

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和2年度】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 191-0062

所在地 東京都日野市多摩平1-2-26 シンデレラビル3F

評価機関名 特定非営利活動法人 あす・ねっと

認証評価機関番号

機構 09 - 189

電話番号 042- 514- 8061

代表者氏名 土方 尚功

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	稗田 吉勝	経営	H0902015
	②	藤永 清和	福祉	H1601016
	③	横山 信子	福祉	H1302002
	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	特別養護老人ホームめぐみ園		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	森下真樹			
契約日	2020年 8月 4日			
利用者調査票配付日(実施日)	2020年 8月 31日			
利用者調査結果報告日	2020年 10月 15日			
自己評価の調査票配付日	2020年 8月 31日			
自己評価結果報告日	2020年 10月 15日			
訪問調査日	2020年 10月 22日			
評価合議日	2021年 2月 4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)	本評価にあたって、利用者調査はアンケート方式を採用した。アンケート回収は当評価機関へ直接返信郵送による方法を取り、職員への調査票についても匿名性を保持するため返信用封筒で評価機関が直接回収する方法を取った。利用者調査には、東京都平均との比較や属性別集計などを行って、当事業所の特徴を表示した。また、利用者調査、事業評価ともに各設問の回答を数量化し、比較分析し、グラフ化して集計報告書を提出した。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。  
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p><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> <p>1)利用者の尊厳を守る 2)安心とぬくもりを感じる生活 3)利用者の立場に立ったサービスの提供 4)入居から最期まで、その方らしく喜びを持った生活 5)利用者とのコミュニケーションを大切にする</p>
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</p> <p>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長けている。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>法人理念に基づき高齢者を敬い日常生活援助に喜びを持って接する</p>

調査対象

男性31名、女性65名、合計96名の利用登録者があり、平均要介護度は3.1である。認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする）以上の人が51名だった。

調査方法

アンケート方式  
調査の該当期間に利用した利用者アンケート用紙を事業所を通じて配布し、匿名性を保持するため、返信用封筒で直接調査機関がアンケートを回収した。回収件数は16件、家族が本人の気持ちを推察しての回答が10名であった。

利用者総数

96

共通評価項目による調査対象者数  
共通評価項目による調査の有効回答者数  
利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
96		96
16		16
16.7	0.0	16.7

利用者調査全体のコメント

総合満足度は「大変満足」7名、「満足」3名で「満足」以上の評価が全有効回答の約71%となっている。「どちらともいえない」は1名(6%)、「不満」は2名(13%)、「大変不満」1名(6%)、無回答が2名(13%)であった。総合意見には「職員の方は、大変よくやっていただきました。食事も大変美味しかったです」、「介護者、家族のことを考えてくれます。感謝しています」、「パット交換がうまくいってなく、職員の数人が足りていないように感じる」などがあった。設問別意見はほとんどなかった。

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	9	4	2	1
「はい」は9名(56%)、「どちらともいえない」は4名(25%)、「いいえ」は2名(13%)であった。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	8	4	2	2
「はい」は8名(50%)、「どちらともいえない」は4名(25%)、「いいえ」は2名(13%)であった。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	3	6	2	5
「はい」は3名(19%)、「どちらともいえない」は6名(38%)、「いいえ」は(2名(13%)であった。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	8	3	2	3
「はい」は8名(50%)、「どちらともいえない」は3名(19%)、「いいえ」は(2名(13%)であった。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	11	3	1	1
「はい」は11名(69%)、「どちらともいえない」は3名(19%)、「いいえ」は(1名(6%)であった。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	11	1	2	2
「毎日、朝・晩の薬の配布を間違えた」との意見があった。「はい」は11名(69%)、「どちらともいえない」は1名(6%)、「いいえ」は(2名(13%)であった。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	10	3	0	3
「はい」は10名(63%)、「どちらともいえない」は3名(19%)、「いいえ」は(0名(0%)であった。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	10	2	0	4
「はい」は10名(63%)、「どちらともいえない」は2名(13%)、「いいえ」は(0名(0%)であった。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	1	1	4
「ケガに気が付かなかった」との意見があった。「はい」は10名(63%)、「どちらともいえない」は1名(6%)、「いいえ」は(1名(6%)であった。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	2	0	6
「はい」は8名(50%)、「どちらともいえない」は2名(13%)、「いいえ」は(0名(0%)であった。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	9	3	1	3
「はい」は9名(56%)、「どちらともいえない」は3名(19%)、「いいえ」は(1名(6%)であった。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	9	4	0	3
「はい」は9名(56%)、「どちらともいえない」は4名(25%)、「いいえ」は(0名(0%)であった。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	9	3	1	3
「はい」は9名(56%)、「どちらともいえない」は3名(19%)、「いいえ」は(1名(6%)であった。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	3	1	7
「はい」は5名(31%)、「どちらともいえない」は3名(19%)、「いいえ」は(1名(6%)であった。				
15. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	5	3	1	7
「はい」は5名(31%)、「どちらともいえない」は3名(19%)、「いいえ」は(1名(6%)であった。				

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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <span style="float: right;"><input type="radio"/>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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <span style="float: right;"><input type="radio"/>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
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えていく <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	利用者にとって事業所が終の棲家であることに視点を置いて支援を行った 法人の理念であるミッションステートメントを基礎とし、理念方針は行動指針として具体化されている。当事業所として理念・方針は①利用者の尊厳を守る。②安心とぬくもりを感じる生活。③利用者の立場に立ったサービスの提供。④入居から最期まで、その方らしく喜びを持った生活。⑤利用者とのコミュニケーションを大切に。などに集約され、本年度の活動の指針となっている。本年度は利用者一人ひとりがその人らしい生活を送ることを大切に、当事業所が利用者にとって終の棲家であるという視点に重点を置いて質の向上に取り組んでいる。	
	本年度の共通取り組み項目を定め、法人の進むべき方向を示している 法人の経営層は中長期を含めた当年度の事業計画を立案し、事業所ではその目標達成のために、主任会議や部内の各種研修などにおいて、自らの役割と責任と事業所の進むべき方向を職員に対して示している。今年は法人の共通目標として①情報開示、②苦情解決、③職員研修、④身体拘束等の適正化を掲げた。また、事業所の取り組むべき課題として、①終の棲家としてのケアの実施をはじめとして②日常的支援の見直し、③他職種との連携、④権利擁護の視点に立ったケア、⑤地域貢献、⑥リスクマネジメント、⑦職員の能力向上の対応課題を挙げている。	
	重要案件は規程に従って決済され決定事項の職員への伝達手続きも制度化されている 法人全体の重要案件の基本項目は理事会で決定され、その後、経営会議、統括長会議、管理者会議などで検討され、決定事項の具体的内容は各事業所に伝達される。この手続きは制度化されており、職員も利用者も最新の情報に接することができる環境となっている。なお、法人では職員に対し毎年法人の理念を考える全体研修を実施している。	

