

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：平塚富士白苑



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)理念 2)理念に基づいた目標 3)グループ全体で気を付けていること 4)共に成長していく仲間（職員）であること</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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・積極的に行動する人になる ・甘えや言い訳と決別する ・常に改善心・向上心を持つ <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4原則に沿ったサービスを提供する ・他者がやらないサービスを作り上げる ・想像力・応用力・創造力

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31%、女性59%、無記入10%。80歳未満16%、80歳代41%、90歳以上38%。要支援1・2は19%、要介護1・2は31%、要介護3・4・5は44%。

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

73

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
73		73
32		32
43.8	0.0	43.8

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

・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78%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)、個人の尊厳の尊重(問11)については、「はい」と回答した方は80%を超えており、高い満足度が示されています。また、必要な介助の提供(問5)、プライバシー保護(問12)に関しては、「はい」と回答した方が70%を超えており、一定の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	20	7	0	5
「はい」と回答した方は63%に留まっていますが、「よく見ていただいています」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22%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は16%です。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	20	7	0	5
「はい」と回答した方は63%に留まっていますが、「食事はいつも美味しいです」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22%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は16%です。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	10	10	2	10
「はい」と回答した方は31%に留まっていますが、「行事等に参加しています」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31%、「いいえ」と回答した方は6%です。「特に楽しみにしていることはありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、31%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	16	9	3	4
「はい」と回答した方は50%に留まっていますが、「施設の中を自由に歩けるので、良い運動になっています」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28%、「いいえ」と回答した方は9%です。「無回答・非該当」は13%です。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	26	0	2	4
「はい」と回答した方は81%と高い満足度が示されており、「トイレ等の時は手伝ってもらっています」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方は6%です。「無回答・非該当」は13%です。				
6. 個人の身体状況や要望を把握しているか	23	4	1	4
「はい」と回答した方は72%と一定の満足度が示されており、「何かあれば、すぐに連絡してくれるので安心です」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13%、「いいえ」と回答した方は3%です。「無回答・非該当」は12%です。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	23	5	0	4
「はい」と回答した方は72%と高い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16%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は12%です。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	18	3	6	5
「はい」と回答した方は56%に留まっていますが、「不適切な言葉遣いや態度ではありません」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9%、「いいえ」と回答した方は19%です。「無回答・非該当」は16%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	21	5	0	6
「はい」と回答した方は66%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は16%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は19%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	15	5	1	11
「はい」と回答した方は47%です。「どちらともいえない」と回答した方は16%、「いいえ」と回答した方は3%です。「いさかいなどはありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、34%です。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	26	4	1	1
「はい」と回答した方は81%と高い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3%です。「無回答・非該当」と回答した方は3%です。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	23	5	1	3
「はい」と回答した方は72%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16%、「いいえ」と回答した方は3%です。「無回答・非該当」は9%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	22	7	1	2
「はい」と回答した方は69%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は22%、「いいえ」と回答した方は3%です。「無回答・非該当」は6%です。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	17	8	1	6
「はい」と回答した方は53%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%、「いいえ」と回答した方は3%です。「無回答・非該当」は19%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	14	8	2	8
「はい」と回答した方は44%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%、「いいえ」と回答した方は6%です。「無回答・非該当」は25%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	
	9/9	
	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(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している
	○ 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、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	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	
○ 非該当		
● あり ○ 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)	
○ 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、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、自らの役割と責任に基づいて行動している	
○ 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. 重要な案件を検討し、決定する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		

カテゴリー1の講評

グループ全体の運営をめざし、考え方を明示して職員の目標設定につなげています

当施設は、所属する法人傘下の3施設(特養を中核とする複合施設)のひとつであり、また、法人第一号の施設として、他の施設をリードしていく立場にあります。グループ内にある財団法人を含めて、グループ一体となった運営をめざし、理念も施設内に掲示され、考え方を示した資料を入職時に職員に配布しています。毎朝、施設事務所にて行われる朝礼で理念を中心とするグループ共通の『4原則』を唱和するとともに、職員の目標設定に際し、最低1項目は、当該4原則に沿った目標設定が求められています。

