

福祉サービス第三者評価結果報告書 (平成 26 年度)

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】

評価対象事業所名称：平塚富士白苑 特養



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	事業者と協議し比較的コミュニケーションに支障がなく意向確認ができる36名の利用者を選定し、個別の聞き取り調査を実施しました。対象者の内訳は男性 4名・女性32名、70歳未満 3%、70歳代6%、80歳代44%、90歳以上47%。
調査方法	・一人30分程度、施設内で聞き取り調査を実施。事前に施設側に対象者の特性を所定のシートにまとめていただき、参考としました。

利用者総数 160

	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		160	160
共通評価項目による調査の有効回答者数		36	36
利用者総数に対する回答者割合 (%)	0.0	22.5	22.5

利用者調査全体のコメント

・標準手法である利用者ご本人に対する聞き取り調査を実施しました。
 ・聞き取り調査を補完する目的で聞き取り調査と同じ項目で家族アンケートの実施、さらに聞き取り調査の当日に合わせて滞在調査を実施しました。
 ・聞き取り調査当日の昼食は、給食の試食も兼ねて、利用者と同じ献立の昼食を食堂で一緒にとらせていただきました。
 ・滞在調査では、担当評価者がお昼を挟む一定時間、施設内をラウンドし、作業や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。
 ・総合的な事業所に対する評価は、利用者本人の聞き取り調査では「大変満足」「満足」と回答した方は89%でした。同項目で実施した家族アンケートでは、「大変満足」「満足」と回答した方は88%と高い満足度が示されています。
 ・14問中6問で「はい」と回答した方は7割を超えており、高い満足度が示されています。設問別にみると、食事(問1)、生活空間の整理(問5)については、9割以上の方が「はい」と回答しており、非常に高い満足度が示されています。家族アンケートにおいては、14の設問中9問で「はい」と回答した方が70%を超えています。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する事業者のかかわり

調査時に観察することができた場面から評価者が感じたこと

《調査時に観察した場面》

《調査時に観察した場面から評価者が感じたこと》

評価者が感じたことなどに対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	33	3	0	0
「はい」と回答した方は92%と非常に高い満足度が示されており、「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8%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	31	0	0	5
「はい」と回答した方は86%と高い満足度が示されており、「トイレやお風呂など、自分で出来ないところをやってもらっています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」「いいえ」と回答した方はいませんでした。「自分でしています」と回答した方は「無回答・非該当」とし、14%です。				
3. 施設の生活はくつろげるか	20	6	9	1
「はい」と回答した方は56%に留まっていますが、「テレビを見たり、友だちと話をしたりして過ごしています」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17%、「いいえ」と回答した方は25%です。「無回答・非該当」は3%です。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	20	4	11	1
「はい」と回答した方は56%に留まっていますが、「看護師さんや栄養士さんが声をかけてくれます」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11%、「いいえ」と回答した方は31%です。「無回答・非該当」は3%です。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	33	0	2	1
「はい」と回答した方は92%と非常に高い満足度が示されており、「いつもきれいにしてくれています」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3%です。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	27	6	3	0
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されており、「職員はみんな優しく良い人です」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17%、「いいえ」と回答した方は8%です。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	26	2	1	7
「はい」と回答した方は72%と一定の満足度が示されており、「看護師さんが対応してくれるので安心してます」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6%、「いいえ」と回答した方は3%です。「まだ体調を崩したことがないので分かりません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、19%です。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	7	2	1	26
「はい」と回答した方は19%です。「どちらともいえない」と回答した方は6%で、「いいえ」と回答した方は3%です。「けんか等はないので分からない」と回答した方は「無回答・非該当」とし、72%です。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	27	7	2	0
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されており、「職員は親切で居心地も良いです」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19%、「いいえ」と回答した方は6%です。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	23	3	0	10
「はい」と回答した方は64%に留まっていますが、「プライバシーは守ってくれています」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。「プライバシーに関する話をすることがありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、28%です。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	4	1	11	20
「はい」と回答した方は11%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は3%です。「いいえ」と回答した方は31%です。「計画等は見たことがありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、56%です。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	5	0	4	27
「はい」と回答した方は14%に留まっています。「いいえ」と回答した方は11%です。「無回答・非該当」は75%です。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	20	4	3	9
<p>「はい」と回答した方は56%に留まっていますが、「何でもお願いして、良くやってくれています」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11%、「いいえ」と回答した方は8%です。「要望や不満がありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、25%です。</p>				
14. 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	7	0	28	1
<p>「はい」と回答した方は19%に留まっています。「いいえ」と回答した方は78%で、「知りません」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は3%です。</p>				