2 カテゴリー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 type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ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 type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー2の講評		
<p>地域情報、利用者・家族の情報、職員の意見などを多岐にわたって収集している。</p> <p>家族会でのアンケートや苦情対応記録などから利用者の意見を収集している。その他、アセスメントの際に、家族から意見をもらっている。また、少ないながら意見箱からの情報収集も行っている。また、事業所運営に関する職員の意向は年に数回行う面接などで収集し、事業計画策定の際に反映させている。地域情報については、行政の審議会などの情報分析、東社協やその分科会、そして地域の社会福祉法人連絡会などに参加して収集している。収集された情報は管理者会議などで検討され、当事業所の課題として抽出され、都度見直しも行われている。</p> <p>中長期計画を基礎として事業計画を策定している</p> <p>法人には2014年から2023年までの中長期計画が策定されている。それをもとに、事業所では、主任会議などで事業計画を検討・策定している。主任会議では策定にあたり、昨年度の振り返りを行い、経理ヒアリングを行って財務的裏付けをとり、事業計画の予算案を策定している。また、管理者会議を通して、各部署の状況を把握することが出来ており、社会情勢や施設の運営状況を理解することで、見直しを行っている。なお、法人は1923年に創立しており、2023年には創立100周年を迎えるので、そのための事前準備も計画されている。</p> <p>進行状況の把握など事業計画の着実な実行に取り組んでいる</p> <p>事業計画は事業所が目指していることの実現のための指標であり、それぞれの活動のコンセプトを全員に明確にするため、主任会議の議事録を回覧している。計画の着実な実現のために、計画の進捗状況に応じて見直しを行っている。また、今年度は職員が指導する側と指導される側の両方の視点を学び多面的な視点を持てるような研修を行って、より質の高い介護サービスが出来るような取り組みを行った。また年度末に発生したコロナ禍に際し、従来の業務管理ソフトの電子会議室内で最新情報の共有化を図り、情報の速やかな伝達を可能にした。</p>		

3 カテゴリー3		
経営における社会的責任		
サブカテゴリ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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<b>カテゴリ3の講評</b>		
<p> <b>職員が守るべき法・規範・倫理について法人理念、行動指針、規程等で周知されている</b>            当法人では、法人理念、ミッションステートメントを法人の規範・倫理として明示するほか、この法人理念やミッションステートメントを踏まえて職員が業務を行う場合の指針となる行動指針を策定している。また当事業所に従事する者として守るべき法・規範・理念などについて考える機会として、毎年全体会議を開催している。部内研修や評価制度にある目標面接シートなどでも職員の理念・方針についての理解を確認している。また、エルダー制度がありOJTの場でも都度確認されている。その他、ホームページなどでも掲載されている。         </p> <p> <b>苦情解決制度の整備をはじめ利用者の権利擁護の取り組みを行っている</b>            契約時に苦情解決制度があることを明示し、当事業所以外にも相談窓口があることを説明している。また苦情解決制度の内容や受付担当者や責任者について館内に掲示されている。本年度の事業所の課題として、部内研修などでも学んだ「尊厳・権利擁護の視点に立ったケアの実施」もその一つの現れであり、苦情や要望についても、その都度、生活相談員を窓口にして対応してきた。その他、事業所には虐待対応マニュアルが整備されている。         </p> <p> <b>関連団体の会議に参加し地域の福祉ニーズの収集と把握に努め、地域貢献をしている</b>            法人の機関紙「いきいきマーチ」を発行し、地域のボランティアやクリニック、薬局などに配布し、当事業所の活動内容を伝えて、地域の社会福祉施設の役割を担っている。その他、地域の関連機関との交流の中で地域の福祉ニーズに関する情報の収集に取り組んでいる。施設長は西東京市施設長会議に出席し、法人としての制度問題や行政への要望事項の打ち合わせを行い、様々な提言を行うとともに、地域の福祉ニーズの情報を収集している。地域貢献としては近隣の福祉系大学に生活相談員を講師派遣して、地域福祉向上の一翼を担っている。         </p>		
<b>カテゴリ4</b>		
<b>4</b>	<b>リスクマネジメント</b>	
<b>サブカテゴリ1(4-1)</b>		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b> <b>5/5</b>
<b>評価項目1</b> 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		<b>評点(〇〇〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ4の講評		
<p>リスクマネジメントが行われ、リスクの洗い出しを行い、原因追及し対策を講じている。</p> <p>安全衛生委員会や防災委員会などで、経営を阻害する恐れのあるあらゆるリスクについて洗い出し、対策案を講じ、個々のリスクについて報告及び研修を行っている。さらに、事業所では事故予防の大切さを認識しており、利用者に怪我があった場合には、その発生原因を追及し、その他転倒などの原因を探り、その対策を講じるようにしている。また、各対策協議と対策変更時の各種マニュアルが整備され、消防計画書では消防訓練や各種の対策、手順などを定めている。ライフラインが途絶えた時の「震災時事業継続計画」(BCP)も詳細に策定されている。</p> <p>個人情報に関する各種規程があり、職員からボランティアに至るまで周知徹底させている</p> <p>事業所には個人情報保護に関し、「個人情報に関する基本方針」、「個人情報に関する基本規程」、「個人情報に関する文書管理規定」など綿密に記載された文書があり、職員からボランティアに至るまで周知徹底させている。事業所入口に「個人情報保護に関する指針」が掲示され、ホームページでも個人情報保護の取扱方針等について周知している。特に新入職員や中途入職時の職員に対しては契約書や研修・日常業務内において説明するなど、都度意識づけを行っている。ボランティアに対しても「確認書」を取り交わし注意喚起を図っている。</p> <p>機密文書は厳重に保管され、PCの共有情報もアクセス制限されている</p> <p>パソコンでの共有情報には個人別にパスワード設定がなされ、部外者の閲覧制限を行っている。利用者に関する機密文書などは各フロアのスタッフルームの鍵付き収納書棚に厳重保管されている。また、ウイルス対策ソフトを常に最新版に更新してセキュリティー対策をとっており、インターネット接続は専門機関が監視出来るようになっている。さらに、職員の情報管理の意識向上のために、研修の場で機密保持の重要性や情報の外部流出の影響などに注意を喚起している。今期はコロナ発生のため在宅勤務を余儀なくされ、機密保持には特段の配慮と対策を実施した。</p>		
カテゴリ5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(00)
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(00)
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(0000)
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(0000)
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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-5の講評

