

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 203-0054

所在地 東京都東久留米市中央町4-7-1

評価機関名 特定非営利活動法人アクティブハンディネット

認証評価機関番号

機構 05 - 154

電話番号 042-470-7050

代表者氏名 理事長 君島 久康

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	小林 由里子	経営	H0404020
	②	中條 りう	福祉	H1302050
	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	施設長 金子 秀樹			
契約日	2024 年 6 月 1 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 7 月 31 日			
利用者調査結果報告日	2024 年 11 月 11 日			
自己評価の調査票配付日	2024 年 7 月 30 日			
自己評価結果報告日	2024 年 11 月 11 日			
訪問調査日	2024 年 11 月 14 日			
評価合議日	2025 年 1 月 16 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)	毎年、第三者評価を受審しており第三者評価の必要性を資料を用いて説明し、分析シートで求めている内容を確認し、職員調査の自由回答では建設的な意見や提案を記載することを伝えた。職員調査は、職員全員を対象としリーダー層と職員(常勤、非常勤)に分けて分析を行なった。利用者調査は全員が対象で、家族への郵送によるアンケート調査を行なった。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

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

年 月 日

事業者代表者氏名

印

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)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)入居から最後の時までその方らしく喜びを持った生活</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 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) 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もって接する。</p>

調査対象	2023年度からの利用者109名を対象とした。
調査方法	アンケート調査方法(自記式であるが、回答困難な場合は家族が本人の意思を確認して記入)。アンケート調査は前年度の利用者109名に調査票と返信封筒を事業所から配布。記入した調査票は返信封筒に封入し封緘のうえポストに投函。評価機関が直接回収を行なった。

利用者総数 109

	アンケート	聞き取り	計
共通評価項目による調査対象者数	26	0	26
共通評価項目による調査の有効回答者数	26	0	26
利用者総数に対する回答者割合(%)	23.9	0.0	23.9

利用者調査全体のコメント

「大変満足」「満足」合わせた総合満足度は61%(16名)である。「はい」の比率が80%以上は、問6「身体状況や要望を職員はわかってくれている」(85%)、問5「利用中に介助が必要な時、職員は対応してくれている」、問8「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思う」、問11「職員はあなたの気持ちを大切にしながら対応してくれている」、問13「サービス内容についての説明はわかりやすい」(いずれも81%)である。総合的な感想は「お世話になるようになって表情等が違ってきている(良い方向に)。職員の対応が良く、感じも良く、家族は満足しています」「毎回楽しかった、困ったことは無かった、満足して帰宅しています」「利用中の様子など、細やかに家族に伝えて下さり、本人の希望を尊重しながら対応していただいたようで、安心して利用することが出来ました」「細部にわたって親切に、どなたも見守ってくださいます」「自宅から近いので安心です」等の意見がある。

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	16	7	0	3
16人(62%)が「はい」と回答している。「認知症のため記憶にありません」「家では独居なのでショートから帰ってくると日常生活に戻るまでに2~3日かかってしまう」等の意見がある。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	17	6	0	3
17人(65%)が「はい」と回答している。「おいしい、楽しみ」「主食の量を増やしてほしい」「認知症のため記憶にありません」等の意見がある。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	2	14	5	5
2人(8%)が「はい」と回答している。「行事や活動がもっとあると良い」「自分で体操をしたり、歩行したりしている」「入浴は自宅で浴槽に入れないが、ショートではイスのまま浴槽に浸れるので満足」等の意見がある。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	12	9	3	2
12人(46%)が「はい」と回答している。「居宅内で動くこと、食堂までの往復以外、何もしていない」という意見がある。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	21	3	2	0
21人(81%)が「はい」と回答している。特に意見は無い。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	22	4	0	0
22人(85%)が「はい」と回答している。「職員間での連絡が行き届いていないと思う時がある」という意見がある。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	19	5	0	2
19人(73%)が「はい」と回答している。「持ち物が洗濯など綺麗になって戻ってきます」という意見がある。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	21	3	0	2
21人(81%)が「はい」と回答している。特に意見は無い。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	19	5	0	2
19人(73%)が「はい」と回答している。「ケガ等していない」という意見がある。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	15	7	0	4
15人(58%)が「はい」と回答している。「いさかいなど見たことが無いので分かりません」「家族としては信頼しています」等の意見がある。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	21	3	0	2
21人(81%)が「はい」と回答している。「よく声を掛けてくれます」「個人の感情のことなので難しい」等の意見がある。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	17	7	0	2
17人(65%)が「はい」と回答している。特に意見は無い。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	21	3	0	2
21人(81%)が「はい」と回答している。「認知症ですが説明を受けた時はわかりやすく、理解していると思う」「よくやっています」等の意見がある。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	17	5	0	4
17人(66%)が「はい」と回答している。特に意見は無い。				
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	11	10	1	4
11人(42%)が「はい」と回答している。「家族は説明を了解しているが、本人は忘れている」「ケアマネジャーの方とも話が通じています」等の意見がある。				

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 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	
	法人理念を事業計画に掲げ施設長が職員向けに文書や面接等で理解浸透を図っている 事業計画の冒頭に法人のミッションステートメント(理念を実現する行動指針)を掲げ、更に施設長が職員向けに理念のビジョンや具体的に行なう6つの重要ポイントを記載した文書を配布し個々に説明や面接等も行なって理解浸透を図っている。また理念について考える全体研修を法人にて毎年実施しており事業運営の核となる考えを職員全体で考えていく機会を設けている。利用者・家族には事業計画の閲覧、事業所発行の通信誌や季刊誌の送付にて伝えている。事業所は昨年度、創立100周年を迎え、経営理念(使命)を改めて組織全体での認識を深めている。 事業所の理念や基本方針の実現に向けて施設長は会議や個別に役割と責任を伝えている 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、運営会議、部署内研修の場で自らの役割と責任を常に伝えており、事業計画にも職員体制を記載して経営層の位置づけを明確にしている。施設長は個別に説明も行ない、文書にて今年度の係・委員会・プロジェクトの分担、組織(階層の役割)について示し、更に現場の職員の意見に耳を傾けるように心がけており、ディスカッション形式の研修など職員同士で学び合える機会も作っている。職員調査においても経営層のリーダーシップについて理解が得られている事が確認出来る。 重要事項の検討・決定は法人の会議にて行なわれ職員には電子会議室で迅速に共有される 重要な案件の検討や決定の手順はあらかじめ決まっており、管理者会議、経営会議、統括長会議、在宅部門会議、各種委員会で協議・決定された事項は、事業所内委員会(褥瘡対策、身体拘束廃止、看取りケア、生産性向上等)及び事業所内SNSの導入による電子会議室の活用で職員に共有される。この仕組みにより組織的な意思決定が円滑に行われている。利用者・家族には事業所発行の定期的な通信誌、身元引受人に向けた資料の配布にて伝えており、利用者・家族にも十分な情報が提供され、組織全体の協力と理解も深まっている。	