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
	<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 checked="" type="radio"/> あり <input 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(〇〇)	
	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(〇〇〇)	
	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

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もつなげています

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

特養とショート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、管理職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-2	
経営における社会的責任				
サブカテゴリ-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-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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握する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	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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー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、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、実際に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。				
新たな取り組みの導入に際して、利用者の意向を集約しています 法人が掲げる『目標達成のポイント』の1つに「美味しい食事を提供しなければならない」という項目があります。この3月に、ソフト食(あいと)の導入を検討する際には、利用者家族に意向確認の案内を出した上で、希望者を対象に試食会を行っています。結果的に特別食(有料)として導入することになりました。このように、利用者・家族を巻き込んだ意向確認を行うことは重要です。施設側の思いと利用者・家族の思いに齟齬が生じないよう、引き続きの取り組みを期待します。				
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、それを超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

自宅復帰プログラムの実績を積み重ねていくことが期待されます

事業所では、経営の4原則に基づく新たなサービスとして、「自宅復帰プログラム」の推進に力を入れています。本プログラムは、施設に入所した後、「自宅に帰りたい」という希望を持つ利用者に対して、必要なリハビリ等を提供して、訪問介護等を受けながら自宅での生活に戻ってもらうことを目的としています。現在のところ、対象者をピックアップして自宅復帰に向けたカンファレンス等を実施していますが、本格的な成果には結びついていません。今後の展開に期待します。

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

高額リース契約の見直しに取り組んでいます

2期連続で監査で指摘を受けていた高額リース契約(リネン)について、12月に契約期限となることから、事前に満期更新をしない旨の申し入れをし、改めて入札を行うことになりました。最終的な結果はこれから判明しますが、同一業者が落札するにしても、契約内容の改善が見込めるとのことです。既存の取引関係にしても採算を意識すれば、改善ができることを示した好事例といえます。

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 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	評点(0000)
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の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、各種パンフレット等で情報を提供しています</p> <p>法人作成のホームページで施設概要、年間行事、第三者評価結果等の情報を得ることができます。見開きのメインパンフレットのほかに、事業所の目標、目標達成のポイント、全体で気をつけていること、地域とのつながり等が盛り込まれたパンフレットを配布しています。また、法人が力を入れている取組みである「自宅復帰プログラム」に特化したパンフレットも、それぞれ利用者向け、家族向け、ケアマネジャー向けに作成、配布して特徴を伝えています。また地域で発行されている情報誌にも積極的に情報提供を行っています。</p> <p>利用希望の問い合わせ、施設見学は随時相談員またはケアマネジャーが対応しています</p> <p>原則として問い合わせ・施設見学には相談員が対応し、見学は希望に応じて随時行っています。パンフレット、リーフレット、料金表を渡し施設内を案内した上で、利用者の身体状況、自宅での様子、事業所への希望などを聞き取ります。見学希望者はユニット居室のハード面に関心のある場合が多いため、料金早見表を用いてユニット型の料金の目安を伝えています。</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 6/6
	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を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
<p> 契約前に事前面接を実施して利用者・家族の意向を確認し、説明を行います 相談員とケアマネジャー、必要に応じて看護師が自宅を訪問し事前面接を行います。身体状況、生活歴や趣味嗜好等を聞き取り、重要事項説明書、契約書を読み合わせながら相互確認を行います。状態変化時や看取り介護については、食事摂取困難時の対応、救急搬送、延命医療の希望等、具体的な医療処置を明示した「状態変化時についての確認事項」を示しながら丁寧に意向を確認し、同意書を作成しています。 </p> <p> 自宅復帰退所時には継続支援についての説明を改めて行い、不安を軽減しています 自宅復帰プログラムについては入所契約時にも詳しい説明を行っており、自宅復帰時に改めて詳細を説明しています。利用者本人はもとより、自宅介護にあたる家族への情報提供の継続や、自宅復帰後に心身状況が悪化した場合の再入所について優先が認められる要件を含め説明しています。復帰後のサービス提供については居宅ケアマネジャーに事業所での生活の様子、退所後も継続してほしいことなどを詳しく引き継いでいます。 </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 9 / 10
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(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施設サービス計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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	3. 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(〇●)
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くみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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(〇〇)
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