オンラインでの面接や見学を行って人材の確保に取り組んでいる  
「人材マネジメントチーム」が中心となって募集活動を行っている。インターンシップや学校訪問、実習生などを通じて毎年3~4名の新規採用を行っている。20年度はインターネットリモート画像機能を使ってオンライン面接や見学を行った。法人では人材募集にあたって、①どんな時でも「福祉の原点に立ち返れる人、②自分に与えられた「能力」を発見できる人、③人間としての「引き出しの広さ・深さ」を求め続ける人を求める人材像としている。新入職員は合同の新入職員研修後、各職場に配属されエルダーと呼ばれるOJT責任者から指導を受けている。

個人別育成計画があり、各種研修や目標面接シートを使った面接などを実施している  
職員一人ひとりに各階層別に役割を明示し、個人別育成計画があり、各職員が目標面接シートに個人目標や受講したい研修などを記入して上司に提出し、面接を行い、上司は助言を与えつつ目標をすり合わせ今年度目標として決定される。この「目標面接シート」は期末には目標に対する本人の自己評価や振り返りを記載したうえで上司に提出され人事考課資料としている。目標管理は業務と能力開発の2つ以上の目標を設定し、自己評価と上司の評価を行っている。さらに、各人にキャリアパスを設定し、資格取得や職員教育を実施して、人材育成を実施している。

当法人は「TOKYO働きやすい福祉の職場宣言事業所」である  
当法人は福祉事業所における人材確保と職場環境の向上を図るため職員研修計画や育児休暇等の取得などについて再度整理し、東京都が実施している「TOKYO働きやすい福祉の職場宣言」に宣言事業所として登録されており、東京都人材情報バンクシステム「ふくむすび」に情報が公表されている。職員の意欲向上と定着のために、リフレッシュ休暇・ノー残業デー、サークル活動への補助などを行い、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、ワークライフバランスと職員の意欲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)

<課題抽出の背景>

新人教育に関して指導する職員により違いが生じてしまっており、指導内容にばらつきがみられた。以前より我々の技術の継承、根拠のある介護指導を行うことに取り組んでいたが、まだ職員に浸透しきれていないことが原因であることが推測できたため。

<課題・目標>

新人教育を担う職員に対し、指導が的確にできるよう、改めて一つひとつの業務手順について、その根拠を理解し、OJTができるような取り組みを行う。

<取り組み>

例えば移乗介護についてもマニュアルはあるが、その背後にある危険性を予防する方法の理解などの根拠を示し、職員の研修の際、実際に指導する現場を想定し、どのように実地指導しているかをロールプレイングで学習した。それぞれ、介護する側、介護される側の立場になり、かつその場を他の職員が観察をし、全員がディスカッションし、それを通して各人が多角的な見方が出来るようにした。

<結果>

研修の取り組みにより、各人がより多角的な視点を持って介護にあたることができた。また、根拠のあるケアを理解し、実践の場で職員に指導することができるように研修を実施し、また介護マニュアルを見直し、新しく改訂した。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</p>
<p>取り組みの検証</p>	<p><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</p> <p><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)</p> <p><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</p>
<p>検証結果の反映</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</p>

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

より根拠のある介護や技術の継承ができるように着脱・移乗・排泄介助におけるマニュアルを指導者向けと新人向けに作成する。これにより職員の共通理解を図り、介護者個々人の介護技術のばらつきを減らし、利用者に対して安定したサービス提供ができることを今期の取り組みとしている。

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)

<課題抽出の背景>

利用者にとって、より快適な生活が過ごせるために、人員の適材配置やマンパワーの充実が必要であると考えられたため。

<課題>

業務を効率よく実施するために、ショート(短期入所)担当職員の配置や業務内容の見直し・変更を行う。

<取り組み>

生活相談員とは別にショート担当職員を設け、事前に生活相談員とショート担当職員がショート利用者の状況をアセスメントし、確認することにした。その状況把握に踏まえて、さらに必要な情報に関してはケアマネジャーや利用者の家族に対し、再度生活相談員が情報収集を行い、入所に備えた。入所後の状況の変更点がある場合は適宜ショート担当職員がアセスメントに反映している。

<結果>

利用者の事前情報やアセスメントを介護職員であるショート担当職員と生活相談員が共有することで、入所する当日からショート利用者に対して円滑に支援することが出来るようになった。また、ショート利用中はショート担当者が生活全般のアセスメントを行うことで正確な情報提供を随時行えるようになっている。

目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

本年度もこの取り組みを継続し、ショート担当職員と生活相談員が連携を図ることでショート利用者がより安心して利用できるよう配慮して取り組んでいく。

II サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評			
<p>ホームページにて、詳細な情報を提供している</p> <p>ホームページは、同法人の他の事業所も含めて、様々な情報を発信している。当事業所の入所条件や、短期入所生活介護利用料が掲載されている。居室や食堂などについては特別養護老人ホームへのリンクが示されている。パンフレットや季刊誌「いきいきまーち」、事業報告書、事業計画書などをホームページで読むことができる。その他、月1～2回ホームの日記が掲載されている。今後は、新型コロナウイルス感染対策のために生活が一変している状況も掲載されると良いと思われる。また、ホームページを暗号化してセキュリティを向上させることを望む。</p> <p>自治体のガイドブックに受け入れ状況などを明記している</p> <p>当事業所の居室は10床ある。西東京市介護事業所ガイドブックに、他の事業所と同じフォーマットで簡潔に事業所の情報が記載されている。利用希望者にとって、医療的管理を必要とする方の受け入れ状況がマッチしているか検討しやすい。たとえば、自己注射可能であればインシュリン注射は可能である。胃薬は、経管摂取と併用ならば可能、透析は家族で通院対応するならば可能としている。認知症による問題行動や精神疾患については集団生活可能な方との条件はあるが、医療の必要な認知症の利用者を10数名受け入れている。</p> <p>新規利用希望者の問い合わせには丁寧に対応している</p> <p>短期入所の利用相談や見学の希望者には個別に説明している。新型コロナウイルス感染防止のため、施設内を自由に見学することはできないので、写真を用いて説明している。また、ショートステイ以外のサービス提供や相談にも乗っている。居室にシャワーがあること、共同浴室は個室であり、職員と一対一で安心して入浴できることを説明している。送迎サービスは西東京市および武蔵野市在住に限ることを説明している。</p>			

