

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：中井富士白苑



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:社会福祉の理念を尊重し地域に開かれた施設として長年に亘り培った経験を温め新しい福祉社会に貢献する。 2)目標:リピートしていただける施設になる。口コミで紹介していただける施設になる。 3)目標達成のポイント:いい介護・いい看護・おいしい食事を提供しなければならない。スムーズな依頼事項の処理をしなければならない。 4)グループ全体で気を付けていること:接遇。お客様の要望は全て速やかに叶える 5)社員に期待すること</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"> ・社会福祉の理念を尊重し積極的に行動する新しい福祉社会に貢献できる人 <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"> ・何事にも誰かがやってくれるだろうと人任せにしないで、何事も“できる”よう最大の努力をする。 ・素直に学び、目標・目標達成のポイント・全体で気を付けていることを常に意識し、理念を実現させ ・仕事において理念と違うと感じたら、自ら改善する心・向上する心を持ち自己成長する。

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24%、女性76%。80歳未満20%、80歳代40%、90歳以上40%。要支援1・2は16%、要介護1・2は44%、要介護3・4・5は40%。

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

46

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
46		46
25		25
54.3	0.0	54.3

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76%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、必要な介助の提供(問5)、職員の接遇(問8)、個人の尊厳の尊重(問11)、プライバシー保護(問12)、要望や不満への対応(問14)については、「はい」と回答した方が70%を越えており、一定の満足度が示されています。また、生活空間の整備(問7)、ケガや急変時の対応(問9)に関しては、「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。

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. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	16	7	1	1
「はい」と回答した方は64%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は28%です。「いいえ」と回答した方は4%です。「無回答・非該当」は4%です。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	16	5	0	4
「はい」と回答した方は64%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は20%、「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	6	7	4	8
「はい」と回答した方は24%に留まっていますが、「カラオケやお菓子作りが楽しみです」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28%、「いいえ」と回答した方は16%です。「無回答・非該当」は32%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	8	11	3	3
「はい」と回答した方は32%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は44%、「いいえ」と回答した方は12%です。「無回答・非該当」は12%です。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	19	3	0	3
「はい」と回答した方は76%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12%、「いいえ」と回答した方はいりませんでした。「無回答・非該当」は12%です。				
6. 個人の身体状況や要望を把握しているか	17	4	2	2
「はい」と回答した方は68%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は16%、「いいえ」と回答した方は8%です。「無回答・非該当」は8%です。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	22	1	0	2
「はい」と回答した方は88%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4%、「いいえ」と回答した方はいりませんでした。「無回答・非該当」は8%です。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	19	2	0	4
「はい」と回答した方は76%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方はいりませんでした。「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	20	1	0	4
「はい」と回答した方は80%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4%、「いいえ」と回答した方はいりませんでした。「無回答・非該当」は16%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	3	0	7
「はい」と回答した方は60%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は12%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は28%です。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	19	3	0	3
「はい」と回答した方は76%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12%、「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。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	18	3	0	4
「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12%、「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。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	14	4	1	6
「はい」と回答した方は56%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4%です。「無回答・非該当」は24%です。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	18	4	0	3
「はい」と回答した方は72%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12%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	12	5	2	6
「はい」と回答した方は48%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は20%、「いいえ」と回答した方は8%です。「無回答・非該当」は24%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(0000)
	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(00)
	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(000)
	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

経営の4原則を全員に浸透させていく強い姿勢があります

法人の「4原則」(経営理念、目標、目標達成のポイント、グループ全体で気をつけていること)について法人主催の職員研修を通して浸透させていく強い姿勢があります。また、4原則と事業計画、人事考課制度が有機的に機能するような仕組みが出来ています。施設長は課長からの報告事項に対して、「4原則に沿った行動であるかどうか」を確認するとともに、自らの目で現場を確認しています。朝礼では職員が輪番で経営理念や目標に対して出来ている事を発表する場があり、日々振り返る機会があります。

「管理職の役割は結果責任である」という姿勢を職員に示しています

施設長は「何かあったらその責任は管理職が持つから安心してやりなさい」というスタンスで職員に働きかけています。また、働きやすく風通しの良い職場形成が経営層の役割であるという認識から、ほめ合う訓練などを通して職員同士がお互いを尊敬しあえるような環境の構築を目指しています。現在、事業所では新しいサービスをつくりあげることが目標に、職員全員からの提案を募っています。おやつ時間に目の前でクレープをつくったり、認知症予防のイベントを開催するといった成果に結び付けています。