カテゴリ-2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ-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	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○非該当
●あり ○なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○非該当
●あり ○なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○非該当
サブカテゴリ-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	
●あり ○なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-2の講評		
<p>利用者や職員の意向、地域の関係機関との会合等、多角的な視点から情報を得ている</p> <p>事業所を取り巻く情報を多角的な視点から得て事業運営に活かしている。利用者意向は第三者評価での調査や居室担当職員を中心とする日々の関わり、苦情対応、入所時の面談等から得ている。職員意向は人事考課面接、計画策定時の聞き取り、職員会議、施設長との関わり等から把握しており、電子会議室内には職員共有の委員会が立ち上がり、活発に意見交換が来ている。外部環境の状況は管理者会議を通し各部署の状況から把握しており、更に行政の審議会、都社会福祉協議会及び分科会からも情報を得て、課題を抽出し事業運営に活かしている。</p> <p>法人の中長期計画を基に事業所の単年度計画を策定し、具体的な方向性を示している</p> <p>昨年度100周年を迎え中長期計画が策定されている。建物の建替え検討プロジェクトを通して将来の法人のあり方について方向性を検討している。法人の経営方針を基に、事業所の単年度計画として①人材育成、②排泄に関する快適性向上、③認知症ケアの向上、④余暇の過ごし方を事業方針としている。また重点課題として①終の棲家としてケアの実施、②日常支援の在り方の見直し、③自立支援・重度化防止に向けた多職種連携、④リスクマネジメント、⑤生産性向上、⑥人材育成への取り組み、を掲げ担当者を中心に職員全員で実践していく事を目指している。</p> <p>事業計画の重点課題を指標の基本として、半期ごとに見直しを行なっている</p> <p>事業計画の着実な実行に向けてPDCAに即して実践している。数値目標としては稼働率を掲げている。進捗状況の把握と確認は半期毎に行なっており、10月末に法人全体として上半期の振り返りを行ない、その後で事業所での振り返りを行なっている。事業計画の振り返り・評価は、各フロアの視点に任せているが、施設長は事業所の理念、作成した事業計画に掲げた目標を職員間で確認出来るよう、フロアを回って意見を聞いている。今後は事業評価の視点(基準)の組織としての統一化と職員の事業計画に対する意識化を更に図ることも課題としている。</p>		

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

福祉サービス従事者としての規範等を研修等で周知徹底を図り委員会で確認している

福祉サービス従事者として守るべき使命をミッションステートメントとして、また事業経営の理念・現状と課題を事業計画の冒頭に記載している。ケアワーカー室などにも掲示してホームページにも明示している。職員には周知と遵守を徹底するために目標面接シートを通じた面接、部署内での階層別・全体研修、外部研修、新入職員には研修及びOJTによるエルダー制度などで実践している。更にCS委員会等での利用者満足度等からも確認している。職員調査では90%以上が「福祉従事者としての法・倫理を遵守している」と回答している。

苦情解決制度の説明と虐待に対する研修を行ない利用者権利を擁護している

利用者の権利擁護を常に意識しており、今年度の事業計画の中でも「苦情解決(人権擁護と利用者本位のサービス提供)」「虐待防止の取り組みと身体拘束等の適正化」を掲げている。契約時には利用者・家族に苦情解決制度や相談窓口の設置について説明し事業所内にも掲示している。苦情や要望には生活相談員が迅速に対応し苦情記録として共有している。虐待防止については虐待防止検討委員会及び身体拘束等適正化検討委員会で研修をそれぞれ年2回を行なっている。虐待対応についてはマニュアルを作成しており、生活相談員を連携窓口にして対応している。

地域の福祉人材育成及び高齢者に対する片付け支援事業など地域貢献に取り組んでいる

透明性を高めるために事業計画等の閲覧、季刊誌の発行を行なっている。またボランティア及び社会福祉士実習生を受け入れ、出張授業で近隣の小中学校向けに福祉施設の説明や高齢者疑似体験、車イス操作指導等を行ない地域の福祉教育に貢献している。更に生活相談員が近隣の大学の福祉学科で講師を担い地域福祉向上の一翼を担っている。また近隣地域で生活する高齢者の不要物処分を手伝う「片付け支援事業」(福祉サービス事業)、近隣の高齢者を対象に「地域で役割のある生活の実践」を目指した自立支援活動(花等を使用した作品作り)を行なっている。

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、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	○非該当
カテゴリ4の講評		
<p>リスクマネジメントにおいて各部署の職員からなる委員会を設置して検討を行なっている</p> <p>経営を阻害する恐れのあるリスクについて、各部署から職員を集めた委員会(安全衛生委員会、防災委員会)を設置してリスクを洗い出し、優先順位をつけて対策協議と対策変更時の各種マニュアルの見直しを行なっている。継続的な感染症予防を実施するため、感染症防止委員会がマニュアルを策定し、実際の感染事例を想定した訓練も行なっている。手洗いやマスク着用などの基本的な予防策を徹底すると同時に、物品の発注・備蓄の管理も行なっている。利用者・家族のニーズに応えるため感染対策を踏まえた上で、制限はあるものの面会も実施している。</p> <p>BCP(災害用、感染症用)を策定し、委員会を組織して見直しも行なっている</p> <p>災害や事故に遭遇した場合に備え、BCP(自然発生時における業務継続計画、新型コロナウイルス等感染症発生時における業務継続計画)を策定し、各部署の職員からなる委員会を組織して見直し・検討を行なっている。災害用BCPでは主な役割を部署・役職毎に明記しており、復旧対応における業者一覧、他施設・地域との連携体制も記している。火災・地震・水害に関する訓練を定期的実施し、自衛消防隊を組織して計画的な訓練も行ない、消防計画書も作成している。感染症BCPでは、感染症・BCPの訓練・研修も行ない職員の意識を高めている。</p> <p>「個人情報保護規程」を策定し研修等で個人情報の漏洩に対する職員の意識を高めている</p> <p>情報の収集、利用、保管、廃棄について「個人情報保護法」を基に「個人情報保護規程」「文書管理規程」を策定し、職員には研修、実習生やボランティアにはオリエンテーション等で説明をして、個人情報の漏洩に対する職員の意識を高めている。「誓約書」も得ている。情報の重要性や機密性を踏まえ、パソコンにはアクセス権限を設定しウィルス対策ソフトも更新している。情報漏えい防止のために鍵付き書棚管理対策をとっている。利用者・家族には「個人情報保護規程」を分かりやすく説明し「個人情報及び写真・映像の使用に関わる同意書」を得ている。</p>		

カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●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-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