サブカテゴリ-2		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
2	サービスの開始・終了時の対応		
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-2の講評			
<p><b>利用者本人の居所にて面接し、利用以前の環境を把握している</b>          本人の居所にてインテーク面接を行うことにより、自宅の居室のレイアウト、ベッドの手すりの位置、ベッド回りの物の配置、服装、移動方法などを把握し、ショートステイ利用時にもできるだけ同様な環境を作ることができる。普段使っているものを持ち込むことにより安心して利用できるようにしている。利用者の環境と共に、要望や趣味、食事制限、嗜好などを利用者や家族から聞いてフェイスシートに記録し、個別援助計画を立て、ショートステイ利用時に生かしている。</p> <p><b>ショートステイ利用ごとに個別支援計画を見直し、家族と情報交換している</b>          リピーターが多いので、主介護者と理解しあっているが、利用前にこまめに連絡を取っている。おくすり手帳は処方に変化するごとに持参してもらい、緊急時に往診の医師を優先するか救急搬送を優先するかなど確認している。ショートステイ利用初日と最終日には全身状態をチェックし、ショートステイ終了時には利用中の様子を書面で主介護者に伝達し、必要に応じてケアマネジャーと情報交換している。ショートステイ利用終了時には計画を見直している。</p> <p><b>利用案内、契約書、重要事項説明書等によって説明し同意を得ている</b>          サービスの開始にあたって、利用案内、利用契約書、重要事項説明書等によって説明している。説明すると同時に、利用者・家族等の意向・課題を確認し、フェイスシート・アセスメント表に記載し、個別援助計画書に反映させている。また、将来はタブレット端末などを用いて通訳することを検討している。また、緊急ショートステイ事業においては利用者・家族関係者の状況を把握し行政等と連携を取りながら利用者の生活再建の一助となるよう努めている。</p>			

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
3	個別状況に応じた計画策定・記録		
<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(〇〇〇)</b>	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		<input type="radio"/> 非該当
<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(〇〇〇〇)</b>	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している		<input type="radio"/> 非該当
<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(〇〇)</b>	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している		<input type="radio"/> 非該当
<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(〇〇)</b>	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-3の講評			
<b>個別援助計画は在宅生活におけるニーズを踏まえて立案している</b> 個別援助計画はケアマネジャーの居宅支援計画を土台として在宅生活におけるニーズを踏まえた上で立案している。居宅介護計画および担当者会議の内容を職員間で共有している。利用中の利用者・家族の希望、状態の変化に応じて、いつでもケアの内容変更に対応している。ただ、利用者アンケートの問3「日常生活に楽しみな行事や活動があるか」に対する「はい」が20%以下と低い点は新型コロナウイルス感染防止のために行事が中止になっている影響がみられるので、今後の改善が期待される。			
<b>各職員からの情報はICT(情報通信技術)を活用して多職種で情報共有している</b> インテークから利用者の情報はPCで記録しており、生活相談員と各フロアのショートステイ担当職員が連携している。利用者の心身の状態に応じて、どちらのフロアを利用するか判断し、利用を開始してから生活を見直している。毎回、入所時に心身の状況や持ち物などを看護師と介護職などでチェックし、記録している。これらの利用者に関する情報はPCで確認できるため、適切な情報を迅速に得ることができ、各職種の援助に生かされている。			
<b>利用者一人ひとりの状態に応じた対応をしている</b> 医療の必要な認知症の利用者にも工夫して対応している。機能訓練は生活リハビリを機能訓練員が利用者の動きの変化をみながら実施している。家族が自己判断で薬をコントロールすることがあるので、おくすり手帳だけで判断せず、実際に飲んでる薬を確認して対応している。趣味活動に関して、書道や塗り絵・貼り絵・ちぎり絵などを実施している。現在は新型コロナウイルス感染予防のため、全体体操を実施できていないが、何ができるか模索している。			

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p><b>虐待防止のため入退所時に全身状態を把握している</b>            身体拘束や虐待に関する研修を実施、職員が利用者の尊厳を大切にしている。記録は提供したサービスの具体的な内容や、利用者の状態を適切に把握するために重要であることを認識し、ショート入退所時には、痣や歩行状態、顔色など全身状態を把握し、記録している。この記録により、家庭での虐待の疑いや事業所内での事故の可能性の有無を明らかにしている。また、利用者本人の苦情・意見要望等については家族やケアマネジャーと共有し対応を検討している。</p> <p><b>個室であるため家族・知人の訪問や深夜のトイレも安心してできる</b>            新型コロナウイルス感染予防のため制限されているが、本来は家族や知人の訪問は自由である。面会の記録は個人情報として、他の利用者等の目に触れないよう配慮している。職員が居室に入室する際はノックと声掛けをしている。居室内にシャワーもあるプライベート空間である。居室にトイレを設置しており、排泄介助のプライバシー確保は利用者の羞恥心への配慮ができています。入浴に関しても利用者のプライバシーは保たれている。</p> <p><b>利用者個人の意思を尊重するとともに、自分の時間が持てるようにしている</b>            当園では、「利用者の尊厳を守る」を理念の第一に掲げている。次に、「安心とぬくもりを感じる生活」、「利用者の立場に立ったサービスの提供」掲げ、これらの実現のために、権利を守り、意思を尊重するよう努めている。食事は特養と同じだが、箸の持ち込みは可能で、居室に冷蔵庫があり、補食を楽しめる。また、食事席を配慮し、入所の利用者との顔なじみの関係を築いている。自分の時間が持てるような配慮もある。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
<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		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	
<b>評価項目2</b> サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>ショート担当職員を設け、生活相談員と連携しサービスの質の向上を図っている</p> <p>介護職員をショート担当とし、ショート利用者の状況を事前に生活相談員とともにアセスメントを確認した。それを踏まえ、さらに必要な情報に関してはケアマネジャーや家族に対し再度生活相談員が情報収集を行い入所に備えた。入所後の状況変化等は適宜ショート担当職員がアセスメントに反映をさせている。ショート担当職員と生活相談員が、事前情報やアセスメントを共有することで、入所当日にはショート利用者に円滑に支援出来るようになった。またショート利用中はショート担当が生活全般のアセスメントを行い正確な情報提供を行えている。</p> <p>マニュアル委員会を設置して定期的な見直しを実施している</p> <p>めぐみ園業務マニュアルを作成しており、入職時に配布するとともに、各ワーカー室に設置して、日常的に活用できる体制としている。現状とマニュアルの違いを発見した場合にはマニュアル委員会で確認し、変更の必要が生じた都度改定している。職員間の介護技術のばらつきがあることから、介護する側される側の立場を体験し、ディスカッションし、根拠のあるケアを理解し、指導者の指導力を向上させ、同時にマニュアルを見直し再作成している。</p> <p>利用者の人権と尊厳を守るとともに、防げる事故を防ぐためのスキルアップに努めている</p> <p>当事業所は、利用者の意思や家族の意向などを聞き、最期の時までその方らしい生活を過ごせるように、個別のニーズに沿った日常生活支援に努めている。それを実現するための知識と技術水準を維持する研修と研鑽を実施し育んでいる。高齢者は痛みの感覚が鈍かったり、骨がもろかったり、皮膚が剥離しやすかったりする。入所者以上に認知症が重い利用者や医療依存度の高い利用者もあり、介護技術のスキルアップに努めている</p>			

