

福祉サービス第三者評価結果報告書 (平成 26 年度)

短期入所生活介護【ショートステイ】

評価対象事業所名称：藤沢富士白苑



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)4原則の内、経営理念 2)4原則の内、目標 3)4原則の内、目標達成のポイント 4)4原則の内、グループ全体で気を付けている事</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 法人が指針である理念を筆頭とした4つの原則に則したサービスを提供できる職員を求めています。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) お客様のご要望に応じて、新しいサービスを創り出すこと。</p>

調査対象

対象は原則として登録者全員。回答者の内訳は男性20%、女性75%、無回答5%。80歳未満30%、80歳代38%、90歳以上28%。要支援1・2は13%、要介護1・2は35%、要介護3・4・5は48%。

調査方法

調査票等は利用時に事業所経由で配布しました。回収は返信用封筒に調査票を入れ直接評価機関に郵送する方法をとり、利用者が気兼ねなく書けるように配慮しました。

利用者総数

70

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
70		70
40		40
57.1	0.0	57.1

利用者調査全体のコメント

・利用者本人または家族に対して調査票による無記名式のアンケートを実施しました。
 ・総合的な感想では、「大変満足」または「満足」と答えた方が合わせて80%と一定の満足度が示されています。
 ・個々の設問については、身体状況や要望の理解(問6)、職員の接遇(問8)、個人の尊厳の尊重(問11)、プライバシー保護(問12)については、「はい」と回答した方は70%を超えており、一定の満足度が示されています。また、必要な介助の提供(問5)、生活空間の整理(問7)に関しては、「はい」と回答した方が80%を超えており、高い満足度が示されています。

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
コメント				
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	22	10	3	5
「はい」と回答した方は55%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は25%で、「レクリエーションがあると良いと思います」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方は8%です。「無回答・非該当」は12%です。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	27	7	2	4
「はい」と回答した方は68%に留まっていますが、「美味しい」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は18%、「いいえ」と回答した方は5%です。「無回答・非該当」は10%です。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	12	15	5	8
「はい」と回答した方は30%に留まっていますが、「自由に過ごせています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は38%、「いいえ」と回答した方は13%です。「無回答・非該当」は20%です。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	22	12	5	1
「はい」と回答した方は55%に留まっていますが、「大変役に立っています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は30%、「いいえ」と回答した方は13%です。「無回答・非該当」は2%です。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	33	3	0	4
「はい」と回答した方は83%と高い満足度が示されており、「大変よくしてくれています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は10%です。				
6. 個人の身体状況や要望を把握しているか	30	6	0	4
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は15%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は10%です。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	35	2	0	3
「はい」と回答した方は88%と高い満足度が示されており、「いつもきれいで気持ちが良いです」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は5%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は7%です。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	28	3	6	3
「はい」と回答した方は70%と一定の満足度が示されており、「とても優しいです」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方は15%です。「無回答・非該当」は7%です。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	26	7	0	7
「はい」と回答した方は65%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は18%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は17%です。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	20	8	0	12
「はい」と回答した方は50%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は20%で、「どういう場面に遭遇したことはありません」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方はいませんでした。「そのようなことは聞いていません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、30%です。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	29	5	0	6
「はい」と回答した方は73%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は13%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」と回答した方は14%です。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	30	3	0	7
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は17%です。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	26	7	0	7
「はい」と回答した方は65%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は18%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は17%です。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	27	7	0	6
「はい」と回答した方は68%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は18%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は15%です。				
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	18	9	4	9
「はい」と回答した方は45%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は23%、「いいえ」と回答した方は10%です。「無回答・非該当」は22%です。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

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 8/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○○●)	
	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)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. 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 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 <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) <input type="radio"/> 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(○○)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している <input type="radio"/> 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(○○○)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/> 非該当
	<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 <input type="radio"/> 非該当
	<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 <input type="radio"/> 非該当

カテゴリー1の講評

理念経営の実現を目指し、「4原則」を高いレベルで浸透させようとしています

理念経営の実現を目指し、「経営理念」、「目標」、「目標達成のポイント」、「グループ全体で気を付けていること」を事業所のあらゆる場所に掲示しており、職員が常に意識する環境が整備されています。また、朝礼時に暗唱したり、職員の目標設定の中にも理念への理解・浸透の機会を取り入れるなど、高いレベルで4原則の浸透を図ろうとしています。一方、重要な案件の周知は、口頭で伝えたり、メールを使用した工夫がみられますが、非常勤職員を含む末端の職員に対する周知が弱いようです。指揮命令系統の整備など、更なる工夫が望まれます。

