情報利用に関する同意を頂いている。居室は個室でプライベート空間が確保されている。職員に対しては、接遇や個人情報について研修を行い、面会者記録は職員以外の方の目に触れないように受付箱を設置している。支援については、入浴・排泄マニュアルに羞恥心に配慮した対応を明記している。		
<b>支援については、個人の意思を確認、尊重して要望に沿えるように努めている</b> 活動参加や食事など日々の支援について、個人の意思を確認・尊重して要望に添えるように努めている。身体拘束・虐待防止マニュアルを整備し、権利擁護や身体拘束防止の研修やミーティングを通して職員へ周知している。研修は映像など実例を使って振り返りを行ない、意識して各職員に応じた指導に取り組み予防に努めている。法人の第三者委員会設置、自治体関係機関との連携体制など、組織的な体制整備に取り組んでいる。		
<b>自由な生活は他の利用者の迷惑にならない範囲で確保されている</b> 自宅訪問時に利用者の生活環境を確認し、利用者本人や家族の意向、支援に必要な個別事項や要望を確認している。。その際に、利用者の趣味や生活習慣等を把握し、ショートステイ利用時にその人らしい生活ができるように目標・支援内容を明確にしている。支援にあたっては、居室内の装飾や信仰の自由の尊重など、他の利用者の迷惑にならない範囲での自由な生活が確保されている。		
サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
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改変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><b>各種マニュアルの作成に取り組んでいる</b>  めぐみ園業務マニュアル、ショートステイマニュアルが作成されている。管理者及び主任・リーダーが中心となって、各種マニュアル(手順書)の作成、見直しに取り組んで、業務マニュアルを基に業務の標準化を図っている。年度ごとの更新の他、変更の必要性が生じた際にはマニュアル作成委員会が主体となり検討している。入職時には業務マニュアルを配布、また、各階のワーカー室に設置し、いつでも閲覧できるようにしている。さらに24時間の業務を洗い出し手順の変更や業務の効率化を図っている。</p> <p><b>めぐみ園全体研修など研修や勉強会を計画的に実施し、スキルアップに取り組んでいる</b>  法人全体の研修委員会と連動して、職員のスキルアップと業務の質の向上を図るために、めぐみ園全体研修、外部講師による研修、施設外研修、内部勉強会などが計画的に実施されている。実践と学びを取り入れスキルアップを図っている。新人研修は主任・リーダー・相談員・看護師が日常を通して行い、相談にも応じている。ショートステイ事業の理解のための研修も実施されている。</p> <p><b>業務の一定水準の確保・向上については各種委員会活動を通じて取り組んでいる</b>  事業所内に、広報・マニュアル作成・排泄・褥瘡対策・レクリエーション検討・身体拘束廃止・事故防止等の各種委員会組織を設け、その活動を通じてサービスの品質の向上や利用者の安全対策などの情報を職員に周知して共有化を図り、業務の一定水準の確保・向上に取り組んでいる。</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	
1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>自宅訪問やサービス担当者会議等により詳細なニーズ・状況把握に努めている</p> <p>利用者の状況や支援目標等をより詳細に把握し、ニーズに沿った個別援助計画を作成するため、サービス担当者会議を主催して家族やケアマネジャーをはじめとする関係者と連携して状況の把握に努めている。また、新規利用者は事前に家庭訪問し、本人・家族と面談している。入所後は、併設の特別養護老人ホームの職員がケアにあたるが、各フロアにショート担当職員を配置し利用開始時には、利用者の様子を把握するため観察と声かけをまめに行なっている。</p> <p>利用者に精神的な負担がないよう在宅同様に過ごせるよう支援している</p> <p>個別援助計画2にはケア内容と方法・状況が細かく記載されてる。新規利用者や不定期の利用者も多いため、身体状況や動作の特徴などの記載もあり、在宅での様子がわかり在宅同様な支援ができるように工夫されている。ケア以外でもコミュニケーションや声掛けの方法を確認したり、嗜好や好きなことなどを伺い活動に誘うなど、利用者に精神的負担がなく在宅と同様に過ごせるよう支援している。</p> <p>職員は随時個別援助計画の支援内容を確認できる体制となっている</p> <p>介護記録システムが導入されており、利用者の情報や個別援助計画はパソコンによるデータ管理となっている。これにより随時情報の閲覧が可能になっている。職員間の情報共有が容易になり、ケア内容を確認し目標や状態に合わせて的確な支援の提供につなげることができている。ケア内容と状態に相違がある場合は適宜、関係者と検討し適切な支援になるよう努めている。</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			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○非該当
●あり ○なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている		○非該当