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4																
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	32/32															
<p>1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <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. 介護計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</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> <td>○非該当</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> <td>○非該当</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> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">評価項目1の講評</p> <p>前回利用時の個別援助計画を参考に支援を行い次回の計画作成に活かしている                      ショート専任の職員を配置し支援の更なる充実を目指している。利用開始時にはショート担当職員等が家庭訪問を行い、利用者の生活状況や生活環境を確認している。リピーターが多く短期入所用の個別ファイルがあり、個別援助計画は前回分を用いて開始し退所後に利用中の変化を見て次回の計画を作成している。毎回利用開始前日には利用者の体調を電話で確認し、特にコロナ禍にあるため発熱があれば利用を中止している。パソコン上でも個別援助計画をはじめ情報を確認することができるため、利用者の意向や援助方針を確認しサービス内容を検討している。</p> <p>リピーターが多く特養利用者や職員と顔見知りが多い為コミュニケーションは良好である                      ショートステイを初めて利用する場合は短期間の利用とし施設の生活の様子を知ってもらうように配慮している。リピーターが多く職員や特養利用者も顔見知りが多いため、コミュニケーションは良好である。耳の遠い利用者などには、要件を紙に書くなどにより意思の疎通が行われている。インテーク面接で住環境をチェックしベッドやトイレの位置などを在宅に合わせ工夫している。短期間での新聞購読が可能であり、他への迷惑にならない範囲で信仰の尊重を含め自由な生活が出来るよう支援している。</p> <p>サービス担当者会議に介護支援専門員が出席し、担当職員と連携し情報交換を行っている                      サービス担当者会議に介護支援専門員が出席し情報交換を行い連携してサービスを提供している。事前の契約が無い場合にも柔軟性を持って受け入れており、利用者のアセスメントはショート担当介護職員から聞いている。ボディチェック時に虐待の可能性が見られる場合には地域包括支援センターと担当者に連絡し対策を取っている。</p>				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	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																
<p>2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <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. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している</td> <td>○非該当</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> <td>○非該当</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> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">評価項目2の講評</p> <p>利用開始前に献立表を送り好き嫌いや禁忌の食品について代替品を用意している                      利用の前には利用期間中の施設の献立を送付し、好き嫌いや禁忌の物を確認し出来る限り代替品を用意している。療養食の提供は可能であるがかかりつけ医からの指示書が必要となっている。食形態は常食、刻み、ペーストなどがある。おやつの特参は可能であるが、家族の判断で食べ過ぎる時は職員に預けおやつ時間に必要量を渡すようにしている。利用中の食事摂取量はご様子表(ケア記録)により家族に報告している。補食として高カロリーゼリーやサポートゼリーを持参した時は自主管理が出来ないと思われる場合に限り職員が預かっている。</p> <p>食事の延長は2時間と決められ受診などにより遅れる場合には軽食が用意されている                      介護食器など利用者が使い慣れた物を持ち込む事が可能である。利用者の希望があれば居室配膳も行っている。食事の延長は2時間と決められており、透析通院などで帰りが遅くなる時は軽食を用意し提供している。起床が遅い時など食事時間に遅れる場合も時間内であれば対応している。食事の席はコミュニケーションが取りやすい特養利用者の近くに用意し楽しく交流出来るよう配慮しているが、コロナ禍にあり席の間隔を空けている。リピーターが多く問題はないが、利用開始日には職員が声掛けし相互の理解を深めるように気配りを行っている。</p> <p>季節感を感じさせるメニューが用意され、敬老会、クリスマス会には特別食が用意される                      食事は全体に野菜が多く季節感を感じさせる工夫がある。正月にはおせち料理、ひな祭りのちらし寿司、夏季には素麺、年末には年越し蕎麦などがある。敬老会では例年家族参加で豪華な食事が提供されるが今年度はコロナ禍により家族参加は中止となっている。キリスト教の施設である事から特にクリスマス会ではクリスマス特別食が用意され、キリストの誕生を利用者、職員で祝っている。選択食は肉、魚の選択として年3回提供されている。食事時にはテレビを消し音楽を流すなどにより穏やかな食事時間となるよう配慮されている。</p>				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	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																

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

浴室は個室形式であり利用者個々の要望に対応し安全な入浴支援に努めている

入浴形態は一般浴、リフト浴、機械浴があり、それぞれの浴槽は仕切られ個室浴室となっているためプライバシーが保たれている。入浴形態は利用者のADL(日常生活動作)や自宅での介護に準じた形で対応している。全体に重度化が進みリフト浴や機械浴の利用が多くなっている。利用者それぞれに対し入浴介助マニュアルを整備しており、湯の温度や湯の深さ、介助の留意点など記載され個別対応への周知を図っている。誘導から入浴介助までマン・ツーマン対応とし、利用者一人ひとりに向き合い安全な介助が出来るよう配慮している。

個室浴室であり利用者のプライバシーは保たれ、事故防止への業務改善を実施している

更衣室では浴室への待ち時間にパーテーションの利用やバスタオルをかけるなど羞恥心に配慮している。リクライニング車椅子や車椅子から浴槽への移乗が多く、時に小さな内出血や傷などが見られる事があり、事故予防への意識が高まり各職員の移乗技術の確認を行うなど事故防止への業務改善に力を入れている。入浴マニュアルでは滑り止めの位置を各浴槽形態に応じて写真で明示するなど安全への配慮もある。入浴日を土日を含め7日間に変えたため、一回の入浴利用者が減り利用者、職員共に負担が軽減されゆっくり入浴を楽しむ事が出来るようになった。

柚子湯や菖蒲湯に加え年間複数回変わり湯を企画し入浴の楽しみを増すよう工夫している

利用者によってその日の気分により拒否がある時には時間や曜日を変えたり、体調不良の時には清拭を行っている。入浴時は職員と利用者が一対一でゆっくり会話できるため、職員は声かけを多くし昔話や嗜好、要望などをさりげなく聞き取りケース記録に記載し、今後のサービス計画に反映している。更衣時には全身状態を観察できるため、皮膚や関節の異常など問題がある場合には看護師に連絡し処置を行っている。入浴に変化をもたらすよう菖蒲湯や柚子湯、季節の物を湯に浮かべるなど変わり湯を複数回企画し入浴を楽しめるよう工夫している。

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	○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