管理職の異動もあり、組織の立て直しに取り組んでいます

ショートと特養を所管する生活支援課の課長は着任してやっと1年が経ったものの、施設長も、この1月に就任して約10か月と、相次ぐ管理職の交代から組織体としての一体性は十分とは言えない状況にあります。職員会議や管理職会議、各種の委員会等の会議体を通じて、経営幹部から職員に働きかける場はありますが、グループの考え方が十分浸透しているとはいえません。あらためて原点に立ち返り、11月から施設内の各管理職が講師となって、理念研修に取り組み始めたところです。

利用者家族等に対してもグループの考え方を発信しています

グループのホームページであゆみ(歴史)とともに理念や法人運営の考え方を伝えていますが、季刊の施設広報誌の夏号では、施設長よりグループの『4原則(経営理念、理念に基づいた目標、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)』に触れ、目標達成のポイントである『いい介護』『いい看護』『美味しい食事』『スムーズな依頼事項対応』の4点を紹介しています。家族を対象とした入居者懇談会、日々の職員の対応等に加え、管理職がさまざまな機会を利用して、グループの考え方を家族等の関係者に発信し続けることは重要です。

2			カテゴリー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 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 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<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)などの理解が深まるように取り組んでいる			<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 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 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 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 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 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 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 評点(〇〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

コンプライアンス体制ならびに透明性の確保については課題が散見されます

個人情報保護方針はグループのホームページにあり、施設内にも掲示されていますが、コンプライアンス全般に係る規程類が見当たりません。職員向けに『虐待防止』等のテーマ研修を毎年実施していますが、コンプライアンス全般に係る研修は未実施となっています。事業者の透明性につながる財務内容の開示も決算報告書の帳票が添付されているのみで、分かりやすいとは言えません。コンプライアンス体制全般の見直しや透明性確保の取り組みの充実が望まれます。

施設独自や地域機関との連携による専門性を活かした取り組みを行っています

専門性を活かして、昨年4回の介護教室(ただし、年後半の2回は、グループの有料老人ホームが主催)を施設内で開催しました。今年度は、再び施設が主催する形に戻して、9月に実施して盛況でした。市の福祉施設連絡会や地元地区の施設協議会等の事業者連絡会に参加したり、地元の高齢者および障害者を対象とするネットワーク協議会に参画するなかで、地元の他施設と連携して障害者の救済に向けた受け入れ体制の検討を行うなど、専門性を活かした取り組みを地道に行っています。

施設としてボランティアの受け入れ体制が確立されており、成果につながっています

『富士白苑ボランティア受け入れ指針』にて、ボランティアの目的・推進体制・施設の役割機能が明示されています。これを踏まえ、受け入れに伴う活動申込書・活動登録票・活動同意書(利用者に係わるプライバシー保護ならびに個人情報保護に関する同意書)等も整備されています。成果として、平成25年度は、9団体延べ415名のボランティアの受け入れ実績につながっています。ボランティアの受け入れは、利用者に対するレクリエーションの機会の提供にとどまらず、地域との関係強化にも寄与することから、引き続きの取り組みを期待します。

