

福祉サービス第三者評価結果報告書 (平成 26 年度)

通所介護【デイサービス】

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43%、女性50%、無記入7%。80歳未満10%、80歳代57%、90歳以上24%。要支援1・2は31%、要介護1・2は41%、要介護3・4・5は12%。利用年数3年未満55%、3年以上36%。

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

113

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
113		113
42		42
37.2	0.0	37.2

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88%と高い満足度が示されています。
 ・個々の設問については、食事(問2)、緊急時の対応(問8)、個人の尊厳の尊重(問10)、プライバシー保護(問11)については、「はい」と回答した方が80%を越えており、高い満足度が示されています。また、必要な介助の提供(問3)については、「はい」と回答した方が90%を越えており、非常に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	31	8	2	1
「はい」と回答した方は74%と一定の満足度が示されており、「とても楽しく、あっという間に時間が過ぎてしまいます」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19%、「いいえ」と回答した方は5%です。「無回答・非該当」は2%です。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	34	6	1	1
「はい」と回答した方は81%と高い満足度が示されており、「美味しくいただいています」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14%、「いいえ」と回答した方は3%です。「無回答・非該当」は2%です。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	39	1	1	1
「はい」と回答した方は93%と非常に高い満足度が示されており、「親切に対応してくれています」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3%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は2%です。				
4. 利用中の楽しい行事や活動があるか	20	11	5	6
「はい」と回答した方は48%に留まっていますが、「歌ったり、楽器の演奏は楽しみです」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26%、「いいえ」と回答した方は12%です。「無回答・非該当」は14%です。				
5. 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家での生活に役立つか	25	10	5	2
「はい」と回答した方は60%に留まっていますが、「歩行訓練やマッサージがあつて助かっています」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24%、「いいえ」と回答した方は12%です。「無回答・非該当」は4%です。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	32	5	1	4
「はい」と回答した方は76%と一定の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12%、「いいえ」と回答した方は3%です。「無回答・非該当」は9%です。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	32	5	3	2
「はい」と回答した方は76%と一定の満足度が示されており、「言葉遣いや服装が不適切だと感じることはありません」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12%、「いいえ」と回答した方は7%です。「無回答・非該当」は5%です。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	37	3	1	2
「はい」と回答した方は88%と高い満足度が示されており、「素早く対応してくれます」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7%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は5%です。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	29	7	0	6
「はい」と回答した方は69%です。「どちらともいえない」と回答した方は17%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「いさかいやいじめはありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、14%です。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	34	5	1	2
「はい」と回答した方は81%と高い満足度が示されており、「気遣いにもいつも感謝しています」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12%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は5%です。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	36	2	2	2
「はい」と回答した方は86%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5%、「いいえ」と回答した方は5%です。「無回答・非該当」は4%です。				
12. 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	31	6	2	3
「はい」と回答した方は74%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14%、「いいえ」と回答した方は5%です。「無回答・非該当」は7%です。				
13. 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	31	10	1	0
「はい」と回答した方は74%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24%、「いいえ」と回答した方は2%です。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	33	7	0	2
「はい」と回答した方は79%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17%、「いいえ」と回答した方はいありませんでした。「要望や不満を伝えたことはありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、4%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	17	12	4	9
「はい」と回答した方は41%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は29%、「いいえ」と回答した方は10%です。「困っ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、21%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
	<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(特養を核とする複合施設)のひとつであり、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、在宅支援課では、部門ごと(通所介護・居宅介護・地域包括)に朝礼を行い、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、今年度から、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を行っています。

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

在宅系3部門を所管する在宅支援課の課長は、この9月に他施設の在宅支援課から異動してきたところで、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ません。各部門は、ザブリーダーを中心に運営されています。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ない状況です。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ています。

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グループのあゆみ(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、施設広報誌とは別に、通所介護事業所専用の広報誌の第1号を発行し、利用者および家族等に情報を発信をしていく意向です。アンケートひとつにしても、何かことを起こそうとするときには、常に理念に則っているかを考えて、行動しようとしています。機能訓練についてもノーマライゼーションに照らし合わせて、仮に寝たきりの利用者であっても何かできることはないかを考えるようにしており、法人理念の実践に努めています。