評価項目2の講評

食事は利用者の状態に合わせた食形態や制限食を提供している

事前の情報収集で、利用者の状態にあわせて刻みやペースト等の食形態と栄養面での制限、アレルギー等を確認し対応している。嗜好についても事前に聴取し苦手な食材は代替をし、利用者の好みと健康・栄養面に配慮している。また、介助方法も在宅と合わせるよう努めている。食べ物の持ち込みは原則禁止だが、食事制限が多い等健康やその他の理由がある場合は可能となっている。在宅での生活や他サービス利用に役立てられるよう、利用中のメニューや食事量は家族へ報告している。

表情、残菜や食事量を調べて満足した食事を提供できるように努めている

併設の特養と同じメニューとなっており、季節ごとの行事食や旬の食材を取り入れ、季節を感じ食事を楽しめるよう取り組んでいる。利用者それぞれ満足できる食事を提供できるよう、栄養士と職員が利用者の表情や様子を観察し、残菜と食事量のチェックをしている。また、特養の給食会議はショートステイ利用者の様子も踏まえて検討しており、利用者はの傾向をメニューに反映できるように努めている。

利用者のペースで食事ができるよう体調と環境に配慮している

食事は各フロアのホールで特養入居者と一緒に摂ることになっている。時間は決まっているが食事時間を多くとっているため、在宅の生活リズムに合わせる事ができている。食事は温冷配膳車で運んでおり、メニューごとに適温で提供することができている。広いホールのため落ち着いて食べられるよう、席の配置には留意し、体調や状態により居室配膳するなどの対応をしている。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている	○非該当
●あり ○なし	3. 入浴の誘導は利用者に負担がかからないように考慮し、行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○非該当

評価項目3の講評

状況に応じて入浴体制を工夫し利用者の希望に柔軟に対応している

入浴体制の改善に取り組み、それに伴いショートステイ利用者も入浴機会が拡大された。以前は入浴の曜日が限られていたため1泊または2泊の利用では入浴できないことがあったが、現在は入浴可能な日が増えたため全利用者が入浴可能となった。週2回の回数は変わらないが、短泊でも入浴できるため利用者の満足度とサービス向上となっている。

利用者の能力と身体状況に合わせた入浴支援を行っている

利用者の状態に合わせ、一般浴・機械浴・リフト浴を選択している。入浴介助については事前の情報と前回利用時の様子を参考にきめている。入浴は利用者の意思を尊重し体調・疲労感に配慮するが、在宅生活継続や介護負担軽減を意識して残存能力を維持できるよう、身体状況に合わせた介助を行なっている。入浴日や介助方法等は、個別援助計画の他に浴室用の一覧表に集約し、確実に申し送られるようにしている。

安全で快適な入浴となるよう取り組んでいる

環境の変化によるストレスや体調変化に注意しており、入浴前には体温と血圧を測定している。入浴できない場合には清拭等の対応をしている。入浴体制が改善の取り組みにより、時間調整が柔軟になり、バイタルチェックで当日入浴できない場合にも利用期間中の入浴が可能となった。個浴対応となっており、脱衣所でのプライバシーも守られるよう配慮されている。浴室は毎日清掃と消毒をしており、衛生管理が徹底して見ても清潔である。利用者が安全で快適に入浴できるように取り組んでいる。