3			カテゴリ-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-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-3の講評				
苦情解決に向けた仕組みを作り、速やかな対応に取り組んでいます 今年度は、具体的な目標値として、特養と合算でクレーム発生件数の低減(対前年度▲30%)を掲げ、重点活動としてクレーム情報管理の一元化と実施状況の「見える化」を行っています。組織的な対応には、苦情解決委員会が当たっていますが、苦情が発生した場合には、責任者への速やかな報告とともに、3日以内に報告書を提出することを義務付けています。投書箱も設置していますが、実際の投書は、年間4~5件と多くはない状況です。日々のサービス実施に際して、利用者の意向をこまめに探っていくことが肝要です。				
地元の関係機関、法人グループの組織力等、重層的な情報収集を図っています 地元の関係機関の会合に参加したり、人的なネットワークを通じて情報を収集しています。ただし、施設内の地域包括支援センターからの情報提供は、意外と少ない状況です。法人として、月次で経営会議を開催しており、傘下3施設からの情報(定量面・定性面)が集約されることから、法人グループの組織力を活かした情報収集も当施設としての強みとなっています。施設としては、行政の動きや方針などの動き(トレンド)をシステム対応する必要性を感じており、今後の検討課題として捉えています。				

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 10/11
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(○○●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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(○○○○)		
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(○○○○)		
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

年度計画を策定していますが、中長期計画は策定までには至っていません

年度ごとの事業計画は、施設全体としての運営方針と重点目標を定めた上で、特養と短期入所を統括する生活支援課として、『基本的考え方』、『具体的目標値』、『重点課題と達成時期』を明示しています。さらに、ケアマネや相談員といった各セクションごとの役割ないしは期待する姿を示しており、実践的な事業計画となっています。しかし、施設の具体的な中期ないしは長期の事業計画の作成には至っていません。

事業計画の策定手順および年度末総括の方法に改善が望まれます

今年度の事業計画は、施設長および生活支援課長が交代して日が浅いこともあり、施設長が大枠を策定した上で、一部を職種ごとに割り振って取りまとめています。折角、機能別に計画を立てて積み上げていく考え方を持っているだけに、素案の段階から、各セクション(現場)の意向を吸い上げて、施設全体の事業計画としてまとめあげていくことが望まれます。また、事業報告書の取りまとめに当たっては、年初に立てた計画ごとに個別に総括し、取り組みの成果を次年度につなげられるようにすることが望まれます。

利用者の安全確保に向けた仕組みがありますが、さらなる事故防止が求められます

事故発生時・急変時の対応マニュアルが整備され、万が一の連絡体制も揭示されています。事故対応に対する窓口としては、月次で開催される事故対策委員会がありますが、具体的に事故が発生した際には、事故速報を上げ、当日なしは遅くとも3日以内に事故検討会を開いています。その中で原因を分析し、再発防止策を含めた対応策を決めて、対処するようにしています。平成25年度の事故の状況は、行政事故報告(重大事故)23件、その他事故報告242件、ヒヤリハット998件となっており、事故防止に向けたさらなる取り組みが求められます。

5			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	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ5の講評

理念研修を始めていますが、管理職が手本となる必要があります

理事長からの指示により、11月から管理職自らが講師となって、施設単位で理念研修を始めています。グループ一体運営を目指す法人として、理念等の徹底は必要不可欠といえます。特に、当施設では施設長をはじめ管理職の交代が相次いだこともあり、理念研修を通じた職員との語らいの場は重要となっています。平成25年度も新卒者研修における理念研修、リーダー研修、主任研修等、階層別の研修も実施されていますが、原点に立ち返って、理念研修を行う意義は大きいといえます。管理職ら理念を体現し、職員の手本となる必要があります。

人事考課の仕組みはできていますが、育成計画の見直しが望まれます

目標管理シートとプロセス考課シートの組み合わせによる人事考課の仕組みができています。「新卒の入職者も2年経ったら一人前にする」との方針で、3か月ごとに目標の達成状況を評価して成長につなげようとしています。入職3年目までの職員は、副主任が1次評価者となって面談が実施されていますが、3年目以降の職員は、半年ごとに人事考課が行われているのみで、評価基準のばらつきも否めない状況です。個人別の育成計画も課題を抱えているため、入職からリーダー職に至る各階層別に育成計画を踏まえた人事考課制度の再構築が望まれます。