ケアプランの見直しは専門的視点で現状の分析を行い、ケアの充実を図っています

専門的視点を持って現状分析を行って、ケアプランの見直しに反映しています。①介護、看護、栄養、機能訓練とそれぞれの専門職の視点から、「生活上の課題及び維持することが望ましいこと」、「理由(なぜそのような状況なのか)」、「必要だと考えられる具体的援助内容」についてそれぞれ評価をしています。また、②「利用者にどのような生活をしていただきたいですか」、「どのようになってほしいですか」という内容を設定して、コメントをあげることにしており、本人にとって有効なケアを提供できるよう取り組んでいます。

「利用者がどのように取り組んだのか」という経過が把握しやすい記録が望まれます

毎月グループ会議にて利用者のケアプランの内容や変更点があった点などを共有しています。利用者の様子はケース記録に記載しており、毎月ひと月分をまとめて、生活記録として家族に渡し、細やかな情報提供が行われています。ただし、記録として残しておくべき事項としての「ケアプランに記載しているサービス内容の実施状況」、「利用がどのような様子で取り組んでいたのか姿」等についての記録が薄いことと、記録そのもののケアプランとの連動性が弱いことが挙げられます。情報量においても改善の余地があります。

サブカテゴリー5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	6/7
----------	--------------------	-----------------------	------------

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(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(○○○●)
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、組織的に予防・再発防止を徹底している	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当

サブカテゴリ5の講評

個人情報使用例を具体的に明示した「個人情報使用同意書」で意向を確認しています

個人情報の取り扱いについては契約時に「個人情報使用同意書」を取り交わしています。氏名、年齢等の一般的な内容にとどまらず、顔写真の施設内、施設外での使用、居室ドアの名札掲示など、具体的な使用例を明示し可否を確認しています。本同意書に基づき、居室ドアへの名札掲示をしていない利用者もいます。また居室に入る際には利用者のプライベート空間に立ち入ることへの配慮として、在室時はもとより不在時でもノック、声かけしています。

利用者の習慣の継続支援を、事業所全体のサービスへと発展させています

利用者の入所前の趣味であった車いすダンスのリハビリテーション効果にも着目し、事業所内講演を2回実施していることに加え、職員20名が車いすダンスインストラクターを取得しています。個々の利用者の習慣を尊重し、継続しようとする取り組みが事業所全体のサービスの幅を広げています。

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 11/11**

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(○○○)
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(○○○)
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
● あり ○ 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	○ 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	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当

サブカテゴリー6の講評

事業所で作成した支援マニュアルのほか、各種マニュアルを整備し、改定しています

事業所独自で作成した「富士白苑 支援マニュアル」(食事、排泄、入浴、清拭、その他)のほか、緊急対応、感染症等の各種マニュアルを各ユニットに設置、パソコンでも閲覧できるようにしています。ユニット副主任が中心となり随時見直しと改定を行っています。配膳車を取りに行く際の三角巾の着用など、家族からの意見を受け、すぐに改定できる内容は速やかに反映させています。現在の迅速な体制に加え、年度末など時期を定め、改定内容を組織的に把握していくと更に良いと思われれます。

機能訓練指導員や委員会主催による内部研修を行い、介護技術の標準化を図っています

法人全体の理念、接遇等の研修の他、年に2回、事業所独自の内部研修を実施しています。大きな事故につながりやすい移動、移乗について機能訓練指導員が講師となり、また拘束廃止検討委員会では新入職員を対象に拘束の行為、手順、記録に関する研修、褥瘡対策委員会ではポジショニング研修を実施、感染症対策委員会による研修は毎年全員が受講することとなっています。