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等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。通所介護事業者として地元の事業者連絡会に今年度より参加しています。また、産官学連携プロジェクトMISSY(在宅で医療や介護のサービスを利用している利用者とサービス提供者との間で情報やコミュニケーションを共有する情報システムの開発)に参画すべく準備(来年4月スタート)を進めており、専門性を活かした取り組みといえます。

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。併設の特養とは異なり、通所介護事業者として地元社協を通じて、ボランティアを受け入れています。対応窓口は、通所介護の責任者であるサブリーダーが担当しています。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止まらず、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が期待されます。

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、利用者に伝えている		○ 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>苦情解決制度は、利用契約締結時に重要事項説明書の中で行っています</p> <p>通所介護サービスの利用契約書における重要事項説明書において、苦情解決制度について説明していますが、それ以外で、あらためて苦情解決制度の積極的な告知まではしていない状況です。施設としては、苦情解決委員会があり、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がルールとなっています。実際には通所介護事業所として、苦情報告書の作成にまで至った事例はありませんが、万が一苦情が発生した場合には真摯な対応が求められます。</p> <p>利用者の意向を吸い上げて、新しいサービスの提供や体制の改善につなげています</p> <p>平成25年度に再開を計画した学習療法を、今年度に入って具体化するに当たり、10月にアンケートを実施し、10名程度の利用者から、前向きな回答が得られました。これ以外のサービス内容等についても、随時、アンケートを実施しています。例えば、アンケート結果を踏まえて、本年4月から土曜日の通所介護のサービスを始めました。また、送迎の待ち時間に対する利用者からの要望を受け、運転手の要員を増やす予定であるほか、トイレの拡充を求める意見に応えるべく、改修工事の中でトイレを3か所から5か所に増設する予定としています。</p> <p>在宅3部門の連携による利用者ニーズの掘り起こしに取り組んでいます</p> <p>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、グループ力を活かした情報収集も当該施設としての強みといえます。在宅支援課としては、在宅の3部門(通所介護・居宅介護・包括支援センター)間の情報共有が重要であると認識しています。来年オープンする機能訓練型通所介護もケアマネからの情報(利用者ニーズが期待できる)が導入を後押しすることになっています。併設する特養との連携に加え、在宅3部門の連携による利用者ニーズの掘り起こしは、今後も不可欠といえます。</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 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

3/4

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(○○○●)

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

年度計画を策定するものの、中長期計画は策定までには至っていません

具体的な中期ないしは長期の事業計画といったものは、残念ながら今はありません。一方、年度ごとの事業計画については、施設全体としての運営方針と重点目標を定め、また、在宅3部門(通所介護・居宅介護・在宅支援センター)を統括する在宅支援課として、『基本的考え方』、『具体的目標値』、『重点課題』を明示し、さらに、各部門ごとの役割ないしは期待する姿を示しており、正に実践的な事業計画となっています。

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、施設長が交代して日が浅いこともあり、管理職主導(しかも在宅支援課長はこの9月に交代)で、具体的には、施設長が大枠を策定し、一部を職種ごとに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、各現場の意向を吸い上げて、機能別さらには施設全体としての事業計画としてまとめあげていくことが望まれる。また、事業報告書の取りまとめでに当たっては、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施設の仕組みを踏まえ、在宅として改善に着手しました

法人として事故発生時・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。施設内の特養と短期入所では、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、当日ないしは遅くとも3日以内に事故検討会を開き、対応策を決めて対処する仕組みになっていますが、これまで在宅支援課では、その徹底ができていませんでした。在宅支援課長の交代を切っ掛けに、あらためて事故対策委員会を立ち上げ、10月以降上がってきた事故報告書に対して個別に対応することになっています。

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り、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共有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。管理職自らが理念を体現し、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、育成計画等の充実が望まれます

プロセス考課シートによる人事考課の仕組みはあるが、目標管理シートの運用は行っていません。「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。在宅支援課長が1次評価者となって、面談を行い、施設長が二次評価を行っていますが、特養等を統括する生活支援課と人事考課制度の運用が異なっています。施設として考課制度を一本化し、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必要といえます。

在宅サービスの充実をめざし、各種の資格取得等に取り組んでいます

サービスの充実をめざし、住環境コーディネーター、アロマセラピー、タクティールケア等に取り組む職員がおり、在宅支援課としてもさまざまなバックアップ体制に取り組んでいます。通所介護の現場では、中途採用の職員が多いこともあり、OJTによる育成が中心となっています。しかし、今後は在宅サービスの充実や在宅3部門の連携を強めていくためにも、個人別育成計画に則って、職員が自発的にスキルアップとしての資格取得を目指すことで、職員の意識改革にもつながるような展開が望まれます。