カテゴリー5の講評

毎年数名の新卒採用があり、キャリアパスを設定して人材育成計画を策定している

職員に求める人材として「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」を掲げており、法人と連携して新卒者を毎年採用している(今年度は新卒3名を採用)。法人理念の継承、現場研修による質の向上を基本として人材確保と育成に取り組んでおり、目標管理や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。またキャリアパスを基に人材育成計画を策定し、職員は目標面接シートを作成して年2回上司と面接を行ない、個人の目標や研修希望を共有している。

階層別研修、新卒採用者育成、委員会による項目別研修等が年間計画されている

当事業所の職員として役割を理解し、基本的な業務の意識・技術を習得するために、年間研修計画が策定されている。全職員対象の階層別研修(一般職・リーダー・主任・管理者)、新卒採用者育成計画(毎月)、中途採用育成計画が設定されている。また委員会や研修担当者による項目別研修も行なっている。職員は職種に合った研修機会に参加することが可能で、職務の調整なども行なっている。終了後は報告書を作成している。指導を担当する職員に対して、エルダー制度があり今年度は新任職員3名に対して3名のエルダーが主にOJTで対応している。

施設長との面談や職員間の情報共有など職場環境の向上により意欲向上に繋がっている

職員の意欲向上に向けて働きやすい環境整備に力を入れている。福利厚生制度の運用、オンライン勤怠による状況把握、携帯電話アプリによる申請閲覧等のサポートを行なっている。施設長は現場での職員との対話に心がけており、また職員間では事業所内SNSで常に情報共有が出来、風通しの良い職場環境が構築されている。更にディスカッション形式の研修を行ない、自己評価、他者評価、両面から気づき合える機会となりチームワークの促進、チームケアの充実にも活かされている。職員調査では約8割が「意欲向上」「チームワーク促進」を評価している。

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)

【課題を抽出した理由】利用者の快適性に配慮していたが日中にも拘わらず夜間用の大きいサイズのパットを使用していた。日中活動が多い中で大きなパットを使用しており動きづらさなどの課題があった。【課題・目標】排泄用パット類を使用しても日々快適に日常生活を送ることが出来る取り組みを行う。【取り組み】オムツの専門業者のアドバイザーにより、リーダー格のケアワーカーを中心に排泄介助の研修(適切なテープ式オムツとパッドの使用用法)を行なった。またパット類を使用している利用者の排泄時間ごとの尿量を同じ時間に測定した(1日3回)。その結果を踏まえ、時間毎に尿量にあったパットを選定し、見直しを行なった。【取り組みの結果】研修と尿量測定により、時間ごとに利用者個々にあった適切なパットを選定出来るようになり、快適性の向上(歩行のしやすさ、羞恥心の減少など)にも繋がった。購入していたパットの比率(日中用と夜間用)が改善され、無駄なパットは使用しなくなりコスト面にも効果があった。【検証・今後の方向性】今後も更なる快適性の向上を進めていくため、オムツ業者のアドバイザーからアドバイスを受け個別の課題を改善していく事としている。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

昨年度は「排泄用パット類を使用して日々快適に日常生活を送る事」を課題目標として設定した。その背景には、大きなパットの使用により活動面での課題があったこと。また利用者の快適性を常に重視しており、事業計画では「日常的な支援の在り方の見直し」を目標として掲げていることから、適切な課題設定と言える(P)。具体的には、オムツ専門業者による研修といった専門的な視点からの取り組み、また尿量の測定といった根拠となるデータの分析を行っており、適切な取り組みである(D)。その結果、利用者個々にあった適切なパットの選定が可能となり快適性の向上に繋がることを検証している。更にパット使用に対するコスト面での効果も見られ、目標達成に向けた成果があったと判断した(C)。この結果を受けて、今年度も更なる快適性の向上を進めるために引き続き専門的な視点からのアドバイスと、利用者個々の課題を追究している。事業計画では「自立支援・重度化防止に向けた多職種連携」を重点課題に掲げ、オムツの適正化による排泄支援の実績を活かして利用者の自立支援に繋げることとしており(A)、PDCAサイクルに沿った取り組みとして評価した。

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)

【課題を抽出した理由】看取り期における居室担当職員の取り組みや考え方や個人差があった。また事業計画において、利用者が最期までその方らしく生活を送れるよう、利用者・家族の思いを尊重する事を掲げている。看取りケアをわかりやすく示し、職員が主体的に取り組めるようにする必要があった。【課題・目標】看取り期における考え方の共有化と職員のスキルアップを目指す。【取り組み】看取り期における各職種や居室担当職員の役割の明確化を行ない、居室環境の整理やデスクカンファレンスの主催など、役割を明確にした。「看取りマニュアル」を作成した。指針から看取り期になって実施すべき内容、亡くなった後の対応まで細かく記載されており、分かりやすい内容となっている。【取り組みの結果】看取り期における各職種や居室担当職員の役割が明確化になり、主体的に行動出来る体制が構築された。更にIC(インフォームド・コンセント)に、居室担当職員が参加出来る時は参加するようになった。【検証・今後の方向性】引き続き、看取り期の様々な対応について実践していくとともに、職員間では経験値にばらつきも見られるので、研修等で全体的なレベルアップを図っていく。

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	
<p>昨年度は「看取り期における考え方の共有化と職員のスキルアップを目指す」を目標として設定した。その背景には、事業所がミッションとして掲げている「利用者一人ひとりが人間としての尊厳をもち喜びを持って生きる事」を目指していることが根底にあり、最期までその方らしく生活を送れるよう、利用者・家族の思いを尊重する事を事業計画にも掲げており、適切な課題設定と言える(P)。具体的には、看取りケアに対する考え方とスキルの統一が重要と考え、役割の明確化とマニュアルの作成を行ない、適切な取り組みである(D)。その結果、職員が主体的に行動できる体制が構築された。しかし依然として職員間で経験値によるバラツキ、死生観に対する考え方に差があることも検証された(C)。この結果を受けて、今年度も同様の課題を掲げ、事業計画においても「終の棲家としてのケアの実施」を重点課題に掲げ、職員のケアに関する知識・技術・意識の向上を目的とした研修も実施することとしており(A)、PDCAサイクルに沿った取り組みとして評価した。</p>	