『新しいサービス』の提供を目指し、アイデアを出し合っています

運営方針の『視点』の1つとして「新しいサービスの創造と挑戦」を掲げています。介護保険サービスという大きな枠組みの中で画一的な発想に陥ることを防ぎ、『新しいサービス』という発想で、職員に対する意識改革を求めています。職員の発案から職員通用口の掲示スペースを使い、『新しいサービスアイデア帳』と題する紙片を作成し、職員が自由にアイデアを書いて貼り出しています。①職員が自分の仕事を振り返り、②利用者が何を望んでいるのかを再確認するとともに、③職員同士の刺激にもなっています。今後のさらなる展開が期待されます。

カテゴリ-8

8 カテゴリ-1～7に関する活動成果

サブカテゴリ-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-1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-1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリ-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

理念や事業計画と職員の目標設定を一体的に運用する工夫が望まれます

理念を中心とするグループ共通の『4原則』をはじめ、グループの考え方が必ずしも職員に浸透していなかったことから、理事長の指示の下、改めて原点に立ち返り、管理職が講師となって理念研修に取り組み始めたところです。事業計画についても、施設長より職員会議等で話はするものの、必ずしも職員全員に周知できているとは言えない状況です。年初の職員の目標設定に際して、最低1項目は、当該4原則に沿った目標を立てることが求められていますが、理念や事業計画と職員の目標設定を一体的に運用するためのさらなる工夫が望まれます。

サブカテゴリ-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-5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-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

職員の育成を軸とした人事考課制度の最構築が望まれます

入職3年目までの職員に対しては、「一人前」にするための手厚いサポート体制がとられていますが、それ以降の職員に対する取り組みとの温度差がみられます。管理職としても個人別育成計画に課題があると認識しています。施設内の生活介護課と在宅介護課とでも、運用面での差異がみられます。当施設ならびに法人として、入職からリーダー職に至る各階層別に、職員の育成を軸とした統一的な人事考課制度の最構築が望まれます。

サブカテゴリ-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-6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-6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリ-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

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

特養の空床を活用して、短期入所の稼働率を上げています

平成25年度の短期入所の事業収入ベースで前年度比19.9%と大幅に増加しました。この背景には、特養の空床カバーを積極的に活用したことがあります。結果的に、短期入所(短期固定10床)と特養(定員160名)を合算した稼働率では99.8%と年初目標の99.5%を上回ることができています。これを踏まえ、平成26年度も引き続き、合算稼働率で99.5%の目標を掲げています。

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

利用者が求める『新しいサービス』の発掘を通じて、意識改革に取り組んでいます

職員の発案から職員通用口の掲示スペースを使い、『新しいサービスアイデア帳』と題する紙片を作成し、職員が自由にアイデアを書いて貼り出しています。この取り組みには、①職員が自分の仕事を振り返り、②利用者が何を望んでいるのかを再確認するとともに、③職員同士の刺激にもなる、という狙いがあり、今後の展開が期待されます。また、グループ別に良い介護事例報告を作成する取り組みも行われており、利用者の意向を掘り起す取り組みの共有化を進めようとしています。

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>施設の雰囲気が分かるようホームページやパンフレットにて情報発信しています</p> <p>ホームページとパンフレットにて、施設の情報を発信しています。ホームページでは、施設の雰囲気が分かるようにしています。チラシについては、利用者、家族、ケアマネジャー用と3種類作成し、それぞれで伝えたい内容を工夫しています。空き情報については、随時発信しています。また、生活相談員が地域の居宅介護支援事業所を定期的に巡回し、顔の見える関係作りにも努めています。見学はほとんどない状況ですが、希望があれば対応することとしています。</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
サブカテゴリー2の講評		
<p>在宅介護の支援に繋がられるよう、利用中の様子等の情報提供を行っています</p> <p>利用申込を受けると、事前にケアマネジャーから情報提供を受け、サービス担当者会議の場に生活相談員が出向き、契約手続きと面接記録表に沿ったヒアリングを行います。事前に短期利用受付書を作成し、職員間で共有し受入れ準備を行います。利用日にケアプランのサービス内容を説明しています。気の合う方同士で座席を配慮したり、出来るだけ自宅の生活状況に沿った支援を行っています。在宅介護の支援に繋がられるよう、必要に応じて、家族やケアマネジャーに利用中の様子等の情報提供を行っています。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 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たうえで、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