4 評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 在宅で行っている排泄方法を踏まえ、利用者や家族と話し合ったうえで本人の状況に合った介助をしている		○非該当
●あり ○なし	2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている		○非該当
●あり ○なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている		○非該当
評価項目4の講評			
<p><b>排泄を在宅と同様の介助・環境でできるよう取り組んでいる</b>  環境の変化による排泄の失敗や便秘を防ぎ、利用者と家族の負担を少なくするため、在宅での排泄状況と同様の介助・環境で排泄できるように取り組んでいる。声かけやトイレ誘導の時間、オムツ交換時の留意事項などを家族や関係者から詳細に聴取している。環境面では、在宅と同様の居室環境となるよう、訪問時に確認した位置にベッドやポータブルトイレを設置している。終了時には排泄記録を家族に渡し、在宅での排泄介護に役立つよう配慮している。</p> <p><b>定期利用者は排泄パターンを把握し在宅での介助を意識して支援に取り組んでいる</b>  入所中の利用者の排泄状況はすべて記録されている。定期的に利用される入居者の排泄のパターンや排泄傾向を記録から把握して支援に役立っている。特に、定期利用者については在宅での介護軽減を配慮して排尿・排便の多い時間に声かけや誘導を行なうなど、現状を維持すると同時にできる限り自立した排泄ができるように配慮している。</p> <p><b>排泄環境はプライバシーが守られ衛生的な環境が整っている</b>  居室は個室となっておりトイレも完備されているため、他者を気にせず落ち着いて排泄できる環境となっている。共用のトイレも介助時にはプライバシー保持のために必ずカーテンで仕切る対応をしている。定期的な掃除や消毒の実施や、衛生保持と感染予防のため汚れた場合は臨時清掃を行っており、汚物管理にも留意している。</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><b>移動・移乗は理学療法士の評価により安全面に配慮している</b>  移乗・移動も排泄同様に利用者の負担軽減のため、在宅と同様の介助方法で行うことを基本としているが、理学療法士が評価し安全面や自立性に着目した介助方法を職員に助言している。身体状況のアセスメントと在宅での介助方法を確認して能力を生かせるてより安全に行えるなどの状況を家族やケアマネジャーと連携している。利用中でも在宅でも能力を維持し安全に移動・移乗できるよう努めている。</p> <p><b>衣類の選択や整容は自由であり必要時、状況を見ながら声掛け介助している</b>  洋服やアメニティグッズは自宅から持ち込んでもらうこととなっている。利用者の要望に添うことを心がけているが共同生活で制約も多いなか、服の選択や整容は制約がないため、利用者のペースで自由に決めてもらっている。また、必要に応じて状況を見ながら声をかけてできないことを介助している。持ち込量や物に制限はないが(危険物は禁)、開始と終了時には紛失や忘れ物がないよう細かく持ち物を確認しているが、時間を要するため持ち物チェック表で効率的にチェックしている。</p> <p><b>貸し出し・持ち込みを柔軟に対応して利用者が困らないよう配慮している</b>  利用中に持ち込んだ衣類等が不足した場合には、事業所の備品から貸し出ししている。また、使い慣れた杖等の福祉用具の持ち込みも可能としており、利用者が困らず安全に利用できるように配慮して柔軟に対応している。</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><b>医療情報と利用前の体調情報を確認して体調管理に努めている</b>  既往歴やアレルギー・主治医等の医療の基本情報は初回利用時にフェイスシートにより聴取され記録されている。利用直近の状態を把握するため、家族に入所前日までのご様子表を記載していただいている。利用当日は看護師がバイタルチェックを行なっている。ケアマネジャーからの情報も含め、医療情報をもとに、体調変化や様子に異変を感じた場合には家族や主治医と連携し体調管理に努めている。</p> <p><b>家族にも協力を依頼し服薬のチェック体制を強化している</b>  処方薬は一包化してすべてに名前を記入して持参いただくよう家族に依頼している。内服薬は看護師室で管理され、特養入所者と長期利用者・短期利用者とは区別して混乱を防ぐように工夫されている。服薬時には特養入所者同様に、服薬前と服薬時の入念な確認と服薬後の残薬・薬袋チェックを実施して誤飲や事故を防ぐために取り組んでいる。</p> <p><b>緊急時の医療連携が速やかに行なわれる体制になっている</b>  利用毎に家族の緊急連絡先と主治医を確認し記録している。持病や体調面で留意することや定期的に行うことは個別援助計画に記載され支援している。体調変化がある場合は主治医と家族に連絡し指示・助言を得て対処している。夜間の対応は特養が併設のため看護師と24時間のオンコール体制となっており、緊急対応マニュアルやフローチャートも整備されており安心できる体制となっている。</p>			
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