おむつの使用法は必要に応じて帰宅時に漏れない方法を家族に指導する事もある

おむつは基本的に施設の物を使っているが銘柄などこだわりのある場合には持参している。布パンツの使用依頼には要望に応じているが、滞在中に漏れないようなおむつの当て方を工夫する事もある。帰宅した際にパッドの当て方が違うなど家族から指摘を受ける場合には、パッドの当て方の工夫について指導している。排泄時間や排泄状況については排泄表により確認し、便秘対応について看護職と介護職で検討し、持参した下剤の頓服を調整している。家族独自の薬剤の調整や記録ミスなどにより未投薬や誤薬などがあり誤薬防止について検討している。

サービス開始時のアセスメントシートの活用により在宅に近い排泄環境を整えている

個室内にはトイレも設置され時間や臭気を気にせずゆっくり排泄を行う事が出来る。サービス開始時のアセスメントの活用により在宅に近い排泄環境を整えるようにしており、ポータブルトイレの置き場所は在宅での配置に近い場所となるようベッドの位置に合わせて調整している。排泄支援に当たっては在宅での排泄パターンを確認すると共に、利用時の個別排泄記録表により排泄パターンを把握し定時誘導に加え個別介助に結びつけるようにしている。帰宅時には「ご様子表」としてケース記録を家族に届け排泄状況を伝えている。

ポータブルトイレは夜間の見回り時や排泄介助に使用している時はその都度洗浄している

ポータブルトイレは自宅での配置に近い場所に設置し、夜間の見回り時や排泄介助時に使用していると見られる時はその都度洗浄しており、毎日定時に洗浄および消毒を行い清潔に留意している。コロナ禍にあり排泄後は便座や手すりなどを念入りに消毒し、使用済みおむつは消臭剤を入れたビニール袋に入れるなど清潔と臭気にも配慮している。共同トイレには消臭剤を常備し空間除菌脱臭機が設置され、使用時には必ずカーテンを引き、誘導時には「ちょっとそこまで行きましょう」と耳元でささやくなど羞恥心への配慮もある。

5 評価項目5		移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している		○非該当	
●あり ○なし		2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている		○非該当	
評価項目5の講評					
<p><b>在宅で使用している介護機器の持ち込みが可能であり移動方法を継続している</b></p> <p>ショートは介護度に関係なく受け入れており、利用者によって多様な移動手段が行われている。杖や歩行器、障がい特性に合わせ自走式車椅子、ティルト式、リクライニング車椅子など種々の車椅子の持ち込みが可能である。廊下は広く往来が安全に行われるため、在宅での移動方法が継続されている。機能訓練指導員や理学療法士が在籍し、居室ベッド上や廊下介助バー、回廊などを使い生活リハビリ訓練が行われている。手引き歩行でトイレに行く時は少し遠くまで行くなど、生活リハビリの範囲での移動支援が行われている。</p> <p><b>着衣は在宅での習慣を継続し日中も寝間着で過ごす場合には上着の持参をお願いしている</b></p> <p>就寝時、起床時の更衣を行う事を原則としている。利用者によって在宅で日中も寝間着で過ごす習慣がある場合にはカーディガンなど上から羽織る物を持参するよう伝えている。一週間の利用の場合は3組の着替えを用意してもらい不足した時には備品の衣類を貸し出している。大勢の利用者の衣類をまとめて洗濯するため、滞在中の汚れ物を施設で洗濯するか持ち帰るかなどを確認し高価な衣服は持参しないようお願いしている。持参する持ち物には名前をつけるよう家族にお願いしている。履物は全フロア外履きを使用している。</p> <p><b>起床後は身なりを整えて食堂に行くようにしており、好みにより化粧をする場合もある</b></p> <p>居室内にはトイレと洗面所があり、少数の利用者は洗面所での洗面や身なりを整えている。多くの利用者は介助が必要でありホットタオルで顔を拭くようにしている。利用者によっては寝ぐせ直しの整髪料や化粧品を持参し自分で化粧したり髪を整えている。訪問理美容は月2回実施していた。新型コロナウイルス感染拡大により一時中止していたが、現在1回1人という制限下で再開している。ショーステイ時に訪問理美容がある場合には利用可能である。</p>					
6 評価項目6		利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている		○非該当	
●あり ○なし		2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている		○非該当	
●あり ○なし		3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている		○非該当	
●あり ○なし		4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしきみを整えている		○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>今年度はコロナ禍にあり利用開始前の健康状態の把握を念入りに行っている</b></p> <p>今年度はコロナ禍にあり入所前の健康状態の把握を念入りに行い、発熱や体調不良がある時には利用を中止している。入所時には看護師が血圧、体温、全身状態のチェックを行い内出血や傷、関節の変形などが無いかなど確認している。虐待が予測される場合には地域の担当者と相談し家族と別の場所で生活が出来る入院などの対応を行っている。胃ろうや尿道カテーテル、在宅酸素など医療処置が必要な利用者も受け入れているが、夜間は介護職員のみであるため吸引は介護職で資格を持つ職員により口腔内の喀痰吸引のみしか行えない事を伝えている。</p> <p><b>重度の褥瘡がある利用者に対し利用中の治療と在宅での指導により治癒した例もある</b></p> <p>医療が必要な重度の利用者を受け入れており、在宅での介護に関する指導も必要に応じて行っている。重度の褥瘡を持つ利用者を受け入れ医療処置を行うと共に、在宅において褥瘡予防のため除圧マットやクッションの使用について指導を行うなどにより治癒した例もある。薬は滞在日数分を持参してもらい名前や投薬時間を明記し一包化した物を持参してもらい、薬手帳や薬情報提供書により確認している。下剤の臨時薬は家族が変更している場合や排泄記録ミスなどによりショート利用者の未投薬などの誤薬もあり、誤薬防止について職員間で検討を重ねている。</p> <p><b>緊急時の救急対応に必要な連絡先と受け入れ可能な対応医療機関を確認している</b></p> <p>ショート受け入れに際し、前日の健康状態や体調を確認表に詳細に記入してもらったり電話により具体的に状態を聞き取り、重篤な症状や感染症の有無などを確認している。特に今年度はコロナ禍にあり、念入りの体調確認を行っている。急変時に受け入れが可能なかかりつけ医の確認と利用中に家族が旅行に行く時には、緊急時に駆け付けられる緊急連絡先を必ず確認している。看護師は夜間オンコール体制であり、夜間の急変時は電話対応により状況判断を行っている事を伝えている。</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にさせるよう支援している	○非該当
●あり ○なし	2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	○非該当

評価項目7の講評

**機能訓練指導員や理学療法士が在籍し生活リハビリへの取り組みを強化している**  
 理学療法士や機能訓練指導員が在籍しているため、利用者のADL(日常生活動作)の評価が可能であり、退所後の生活に生かせる視点での支援が可能である。機能訓練指導員は入所時には身体全体の動きを見て機能評価を行い、生活リハビリの視点で支援を行い入所時、退所時に機能評価を行っている。在宅と異なり、移動用福祉用具が必要な場合には機能訓練指導員が家族に連絡し対応している。機能訓練指導員は在宅の生活の様子や生活環境を見に行く事もあり、利用期間中に在宅で対応出来る生活動作への取り組みを強化している。