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している	<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>利用希望者等に多くの情報を発信し視覚的にも理解しやすいような工夫が行なわれている</p> <p>利用希望者や家族に向けて分かりやすく情報提供を行っており、ホームページでは、事業所が大切にしていることを冒頭に掲げ、居住環境や日々の食事、選択食、行事食の一例や行事の様子など多くの写真と共に紹介されており、事業所のイメージが描きやすいよう配慮されている。更に、法人の各事業についても、写真と共に詳しく紹介されている。利用希望者は事前に十分な情報を得ることが出来、視覚的にも理解しやすい工夫が行なわれている。また、行政が配布しているガイドブックにも掲載されているため、身近で情報を得ることが可能になっている。</p> <p>行政が配する「ガイドブック」「高齢者の手引き」等で地域に向けて情報提供をしている</p> <p>行政や関係機関への情報提供を通じ、地域との連携を積極的に図ると共に、利用希望者やその家族が必要な情報を容易に得られる環境を整えている。地域包括支援センターや居宅介護支援事業にパンフレットを配布して必要な情報提供を行っている。また、行政が配布している「介護保険事業者ガイドブック」や「高齢者の手引き」に事業所情報が掲載されており、地域住民や関係者が情報を入手しやすくなっている。また、社会福祉法人連絡会における相談窓口として登録を行ない、地域から寄せられるニーズに柔軟に対応できる体制を整備している。</p> <p>問い合わせや見学等については生活相談員が対応しケアマネジャーと連携し対応している</p> <p>短期入所の利用相談や見学の希望者には随時対応している。問い合わせの多くは、担当のケアマネジャーからで、見学については基本的には予約を得て個別に案内しているが、予約なしでも可能な限り対応し、施設入所相談や見学の希望には随時対応している。見学時は、利用料金表やパンフレット等を用いて丁寧に説明している。また、当施設以外のサービスや相談にも親身に対応している。また、急なケースの受け入れについても可能な限り対応し、事業所は地域に根差した福祉施設として寄与している。</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(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	
サブカテゴリー2の講評			
<p>短期入所利用案内や重要事項説明書でサービス内容や留意事項等を説明し同意を得ている サービス開始にあたり、利用者の状況に応じて基本的なルールや重要事項を丁寧に説明している。ショート利用案内や契約時の「重要事項の説明書」を通じて、サービス内容や利用者負担金、施設利用にあたっての留意事項等を十分に理解してもらい同意を得ている。契約書別紙には、食事、入浴、介護、健康、レクリエーション、送迎等について記載されており、分かりやすく説明している。特に、利用者の体調変化時の対応については速やかに家族に連絡をすると共に、主治医に連絡する等必要な措置を講じることを説明し、緊急連絡先を確認して明記している。</p> <p>短期入所利用時の案内冊子を作成し利用者が安全に過ごせるよう配慮している サービス提供にあたり、生活相談員は利用者の生活の場に出向き、「アセスメント表」や「フェイスシート」を用いて丁寧に情報収集を行い、利用者及び家族の意向を確認している。利用者のニーズに合った支援を行なうために「個別援助計画(1,2)」やケース記録を通じて経過を把握し職員間で共有することで、利用者一人ひとりに寄り添った支援が提供出来ている。また、「ショートステイ利用案内」を作成し、衣類、貴重品、おやつ、保険証、薬などについて詳しく説明している。これにより、短期入所生活を安全に過ごせるよう配慮している。</p> <p>自宅に近い環境を整える等案して過ごせるよう配慮した支援に努めている インテーク面接を通じて自宅の居室のレイアウトや移動方法を把握している。それにより、短期入所利用時も出来る限り自宅に近い環境を整えることが出来る。加えて、普段使用している本や携帯、編み物などを持ち込むことで、安心して過ごせるよう配慮している。初めての利用では、職員の声かけや、細やかな様子観察を行ない、利用者の不安軽減に努めている。また、サービス利用中の状況は、主介護者に書面で報告し、担当のケアマネジャーとは、情報共有・連携することで支援の継続性に努めて、利用者が安心してサービスを利用出来る体制を整えている。</p>			

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(000)		
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(0000)		
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、必要に応じて見直ししている	○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○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(00)		
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(00)		
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		
在宅生活におけるニーズを踏まえ、統一した様式に記録して支援に反映している 初めての利用では、「ケアプラン」に沿って、利用者の心身状況や生活状況、医療情報、利用者及び家族の希望、利用目的等を詳しく聞き取り、統一した様式に記録してニーズや課題を明確にしている。2回目以降のアセスメントについては利用の申し込み時と入所直前に電話連絡をして、利用者の最新の状況を確認している。変化があった場合は「個別援助計画1・2」に修正、加筆等を行ない、職員間で情報共有を図っている。アセスメントの見直しは、個別援助計画の作成時や入所時の再確認、家族への連絡による最新状況の確認で、その都度実施している。 「居宅介護支援計画書」に基づき「個別援助計画書」を作成している 短期入所の「個別援助計画書」は、担当ケアマネジャーが作成した「居宅介護支援計画書」に基づいて、在宅生活におけるニーズを踏まえた上で作成している。「居宅介護支援計画書」及びサービス担当者会議の内容は職員間で共有している。2回目以降からの利用にあたっては、毎利用前に電話連絡をして利用者の状態変化等について確認している。またそれらの変化等が利用中に確認された場合も併せて、個別援助計画の内容に反映しケアの変更を行なっている。 利用者情報は朝・夕のミーティングとOAシステム上での確認で情報共有を行なっている 利用者一人ひとりの情報を記載・共有する仕組みが整備されている。個別援助計画やケース記録を通じて支援内容や利用者の状態推移を具体的に記録し、記録OAシステムを活用して、各職種からの情報をパソコン上で確認することが出来ている。これにより、的確な情報を迅速に得ることが出来て、各職種間の支援に活かされている。また、日直を中心に、朝・夕にミーティングの実施と当日の出勤者への口頭伝達、記録の閲覧で情報共有を図っている。職員が的確かつ迅速に情報を把握できる体制が整えられ、職種を超えた支援の連携が図られている。		

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(000)	
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(00)	
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			
<p>個人情報保護については、基本規程に基づいて丁寧に説明して同意を得ている</p> <p>事業所では「個人情報保護法」に伴う個人情報に関する基本規程を整備し、外部(利用者)向け、業者向け、職員向けで、それぞれフローチャート図で規程、文章、様式(申請・返答)について分かりやすく明記されており、この手順に沿って、利用者及び家族に説明し「個人情報及び写真・映像の使用に関わる同意書」を得ている。また職員に対しても入職時にこの手順に沿って説明し「誓約書」を交わしている。また、実習生やボランティアについてもオリエンテーション時に説明し、「誓約書」を交わしている。これにより、情報管理の徹底化が保たれている。</p> <p>全室個室で職員は利用者の居室に入る際は声かけ等を行ないプライバシーに配慮している</p> <p>利用者のプライバシーの保護については、居室に入室する際は必ずノックや声掛けを行ない、利用者の了承を得て入室している。また、全室個室でプライベートな空間が確保されており、家族の訪問や深夜のトイレ利用も他の利用者に気兼ねなく行なえる環境が整備されている。浴室やトイレも個室化仕様になっており、支援の一連の流れはマンツーマンで対応し、羞恥心への配慮やプライバシー尊重の意識が職員間に浸透している。</p> <p>利用者の意向や価値観、生活習慣等を尊重した支援に努めている</p> <p>日常の支援において利用者一人ひとりの意思を尊重し、活動への参加や食事の選択についても、利用者の希望に出来る限り沿った対応を行なっている。また、法定研修として身体拘束や虐待に関する研修を実施し、職員の意識を高めている。個室化により、可能な限り自宅の居室に近い環境を整えて、趣味・嗜好に配慮した支援を実践し、利用者が安心して短期入所生活を過ごせるよう配慮している。これにより、利用者の尊厳を守り、個別ニーズに対応する支援が行なわれている。</p>			