カテゴリ-7		
7	情報の保護・共有	
サブカテゴリ-1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 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	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 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	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
カテゴリ-7の講評		
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 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、施設間のファイアー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。		
個人情報の保護における基本的な対応はできています 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、施設を訪れるボランティアに対しても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ついて説明して活動同意書を取り付けています。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。		

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

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、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。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

各階層別に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。施設内の在宅介護課と生活介護課とで、運用面で差異がみられます。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

ゆったりとした雰囲気の中で落ち着いて過ごせるよう環境を整えています

室内では、利用者の年代に合わせた音楽を流したり、ゆったりとした環境作りとしてはアロマを焚くなど、利用者が落ち着いて過ごせる環境設定に取り組んでいます。現在、アロマコーディネーターの職員が、アロマの調合など効果がある利用者に対して提供できるように実施するなど、専門的な知識を持って様々なサービスや環境を提供できるよう取り組んでいます。タクティールケアも同様です。また、一人で読書を楽しむ、学習療法を実施するなど自分のペースで過ごすことも大切に捉えて対応しています。

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

稼働率の改善に向けて、事業所一丸となって取り組む必要があります

今年度の稼働率は苦戦が続いています。来年開所予定の機能訓練型デイも含めて、稼働率の改善に向けた取組みを、事業所一丸となって進める必要があります。管理職がリーダーシップを発揮して、地域の居宅介護支援事業所への周知や、サービスの充実など、課題を着実に克服していくことが求められます。

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

利用者視点に立った新たな通所介護を模索しています

現在、機能訓練型通所介護を来年2月にオープンすべく、事業所のリニューアルを進めています。また、既存の通所介護もレスパイト型としてのサービスを充実させていくことを模索しています。魅力的なメニューの開発として、アロマセラピーや化粧療法等の取組みを進めています。また、法人として推進している『自宅復帰プログラム』の一翼を担うべく、短期入所との横連携および在宅介護準備プロセスとしての通所介護の活用といった、特養を核とする複合施設の強味を活かした複合的な展開を目指しています。

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>毎月新しい情報を盛り込んだ事業所独自のパンフレットを作成、情報を提供しています</p> <p>A4版両面カラー刷りの事業所独自のパンフレットは、1日の流れや月ごとの最新情報を写真を多用し見やすく掲載しています。施設での配布のほか、ケアマネジャーからの配布もあり、また送迎の際に地域の方に呼び止められパンフレットをご希望されることもあるため、いつでも配布できるよう送迎車にも準備しています。また法人管理のホームページからもサービスの概要を見ることができますが、更に事業所の独自性が感じられるような情報の掲載や利用状況のこまめな更新が期待されます。</p> <p>問い合わせには担当者が責任を持って対応し、見学を勧めています</p> <p>電話問い合わせには担当者が対応し、利用者本人、家族の見学を積極的に勧めています。見学日時は希望に応じ随時設定しており、様々な活動が行われる13:30からの時間帯を案内しています。見学では、ご利用案内や料金表を渡し、担当者が利用者の身体状況や趣味、利用希望曜日などを聞き取りながら対応しています。</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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレス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		
<p>事前面接で利用者、家族の意向を確認、サービス内容や料金について説明しています</p> <p>利用が決定すると契約前に利用者、家族、ケアマネジャー、主任、担当者、機能訓練指導員兼看護師で事前面接を実施します。最近の転倒等の状況、入浴の希望と自宅での入浴状況、車酔いの有無、利用者ができること、したいことを必ず確認し、サービスの目的や内容を一緒に考えています。また、重要事項説明書、契約書を用いた説明と、ケアマネジャーからの情報で利用希望時間、回数を事前に把握し1ヶ月の利用料金の概算を目安として伝えていきます。事前面接の内容は面接記録表に記載、全職員が回覧し情報を共有します。</p> <p>初回利用時は事前説明を行った職員が同席する機会を増やして不安の軽減に努めています</p> <p>初回利用時は可能な限り事前面接を行った職員と帰りの添乗職員が迎えに行き、事業所到着後、事前面接で面識のある職員が二人きりで施設を案内し、不安を和らげるよう働きかけています。また帰宅前にも事前面接で面識のある職員と話す機会を設け、当日の感想を聞くよう努めています。また午睡や歩行練習など自宅で行っている習慣を継続するよう促しています。</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 8/11
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(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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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 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(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