**ベッドや回廊の手すりを使った訓練、移乗やトイレ介助も生活リハビリの機会としている**  
 機能訓練指導員や理学療法士の指導により生活リハビリを視点に置いた内容を実施している。2階リハビリ訓練室には平行棒やマットなど訓練機器が揃っており、機能訓練を行っていたが、今年度はコロナ禍にあり使用できないため、各フロアの手すりを使った運動や回廊を利用した歩行訓練が行われている。マットリハビリはベッド上でマッサージや関節可動域訓練が継続されている。手すりを使った立位保持訓練、軽度の下肢スクワット、トイレでの立ち座り、回廊を使った手引き歩行、車椅子の押し方など介護職員に指導し連携して機能訓練を実践している。

**園芸での立ち座りや音楽で太鼓を叩くなど楽しみながら生活リハビリを行っている**  
 コロナ禍にあり活動を支援するボランティアが来所出来ないため、職員主導による活動を提供している。書道や塗り絵、ちぎり絵等に加え、外出が出来ないため中庭やベランダに野菜を植えるなど楽しみ活動の中で指先や手足、膝や腰の生活リハビリを行っている。コロナ禍にあり中断した活動プログラムもあるが、ウィズコロナの視点に立ち感染拡大防止策の徹底により、徐々に音楽療法等を開始している。ピアノに合わせて太鼓をたたくグループリハビリでは順番に太鼓を回し、太鼓を叩く利用者から明るい表情を引き出している。

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

**クラブ活動や行事が中止となっており、一日も早い楽しみ活動の再開が待たれる**  
 コロナ禍で遠方への外出や外食は出来ない状況であるが、近隣への散歩や中庭での外気浴、園芸などは徐々に行っている。ショート利用者にとっても楽しみである買い物も実施出来ない状況にあり、注文票により隔週に注文を受けつけ買い物代行を行っている。館内出張販売も一時中止していたが開始しており利用者からの注文を受けている。法人内で行われている「ぼぼたんカフェ」や「いきいきサンデー」、などの行事も中止となっている。行事を楽しみに利用している利用者もあり、今後はクリスマス会など楽しみの多い行事や日中活動の再開が待たれる。

**入所時のアセスメントにより自宅での生活の延長が出来るよう室内を整えている**  
 短期利用であっても希望があれば新聞の購読が可能であるが、コロナ禍にあり中止となっている。居室は入所時のアセスメントにより自宅での生活の場に近い室内環境を整えるようにし、ベッドとポータブルトイレの位置を同じにするなど配慮している。喫煙室は玄関脇に設置され、利用者が自由に使う事ができる。CDなどの持ち込みは可能であり、携帯電話は自己管理が可能な場合には持参して良い事としている。全室個室であるため、居室内の生活は自由でありプライバシーが保たれ、夜間の消灯や起床時間も自由である。

**コロナ禍にあり消毒、殺菌を徹底し感染拡大防止として施設全体の清潔保持に努めている**  
 施設内の清掃は専門清掃業者に依頼しており常に清潔に保たれている。コロナ禍の対応として食堂のテーブルや椅子、回廊の手すり、トイレの介助バーなど手で触れると思われる場所の消毒を頻回に行っている。トイレはトイレ専用の消毒薬を使用し殺菌消毒を行っている。食事介助職員は手袋着用、介助専用エプロン、髪の毛を覆う三角巾の着用を励行している。利用者や職員の手消毒や職員のマスク着用を徹底し、送迎時に送迎職員はマスク、フェイスシールド着用を義務とするなど、施設内の感染防止対策に力を入れ、常に施設内の清潔保持に努めている。