施設長直伝の後継者育成が始まっており、今後の成果が期待されます

施設長自らが、これまでの仕事人生やキャリアを振り返り、現在の役割を果たせるようになったプロセスを見直した上で、示唆に富む書籍やビデオ、その他の教材を参考にして、課長や副主任等に対してマンツーマンの教育を施しています。次世代リーダーの育成の取り組みが始まっています。その上で、担当課長が法人の4原則に沿った事業所運営のための管理を実施したり、副主任が、「4原則確認ノート」というツールを基にした新人育成業務を実施するなど、役割を担わせることで成長を促しています。今後の成果が期待されます。

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

事故・クレームをトラブルにしないをモットーに職員のマナー向上に力を入れています

全職員が接遇マナー研修を受講することで職員のマナー意識の向上に努めています。利用者や家族への対応においては、「理屈で相手を説得しようとしなさい」、「相手の感情を聞き、受け止めることから始める」という姿勢を徹底しています。事故や苦情などが生じた場合の対応についても、手順を定めて周知しています。また、他施設のクレーム事例の事例検討会を通して苦情やクレームの予防に取り組んでいます。その結果、25年度は1年間を通して1件のクレームも出ていません。

認知症に対する専門性を講演等を通して積極的に地域に発信しています

ユマニチュードや認知症予防運動など、認知症ケア・予防に対する取り組みに注力しており、地域に向けても積極的に情報発信をしています。「アルツハイマー病をくい止めろ」と題した講演会を企画・実施して、アルツハイマー型認知症の予防に関する専門家の医師を招き、地域の行政関係者、地域包括支援センター、事業所を対象として先端的な取組みの紹介を行っています。また、例年実施している介護者教室においても、家庭医を招いた講演会や職員による認知症予防運動プログラムの実技体験を行っています。

年々、地域社会との交流が深まっており、行政からの信頼も高まっています

毎年開催している納涼祭の参加者は年を追うごとに増えており、26年度は500名弱の参加があまりました。また、家族介護者教室は年3回開催され、40名の利用者家族や地域住民が参加しています。年を追うごとに地域社会との交流が深まっているといえます。先に挙げた認知症予防の講演会などを通じて、行政からの信頼も高まっていると推察されます。事業所としても、コミュニティバスを利用した地域活性化への貢献なども検討しており、さらなる展開が期待できます。

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-3の講評				
<p>ケアプランを基本としたサービス提供と利用者ニーズの把握が進んでいます</p> <p>居室担当制を敷いており、居室担当者が責任をもって利用者個々のケアプランを確認し、ケアプランに沿ったサービス提供を心がけています。また定期的にサービス担当者会議を開催しており、他職種による検討を踏まえた上で、利用者ニーズをケアプランに反映する仕組みが根付いています。職員の「利用者のために何がしたいか」という意識を引き出して、自主的・自発的な行動につなげることを重視しています。</p> <p>利用者個々のニーズを満たす具体的な取り組みが成果を上げています</p> <p>個別ケア・利用者の望む介護を実践していくために個別リクエストを収集しています。26年度は合計85件の個別リクエストに対して78件のリクエストを叶える事ができました。事例の一つとして、嚥下困難な利用者をホテルでのランチにお連れするという取り組みを実践しています。当日の利用者の様子としては、食事を楽しむことはもちろん、他の参加者との会話やホテルの高層階からの眺望を堪能されている様子であり、利用者満足を引き出した好事例といえます。</p> <p>職員一人一人の「想像力・応用力・創造力」をサービスに生かしています</p> <p>法人の4原則に沿った新しいサービスを現場から作り上げるためのプロジェクトに取り組んでいます。「想像力・応用力・創造力」と題して、「想像力」では、職員にアイデアの提供を求めるとともに、誰がいつく提案したかを管理しています。「応用力」では、どうすれば実行できるかについて、責任者や担当者の役割分担した上で推進体制を明確にしています。「創造力」では、アイデアを具体化するための企画を練り、実行に移していきます。クリスマス・ディスプレイ、握り寿司調理など、実施予定の企画が17に上っています(訪問調査実施時)。</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 7/11
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-4の講評