サービス内容を意識した、利用者の様子や状況の記録を残していくことが期待されます

ケアマネジャーの居宅介護支援計画に基づいて、生活相談員がケアプランを作成しています。利用開始日にケアプランの説明を行っています。長期間利用をしていない場合は、利用者の状態変化がないか、ケアマネジャーに情報提供を依頼し、アセスメントを行います。しかし、支援内容が口頭ベースでのやり取りになってしまい、情報が後手になってしまい、最新の状態を意識したケアが提供できていないため、プランに沿った記録等に結びついていません。今後、ケアプランのサービス内容を意識して、利用者の様子や状況の記録を残していく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

法人全体でサービスマナーや虐待防止についての取組みを進めています
 利用者のプライバシーや羞恥心については、入室時の声かけや排泄介助時にきちんとドア閉めたり、入浴介助でもエチケットタオルを使用し、不必要な露出を避けるなど、細心の注意を払いながら対応しています。また、サービス向上委員会では、グループ全体で気を付けるべきサービスマナーや虐待防止等について、研修等を通して、互いに注意し合える関係性作りを目指しています。中井、藤沢から挙げた事例も共有することが出来るため、法人全体での改善活動を進めています。

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

定期的にマニュアルを目にする機会を設ける工夫が期待されます

マニュアルについてはいつでも確認できるよう各ユニットに保管し、必要に応じて配布をして業務の標準化を図っています。また、見直しについては必要であれば見直すこととしており、中井、藤沢と合同で見直しをするとともに、各種委員会で担当して見直しています。与薬マニュアル等は日々の業務で活用しやすいよう、職員が目にするところに掲示していますが、活用できていないマニュアルもありますので、研修等でマニュアルを使用する等、定期的にマニュアルを目にする機会を設ける工夫が期待されます。

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	
		32 / 32	
1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>多職種が連携し、安心、快適な生活が送れるよう支援しています</p> <p>ショートステイを担当している生活相談員を中心に、家族やケアマネジャーと連携し、在宅介護の架け橋となるよう努めています。家族とは利用期間中に何かあれば、随時連絡を入れて、情報提供するとともに、ケアマネジャーとはサービス担当者会議への参加や、相互の情報交換を行い、在宅介護の1つとして、継続した支援が行えるよう努めています。また、機能訓練指導員による機能訓練や、管理栄養士による摂食状況の把握など、多職種が連携し、安心、快適な生活が送れるよう支援しています。</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(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている		○ 非該当

評価項目2の講評

選択食や行事食など、利用者が食事を楽しむことが出来る工夫を行っています

利用者の摂食・嚥下状態に応じて、介護職、看護師、理学療法士が連携して、食形態や食事介助の方法を検討しています。食事前に嚥下体操や口腔マッサージを行い、安全に、美味しく食事が摂れるようにしています。また、選択食や季節の旬の食材を用いた行事食等、手作りおやつ作り等、利用者が食事を楽しむことが出来る工夫を行っています。昼食時には管理栄養士がフロアをラウンドし、利用者の摂取状況や食事に関する意見や要望を直接汲み取り、利用者の声を食事に反映させるようにしています。

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

利用者の状態に応じた入浴形態を用意し利用者の気持ちに沿った入浴介助を行っています

利用者の状態に応じて、一般浴、個室、ケア個室、中間浴、機械浴の5種類の入浴形態を用意しています。廊下から浴室が見えないよう扉をきちんと閉めたり、エチケットタオルを使い、不必要な露出を避ける等、利用者の羞恥心に配慮しながら行っています。入浴に関する拒否がある場合は、職員を替えて声かけを行ったり、時間をづらしたり、曜日を変える等、無理強いすることなく入浴したい気持ちになってもらえるように努めています。それでも入浴できない場合は、着替えと清拭にする等、清潔保持に努めています。