管理体制を充実させることによる運営の安定化が望まれます

平成24年の開設以降、当グループの理念を大事にしてそれに共感できる人材の採用を優先してきた経緯もあり、開設3年目によりやく140名定員のフル稼働が達成できました。今後は、事業所の重点目標の一つである「入所・短期合算の稼働率99.5%」の達成に向けた取り組みの強化が求められます。そのためにも、担当課長の入れ替わりが多いなど、組織の管理体制を充実させるうえでネックとなっている要因を改善し、運営を安定化させていくことが望まれます。

事業所の理念や方針などを家族に対して発信する取り組みの充実が望まれます

家族会の機会は定期的に設けていますが、その中で事業所の理念や方針などを発信することは少ない状況にあります。「自宅復帰プログラム」や「介護アロマの導入」、「介護ロボットパルコの導入」など、事業所が独自性を持って取り組んでいる事柄について、「どのような意図を持って実施しているのか」、「利用者・家族にどのような影響や効果が期待できるのか」といったことについて、事業所の理念や方針に立ち返って説明をしていくことが望まれます。

2			カテゴリー2	
2			経営における社会的責任	
			サブカテゴリー1(2-1)	
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			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			4/4	
評価項目1			評点(〇〇)	
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・倫理などを周知している				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 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)などを明示している		○ 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)などの理解が深まるように取り組んでいる		○ 非該当	
評価項目2			評点(〇〇)	
第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		○ 非該当	
			サブカテゴリー2(2-2)	
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			7/7	
評価項目1			評点(〇〇)	
事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている		○ 非該当	
評価項目2			評点(〇〇〇)	
ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている		○ 非該当	
評価項目3			評点(〇〇)	
地域の関係機関との連携を図っている				
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている		○ 非該当	

カテゴリー2の講評

介護者教室や栄養教室を開催して地域への社会還元事業に取り組まれています

年3回の介護者教室及び栄養教室を開催し、専門家や職員自らが講師となり、在宅介護の知識並びに認知症の予防・改善について積極的に発信しており、自分達の資源を社会還元する仕組みが整っています。また、事業所の納涼祭には近隣の住民も多く訪れているほか、地域の自治会のイベントへの参加や民生委員とのネットワークづくりを進めるなど、地域との関係構築にも力を入れ始めています。地域包括ケアシステムや社会福祉法人に求められる地域貢献を見据えた、今後の進展が期待されます。

特長的な研修の導入により倫理観・マナーの浸透に積極的に取り組まれています

新入職員へのオリエンテーション時における4原則や福祉人として守るべき規範・倫理の周知や、定期的な接遇研修を実施しており、倫理観やマナーの浸透に力を入れています。また、主任を対象として禅寺特訓道場での規律礼儀特訓なども行っており、組織として規律ある運営を目指す特長的な研修も実施しています。さらに、毎月の業務研修や定期的な管理職面接を通して理解が深まるような取り組みが実践されています。

地域に対する情報発信の取り組みを充実させていくことが望まれます

開設以降に取り組んできた、介護者教室・栄養教室や納涼祭などの取り組みを通じて、地域における事業所の認知度も向上してきていると推察されます。しかし、広報誌などを作成・広く配布することによる地域向けの情報発信・公表活動においては改善の余地があります。事業所運営の透明化を進め、地域と良好な信頼関係をつくり上げていくことで、今後実施を検討している介護初任者研修などの新しい事業においても、成果が上がるものと考えます。さらなる取り組みに期待します。