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	
		43 / 43	
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>ケアプランに示されたサービス内容を検討できる記録となるよう工夫が期待されます</p> <p>利用者に対する日々のケアは、「ケア方法・サービスの注意点」を確認しながら行っています。この注意点は利用者のケアプランで示しているサービス内容にリンクさせて作られており、短期目標の設定期間に合わせてケアプランの見直しも行われています。ただし、「ケアプランで示すサービス内容の提供がどのように行われ、その結果利用者の様子はどのような状態なのか」を確認するための日々の記録については、ケアプランとの連動性、記録の視点、記載内容等において改善の余地があります。今後の記録の充実が期待されます。</p> <p>今までの生活スタイルを継続できるよう居室、施設内の環境を整えています</p> <p>利用者の居室内は、今まで家庭で使い慣れているもの、馴染みの品々を持ち込むことを可能としています。居室内の限られた空間ではありますが、その人らしい生活環境が作れることで、施設での生活がこれまでの生活の延長となる環境が作れるよう伝えていきます。可能な限り、今までの生活スタイルを継続できるよう取り組んでいます。</p> <p>自宅復帰プログラムの実績を積み重ねていくことが期待されます</p> <p>事業所では、経営の4原則に基づく新たなサービスとして、「自宅復帰プログラム」の推進に力を入れています。本プログラムは、施設に入所した後、「自宅に帰りたい」という希望を持つ利用者に対して、必要なリハビリ等を提供して、訪問介護等を受けながら自宅での生活に戻ってもらうことを目的としています。現在のところ、対象者をピックアップして自宅復帰に向けたカンファレンス等を実施していますが、本格的な成果には結びついていません。今後の展開に期待します。</p>			
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			
評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 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. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている		○ 非該当

評価項目2の講評

多職種で利用者の身体状態を確認し、最適な食形態で提供できるよう取り組んでいます

「食事嗜好カルテ」には、歯の状態、水分摂取、嚥下、とろみ、主食、副菜の形態、好き・嫌い、日常生活動作(ADL)などについて、利用者の情報を細かく整理しています。このカルテをもとに栄養士だけの判断ではなく、多職種で介助の方法も確認し、その人にあった食形態にて提供ができるよう取り組んでいます。食形態も常食、一口大、刻み、極刻み、ミキサー、ソフトと多くの形態で対応しています。口腔ケアについては、歯科往診の結果を踏まえて歯磨きを行い、経口摂取維持につながるよう取り組みを進めています。

栄養ケアマネジメントにて利用者の栄養状態を把握しています

毎月の体重測定、毎日の食事摂取量の把握などを確認しながら、利用者の栄養状態を把握しています。状態を把握するにあたり、「利用者はおなかがいっぱいで食べられなかったのか」、「精神的なことが要因なのか」等の理由を確認した上で栄養ケアマネジメントでリスク管理を行い、体重低下が認められるときは、看護師等と検討して高カロリー食の提供などを行っています。栄養補助食品は利用者の嗜好に対応しており、「飲むタイプであれば摂取可能」という利用者にはドリンクタイプを提供するなど細やかに対応し、栄養状態維持に取り組んでいます。

3 評価項目3

利用者が食事を楽しむための工夫をしている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

利用者の希望を献立に反映しながら「食」の提供に力を入れて取り組んでいます

年2回の嗜好調査は、利用者の希望を把握して献立に反映することを基本として、「おやつバイキングで食べたいものは？」など、利用者が答えやすい質問で実施しています。選択食は週1回くらいのペースで提供しており、麺類かご飯を選択できる上、季節感のある献立で食事を提供しています。敬老祝賀会や新年祝賀会の時は実費負担ではありますが、特別食も準備しています。食事だけではなく、料理に関するレクリエーションをユニットで行うこともあります。利用者の楽しみの一つである「食」に関して力を入れて取り組んでいます。

可能な範囲で食事提供時間は臨機応変に対応しています

利用者が慌てることなく自分のペースで食事を取ることができるよう、食べるペースが少し遅い利用者には早めに提供しています。食事提供時間は概ね決まっていますが、衛生上の観点から可能な時間内であれば、臨機応変に対応しています。医療機関の受診のため、食事時間より早く出かける方には早出しで対応しています。また、通院で食事時間がずれてしまった場合は、食パンとオムレツなどの軽食を提供し、食べ損ねてしまうことのないよう対応しています。

4 評価項目4 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. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○ 非該当