アセスメントを見直し現状の課題を計画につなげるよう取り組むことが期待されます

デイサービス介護計画書は相談員が作成しています。ご本人様の希望、ご家族様の希望、デイサービスの目標、サービス提供内容、留意事項、利用時の注意点、ADLがまとめられています。毎月モニタリングを行い、実施状況について検証していますが、定期的なアセスメントの見直しはサービス担当者会議の際に行うため、年1回の実施となっています。回数を増やすことを検討するほか、ADL状態を改めて確認していくことで、現状の課題が見えてくることが推察されます。アセスメントを今一度整理して現状把握を行っていくことが期待されます。

通所介護個人記録は計画のサービス内容に関する記録も残せるよう工夫が期待されます

「通所介護個人記録」には、「看護職提供サービス」としてバイタル、与薬、処置など、「身体介護提供サービス」として食事量、口腔ケア、入浴、トイレなど、「生活相談提供サービス」として電話でのやり取り、その他に特記事項を記入するようになっているため各職種の取り組みを一目で確認できます。しかしながら、毎月行うモニタリングや通所介護計画で掲げているサービス提供内容との連動性が薄く、記録量としてもまだ改善の余地があります。必要な記録は何かを今一度職員間で確認して取り組むことが期待されます。

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 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. 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

サブカテゴリー5の講評

写真撮影、掲載について、より具体的でわかりやすい同意のプロセスが期待されます
 個人情報の取り扱いについては法人ホームページに記載し、事前面接・契約時にも書面にて説明・確認した上で「個人情報使用同意書」を取り交わしています。同意書は契約更新の都度、再確認・更新しています。本事業所では、事業所独自のパンフレット作成や、日々の活動の写真の上映など、写真を活用した取り組みが多いため、今後は、写真が掲載される具体的な媒体や機会を列挙し、掲載の可否をチェックしてもらうなど、より具体的でわかりやすいプロセスを検討されるのも良いと思われます。

ケアマネジャーと連携し、虐待の早期発見に取り組んでいます
 ケアマネジャーから虐待の恐れがある旨の情報を受けた利用者については、利用時にとくに丁寧に皮膚状態の観察を行い、異変に気付いた際にはすぐに連絡する体制をとっています。また送迎時の様子などから注意が必要と感じられるケースはケアマネジャーに報告、互いに連携を取ることで早期発見、虐待の防止に努めています。

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(00●)

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

各種マニュアルが整備され、研修時に使用するなど活用を図っています

入所事業所と共通の介助マニュアル(食事ケア、排泄、入浴介助、清拭)のほか、事業所独自の送迎マニュアル、常勤職員・非常勤職員の役割や業務の流れを示したマニュアル等を整備し、職場内研修の内容に応じて配布し活用しています。現在は定期的な見直しの時期は設定されていませんが、今後、実際の業務により即した、誰が見てもわかりやすいマニュアル作成に着手したいと準備しています。

職員が意見を出し合い、互いに学び合う職場風土が形成されつつあります

週に2回の正規職員による社員会議、週に1回の全体職員会議、月に1回程度の臨時会議により、情報の共有を図り、業務に対する意見や改善点を自由に積極的に言い合える風土づくりに取り組んでいます。また内部研修会により知識や技術を学ぶことにも注力しています。今年度は感染症対策の研修を実施、全職員が確実に対応ができるよう業務中に感染症対策の抜き打ち実践テストを繰り返し行い、一致団結して感染症対策に取り組みました。