3			カテゴリー3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
			サブカテゴリー1(3-1)	
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			8/8	
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)			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		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる		○ 非該当	
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
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を把握することに取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる		○ 非該当	
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している		○ 非該当	
カテゴリー3の講評				
<p>施設長を筆頭に、利用者ニーズの把握・対応に真摯にあたっています</p> <p>施設長自ら朝夕の現場視察を行って利用者の状態や職員の対応などを把握されています。また、施設長と利用者間で顔の見える関係づくりが進んでいます。利用者・家族からの意見は、管理職全員が把握した上で文書に取りまとめ、事業所内に掲示しています。その他、面会カードの設置場所を工夫したり、家族懇談会を年2回開催したり、新規サービスの提案会を適宜開催するなど、幅広く利用者・家族からの意見を募っています。</p> <p>利用者・家族の期待に継続的に添えるよう、常に向上を目指していくことに期待します</p> <p>開設以降、利用者や家族から厳しい意見を頂戴することもありましたが、今回の利用者・家族アンケートでも好意的な回答もいただくことができ、一定程度のサービス水準が出来上がりがつつあることが推察されます。ただ、不満や改善を求める意見も上がっていますので、今後は、職員が落ち着く中でさらなるサービスの質の改善を図り、利用者・家族の期待に継続的に沿うことが出来るよう、常に向上を目指して組織一丸となった取組みに期待します。</p> <p>介護保険制度の動向や地域ニーズについて現場層への共有に工夫が求められます</p> <p>来年度、特養の経営に大きな環境変化が予想されています。介護保険制度の動向等については積極的に情報収集を行っていますが、経営層が理解しているだけでなく、現場リーダー層への共有や浸透をさらに深める工夫が求められます。また、地域の動向やニーズについても、職員一人一人がアンテナを張って収集し、事業所の持つ社会資源の活用につなげていくような意識を持って行動していくことが期待されます。</p>				

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・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 11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・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. 理念・ビジョンの実現に向けた中・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. 年度単位の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. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)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、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなど 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	3. 計画推進にあたり、目指す目標と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	4. 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

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上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 **4/4**

評価項目1
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-4の講評

3カ年程度の環境変化を分析し、中期の経営計画の策定が望まれます
事業所の単年度の事業計画は、非常に精緻に作成されています。事業方針を明確にした上で、「強化項目」を打ち出しており、「今年度、何を達成すべきかなのか」が一目で分かるようになっていました。しかし、今後は介護保険制度の大きな改正など、事業所の経営に影響を与える多くの変化が予測されますので、単年度の事業計画に止まらず、事業所としての3カ年程度の環境分析を踏まえた中期の経営目標と事業計画の策定が望まれます。

自宅復帰プログラム等、経営理念に沿った独自の取り組みの成果が期待されます
事業計画の中で、経営理念に沿った独自の取り組みの実践が掲げられています。なかでも自宅復帰プログラムを通じて、利用者の自宅復帰の希望を実現することが事業所の使命である、という認識が強く打ち出されています。ケアプランには自宅復帰した場合、必要になるであろう「夜中一人でトイレに行けるようになる」等を目標に掲げて半年ごとのモニタリングに力を注いでいます。取組み自体は行っていますが、理学療法士の欠員等の原因により成果が思う以上に上がっていない状況も見受けられます。具体的な成果を積み重ねていくことが期待されます。

利用者の安全確保・向上において、常に問題意識を持って取り組んでいます
利用者の安全確保・向上のために様々な組織的活動を行っています。事故発生時には速やかに事故検討会を開催し、再発予防策の検討を行っています。感染症予防のために、看護師の指導のもと、全職員を対象とした実技講習を行っています。地域の消防署、警察署とも連携をとり、合同の防災訓練を実施したり、災害時の担当一覧を作成するなどして備えをしています。事業所では、安全確保・向上に対して常に問題意識を持っており、今後も事故の再発防止策の徹底などに注力していく考えです。

5			カテゴリ-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・育成に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8	
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)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. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる			<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる			評点(00000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、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. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している			<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(5-2)				
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7	
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを越えた場合の対応方法を明示している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる			<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 職員のやる気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・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	<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、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	<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、やる気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. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ5の講評		
<p>新卒・新人を採用する際、理念の理解を重視し、その点検の上採用しています 新人の採用時には、法人の掲げる「4原則」の説明を行ない、理解してもらうことに重きを置いています。また、2次選考では、現場リーダーや職員がチェックシートを使い、現場職員の目でチェックを行い、評価を行なった後に採用する仕組みが取られています。事業所におけるサービスの質を低下させないよう、職員採用に重きを置いています。採用後は、「2年間で一人前の介護士に育てる」ことを目標に、ベテラン職員による3か月間のマンツーマン指導や、目標管理による指導などが実施されています。</p> <p>法人の「4原則」と連動した目標管理制度や、目的を明確にした人事考課があります 法人が掲げる「4原則」を職員に根付かせるための目標管理制度が運用されています。目標管理シートには、4原則に沿った個人目標が設定され、半年ごとに目標の達成度を振り返り機会をつくっています。人事考課では、「接遇がいい社員」、「勤務時間内に150%の仕事をしてお客様から高い評価を受ける社員」と、考課のポイントが明確に打ち出されています。また、職員の適正を判断した上で、アロマコーディネーターや介護予防運動指導員などの専門資格の取得も促しています。</p> <p>組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます 組織図は整備されていますが、担当課長の入れ替りやリーダー不在などの要因により、組織図通りの指揮命令系統が一部機能しないようです。現在は、施設長の力量でカバーされていますが、それにも限界があります。今後は現場リーダーの育成を休務とするとともに、現場リーダー層が縦のラインと責任を意識して、組織的な仕事ができるようにすることが必要です。</p>		