評価項目4の講評

多種の入浴形態にて利用者の状態に適した入浴を提供しています

利用者の身体状態に合った入浴が行えるよう、多種の入浴形態で対応しています。一般浴、中間浴、個浴、ケア個浴、特浴とあり、立位が取れる方は中間浴で入浴をするなど個々の状態を把握しています。入浴は週2回を設定していますが、誘導の際、拒否があっても時間をずらして誘導する、次の日に改めて誘導してみる、無理強いせず清拭で対応するなど、利用者が入浴に対して拒否感を引きずることなく入浴できるよう、その時の利用者の気持ちを受け止めながら対応しています。

利用者が気持ちよく入浴できるよう、要望に応えながら取り組んでいます

ただお風呂に入るのではなく、利用者が落ち着いて入れるよう浴室環境を整えています。熱いお湯を好む方、長湯な方にもなるべくゆっくり入っていただけるよう順番など配慮しています。また、季節に応じて、ゆず湯や菖蒲湯、あるいは入浴剤を使用するなどの変わり湯の提供もあります。また、シャンプーなどは個別に用意することも可能としており、2度洗髪をしてほしいとの要望にも対応しています。利用者にとって入浴が気持ちのよい時間と感じていただけるよう取り組んでいます。

5 評価項目5 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(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○ 非該当

評価項目5の講評

水分摂取量、運動量を確保し、自然排泄の維持に取り組んでいます

利用者の水分摂取量は一日1,000ccから1,500ccの確保を目指し、水分の提供を行っています。朝の寝起きに冷水を提供し飲んで頂いています。お茶の提供だけではなくコーヒーやココアなど好みのものを飲んでいただいたり、お茶ゼリーなど形態を変えて水分摂取量を確保できるよう取り組んでいます。その他、車イスの方も出来る限り自走して運動量を確保する、座位が保てるようになった方は福祉用具を活用するなど、トイレでの自然排泄が維持できるよう取り組んでいます。

個々の利用者に適した排泄介助が行えるよう取り組んでいます

パットやオムツの種類を複数準備し、利用者の排泄パターンをチェックして、その人の排泄状況にあった介護用品の使用を確認、評価しています。また、機能訓練指導員から個別にトイレ誘導の方法なども確認しながら適切な排泄介助が実施できるよう努めています。オムツ業者の協力のもと研修を実施するなど、専門性と根拠を持って個々に適した排泄介助を行えるよう取り組んでいます。

6 評価項目6

移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

利用者の持つ機能を活かしながら移乗、移動が行えるよう取り組んでいます

自走可能な利用者については、車イスを使用している場合でも出来る限り自走して移動するよう促しています。ブレーキをかけずに移乗してしまう利用者がいた場合でも、自分でできることを制限することをできる限り避けており、ハード面で職員ができる工夫を施して安全に自走可能となるよう、職員間で共通認識と配慮を持って取り組んでいます。また、利用者に適した移乗、移動介助が行えるよう、業者を呼んでレクチャーを受けるなど、安全な移乗が行えるよう技術の習得が行われています。

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福祉用具は、定期的の使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○ 非該当
評価項目7の講評		
<p>生活リハビリを視点に置き、利用者に必要な訓練を提供できるよう取り組んでいます</p> <p>生活リハビリを視点に、個別機能訓練計画書を作成しています。サービス担当者会議でも検討し、ケアプランにも盛り込みながら個別の機能訓練を実施しています。トイレでの立位など日常生活の中の動作をリハビリ項目として行い、ある程度動ける方については、出来ることをしてもらうことでリハビリにつながるよう取り組んでいます。作業療法も取り入れており、折り紙など、手先を動かし考えながら取り組むことを実施しています。機能訓練計画書は3ヶ月ごとに見直しを行い利用者に必要な訓練を提供できるよう取り組んでいます。</p> <p>機能訓練指導員が主導の企画は職員にも参考になっています</p> <p>「はなさか機能通信」は、機能訓練指導員が職員向けに発行している広報誌で、機能訓練や医療関係の情報をイラストや写真を使用して分かりやすく作成しています。機能訓練に関する情報の中で宿題を出してみたり、職員も気軽に読みながら機能訓練についての知識が広がるよう取り組んでいます。また、機能訓練指導員主催のリハビリイベント「歩く会」も開催しています。2、3階の利用者が合同でゲームを行うなどする会で、皆で楽しみながら参加できています。</p>		
8 評価項目8 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. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 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	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○ 非該当