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	
		38 / 38	
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>計画、モニタリング、記録につながりを持たせるための工夫が期待されます</p> <p>デイサービス介護計画書に記されたサービス内容が確実に実施出来ているか、毎月モニタリングを行い確認しています。毎月のモニタリングでは、サービス提供状況、ご本人の状況、課題に対する目標の達成方法等について確認しています。しかし日々の記録については記載量が不足しがちであり、モニタリングで掲げている項目の根拠が十分に検証しにくい内容となっています。介護計画書、毎月のモニタリングについて連動性を意識して項目を整理し、的確な見直しができるよう検討することが期待されます。</p> <p>多職種で利用者の現状を把握する機会を持つことが期待されます</p> <p>利用者の様子に特に変化がない時は、サービス担当者会議は1年ごとの開催で、振り返りとプランの見直しを行っていますが、他職種による検討の充実が望まれます。利用者の現状に即したサービスを提供していく中では、多職種にて利用者の状態を多角的に判断する機会を持つことは必要と推察されます。あわせて全体の見直し時期などについて検討することが期待されます。</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

利用者の嗜好、食形態に合わせた食事を提供しています

当事業所の食事は、併設する特別養護老人ホームと同様のメニューで提供しています。利用者の嗜好や食形態については、通所開始時の面接などで聞き取り、身体状態に合わせて提供しています。常食、刻み、ソフト食などの食形態で提供し、禁食についての対応のほか、嗜好に対しても可能な範囲で対応しています。

良い雰囲気の中で食事ができるよう努めています

食席は利用者の相性や食事介助の必要な方などを考慮して決定しており、利用者が落ち着いて、また、楽しく食事をしていただけるよう、良い雰囲気をつくるよう職員は努めています。利用者の好きな音楽を流したり、カラオケ内の画像を活用して、懐かしい昭和の時代の映像を流すなど、会話のきっかけにもつながるよう提供しています。今年度はおやつ「おやつバイキング」として数種類の中から好きなものを召し上がっていただき、コーヒーも提供するなど楽しみも増えました。

3 評価項目3

【入浴介助体制のある事業者のみ】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. 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている	<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	3. 入浴時には利用者の皮膚の状態など身体状況に留意し、必要に応じて関係者に連絡を入れるなどの対応をしている	<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

利用者の身体状態に合わせ、安全に入浴が実施できるよう取り組んでいます

入浴は利用者の身体状態に合わせて、一般浴、リフト浴(座浴)の入浴形態で実施しています。入浴前には、看護師によるバイタルチェックを行い、入浴の可否を判断しています。職員は2名体制で、安全に入浴が行われるよう対応しています。入浴日の通所でも拒否があれば無理強いはありません。また、本人がなるべく遅い時間に入りたいという方については、一番最後に実施するなど出来る限り希望に即して対応するよう努めています。

気持ちよく入浴していただくため、環境を整えています

入浴時に職員は利用者の身体状況をチェックし、気になる点がある場合は看護師に報告して確認しています。必要に応じて、相談員もしくは看護師から家族には連絡帳や電話で報告し、情報共有がなされています。入浴時間は気持ちよく入っていただくため、アロマを焚いたり、併設する託児所の子どもの書いた絵を壁に貼ったり、ゆず湯や菖蒲湯など季節を感じられる変わり湯なども提供して、のんびりとした雰囲気も演出しています。

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. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている	○ 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

トイレ誘導表にて声掛けが必要な利用者を確認しています

排泄について、誰が誘導が必要かを職員間で共有した中で取り組めるよう、「トイレ誘導表」に記載しています。自立している方については、自分のペースで排泄を行い、出来る限り自分で出来ることは継続していけるよう見守っています。排泄介助において、移乗技術の習得は必要ですが、職員の中では介護技術に関する研修等に参加してレベルアップを図ることを課題と捉えています。

5 評価項目5 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. 利用者の主治医や常用薬等について把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて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. 健康に関する利用者からの相談に応じている	○ 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5の講評

看護師2名配置の手厚い体制は利用者や職員に安心感を与えています

当事業所は看護師が2名配置されており、手厚い体制を整えています。通所後は毎回バイタルチェックを行い、「バイタル測定表」に記載しています。この表にはバイタルのほか、薬の与薬(食前:食後)、点眼、午睡、備考と、健康面に関する内容を一目で確認できるようになっています。看護師が利用者の通所時間中に常時在籍していることは、利用者にとっても安心して一日を過ごすことができ、職員にとっても安心して介護に専念できる環境であることが推察されます。

利用者の健康状況、服薬について看護師が確認し、対応しています

利用者の健康状況については、利用開始時に主治医と薬情の確認し、薬情についてはコピーを提出していただき保管しています。健康診断について個別に受けていただいた結果を可能であれば情報提供してもらうよう伝えています。また月1回の体重測定を実施し、推移を確認できるようにしています。服薬に関しては、通所時に持参していただき、内容と個数を看護師がチェックしてノートに記載し、誤りのないよう確認して与薬し看護師が中心となり実施しています。