在宅生活の継続を目標に身体機能維持を図っている

理学療法士や機能訓練指導員など、リハビリスタッフが勤務している併設の特養でのショートステイ利用者にも、機能訓練を提供している。利用中は通所やリハビリ等の在宅サービスが受けられないため、身体機能維持を前提として在宅生活の継続を目標に取り組んでいる。身体状況を確認し個別援助計画または個別機能訓練計画を作成し、実施・評価を行なっている。状況に応じてケアマネジャーや家族と連携し訓練メニューを提案するなど、在宅生活で役立つよう意識して支援にあたっている。

在宅とは異なる居住空間で生活リハビリを行ない身体機能の維持を図っている

日常生活の中で身体を稼働させ機能を維持する生活リハビリを取り入れている。居室で行なわず訓練室まで歩行することや介助時に関節を屈伸するなど機能訓練指導員の指導や助言のもとで職員が対応している。施設の特性上、居室と食堂・浴室が離れており一般的な居住空間より広いため、移動の機会が増えリハビリに繋がっている。日中活動の参加を促して職員以外のボランティアとの交流を実施し、在宅とは異なる環境で心身共に活性化できるような環境となっている。

利用中は特養の活動に参加し、様々な機能訓練が行える体制になっている

日中は音楽鑑賞や創作活動・体操等の活動があり、心身機能維持・向上が期待できる。これらは特養が実施している活動のため、定期的に行なわれ参加者も多く内容は確立され充実している。利用者の多くはすぐに馴染むことが出来ているが、状況によっては職員がフォローするなど気を配り、楽しんで参加できるように努めている。

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

短期入所でも特養の行事や日中活動の充実により楽しく過ごすことができている

併設されている特養で定期的実施されている季節ごとの行事やレク活動に短期入所利用者も対象者として参加することができる。年間計画で予定された委員会や係により、検討され、充実した内容となっていて利用期間中はより楽しく過ごすことができるよう取り組んでいる。行事が目的で利用を希望される方もおり、特養が併設されている当事業所の強みとなっている。

利用者の習慣に配慮した生活ができる環境があり要望に添えるよう対応している

居室は個室のため、他利用者の生活音などで不快になることなくトイレ等も設置されているためプライバシーも保たれている。消灯時間の決まりはなく、食事時間も長めに取ってあり制約は少ない。日中活動の参加は自由であるため自分のペースで過ごすことができる。使い慣れた私物を持ち込むこともでき、ベッド等の配置も在宅に近づけ落ちて過ごすよう配慮している。個別に新聞を日割りで購読することや、喫煙所での喫煙も可能となっており、生活習慣と要望に添えるように対応している。

入所前訪問で得た情報を基に、安全で自立した生活を送るための環境に配慮している

入所前訪問で得た情報を活用し、在宅同様の排泄ができるよう、ベッドとポータブルトイレ等居室内の配置を変えるなど利用者が安全で自立した生活をおくるための環境に配慮している。居室・共有スペースともに車椅子が通れるよう導線を確保し、転倒やつまずき防止のため余計なものは置かないようにし安全面に留意している。

9 評価項目9

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族などの面会等は可能な限り希望に応じている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用中の状況を家族や介護支援専門員に報告し、必要に応じてアドバイスをするなど在宅生活の支援をしている	○非該当

評価項目9の講評

家族に利用者の様子や身体状態を報告し状況により助言・提案している

利用中の日々の活動内容や食事・排泄・入浴等は記録されており、入所終了時には内容をまとめて書面で家族へ報告して利用中の様子を伝えている。機能訓練やケア中に身体状況や介助方法で気が付いた点があれば、状況に応じて家族やケアマネジャーに助言や提案して在宅生活に活かせるよう支援している。家族等の面会時間は7時～21時までと幅広く設定され、緊急時は時間外でも受けつけている。