7			カテゴリー7	
情報の保護・共有			サブカテゴリー1(7-1)	
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		<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、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		<input type="radio"/> 非該当	
カテゴリー7の講評				
<p>情報の保護および共有について、ソーシャルメディア対策の検討が望まれます</p> <p>法人内の情報については、基本的に職員が自由にアクセスできるファイルと、課長補佐以上の管理職のみしかアクセスできない管理職ファイルが設定されています。既存のデータの更新は、法人本部で一括して管理されていますが、施設間のファイアウォールの規制の有無も明確になっていません。一方、職員によるインターネット等へのアクセスやメールの使用等に対する規制はなく、ソーシャルメディア対策は、講じられていない状況です。施設間の情報のやり取りのやソーシャルメディア対策をどうするのか、今後の検討が期待されます。</p> <p>個人情報の保護における基本的な対応はできています</p> <p>個人情報保護方針は、施設内に掲示され、グループのホームページ上でも示されています。また、情報公開・開示規定に従い、入所時に利用者からも個人情報利用の同意書を取り付けています。職員に対して入職時の研修等も実施されており、個人情報等の保護に対する基本的な取り組みはなされています。ただし、法令に基づき不要になってしまった個人情報の取り扱いに明確な規定がないようですので、今後の整備が期待されます。</p>				

カテゴリー8

8 カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

自宅復帰プログラムの確立に向けて進んでいますが、更なる改善が求められます
 平成26年度の事業計画の強化項目として『自宅復帰プログラム』の確立が掲げられ、効果も表れているようですが、理学療法士の欠員が原因で試みが進んでいない部分も見受けられます。さらなる工夫が求められます。

サブカテゴリー2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

新卒採用や職員に対するマインド研修の成果で離職が減っています
 平成25年度は49名の採用に対して29名の離職ということで採用者の数より離職者の数は下回っていましたが、平成26年度は、さらに離職が少なくなっているようです。政策的な人事異動により現場に無理を来たしている部分もない訳ではないようですが、それにも増してマインド研修と専門分野の知識・技術研修のバランスの取れた研修体系と新卒重視の新人採用が功を奏してきているようです。

サブカテゴリー3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

20名定員に対し120%以上の稼働率に係らず、個人情報保護が徹底されています
 20名定員の比較的大規模な併設ショートステイにも係らず120%以上の稼働率を維持していますが、個人情報の保護が徹底されているようです。

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

今年度重点目標である「入所・短期合算稼働率99.5%」の達成に近づきつつあります

平成26年秋に140名の入居者がフル稼働する様になり、平成26年度の事業計画の重点目標の一つである「入所・短期合算で99.5%の通期稼働率の達成に向けて努力が実ってきています。短期入所の稼働率は120%を超え、高いレベルで安定稼働しています。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