6 評価項目6

利用者の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の負担軽減を考慮し、乗車している時間を少なくするなどの工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 送迎中の緊急時のために連絡がとれるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者が帰るまでの待ち時間の過ごし方に工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

利用者の状態や個別の要望に応えながら送迎を行っています

送迎車両3台で2便まで行き、送迎地域もバラつきがないよう送迎を組んでいます。利用者のADLに合わせて乗り込みの対応を行っています。なるべく同じ地域内で組むように工夫し、利用者には負担がかからず送迎が行えるよう取り組んでいます。送迎時間を指定している利用者についても個別に対応を行うなど、丁寧な送迎体制を整えています。緊急時に備え、添乗者が携帯電話を所持することとしています。

送迎の待ち時間は好きなことに取り組む時間としています

送迎は2便体制で実施しているため、待ち時間の過ごし方としては、家からお気に入りのものを持ち込んで取り組んでいただいています。その他、パズルやカラオケなどの個別レクリエーションの実施や、介護ロボットを使用してレクリエーションを行ったり、個々に好きなことに取り組みながら送迎の待ち時間の過ごし方について検討しています。

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(00000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じた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行うことができる視点を入れている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 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、楽しんで訓練を行えるような工夫をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 福祉用具は定期的に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

個別機能訓練計画書を作成し、生活リハビリを基本に取り組んでいます

必要な利用者については個別機能訓練計画書を作成し、計画的にリハビリを実施しています。計画は、本人・家族の希望を把握し、長期目標と注意事項を掲げ、実施した内容については3ヶ月ごとに評価、見直しを行っています。リハビリの内容については、生活リハビリを基本として実施しているため、平行棒を使っての歩行訓練や屈伸運動など行っています。また、介護ロボットを活用して体操を行うなど、楽しみながら取り組んでいます。

利用者が楽しみながらリハビリに取り組めるよう工夫しています

毎日の活動プログラムの中には、午後の集団体操が組まれています。機能訓練指導員を中心に30分かけて実施しています。可動域が確保できるよう、利用者にも、身体の中のどの部分に効果的な運動なのかを伝えながら実施しています。レクリエーションでも、普段の活動の中で、生活リハビリの要素を織り交ぜながら利用者に参加を促しています。工作等で手先を使う、食事前の口腔体操では大きな声を出して歌を歌い、プロの方による音楽療法など、楽しみながら行っていることが自然とリハビリにつながるよう取り組んでいます。

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(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. さまざまな内容のバランスに配慮したプログラムを用意している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○ 非該当

評価項目8の講評

静と動の活動プログラムを用意し、利用者が目的を持って取り組めるよう仕掛けています

「デイサービス月間予定表」を作成し、その月に行う、行事やレクリエーションの予定を利用者に伝えていきます。行事は年間計画を立て、毎月全体で楽しめる、季節感も味わえる内容を企画しています。当事業所では、利用者にリラックスして過ごしていただく活動も取り入れており、アロマテラピー、ハンドマッサージ、タクティールケアを取り入れています。静と動の活動プログラムを用意して、利用者が目的を持って通所することができるよう取り組んでいます。

ゆったりとした雰囲気の中で落ち着いて過ごせるよう環境を整えています

室内では、利用者の年代に合わせた音楽を流したり、ゆったりとした環境作りとしてはアロマを焚くなど、利用者が落ち着いて過ごせる環境設定に取り組んでいます。現在、アロマコーディネーターの職員が、アロマの調合など効果がある利用者に対して提供できるように実施するなど、専門的な知識を持って様々なサービスや環境を提供できるよう取り組んでいます。タクティールケアも同様です。また、一人で読書を楽しむ、学習療法を実施するなど自分のペースで過ごすことも大切に捉えて対応しています。

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. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族や介護支援専門員に知らせている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

日々の様子は連絡帳にて家族と情報共有しています

相談員が電話で家族に連絡した内容は個人記録の中の生活相談提供サービスに記載し職員間で確認しています。事業所と家族との情報交換は、主として連絡帳にて行われており、バイタル状況、ご利用内容、連絡事項、入浴の有無、食事量について記載し、その日の様子を伝えています。この連絡帳の内容は、1ヶ月経つと、改めて1月分をまとめて再度渡しています。利用者の状態を家族といつでも共有することで、良好な関係のもと利用者支援につなげていけるよう取り組んでいます。