利用終了後も定期的に家族へ連絡し利用者の状況を把握し支援している

利用終了後の状況や変化を確認するために定期的に家族へ連絡し、利用者の状況を把握している。利用者の要望により、次回の行事や活動の案内をすると同時に、家族の参加が可能な行事には参加を促している。終了後の在宅での様子を把握して職員が情報を共有することで、定期利用者は直近の様子と変化が確認できサービスに反映することができている。

法人の季刊誌や特養のたよりを送付し利用者へ情報発信・アピールに勤めている

利用者に法人の季刊誌と行事案内・施設のたよりを送付して法人と施設の情報を発信している。新規の方を含めた利用者には法人とショートステイを周知・アピールする機会となっている。定期的にショートステイの利用者の中には法人のイベントやボランティア活動などを楽しみにしている方もおり、情報の発信が次回の利用の参考となっている。

10 評価項目10

地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当

評価項目10の講評

24時間体制で緊急ショートステイの受け入れを行なっている

西東京市・武蔵野市の緊急ショートステイを受け入れている。役所や警察等行政と連携し虐待や処遇困難の利用を24時間体制で対応して夜間でも円滑に受け入れられるようマニュアル・フローチャートが整備されている。通常の利用者でも、急遽利用したいとの相談にも空床がある場合には受け入れる体制となっている。利用後の処遇にも考慮し各機関と連携を取り利用者支援に取り組んでいる。

地域の介護事業所と連携し情報発信し相互の利用者支援に繋がっている

サービス担当者会議やそれ以外の会議にも必要に応じて参加して、利用者が地域で継続的に生活できるようにケアマネジャーや関係介護事業所と連携し支援している。また、居宅介護支援事業所に空床情報を伝えるなど介護事業所と連携することで、利用者との施設との状況が確認でき相互の支援に繋がっている。