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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
評価項目4の講評				
<p>自宅での排泄環境や日常生活動作に基づいた排泄介助を行っています</p> <p>利用者の自宅での排泄環境や日常生活動作(ADL)に応じて、個別の排泄介助や環境整備を行っています。ポータブルトイレを自宅で使用している利用者については、自宅と同じ位置に設置するなど、使い慣れた配置にして安全に使用できるようにしています。使用後は必ず清掃し、汚れや臭気に配慮しています。また、お茶ゼリーや適度な水分補給を行うとともに、身体を動かす機会を設け、自然な排泄を促せるように取り組んでいます。</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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
評価項目5の講評				
<p>利用者の好みの服に着替えてもらえるよう更衣支援を行っています</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。希望によって、廊下を往来したり、機能訓練できる環境も整っています。また、日々の更衣支援については、利用者本人の好みの服を選んでもらい、着替えてもらうようにしています。</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	
● あり ○ なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当

評価項目6の講評

バイタル測定と身体状況等の確認を行い、安全に利用してもらえるようにしています
 来所時に生活相談員立会いのもと、バイタル測定と身体状況の確認を行い、あざやケガがないか、熱発していないかを確認します。利用期間中に体調不良になった場合は、家族とケアマネジャーに連絡し、退所または回診するかどうか家族に打診を行います。服薬については、自宅で利用期間中の薬を用意してもらい、最新の薬の説明書も持参して誤薬がないよう管理しています。与薬は介護職が行い、名前と時間の確認をしてから行っています。夜間帯はオンコール体制となっており、1階の看護師がショートステイの担当を担っています。

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(00)
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

機能訓練指導員主催の歩く会では、歩行訓練や作業療法を取り入れています

ショートステイにフロアには介護ロボットが1台配置されており、歌をうたったり、体操をする等、利用者からも可愛がられています。集団または個別のレクリエーションを行い、生活にメリハリをつけています。自立度のある程度高い利用者については、職員が手を出し過ぎないようにし、トイレや入浴等の場面毎で日常生活リハビリが行えるようにしています。定期的に機能訓練指導員主催の「歩く会」を開催し、歩行訓練の他に折り紙や手芸などの作業療法の活動を取入れています。

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

利用者の思い思いの過ごし方が出来るようにしています

特養の外出系のレクリエーション以外は、基本的にショートステイの利用者も参加することが出来ます。日々の生活の中で集団または個別レクリエーションを行っている他、居室でテレビを見たり、読書をする等、思い思いの過ごし方が出来るようにしています。共用スペースなどは汚れていれはすぐに掃除し、危険箇所があれば、環境整備を行い、利用者の安全、安心に努めています。

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

書面にて、利用期間中の様子や状況等を伝えられるようにしていくことが期待されます

ショートステイのため、利用期間中の家族の面会等は少ないですが、希望があれば、受入れています。利用中の状況については、体調不良や気になることがあれば、随時家族またはケアマネジャーに電話で連絡し、対応を仰ぐようにしています。利用後は、必要に応じて、口頭ベースで情報提供を行っていますので、今後は書面で利用期間中の様子や状況、ケアプランのサービス内容に関する情報提供などを行うことで、在宅介護との連続性を持った支援に繋がるものと推察されます。

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(〇〇)