介護ロボット”パルロ”が利用者の安心につながってきています

介護ロボット”パルロ”が各フロアに1台ずつ設置導入されています。認知症の利用者が1日の大半をパルロとの会話の中で落ち着いてきたり、機能訓練指導でもパルロが活躍しており、この介護ロボットの導入が施設サービスの価値を高めてきているようです。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	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. 利用者が入手できる媒体で、利用者に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. 利用者の特性を考慮し、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. 利用者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1の講評	
	<p>ホームページやブログを活用した、事業所の情報発信の充実が期待されます</p> <p>事業所の情報は施設パンフレットとチラシ、ホームページにて発信しています。チラシについては、利用者・家族用、ケアマネジャー用と2種類用意し、知りたい事業所の特徴や取組み内容が伝わりやすいようそれぞれ情報を変えて作成しています。また、定期的に生活相談員が地域の居宅介護支援事業所を巡回し、顔の見える関係作りに努めています。ホームページではショートステイの空き情報についての情報は掲載しておらず、ブログについても更新が滞っている状況ですので、事業所の情報発信の充実が期待されます。</p>	
	サブカテゴリ2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている	評点(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 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. 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を軽減するよう配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	<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している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
利用終了後は連絡票にて、家族やケアマネジャーへ利用中の様子を伝えています 生活相談員がサービス担当者会議の場で、利用者、家族、ケアマネジャー同席の上、契約書の取り交わしや受付書に沿ったヒアリングを行い、情報収集を行っています。この受付書を事前に多職種間で共有し、受入れの準備を行います。初回利用時は声かけを多くしたり、話が合いそうな利用者同士で座席を近づけたり、自宅と同じように過ごせるよう配慮しています。利用終了後は短期入所生活介護サービス計画兼連絡票に利用中の様子等を記載し、家族、ケアマネジャーに送付して、利用中の様子を伝えられるようにしています。		
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	
<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

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	
<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きみを整備している	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしきみがある	<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

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	
<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

ショートステイを利用するにあたっての生活課題を盛り込んだ計画の策定が期待されます
 地域のケアマネジャーが作成するケアプランに基づいて、短期入所生活介護サービス計画を作成し、入所日に説明しています。毎回利用前に電話連絡を入れ、利用者もしくは家族より最新の日常生活動作(ADL)の状況を把握し、アセスメントをしてサービス内容の確認をしています。計画の見直しについては、ケアプランの見直しや利用者の状態変化時に行うようにしています。今後、ケアプランに基づいて、ショートステイを利用するにあたっての生活課題を抽出し、個別、具体的なサービス内容をサービス計画に盛り込むことが期待されます。

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 7/7

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	
<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(0000)

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. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等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、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 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

身体拘束や虐待防止に関する研修の他に、4原則の具現化に向けた取組みを行っています
 事業所では目に見える身体拘束だけではなく、スピーチロックに関する言葉における拘束について研修で取り上げたり、管理職が講師となる虐待に関する研修も行い、利用者の尊厳を尊重したサービスについて振り返りながら、職員への意識付けに取り組んでいます。また、身体拘束委員会を中心に、虐待のグレーゾーンについての確認を行い、日々のケアに潜む虐待についての共通認識を図ることが出来ました。また、サービスマナーの向上のために4原則ノートを使った日々の指導も行っており、法人が大事にしている4原則の実現に近づけるよう努力をしています。

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(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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を点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 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	<input type="radio"/> 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(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(00000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ6の講評

事故を未然に防ぐためにも、運用ルールの明確化が期待されます

事故やヒヤリハット、インシデントが発生した際は、所定の様式にて記録化するようにしています。事故報告書は通院した場合、ヒヤリハットは事故につながる未然の事象について記録化されていますが、外傷の度合いや家族との関係性により、ヒヤリハットレベルの事象でも事故報告書に記載する等、その運用が曖昧な部分があり、未然に防ぐためのヒヤリハットやインシデントが挙げにくい状況があります。再発防止策は検討されていますが、職員の気付きから大事故を未然に防ぐためにも、事故報告書やヒヤリハット等の運用ルールの明確化が期待されます。

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	
		30 / 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(0000)			
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>利用者、家族、ケアマネジャー等の関係者が連携しながら、支援を行っています</p> <p>居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランに基づいて、短期入所生活介護サービス計画を作成し、サービス提供を行っています。サービス提供を行うにあたり、サービス担当者会議に生活相談員が参加し、利用者、家族、担当のケアマネジャー、その他のサービス事業所とも連携しながら、在宅生活を支えられるよう努めています。特別養護老人ホームとショートステイのユニットは独立しており、全室個室となっているため、利用者の生活リズムを尊重した対応をしやすい環境となっています。</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(0000)			
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

選択食や行事食、リビング以外のいつもとは違った雰囲気です

利用者の摂食・嚥下状態に応じて、主菜は常食、軟飯、全粥、ミキサーの4種類、副菜は常食、一口大、刻み、極刻み、ミキサー、ソフト食の6種類から提供しています。ご飯と汁物はユニットで用意して、温かいものを食べられるようにしています。毎週選択食を実施したり、敬老会ではお重で提供したり、お正月にはお節料理等の季節に応じた行事食を提供し、利用者が食べる楽しみを味わえる工夫をしています。いつもとは違った雰囲気です。リビング以外にも、テラスや中庭で食べたり、テレビを見ながら食事を摂ることも出来ます。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