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			
<p>各種マニュアルを整備し、マニュアル委員会で点検・見直しを行なっている</p> <p>サービス提供に関する基本事項や手順を明確にするため、介護業務マニュアルや看護業務マニュアル等を整備している。点検や見直し・修正等については、マニュアル委員会で行なっている。ケアワーカーの24時間の業務内容を洗い出し、業務時間や業務分担の見直しを行なうことで業務の効率化と標準化を図っている。24時間の業務の流れや緊急時の対応等はケアワーカー室に掲示し、確認しやすくなっている。また、フロアの主任・リーダーを中心にタイムリーに見直しを行ない、フロアノートで職員に周知している。</p> <p>マニュアルや研修資料は情報共有システムでいつでも閲覧が出来るようになっている</p> <p>職員が業務上で分からないことが生じた際や業務の点検を行う際に、手引書やマニュアルを日常的に活用できる環境が整えられている。ケアワーカー室に手引書が設置されておりいつでも閲覧可能となっている。また、情報共有システム内でもマニュアルや研修資料も閲覧できるため、職員は必要な時に迅速に確認出来るようになっている。また、職員調査でも「職員間の雰囲気良く、相談しやすい環境で利用者のケア方法やアプローチ法など決めやすい」「現場で利用者について話し合う時間が個人、役職関係なく行なっている」等の意見が多かった。</p> <p>利用者、職員からの意見や第三者評価の意見も踏まえ業務内容の見直しに反映している</p> <p>提供するサービスの基本事項や手順の見直しに際し、変更時期や基準を定め、計画的に実施している。マニュアル委員会は年に1回点検を行い、変更が必要な場合は速やかに対応している。また、事業計画は毎年作成し、第三者評価を通じて外部からの意見を反映し、評価結果をフィードバックしている。職員や利用者からの意見を積極的に取り入れており利用者からはサービスを利用の都度、意見や要望を聞き取り「個別援助計画」等に反映している。職員からは施設長との個人面談時や日々の業務の中で意見や提案等を聞き、運営会議で検討・見直しをしている。</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															
1	<p>評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●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>	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																
評価項目1の講評																		
<p>初回利用時には生活相談員が自宅や入院先を訪問しアセスメントしている 初回利用時には生活相談員が、自宅や入院先など利用前の生活環境に従い訪問し、利用者の身体状況と生活環境に合わせた生活状況の詳細を確認し、アセスメントしている。アセスメント内容をフェイスシートにまとめ、利用者の要望や意向に従い個別援助計画を作成している。個別援助計画はパソコン上で閲覧が可能であり、サービス提供時に計画内容を確認しショート担当職員間でサービス内容を検討している。コミュニケーションの取り方については事前の面接や家族からの情報により利用者の能力に応じた対応を行っている。</p> <p>自宅での生活の延長に配慮し居室に入る範囲での私物の持ち込みは可能となっている 初回利用時に生活相談員は事前にサービス担当者会議に参加し、ショート利用時やショート利用以外の生活状況についての情報を収集し、ショート担当職員と対応についてすり合わせを行っている。特にコミュニケーションの取り方について確認している。利用期間が短期であっても、自宅での生活の延長に配慮し、その人らしく生活出来るよう支援内容を検討している。読書が好きな場合には本人が読んでいる本の持参も可能である。短期間であっても居室に入る範囲で持ち込みは可能であり、携帯電話や編み物、縫物を持参する事もある。</p> <p>入所時には多職種が集まる夕方のミーティングで利用者についての引継ぎを行なっている 利用者の支援内容については受け入れを対応したケアワーカーが多職種が集まる夕方のミーティングで引継ぎを行ない支援内容やコミュニケーションの取り方について個別の対応方法を伝えている。生活相談員は利用者にとって「自宅の当たり前が施設の当たり前」となるよう在宅での利用者の生活状況をケアワーカーに伝え支援の充実を図っている。利用期間は事前に計画し、入所時間や退所時間の規定はあるものの、利用者の支援を担う家族の体調変化や急な勤務状況の変化にも対応し緊急利用への対応も行い、入所、退所時間、利用日程の調整も可能としている。</p>																		
2	<p>評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している</p> <p style="text-align: right;">評点(0000)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●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>	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																
評価項目2の講評																		
<p>利用者ごとに食事形態、食べられない物などを把握している 初回のインテーク時に、利用者が食べられる物、食べられない物、食事形態や食事量について把握し、食べられない献立の場合には代替食を用意するなど、在宅での食事の状態に合わせた食事を提供している。利用者調査では食事の献立や食事介助への満足度は「はい」が65%となっている。食事への自由意見では「おいしい、楽しみ」、「主食の量を増してほしい」などがある。利用者によっては食べなれた物を持参する場合もある。居室に冷蔵庫はあるが、食品の内容によっては事業所の冷蔵庫に預かる事もある。</p> <p>食事提供については事前のアセスメントにより食形態や好き嫌いに対応している 利用前のアセスメントにより食形態や好き嫌いを把握し対応している。介助食器等は利用者によって使い慣れた物を持参する事がある。荷物の返却が漏れてしまうリスクがあるため持ち物の確認を慎重に行なっている。在宅においては事業所の食事時間と異なる場合があるが、基本的に事業所の食事時間に合わせて食堂に誘導している。透析や受診等により食事時間に遅れる場合に置き置きもあるが、食事時間より1時間半を超えて遅れる場合には代替食を用意している。</p> <p>年に数回選択食があり、当日の利用時にのみ楽しむ事が出来る 年に数回は選択食を提供している。魚料理か肉料理かなどの選択が可能である。1例として焼き魚かエビフライかなどがある。ご馳走日の食事も見た目に配慮し食事形態も工夫している。季節に合わせ旬の食材を使った料理や、敬老会の行事食も刺身や天ぷら、クリスマスデザート、正月にはおせち料理もある。おやつもパエリアやロールケーキ、アイスバー、秋には焼き芋など多彩なご馳走の用意がある。利用日に該当すればご馳走を楽しむ事が出来る。</p>																		