法人の総合力により地域・ボランティアの活動が多様で交流が行える環境となっている

法人が地域の高齢者福祉事業所の中心的な存在となっており、地域向けのイベントの開催や学校行事への参加するなど地域との交流を深めている。イベントや行事開催以外でも多くのボランティアの受け入れや、ボランティアによる活動、特養以外の入所施設利用者との交流が行なえる環境となっている。利用者が閉鎖的にならないように多様な交流が自然と持つことができ、多くの人と関わることで心身の活性化につながっている。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	3-3-2	地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている
タイトル①	地域の福祉ニーズに基づき地域・関係機関などと協働して地域福祉向上に取り組んでいる	
内容①	法人のミッションステートメント・理念の具現化の一つとして、地域の福祉ニーズに基づき他事業所・地域などと協働により地域福祉の向上に取り組んでいる。従来から取り組んでいる地域交流行事である「いきいきさんデー」の実施の他、地域の高齢者が店員となってもてなす「おひさまカフェ」も月2回開催されている。さらに、公民館と地域の小学校の避難所運営協議会共催の「防災街歩き」にて、立ち寄ってくれた地域の方々へ車いすの使用方法的説明と体験、備蓄の非常食の説明を行なうなど、施設や高齢者の理解につながる取り組みを行なっている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル②	重点項目として人材の確保と育成を明示し、働きがいのある職場づくりに取り組んでいる	
内容②	より良いサービスを提供を実現するために、「働きがいのある職場」づくりに継続して取り組んでいる。これまでも職員の待遇改善を重点項目として、人事評価、福利厚生などのしくみ作りや工夫を取り入れている。直近の取り組みとして、職員が安心して長く働くことができる環境の基盤づくりとして、若年層から子育て世代の職員に焦点を当てた各種手当の新設や65歳定年制の導入などが実施されている。さらに、法人全体の環境改善プロジェクトチームを発足させ、今年度はワーカー室内のリニューアルとロッカー交換などを実施している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-8	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
タイトル③	法人・事業所の行事や各種活動への参加を通じて、生活リハビリの充実に取り組んでいる	
内容③	ショートステイ利用時には、併設する特養や法人の行事や様々な活動に参加することができ、ショートステイ利用者も対象であり楽しめる内容となっている。季節の行事や食事、レク活動では体操・音楽・書道・園芸・買い物・創作活動等様々な活動が用意されている。活動を楽しみ、行事に合わせて利用する方もみられ、好評である。さらに、専門職の評価・指導で機能維持と在宅生活での自立を意識した生活リハビリを中心とした機能訓練など、事業所の特性を生かして、楽しく自立した生活となるよう支援している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者と家族の意向を把握し、個別のサービス計画に基づく利用者への最適な支援を提供している
	内容	入所前には自宅を訪問して面接を実施し、利用者と家族やケアマネジャーなどの意向・意見・要望を把握して入浴・食事などの介助方法や生活パターンなどを出来るだけ在宅生活に近い状況で過ごせるようにし、利用者の使い慣れた私物を持参して頂き在宅に近い環境を作るように取り組んでいる。出来るだけ利用者の心身の健康や環境に合わせた機能を訓練を実施してADL・IADLの維持向上を目指している。また、退所時には利用者の様子を分かり易く説明し、在宅生活に生かせるように応援している
2	タイトル	施設運営にあたり、各係、プロジェクト・委員会に幹部職員を配置して決定を迅速にできるようにしている
	内容	組織全体で事業所で実施している諸活動の運営に当たり、今年度から各係・プロジェクト・委員会などに必ず幹部職員を1名を配置して役割と活動方針・進捗管理などを行なっている。幹部職員を配置することで決断がスムーズになり、部署の方針を踏まえた職員間での情報の共有化が図られ、職員への指導が迅速に適切に行なう事が出来、組織力の向上が図られて利用者へのサービス品質の向上に繋がっている。
3	タイトル	利用者のストレス軽減や在宅生活に近い環境の提供など継続性に留意した支援に努めている
	内容	在宅生活の環境に近づけるよう努め、利用者のストレスの軽減に取り組んでいる。居室では、落ち着いて過ごせるよう使い慣れた私物を持参してもらい、ベッド等の配置も使いやすいよう変更している。家族やケアマネジャーから入浴や食事その他の介助の方法や生活パターンも事前に聴取し、極力利用者に合わせられるように努め、声掛けの際のNGワードも必ず確認し、不快なく利用できるよう配慮している。また、排泄記録により排泄パターンを把握し、自立排泄を促すなど努め、また、次回の支援に役立てられる取り組みに努めている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者状況の多様化するニーズに適確に対応するための今後のさらなるレベルアップに期待したい
	内容	ショートステイを希望する利用者は認知症の強い方・医療依存が強い方(インシュリン・透析)などニーズが多様化している。他の事業所での受け入れが難しい方なども緊急ショートでのノウハウを活かして受け入れ、一方では滞在日数は減る傾向がある。緊急ショートでは利用者を取り巻く家族環境などの課題が複雑化、課題の解決に時間が掛かり滞在が長期化する傾向がある。このような多様な利用者ニーズに適確に対応するために安全衛生・医療ケア・認知症ケアなどの研修を実施しているが、継続して今後のさらなるレベルアップに期待したい。
2	タイトル	利用者のニーズを踏まえたサービスの提供の充実にに向けた取り組みに期待したい
	内容	利用者個々のニーズを踏まえて計画に沿った個別支援に取り組むため、利用者の入所直近の状態などの確かな情報を得るため利用毎に状況の再確認を行っている。今回、サービス内容をさらに充実させるために、事業所として、利用受け入れ当日と退所日におけるシステムや新規利用者のインターク・情報把握の充実、職員への周知についてシステムの改善を行い業務がスムーズに行なえるようになった。入・退所における手順やシステムの更なる改善を図り、利用者ニーズを踏まえたサービス提供ができるような取り組みに期待したい。
3	タイトル	リスクマネジメントのより一層の充実にに向けた取り組みの継続が期待される
	内容	法人内各事業所と「安全衛生」「防災」「感染症対策」の各委員会を設けて各リスクに優先順位を付けて対策を講じている。経営を阻害する可能性のあるリスクについては最優先として経営・総括長・管理者の各会議で検討して対応している。事業所では「事故対策委員会」でヒヤリハットを解析するなど事故防止に計画的に取り組んでいる。さらに、事業継続計画書(BCP)について、防災委員会において各部署の職員が参加して具体的に事業再開までの復興計画を検討して策定している。継続して、リスクに対するより具体的な取り組みの推進が期待される。