評価項目8の講評

医療機関と連携を図り、利用者の健康管理が行われています

利用者の健康管理は、医療機関と連携を図り、看護師も手厚い配置で取り組んでいます。年1回の健康診断の他、定期的に内科の嘱託医が施設内をラウンドし、看護師とともに利用者の状態を把握しています。精神科、眼科、皮膚科も2週間から1ヶ月ごとに来所しています。歯科医の協力のもとでの口腔ケアも行われています。看護師が歯科医と一緒に利用者の状態を把握しており、ブラシで磨くのか他の方法で実施するのか等、歯科医と相談しながら経口摂取について取り組んでいます。

看護師、介護職員が役割を決めて利用者の服薬管理を行っています

事故防止検討委員会で服薬マニュアルを作成しています。薬は引き出しに個別で管理されており、グループごとにタッパーに入れて渡す時に再度確認するようにしています。介護職員が与薬後の空包をタッパーの中に入れて看護師が最終チェックを行います。臨時薬や注射、状態変化のあった方、飲み込みの悪い方、看取り対応の方については、看護師が与薬することとしています。利用者の状態に応じて役割を決めて誤りのないよう服薬管理を行っています。

9 評価項目9

利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

安定した睡眠を確保できるよう、出来るだけ日中は身体を動かす事を促しています

夜の安定した睡眠を確保するため、なるべく日中は起きていただき、身体を動かしてもらおうよう促しています。覚醒してまった利用者については、無理やり居室で寝るように促すのではなく、お茶を飲んで落ち着いていただき、気持ちを切り替えて居室に戻れるよう対応しています。現在、アロマの活用に施設は力を入れており、アロマのスプレーなどを買い揃えている最中です。

10	評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている		評点(0000)
	評価	標準項目	
	● あり ○ なし	1. 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、利用者の意思が尊重されている	○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○ 非該当	
評価項目10の講評			
<p>利用者が望む外出企画や行事、レクリエーションの提供に取り組んでいます</p> <p>今年度、グループ別で行事の振り返りを始めました。各グループがお互いに発信しあいレクリエーションの充実に向けたきっかけ作りにつながるよう意図を持った取り組みです。この結果、外出企画やレクリエーションが充実してきており成果が表れ始めています。利用者の日頃からの意見を吸い上げ、その要望に可能な限り対応するよう努めています。最近では利用者から「地元のお祭りに行きたい」との声があり、対応しました。当日の外出要望にも応えていくなど、利用者が望む行事やレクリエーションの提供に取り組んでいます。</p> <p>認知症ケアの新たなケア方法や介護ロボットの導入など積極的に取り組んでいます</p> <p>利用者に寄り添って一人にしない支援を行うため、色々な方法を取り入れています。介護ロボットの導入もその一つです。利用者とのコミュニケーションツールとしてレクリエーションに取り入れ、各ユニットで順番に活用しています。また、香りにより気持ちが安定して過ごすことができるよう介護アロマも導入しています。職員が資格を取得しての取り組みです。その他、研修で新たな認知症ケアの新しい方法を学び、認知症の理解を深めて、落ち着いた日々を過ごしていけるよう取り組んでいます。</p> <p>利用者懇談会は各ユニットで月1回実施し、利用者の声を吸い上げています</p> <p>各ユニットで月1回、利用者懇親会を開催しています。利用者懇談会の開催通知は家族にも渡しており、家族の参加も呼びかけています。懇談会では、生活上気になっていることや、食事に関すること、レクリエーションの内容等について利用者の意見を聞いています。利用者の意向を踏まえて、日常生活の中での楽しみとなることが広がるよう取り組んでいます。</p>			
11	評価項目11 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(000)
	評価	標準項目	
	● あり ○ なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 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	