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(0000)
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		
<p>入浴形態は一般浴、リフト浴、機械浴があり在宅での実施状況に準じた形で対応している</p> <p>浴室は一般浴、リフト浴、機械浴があり、在宅での介護状況に準じた形で対応している。入浴日は週2回である。誘導から入浴介助まで個別対応である。各種浴室は同じスペースに設置されており、各浴室の入り口は壁とカーテンの仕切りがある。脱衣室は広く共有であるが、パーティションで区切る等してプライバシーに配慮している。機械浴は2名体制であるが、一般浴はマンツーマン対応となっており、利用者ケアワーカーが向き合う貴重な時間である。複数の利用者が一度に集まる事はなく、全て個室環境にありプライバシーを保つ事が出来ている。</p> <p>週2回の入浴対応で、体調がすぐれないなど入浴出来ない時には清拭対応を行なっている</p> <p>利用時は発熱が無いかなど健康状態を確認して利用開始しているが、家族の事情等により体調がすぐれない時の利用や、利用者に何らかの理由があり入浴が出来ない時には清拭対応としている。入浴拒否がある場合には「お着換えしませんか」「ちょっとさっぱりしませんか」等の声掛けの工夫をしている。声掛けの工夫によっても理解を得られない場合には入浴時間や日程を変更している。短期間の利用であっても入浴出来るよう時間を調整し、自宅で浴槽に浸かれない場合もあり、入浴出来るよう工夫し週2回の入浴支援に努めている。</p> <p>入浴の楽しみとして菖蒲湯や柚子湯、香りの良い入浴剤の使用などの工夫がある</p> <p>入浴時には湯温や湯の深さを個別に調整するなど利用者が安心して入浴出来るよう配慮し、利用者にとっても楽しみとなっている。入浴の機会を楽しみの多い時間とするため、浴室を季節感あふれる場所とするよう工夫されている。季節に併せ菖蒲湯や柚子湯をはじめ、みかん浴やリンゴ浴も工夫している。その他に季節に合わせた各種入浴剤を使用する事もある。入浴時はケアワーカーと利用者がゆっくり向き合う機会として会話を楽しんでいる。浴室の清掃は毎日行われ清潔が保たれている。</p>		
4 評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(000)
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、それに合わせ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>個室で居室内にトイレがあり他者に気兼ねなくゆっくり落ち着いて排泄をする事が出来る</p> <p>在宅での排泄状況や排泄方法について家族から聞き取り、在宅での排泄方法に準じた形で対応している。居室は個室であり居室内にトイレもあるため、他者に気兼ねなくゆっくり落ち着いて排泄が可能である。自宅で自立歩行でトイレに向かう人には歩いてトイレに行ってもらっている。食事時間等であっても臭気など他者への気遣いもなく排泄やオムツ交換が可能であり、待ち時間もなくプライバシーが保たれた環境である。個別に排泄チェック表が用意され、排泄パターンを把握する事が可能であり、定時のみでなく随時にも個別に排泄介助支援を行う事が出来る。</p> <p>在宅でベッド脇にポータブルトイレを置いている場合には利用時にも意向に併せている</p> <p>在宅でベッド脇にポータブルトイレを置いている場合には利用時にもポータブルトイレを置いている。置き場所や置く時間帯は在宅での対応に準じた形としている。居室は個室でありトイレも居室内にあり、ベッドから近い距離にある。トイレを使用したい意向がある場合には利用者の歩行状態に併せ、安全に配慮し掴まる物を置いておくなど工夫している。ポータブルトイレを日中もベッド脇に置きたいとの要望があれば利用者の意向に沿って対応している。排泄記録により排泄パターンを把握し介助の時間などを工夫し個別の排泄介助支援に努めている。</p> <p>ポータブルトイレは清潔保持に留意し使用都度の洗浄と週一回念入りな洗浄が行なわれる</p> <p>利用時に居室内のトイレを使うのか自宅同様にベッド脇にポータブルトイレを置くのかは利用者の状態や意向に併せて対応している。個室であるため臭気などによる他者への気兼ねは無いものの、ポータブルトイレはベッド脇に置く事が多く臭気にも配慮し、定時の排泄確認と使用したと思われる場合にはその都度居室内のシャワーで洗浄し清潔を保っている。使用都度の洗浄に加え週1回はケアワーカーにより更に念入りに洗浄が行なわれ、清潔保持に努めている。共同トイレは消臭スプレーを置き、空間除菌脱臭機を設置し快適に使用出来るように配慮している。</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>脚力の低下が起きないように自立歩行時には少し長い距離を歩くよう声掛けしている</p> <p>移動方法については事前の自宅訪問で自力歩行の様子や車イス移動方法などを確認している。短期利用時には自宅で利用している車イス、杖などの持ち込みが可能であり、荷物チェック表にも車イス・杖等の項目がある。自宅では家具などをつかむなどにより自力歩行が可能な場合でも、事業所は廊下に介助バーや手すり等があるものの、トイレや食堂への距離があるため、家族に了解の上、車イスを利用する事もある。自力歩行を希望する場合には見守りと声掛けをし、利用中に脚力の低下が起きないように配慮している。</p> <p>着慣れた衣類や洗面用具等には個々に記名し紛失防止のための準備をお願いしている</p> <p>衣類は在宅で着慣れた物を持参してもらっている。食べこぼしや排泄時の汚染には洗濯をするため、名前をつける事をお願いしている。事業所では利用者全体の衣類の洗濯を一括で行なうため、記名が必要である。洗濯係がフロア毎に洗濯物を分別しているが、必要な物は持参してもらい荷物チェック表で利用開始時、退所時に確認している。