個浴を基本とし、夜間や早朝等、利用者の生活リズムに合わせた入浴介助を行っています

入浴は個浴を基本とし、利用者の日常生活動作(ADL)に応じて、ケア個浴や機械浴での入浴も個別に対応しています。職員配置は最低人員とし、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮しながら行っています。入浴の拒否がある場合は、相性の良い職員から声かけを行ったり、入浴時間をずらす等、無理強ひすることなく入浴してもらえるように努めています。また、安眠や頻尿を解消する効果もあるため夜間の入浴を行ったり、試験的に早朝入浴を行う等、個別の入浴介助を行っています。袖子湯や入浴剤を使用し、リラックスして入浴できる工夫も行っています。

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>排泄用品を入れたエコバックを持って利用者の羞恥心に配慮した排泄介助を行っています</p> <p>利用者の自宅での排泄方法やトイレ環境を参考に、個別の排泄介助を行っています。お茶ゼリー等を用いて、一定量の水分量を確保し、自然な排泄を促せるようにしています。ベッド上で排泄介助を行う場合は、排泄用品を入れたエコバックを持って介助を行い、他の利用者から排泄介助を行っているということを察知されないような工夫を行い、利用者の羞恥心に配慮しています。また、定期清掃については清掃員が行い、ポータブルトイレは使用するたびに清掃、消毒を行い、常に清潔な状態を保つようにしています。</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(00)
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>利用者の状況に応じて、残存能力を活かした移動・移乗介助を行っています</p> <p>利用者の状況に応じて、独歩、手引き、シルバーカー、車いすの自走など、出来るだけ利用者一人ひとりの残存能力を活かしてもらえるよう、個別の移動介助を行っています。また、ボディメカニクスに基づいた安全な移動・移乗が行えるよう、新人研修のオリエンテーションの際に介護技術に関する研修を行います。職員の腰痛防止のためにも、スライディングボード等の福祉用具も導入し、安全な移動・移乗に努めています。保清をしてから自宅に戻ってもらえるよう、退所日の入浴を勧めており、希望者には入浴および更衣支援を行っています。</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(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

看護師によって利用者の日々の健康状態や服薬管理を行っています

入所時に看護師が身体状況の確認とバイタルチェックを行い、利用者の健康状態を確認します。異常なキズやあざがある場合は、速やかに生活相談員に報告し、家族またはケアマネジャーへ報告するようにしています。日々の健康管理については、ショートステイ担当の看護師が行うこととしており、入浴の可否についても看護師が判断しています。服薬については、看護師が利用者から薬を預かり、与薬前に介護職員も利用者の名前と顔を確認し、飲み忘れがないか残薬チェックをしてから夜勤職員が薬袋を破棄するよう手順を見直し、誤薬防止に努めています。

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(0●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

生活の中で取り入れられる視点に沿った機能訓練のさらなる取組みが期待されます

ペットボトル体操や口腔体操、ボールを使ったレクリエーション、手芸等、毎週さまざまなバリエーションの身体を動かす機会を設けています。日常生活リハビリの視点に沿った機能訓練を行っていますが、現在、機能訓練指導員が不在のため、具体的に在宅生活で活かせるよう利用者へのアプローチまでには至っていません。今後、日常生活リハの視点に基づいて、生活の中で取り入れられる視点に沿った機能訓練のさらなる取組みが期待されます。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常生活の中で楽しめ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. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

喫茶店やフラワーアレンジメントは利用者からも好評を得ています

毎週集団または個別のレクリエーションを実施しているほか、月単位で喫茶店やフラワーアレンジメントも行っており、利用者からも好評を得ています。基本的には自宅と同じように過ごしてもらえるよう、生活習慣やリズムを尊重した対応に努めています。認知症ケアの向上の一環としてユマニチュードを取り入れたり、アロマオイルをたいて、香りで利用者がリラックスできるよう新たな取組みを進めています。現在は屋内でのレクリエーションやイベントが中心となっているため、今後は外に出る企画を充実させていきたいと事業所は考えています。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