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

評価項目10の講評

ボランティアや地域の保育園との交流の機会を設けています

定期的に書道や演奏会、コンサート等の地域のボランティアを受け入れており、利用者の生活に彩りを添えています。また、地域の保育園と相互交流を行っています。園児を夏祭りへ招待したり、施設でお遊戯会を行ってもらう等、相互の関わりを行っており、異世代交流の機会となっています。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	『新しいサービス』の提供を目指し、アイデアを出し合っています
	内容	運営方針の『視点』の1つとして「新しいサービスの創造と挑戦」を掲げています。介護保険サービスという大きな枠組みの中で画一的な発想に陥ることを防ぎ、『新しいサービス』という発想で、職員に対する意識改革を求めています。職員の発案から職員通用口の掲示スペースを使い、『新しいサービスアイデア帳』と題する紙片を作成し、職員が自由にアイデアを書いて貼り出しています。①職員が自分の仕事を振り返り、②利用者が何を望んでいるのかを再確認するとともに、③職員同士の刺激にもなっています。今後のさらなる展開が期待されます。
2	タイトル	多職種が連携し、安心、快適な生活が送れるよう支援しています
	内容	ショートステイを担当している生活相談員を中心に、家族やケアマネジャーと連携し、在宅介護の架け橋となるよう努めています。家族とは利用期間中に何かあれば、随時連絡を入れて、情報提供するとともに、ケアマネジャーとはサービス担当者会議への参加や、相互の情報交換を行い、在宅介護の1つとして、継続した支援が行えるよう努めています。また、機能訓練指導員による機能訓練や、管理栄養士による摂食状況の把握など、多職種が連携し、安心、快適な生活が送れるよう支援しています。
3	タイトル	機能訓練指導員主催の歩く会では、歩行訓練や作業療法を取り入れています
	内容	ショートステイにフロアには介護ロボットが1台配置されており、歌をうたったり、体操をする等、利用者からも可愛がられています。集団または個別のレクリエーションを行い、生活にメリハリをつけています。自立度のある程度高い利用者については、職員が手を出し過ぎないようにし、トイレや入浴等の場面毎で日常生活リハビリが行えるようにしています。定期的に機能訓練指導員主催の「歩く会」を開催し、歩行訓練の他に折り紙や手工芸などの作業療法の活動を取入れています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	理念研修を始めていますが、管理職が手本となる必要があります
	内容	理事長からの指示により、11月から管理職自らが講師となって、施設単位で理念研修を始めています。グループ体運営を目指す法人として、理念等の徹底は必要不可欠といえます。特に、当施設では施設長をはじめ管理職の交代が相次いだこともあり、理念研修を通じた職員との語らいの場は重要となっています。平成25年度も新卒者研修における理念研修、リーダー研修、主任研修等、階層別の研修も実施されていますが、原点に立ち返って、理念研修を行う意義は大きいといえます。管理職ら理念を体現し、職員の手本となる必要があります。
2	タイトル	サービス内容を意識した、利用者の様子や状況の記録を残していくことが期待されます
	内容	ケアマネジャーの居宅介護支援計画に基づいて、生活相談員がケアプランを作成しています。利用開始日にケアプランの説明を行っています。長期間利用をしていない場合は、利用者の状態変化がないか、ケアマネジャーに情報提供を依頼し、アセスメントを行います。しかし、支援内容が口頭ベースでのやり取りになってしまい、情報が後でなくなるため、意識して日々のケアで提供できないため、プランに沿った記録等に結びついていません。今後、ケアプランのサービス内容を意識して、利用者の様子や状況の記録を残していくことが期待されます。
3	タイトル	書面にて、利用期間中の様子や状況等を伝えられるようにしていくことが期待されます
	内容	ショートステイのため、利用期間中の家族の面会等は少ないですが、希望があれば、受入れています。利用中の状況については、体調不良や気になることがあれば、随時家族またはケアマネジャーに電話で連絡し、対応を仰ぐようにしています。利用後は、必要に応じて、口頭ベースで情報提供を行っていますので、今後は書面で利用期間中の様子や状況、ケアプランのサービス内容に関する情報提供などを行うことで、在宅介護との連続性を持った支援に繋がるものと推察されます。