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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目10の講評

実習生やボランティアを通して地域の様子を聞く機会が持っています

地域内の情報に関しては担当ケアマネジャーからの発信が主となってはいますが、事業所玄関先などにもチラシなどを設置して情報提供しています。事業所内では、地域のボランティアの受入れを行い、職員以外の方々と触れ合うことから、地域の情報などを取り入れることができるよう取り組んでいます。また、実習生の受入れも行っており、利用者は違う年代の人とコミュニケーションを図る機会となっています。

ボランティアとの時間は良い気分転換につながっていると推察されます

社協のボランティアセンターの職員と相談しながら、地域の方でボランティアを募っています。その中、月1回、ボランティアによるイベントも実施しています。マジックショーや音楽、大正琴など、ボランティア披露し、利用者を楽しませてくれています。また、傾聴ボランティアも定期的に来所しており、利用者とのコミュニケーション図りながら話をしていくことで気分転換も図れていることが推察されます。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	在宅サービスの充実をめざし、各種の資格取得等に取り組んでいます
	内容	サービスの充実をめざし、住環境コーディネーター、アロマセラピー、タクティールケア等に取り組む職員がおり、在宅支援課としてもさまざまなバックアップ体制に取り組んでいます。通所介護の現場では、中途採用の職員が多いこともあり、OJTによる育成が中心でなっています。しかし、今後は在宅サービスの充実や在宅3部門の連携を強めていくためにも、個人別育成計画に則って、職員が自発的にスキルアップとしての資格取得を目指すことで、職員の意識改革にもつながるような展開が望まれます。
2	タイトル	室内環境は落ち着いた雰囲気となるよう取り組み、活動は静と動を組み合わせ利用者の笑顔を引き出せるよう工夫しています
	内容	室内では、利用者の年代に合わせた音楽を流したり、ゆったりとした環境作りとしてはアロマを焚くなど、利用者が落ち着いて過ごせる環境設定に取り組んでいます。アロマコーディネーターの職員によるアロマセラピー、マッサージなどを行うタクティールなど専門的な知識を持って提供しています。また、一人で読書を楽しむ、学習療法を実施するなど自分のペースで過ごすことも大切に捉えて対応しています。毎日の体操やお楽しみレクリエーションも計画しながら、静と動のプログラムを用意し利用者の笑顔を引き出せるよう取り組んでいます。
3	タイトル	利用者が楽しみながらリハビリに取り組めるよう工夫しています
	内容	毎日の活動プログラムの中には、午後の集団体操が組まれています。機能訓練指導員を中心に30分かけて実施しています。利用者にも、身体のだのの部分に効果的な運動なのかを伝えながら実施しています。レクリエーションでも、普段の活動の中で、生活リハビリの要素を織り交ぜながら利用者に参加を促しています。介護ロボットを活用した体操や、工作等で手先を使う、食事前の口腔体操では大きな声を出して歌を歌い、プロの方による音楽療法など、楽しみながら行っていることが自然とリハビリ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り、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共有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。管理職自らが理念を体現し、職員の手本となる必要があります。
2	タイトル	計画、モニタリング、記録につながりを持たせるための工夫が期待されます
	内容	デイサービス介護計画書に記されたサービス内容が確実に実施出来ているか、毎月モニタリングを行い確認しています。毎月のモニタリングでは、サービス提供状況、ご本人の状況、課題に対する目標の達成方法等について確認しています。しかし日々の記録については記載量が不足しがちであり、モニタリングで掲げている項目の根拠が十分に検証しにくい内容となっています。介護計画書、毎月のモニタリングについて運動性を意識して項目を整理し、的確な見直しができるよう検討することが期待されます。
3	タイトル	人事考課の仕組みはできています、育成計画等の充実が望まれます
	内容	プロセス考課シートによる人事考課の仕組みはあるが、目標管理シートの運用は行っていません。「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。在宅支援課長が1次評価者となっており、面談を行い、施設長が二次評価を行っています。特養等を統括する生活支援課と人事考課制度の運用が異なっています。施設として考課制度を一本化し、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必要といえます。