</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>医療処置が必要な利用者も受け入れており利用当日の健康チェックが重要である</p> <p>入所時には家族より健康状態(検温)を記入してもらい当日持参してもらっている。バイタルチェックやボディチェックも行い、褥瘡や湿疹、掻き傷、火傷跡等の有無を確認し記録している。事業所内でコロナ感染が単発であっても発生した時には抗原検査を実施し利用開始時に感染の有無を確認している。胃ろうや褥瘡処置、留置カテーテル、在宅酸素等医療ニーズのある利用者も受け入れており医療機材や経管栄養剤等、必要物品が揃っているかについて看護師は入念にチェックしている。体力低下が見られる利用者もあり、利用当日の体調チェックが重要である。</p> <p>薬は看護師とケアワーカーでダブルチェックを行なっている</p> <p>「ショート利用時のお願い」には薬の持参について詳細な説明を記載している。投薬時間の確認のため内服薬は1回分ずつにまとめ、名前、日付、服用時間を記載し、利用中に必要な日数分の薬を一包化の状態を持参してもらうようお願いしている。更に薬剤情報提供書やお薬手帳の持参をお願いし服薬内容の確認は看護師とケアワーカーでダブルチェックしている。外用薬は記名してもらい使用方法は個別援助計画1に記載してもらっている。薬内容のチェックと必要な数が揃っているかを確認し、間違いがある時には家族に連絡・相談のうえ持参を依頼している。</p> <p>ご様子表に利用前の体調を記載してもらい体調不良時の利用は控えてもらっている</p> <p>利用中の健康管理については事前に「ご様子表」を家族に渡し検温を含め健康状態を記載してもらっている。利用中の変化も同様に「ご様子表」に記載している。医療機関の受診は基本的に事業所は行わない事としているが、利用中の急な体調変化や急変に備え緊急時連絡先を確認している。特に利用期間中に家族が旅行する時などは期間中の緊急連絡先を確認している。利用案内には事業所は医療機関ではないので体調不良時の利用は控えて欲しいと明記している。体調不良が見られる時にはケアマネジャーや家族と相談の上、受診や退所の調整をする事がある。</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		
<p>利用者・家族は家庭で行なえる生活リハビリについて助言を得る事が出来る</p> <p>居室内はベッド、テレビ、冷蔵庫の他、衣類を入れるタンスや床頭台がある。自宅では家具等に掴まりながら自立歩行が出来ていても、事業所では十分に掴まる場所がないため、歩行による転倒リスクが高い場合には、家族に了承のもと車イスや歩行器等による介助を検討することがある。理学療法士が自立歩行が可能な場合には長い廊下を利用して歩行訓練を行なう事もあり、ベッドから車イスへの移乗時もベッド柵に掴まり5秒程度の立位保持を行なう等、利用者の日常動作を評価し家庭でも可能なリハビリの実践と助言を行なっている。</p> <p>身体を動かす行事活動として、楽しみながら行なえる運動等の工夫に期待したい</p> <p>特養全体の活動はテレビを見ながらの口腔体操やテレビ体操、風船バレーなどがある。趣味活動は囲碁、将棋、縫物、編み物、読書などがある。個別に静かに行なう活動が主となっており、身体全体を動かす活動はテレビ体操や風船バレー等である。その他年間行事として花見や七夕飾り、敬老会、ドッグセラピー、クリスマスランチがある。外庭の草花の水やりなどもあるが、身体を動かす行事活動は少ない。利用者の声として「待っている時間が多かった」「軽い体操があると良い」などがあり、楽しみながら身体を動かす活動への更なる工夫に期待したい。</p>		
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		
<p>クラブ活動や行事の開催が少ない場合の利用日の活動参加への更なる支援に期待したい</p> <p>特養では利用者ができる事と出来ない事を見極め楽しみながら出来る事に注目して支援をしている。歌、書道、ちぎり絵、塗り絵、ペン習字、風船バレー、庭の草花の水やりなどを行っている。年間行事として花見、七夕飾り、納涼祭、敬老祝賀会、ワンワン村(ドッグセラピー)などがあり、利用日に該当する場合には楽しむ事が出来る。「毎回楽しかった、困った事は無かった。満足して帰宅しています」等の感謝の声もあるが、「行事や活動がもっとあると良い」などの声もある。利用者の心身の状況にもよるが楽しみ活動参加への更なる支援に期待したい。</p> <p>食堂の行き帰りや余暇時間を使い生活リハビリに努め在宅での自立歩行維持に努めている</p> <p>全室個室であり、ゆっくりくつろいで過ごす事が出来る。居室内にはテレビがあり、適切なボリュームであれば観ることが出来、場合によってはイヤホンを使用している場合もある。近年では携帯電話やタブレットを持参し、ゲームを楽しむ事もある。本の持ち込みも自由であり読書を楽しむ利用者もいる。脚力の低下を防ぐため、手すりを使って廊下を歩いたり、車イスで長い廊下を周回する事もある。無為に臥床して過ごすのみでなく、在宅生活に戻った時に利用以前の状態を維持出来るよう、身体能力の低下を防ぐ活動を工夫している。</p> <p>共用部の定期清掃を行ない階段や廊下の手すりもアルコール消毒を継続している</p> <p>廊下や共用トイレ、食堂、浴室など共用部は定期的に清掃を行っている。居室内は退所後に清掃し、入所前には居室内が清潔に保たれているかの確認を行っている。コロナ禍では階段や廊下の手すりなど人が頻りに触る場所は定期的にアルコール消毒を行っていたが、コロナ5類対応になったとはいえ、コロナやインフルエンザなどの感染症が散発的に発生する事もあるため、現在も主要ヶ所のアルコール消毒を継続している。面会の家族など外来者や訪問者等事業所内に立ち入る場合にはうがい、手消毒の励行をお願いし、清潔保持に努めている。</p>		