評価項目11の講評

施設内外で地域の方々との交流機会が作られています

近隣の高校の文化祭への招待、保育園で実施する夏祭りやおゆうぎ会への誘いなど、地域に出かけて行き、交流を図る機会を設けています。近隣の高校の生徒は交流を機会に、不定期ではありますがボランティアとして来所しています。書道の先生をしてくださるボランティアもこの関係からつながりました。また、大きな行事の一つである納涼祭には地域の方々も多く参加しています。施設内外で地域の方々の交流を持つことで、利用者は職員との会話だけではなく、日常生活とは違う触れ合いを持つことができます。

外出企画では家族にも呼び掛けるほか、地域にある資源を活用しています

当施設では、ボランティアの受入れを積極的に実施しています。お祭りの時のボランティア、大正琴、よさこい、月例コンサートなど披露してくれるボランティアのほか、洗濯、傾聴、書道教室、その準備など様々な地域の方々が利用者を共にサポートしてくれています。外出企画では、家族も一緒に出掛けられるよう声をかけています。地域の公園への散歩、七夕まつりの見学など、地域内に出かけて行くことで、地域の様子を利用者本人が感じることができています。

12 評価項目12

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目12の講評

家族に様々なツールで利用者の様子を伝えていきます

季刊誌「はまかぜ」では施設全体の取り組みを紹介し、「ユニット便り」では今月の行事予定などを掲載しており、それぞれ家族に送付しています。毎月居室担当から、日頃の様子、参加した行事などについてまとめた文書と、毎月の生活記録を家族に送付し、利用者の様子を報告しています。毎月の生活記録から、家族は利用者の生活の様子とともに職員の取り組みも知ることができます。施設の取り組みを様々な方法で伝えていくことで、良好な関係性をつくり、利用者をもとに支えて行こうとする施設の姿勢が窺えます。

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	利用者の気持ちに応えていけるよう、新しい取り組みを織り交ぜながら利用者に寄り添った支援を行うことに注力しています
	内容	施設では全体で行う行事のほか個別ニーズにも対応できるよう、「その日に行きたい」という外出希望にも応えていけるよう取り組んでいます。さらにボランティアによる活動や学習療法や音楽療法など、様々な企画も用意しています。施設にいるからこそ大勢で楽しむことも織り交ぜながら、利用者が日々を楽しみながら過ごしていただけるよう取り組んでいます。また、認知症ケアの新しい方法を導入し、その他、介護ロボットの活用、介護アロマの導入など、職員全体が認知症理解を深め、利用者に寄り添って支援を行うことに注力しています。
3	タイトル	機能訓練指導員を中心に楽しいリハビリ企画が進められており、職員も楽しみながら機能訓練に関する知識を広げています
	内容	「はなさか機能通信」は、機能訓練指導員が職員向けに発行している広報誌で、機能訓練や医療関係の情報をイラストや写真を使用して分かりやすく作成しています。職員も気軽に読みながら機能訓練についての知識が広がるよう取り組んでいます。また、機能訓練指導員主催のリハビリイベント「歩く会」も開催しています。2、3階の利用者が合同でゲームを行うなどする会で、皆で楽しみながら参加できています。ただ、リハビリを行うのではなく、あくまでも生活リハビリの視点で現状の機能維持につながるよう取り組んでいます。
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。
2	タイトル	自宅復帰プログラムの実績を積み重ねていくことが期待されます
	内容	事業所では、経営の4原則に基づく新たなサービスとして、「自宅復帰プログラム」の推進に力を入れています。本プログラムは、施設に入所した後、「自宅に帰りたい」という希望を持つ利用者に対して、必要なリハビリ等を提供して、訪問介護等を受けながら自宅での生活に戻ってもらうことを目的としています。現在のところ、対象者をピックアップして自宅復帰に向けたカンファレンス等を実施していますが、本格的な成果には結びついていません。今後の展開に期待します。
3	タイトル	ケアプランに示されたサービス内容を検討できる記録となるよう工夫が期待されます
	内容	利用者に対する日々のケアは、「ケア方法・サービスの注意点」を確認しながら行っています。この注意点は利用者のケアプランで示しているサービス内容にリンクさせて作られており、短期目標の設定期間に合わせてケアプランの見直しも行われています。ケアプランで示すサービス内容の提供がどのように行われ、その結果利用者の様子はどのような状態なのかを確認するための日々の記録については、ケアプランとの連動性やどのような視点で記載していくのか、記載内容については改善の余地があります。今後の検討が期待されます。