利用中の様子については書面にて家族、ケアマネジャーへ情報提供しています

ショートステイの場合、家族の面会の要望は少ないですが、希望があれば、面会時間以外でも臨機応変に対応することとしています。利用中の様子や状況については、必要であれば、家族やケアマネジャーへ連絡し、情報提供を行っています。また、短期入所生活介護サービス計画兼連絡票にて、サービス利用中の食事や排泄等の生活場面毎の様子を書面にて伝えられるようにしています。今後は、個別、具体的なサービス内容に基づいた短期入所生活介護サービス計画の進捗状況等を伝えられるよう、情報内容の充実が期待されます。

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(○●)

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

評価項目10の講評

地域のボランティア等との交流の機会を設けています

毎月の大正琴や喫茶店には地域のボランティアの方が参加し、職員以外の地域の方々との交流の機会を設け、生活に彩りを添えています。ボランティアも参加する納涼祭などの催し物に利用者も参加でき、楽しいひとときとなっています。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	新卒者中心の採用が職場の風通しの良さに表れています
	内容	新卒者の採用に力を入れられています。開設3年目で22名の新卒職員が在籍しています。常勤職員全体の25%が新卒の割合です。また、新卒・新人の研修体系が整備されています。4月入職時点の研修に留まらず、1カ月経った時点で「新卒者共有会」で新卒者の悩みを吸い上げつ場があります。さらには年度末には2年目に向けた研修があり、新卒・新人育成にきめ細かな配慮がされています。
2	タイトル	身体拘束や虐待防止に関する研修の他に、4原則の具現化に向けた取組みを行っている
	内容	事業所では目に見える身体拘束だけではなく、スピーチロックに関する言葉における拘束について研修で取り上げたり、管理職が講師となる虐待に関する研修も行い、利用者の尊厳を尊重したサービスについて振り返りながら、職員への意識付けに取り組んでいます。また、身体拘束委員会を中心に、虐待のグレーゾーンについての確認を行い、日々のケアに潜む虐待についての共通認識を図ることが出来ました。また、サービスマナーの向上のために4原則ノートを使った日々の指導も行っており、法人が大事にしている4原則の実現に近づけるよう努力をしています。
3	タイトル	利用者、家族、ケアマネジャー等の関係者が連携しながら、支援を行っています
	内容	居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランに基づいて、短期入所生活介護サービス計画を作成し、サービス提供を行っています。サービス提供を行うにあたり、サービス担当者会議に生活相談員が参加し、利用者、家族、担当のケアマネジャー、その他のサービス事業所とも連携しながら、在宅生活を支えられるよう努めています。特別養護老人ホームとショートステイのユニットは独立しており、全室個室となっているため、利用者の生活リズムを尊重した対応をしやすい環境となっています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	管理体制の充実と生産性の向上による安定的な特養・ショート併設経営が期待されます
	内容	開設3年目によりやく140名定員のフル稼働が達成できました。今後は、事業所の重点目標の一つである「入所・短期合算の稼働率99.5%」の達成に向けた取組みの強化が求められます。そのためにも、担当課長の入れ替わりが多いなど、組織の管理体制を充実させるうえでネックとなっている要因を改善し、運営を安定化させていくことが望まれます。平成25年度のショートステイの収支差額は2.7%でした。職員の生産性を上げて更なる収支差額の向上が望まれます。
2	タイトル	組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます
	内容	組織図は整備されていますが、担当課長の入れ替わりやリーダー不在などの要因により、組織図通りの指揮命令系統が一部機能しないようです。現在は、施設長の力量でカバーされていますが、それにも限界があります。今後は現場リーダーの育成を休務とするともに、現場リーダー層が縦のラインと責任を意識して、組織的な仕事ができるようにすることが必要です。
3	タイトル	生活の中で取り入れられる視点に沿った機能訓練のさらなる取組みが期待されます
	内容	ペットボトル体操や口腔体操、ボールを使ったレクリエーション、手芸等、毎週さまざまなバリエーションの身体を動かす機会を設けています。日常生活リハビリの視点に沿った機能訓練を行っていますが、現在、機能訓練指導員が不在のため、具体的に在宅生活で活かせるよう利用者へのアプローチまでには至っていません。今後、日常生活リハの視点に基づいて、生活の中で取り入れられる視点に沿った機能訓練のさらなる取組みが期待されます。