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			
<p>コロナ禍であり家族の来所が難しいため定期的な便りや電話で生活の様子を伝えている</p> <p>コロナ禍であり、家族の参加が多い敬老会やいきいきサンデーなどの行事が中止となり、直接利用者の生活状況を伝える事が出来ない状況である。広報誌やホームページでは利用者の活動や生活の様子などを写真入りで掲載している。ショートステイ終了時には利用中の様子を書面で主介護者に伝達し、必要に応じてケアマネジャーと情報交換している。送迎時にショート担当職員が送迎車に同乗し家族に直接会い、利用期間中の様子を伝える事もある。利用中に状態変化がある時には担当職員から家族に電話で伝えている。</p> <p>感染症拡大防止対策を徹底し玄関口での面会を再開するなど家族との交流を開始している</p> <p>10月からはコロナウイルス感染への対応として玄関ロビーにパネルを設置し、検温や家族の健康状態など必要な条件を満たしている事を条件に病院同行など必要がある場合に面会を可能としている。例年では敬老会は家族も参加して食事会が行われ午後の茶話会で家族からの要望を聞くなど職員との交流の機会を設けていたが、今年度は家族との交流の機会が少ない。ショート利用の家族の面会はあまり見られないが行事参加はあるため、行事の再開も待たれる。</p>			
10 評価項目10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している		○非該当
評価項目10の講評			
<p>感染症拡大防止対策が確立しておりウィズコロナの視点に立ち外出企画の再開が待たれる</p> <p>従来は花見や買い物、ドライブなど外出の機会を設けているが、今年度はコロナ禍にあり外出活動は全て中止となっている。近隣には保育園、小学校、中学校、大学などがあり、運動会への参加などの交流に力を入れており再開が待たれる。今年度はひまわりの種が小学生から送られ、「一緒に育てましょう」など小学生からのメッセージカードが玄関ロビーに掲示されている。ひまわりの種は中庭に植えられ利用者が水やりなどを行い楽しむ事が出来た。施設は感染症拡大防止対策を徹底しており、ウィズコロナの視点に立ち、今後の外出企画等も期待される。</p> <p>地域交流が豊かであり住民参加のぽぽたんカフェ、いきいきサンデーが好評であった</p> <p>法人として地域との交流を大事にしている。めぐみ便りや近隣小学校の運動会など行事のお知らせは拡大し車椅子目線に配慮して掲示している。近隣小中学校の運動会観戦を通年行っているが、今年度はDVDによる観戦となった。例年、月2回開催のぽぽたんカフェは地域の高齢者が参加しレジ、ウエイトレス、厨房で中心的に働き生きがいとなり、地域住民や児童も利用しくつろぎの場となっていた。いきいきサンデーはお祭りイベントとし年1回開催していた。学生、障害者施設などの参加により模擬店や音楽会、利用者の作品展もあり地域交流が豊かである。</p> <p>年間415名のボランティアにより多岐にわたる支援が行われているが現在待機中である</p> <p>前年度のボランティア受け入れは延べ415名となっている。地域住民や法人関連の教員などの参加があり入浴後のヘアドライヤー、ほつれもの修理、タオルや洗濯物たたみ、車椅子清掃、メンテナンス、傾聴など多岐にわたっている。コロナ禍で外来者の入室は禁止になっているため、活動が中止となっている。小学生や中学生の体験学習、福祉系大学の実習など再開も待たれる。地域住民の訪問が無い状況であるが、近隣小学生の元気な声が聞こえ利用者の楽しみとなっている。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-9	施設と家族との交流・連携を図っている
タイトル①	ショート担当職員を配置し家族との情報交換を強め利用期間中の支援の充実に努めている	
内容①	ショート利用にあたってはリピーターが多く、家族や保護者との関わりに力を入れている。今年度からショート担当専任職員を配置し家族との連携を深めており、1ヶ月に1度は定期的に利用者の様子を電話で聞きとっている。利用前日にも電話を入れ利用者の様子を確認し受け入れに万全を期している。帰宅時には利用期間中の生活の様子を「ご様子表」として摂食や排泄など生活全般の様子を記載したケース記録を家族に渡している。必要によっては担当職員が在宅への送り時に送迎者に添乗し、直接家族に会い、利用期間中の様子を伝えている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	4-2-1	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
タイトル②	サービス料金などの金銭管理業務を回収代行業者に委託し業務の省力化を行った	
内容②	業務改善の一環として長年にわたって行われてきたサービス料金支払い業務を一新し、回収代行業者に委託することにより、大幅な改善を実現した。利用者のメリットは、当事業所に合わせて改めて口座を開設する必要はなく、従来自分が使ってきた口座のままサービス料金の支払いに利用できることである。事業所にとっては預かり金処理など各利用者別に金銭管理をする必要がなく、予想以上に負担となっていた職員の金銭管理業務から解放され、その分利用者へのサービスに注力できるようになった。またこれにより、業務の標準化にも取り組めるようになった。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-2-2	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
タイトル③	ショートステイ利用ごとに計画を見直し、家族と情報交換している	
内容③	利用者の要望や趣味、食事制限、嗜好などをフェイスシートに記録し、個別援助計画を立てている。実際の利用に際しては、利用前にこまめに連絡を取っている。ショートステイ利用初日と最終日には全身状態をチェックし、ショートステイ終了時には利用中の様子を書面で主介護者に伝達している。また、必要に応じて、ケアマネジャーと情報交換している。利用終了時に計画を見直している。おくすり手帳は処方に変化することに持参してもらい、緊急時に往診の医師を優先するか救急搬送を優先するかなど確認している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	新型コロナ感染症拡大に対し早期に感染拡大防止策に取り組み、実施内容は職員会議で周知徹底した事により現在まで発症者は見られない
	内容	世界的な新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、施設では感染症拡大防止対策に早期に取り組んでいる。職員のマスク着用励行、手が触れると思われる食卓や椅子手すりなどの頻回のアルコール消毒、トイレ周りは次亜塩素系の消毒剤使用、手指消毒用アルコールを玄関口など要所に置く、面会中止、食堂の席は対面を避け一方方向に向けて並べ替える、三密を避けるための活動の中止、電子会議室での情報共有、外来者の入室禁止、感染防止対策委員会を頻繁に開くなど感染拡大防止策を念入りに行い職員間で周知徹底し現在まで発症者は見られない。
2	タイトル	ショート利用者の安全と安心のため、生活相談員とは別にショート専任担当の職員を配置し、利用者の情報を共有して支援に当たっている。
	内容	業務を効率よく実施するために、ショート(短期入所)担当職員の配置や業務内容の見直し・変更を行って、生活相談員とは別にショート担当職員を配置した。利用者の事前情報やアセスメントを介護職員であるショート担当職員と生活相談員が共有することで、入所する当日からショート利用者に対して円滑に支援することが出来るようになった。また、ショート利用中はショート担当者が生活全般のアセスメントを行うことで正確な情報提供を随時行えるようになり、より安心して利用できるようにした。
3	タイトル	重度の認知症や医療ニーズの高い方、緊急的に必要な方の利用を受け入れている
	内容	ホームページで、同法人の他の事業所も含めて、様々な情報を発信している。ホームページには掲載されていないが西東京市介護事業所ガイドブックに、他の事業所と同じフォーマットで簡潔に事業所の情報が記載されている。利用希望者にとって、医療的管理を必要とする方の受け入れ状況がマッチしているか検討しやすい。当事業所は、重度の認知症や緊急利用を受け入れており、介護者の入院など急に介護者不在になった場合など、事前の契約が無い場合も柔軟に対応している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	誤薬や内出血などの事故が報告されており、職員間で事故を無くしたいとの意識の高まりが見られ移乗方法についての個別指導を継続している
	内容	誤薬や転倒・ベッド下の座り込み、小さな内出血や傷などの事故が報告されている。入浴時などに内出血や傷を発見した場合には小さくても計測し事故報告にあげ、家族に報告し今後の対策をケース記録に記載している。職員間での事故を無くしたいという意識の高まりにより、業務改善として移乗方法についての指導を開始している。特に重度の利用者が多い階職員、新人職員への研修を強化し、現在も継続している。誤薬は頓服の下剤の未投薬などが多くトリプルチェックなどを強化している。事故ゼロを目指す業務改善への今後の更なる取り組みに期待したい。
2	タイトル	職員の人材育成と意欲向上のために、リーダー層と一般職員との共通理解の深化が望まれる。
	内容	当事業所には人事評価制度があり、職員の役割分担が明記され、職位(リーダー・主任・管理職)に応じて任用要件が決められている。また、職員が業務についての個人目標と能力開発目標の2つ以上の目標を設定した「目標面接シート」を使い、上司と本人で評価と自己評価を行っている。その他、ワークライフバランスにも配慮し、「働きやすい福祉の職場宣言」事業所でもある。良好な職場環境であるにもかかわらず職員意見では「意欲や働きがい」について肯定的な意見は少なかった。リーダー層と職員とのより緊密な相互理解を創り出す取り組みが望まれる。
3	タイトル	ICT(情報通信技術)のさらなる活用により、多職種での迅速な情報共有を推進したい
	内容	インテークから利用者の情報はPCで記録しており、生活相談員と各フロアのショートステイ担当職員が連携している。毎回の入退所時に心身の状況や持ち物などを介護職など多職種でチェックし、記録している。これらの利用者に関する情報はPCで確認できるため、適切な情報を迅速に得ることができ、各職種の援助に生かされている。さらに、今後もICT活用による情報共有を推進したい。