9 評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族などの面会等は可能な限り希望に応じている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用中の状況を家族や介護支援専門員に報告し、必要に応じてアドバイスをするなど在宅生活の支援をしている		○非該当
評価項目9の講評			
<p>短期利用は家族の体調不良などの理由が多く、面会はほとんどない</p> <p>短期利用は家族の体調不良や入院、仕事の都合など、家庭の事情による利用が多く、面会はほとんどない。しかし短期利用であっても事情によっては数ヶ月になる事もあり、面会を希望する場合もある。コロナ感染症は5類対応となり面会制限が緩和されているので、玄関での手消毒とマスク着用により居室での面会を再開している。面会時にはケアワーカーと家族が会話ができる機会であり、利用者の様子を伝えたり家族の要望を聞いている。</p> <p>利用中の様子はご様子表により家族に伝え写真入りの季刊誌も送付し喜ばれている</p> <p>短期利用はケアマネジャーを通して行なわれるため、利用者についての情報をリピーターであっても毎月電話連絡を行い利用者の様子や変化について聞いている。利用中に行事がある場合にも事業所から行事の内容等について伝えている。利用者によっては行事の開催日に利用したいとの要望がある場合がある。利用中の様子はケース記録をご様子表として経過を記録し家族やケアマネジャーに報告している。事業所の季刊誌は利用者や家族宛てに送付し法人の情報を伝えている。季刊誌は行事に参加する利用者の笑顔の写真などを多く掲載し喜ばれている。</p>			
10 評価項目10 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している		○非該当
評価項目10の講評			
<p>職員が中心となり地域情報を収集し小学校の運動会見学や花プロジェクトに参加している</p> <p>近隣小学校の運動会開催時には情報を掲示したり園内放送により伝え、利用者を運動会見学に案内している。地域では「地域を花でいっぱいにしたい」花プロジェクトを展開しており、近隣小学校も参加している。小学生から花の苗や種を頂き中庭に植えている。利用者が水やりなど行い花を育て押し花作りをしている。利用中には花の水やりや押し花作りにも利用者の要望があれば参加出来る。</p> <p>年中行事としての「いきいきさんデー」には開催日に利用できれば参加する事が出来る</p> <p>法人全体で地域交流に力を入れており、年中行事として「いきいきさんデー」を開催している。特に年一回開催される「いきいきさんデー」は今年度は中庭を使い開催された。各種の催事には近隣小学生、中学生、高校生、一般住民がそれぞれの企画を持ちより参加している。利用者家族や関係者、事業所関係者など多くの地域住民が参加し利用者や住民が身近に交流する機会となっている。利用日には入所者と共に参加し、小学生のダンスや地域住民による和太鼓演奏、高校生による打楽器演奏、ネイルアートなどを楽しむ事が出来ている。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	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
タイトル①	郷土料理やおやつ工夫など楽しみのある食事提供に取り組んでいる	
内容①	調理は、直営で行なっており、2名の管理栄養士を配置して食事関係に力を入れて取り組んでおり、懐かしい郷土料理や豪華なおやつを提供している。給食会議では介護職員と管理栄養士が話し合い利用者の意向を反映したメニューの検討・実施をしている。行事食に加え、年に数回、選択食を実施し、事前に利用者個々にアンケートを取り、肉料理か魚料理かなどを聞いており、利用者自身で好みの食事を選ぶ、楽しい機会となっている。更に、おやつについても季節に応じた物を提供し、数種類ある場合は自発的に選んでもらう等、楽しい時間を提供している。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-6	利用者の健康を維持するための支援を行っている
タイトル②	胃ろう対応や褥瘡処置、留置カテーテル等の医療処置が必要な利用者も受け入れている	
内容②	地域高齢者の在宅生活の継続を図り胃ろうや褥瘡処置、留置カテーテル、吸引など医療ニーズのある利用者も受け入れている。看護師4名が在籍し常時2～3名が配置されている。褥瘡処置は日中行ない留置カテーテル管理についてケアワーカーの指導を行なっている。胃ろうの注入物品は家族が持参している。胃ろうの逆流や胃ろうを設置していない利用者であっても、呼吸器機能の低下等により痰のからみが多い利用者もある。日中の痰吸引は看護師が行なうが、夜間は喀痰吸引研修を修了し資格を持つケアワーカー1名を配置する勤務体制を整えている。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-5	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
タイトル③	理学療法士が移動について「ご様子表」に記録し在宅での支援について助言している	
内容③	必要であれば理学療法士が、利用時のアセスメントに従い必要に応じて、自立歩行や食事時の座位姿勢の調整、トイレ介助時の立位、排泄時の座位保持、車イス移動時に必要な注意事項など自宅の住環境に合わせた支援方法について助言している。利用期間中の介護に関する支援方法についてはケア記録に記載し「ご様子表」として退所時に家族に渡し、支援内容について説明し在宅での移動支援に役立てている。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	専門性を活かし近隣の小中高校、大学との連携による福祉人材育成、地域の高齢者の生活支援や主体的活動の提供など地域貢献に取り組んでいる
	内容	事業所周辺の小学校の福祉体験授業や中学校、高校・大学の職場体験等の受け入れを積極的に行ない、次世代の福祉の担い手となる学生に福祉の仕事の魅力を伝え地域の人材育成に貢献している。また地域の高齢者に対しては片付け支援事業を通して孤立防止と制度への橋渡しと、高齢者が役割を見出し主体的に自信を持って活動できる場を提供している。更に専門性を活かして地域交流をテーマにしたイベントの開催、地域の児童が育てた花を活かした交流、社会福祉法人連絡会と連携した「安心した暮らせる地域づくり」への参加など地域貢献に取り組んでいる。
2	タイトル	入浴や排泄支援においては羞恥心やプライバシーに配慮した環境を整えており、利用者に快適な生活を支援している
	内容	羞恥心を伴う入浴や排泄においては、利用者のプライバシーに配慮した支援が行なわれている。入浴支援については、一般浴、リフト浴、機械浴が整備され、個室の浴室で個々にあった入り方が可能である。入浴介助もマンツーマンで対応し、他者の視線を気にすることなく、ゆったりと入浴が出来る環境が整っている。排泄支援に関しても全室にトイレが完備されプライバシーが守られている。更に、尿量測定を行ない排泄状況を評価して、一人ひとりに適したパットを選定し適切なオムツの使用に取り組んでおり、利用者の快適な生活を支援している。
3	タイトル	在宅では浴槽を跨ぐことが出来ないため浴槽にゆっくりつかり温まる事ができないが利用時に個浴で介助により浴槽につかる事が喜ばれている
	内容	短期利用は1週間程度の利用が多く、入浴は週2回である。在宅では訪問介護による入浴であっても、自宅浴槽にリフトが無い場合には浴槽に浸かる事が出来ない。利用時には適切な福祉用具を選定することにより、利用者及びケアワーカーの負担軽減が出来る。在宅と同じ個浴もあり、リフトの設置があるため利用者の身体状況によってはケアワーカーの見守りや介助により浴槽に浸かる事が出来る。利用者の声として、食事、入浴時のケアワーカーの介助に満足との声が聞かれている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者の重度化が進む中で認知症症状を有する難しい利用者への対応方法を事業所全体として取り組み更なるレベルアップに期待したい
	内容	利用者の重度化が進む中で、認知症症状を有する利用者も多くなっている。そのため、職員間で対応にばらつきが生じる場面があり、特に対応が難しいケースでは、職員の関わり方が利用者の症状等に影響を与えることも考えられる。質の高い支援を提供するために、認知症に関する理解を深め、適切な対応方法を習得するための研修や勉強会を継続的に実施することが期待される。また、利用者の症状や行動の観察記録を細やかに行い、その情報を職員間で確実に共有する等、事業所全体として認知症支援の取り組みを促進させ、更なる支援の質向上に期待したい。
2	タイトル	特別養護老人ホームの活動に参加可能であるが、在宅が基本の短期入所利用者に合わせたレクリエーションの企画の工夫にも期待したい
	内容	個室のため個々の生活習慣にあった環境を整えることが可能である。また併設する特別養護老人ホームのレクリエーションや行事にも参加することが出来る。しかし身体を動かす活動が少なく、利用者調査では「何もすることがない」「行事や活動があると良い」「軽い体操等があると良い」等の意見もある。また短期入所利用者の情報が職員間で共有されていないこともあり、利用者への呼びかけが十分行なわれていないことも考えられる。短期入所利用者は在宅が基本であることも踏まえ、楽しみながら行なえる運動などレクリエーションの更なる工夫を期待したい。
3	タイトル	設立以来大切にしてきた使命を継続して実践するために、業務分担の見直し及び効率化の検討を行ない更なる生産性向上に期待したい
	内容	事業所は昨年度、創立百周年を迎え「利用者が安心して心豊かに過ごせる環境とサービスの提供」(使命)を実現するために、原点回帰と積み重ねてきた介護技術の向上、利用者の快適性の追及に常に取り組んでいる。しかし感染症蔓延予防のための対応継続や物価高騰等、今後も厳しい状況が予想されるため、適切な収支バランスの確保や生産性の向上が求められる。そのために、役職や職種の業務内容・分担の見直し、職員の負担の可能な限りの平均化、ソフト導入や事業所内SNSを活用した業務の効率化についての更なる検討を期待したい。