年度目標の管理指標の設定や、中期の経営計画の策定が望まれます
 事業所の単年度の事業計画は、非常に精緻に作成されています。「総括」として事業所全体の方向性をまとめた後で、入所部門の「重点目標」を打ち出して、「目標を達成する為の具体的な方法」まで明示しています。今後は、目標の進捗管理につなげやすい数値目標等の管理指標の設定などが望まれます。また、介護保険制度の大きな改正など、事業所の経営に影響を与える多くの変化が予測されますので、単年度の事業計画に止まらず、事業所としての3カ年程度の環境分析を踏まえた中期の経営目標と事業計画の策定が望まれます。

安全確保・向上のための組織的活動があり、感染症も最低限の罹患に留めています
 利用者の安全確保・向上のために様々な組織的活動を行っています。事故発生時には速やかに事故検討会を開催し、再発予防策の検討を行っています。感染症予防のために、看護師の指導のもと、全職員を対象とした実技講習を行っています。昨年度のインフルエンザが発生時には、速やかに罹患者の特定を図る事でそのフロアだけの罹患に留めることができている。日頃からのリスクマネジメント体制が機能して成果として表れています。

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

新卒・新人の採用に注力するとともに、育成するための研修が充実しています

新人の採用時には、法人の掲げる「4原則」の説明を行ない、理解してもらうことに重きを置いています。2次選考では、現場リーダーや職員がチェックシートを使い、現場職員のみでチェックを行い、評価を行なった後に採用する仕組みが取られています。また、育成のための研修体系が整備されています。4月入職時点の研修に留まらず、半年程度経った時点で「新人の悩みを共有する」研修や年度末には「初心に帰る」ためのマインド研修があり、新卒・新人育成にきめ細かな配慮がされています。

法人の「4原則」と連動した目標管理制度や、目的を明確にした人事考課があります

法人が掲げる「4原則」を職員に根付かせるための目標管理制度が運用されています。目標管理シートには、4原則に沿った個人目標が設定され、半年ごとに目標の達成度を振り返り機会をつくっています。人事考課では、「接遇がいい社員」、「勤務時間内に150%の仕事をしてお客様から高い評価を受ける社員」と、考課のポイントが明確に打ち出されています。また、職員の適正を判断した上で、アロマコーディネーターや介護予防運動指導員などの専門資格の取得も促しています。

組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます

組織図は整備されていますが、主任不在などの要因により、組織図通りの指揮命令系統が一部機能しないようです。現在は、施設長の力量でカバーされていますが、それにも限界があります。今後は現場リーダーの育成を休務とするとともに、現場リーダー層が縦のラインと責任を意識して、組織的な仕事ができるようにすることが必要です。

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

認知症なら中井富士白苑というブランドイメージの構築が進んでいます
 ユマニチュードの理論をベースとした認知症回復プログラムとその実践事例を施設長や職員が講演を通して積極的に発信している結果としてNHK、TBSといったテレビや読賣や毎日新聞といったマスコミの取材を受ける機会が増えています。また、デンマーク市役所などの外国からの視察もあり、先進的な認知症に対する取り組みがブランドイメージとして高まっています。

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-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-5:「職員と組織の能力向上」

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

改善の成果

新卒採用や職員に対するマインド研修の成果で離職が減っています
 平成25年度は16名の採用に対して18名の離職ということで採用者の数より離職者の数が上回っていましたが、平成26年度は離職が少なくなっているようです。政策的な人事異動により現場に無理を来たしている部分もない訳ではないようですが、それにも増してマインド研修と専門分野の知識・技術研修のバランスの取れた研修体系と新卒重視の新人採用が功を奏してきているようです。

サブカテゴリ-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-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-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

利用者と利用者家族同席の担当者会議では70%の高い出席率です
 利用者サービスの方針を話し合う担当者会議では利用者家族の出席は高くないのが一般的ですが、計画的なスケジュールを組んで利用者家族の出席がし易いような工夫がされており、それが高い出席率となって表れています。

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

事業計画の重点目標である特養・短期合算稼働率99.5%の維持

平成26年度の事業計画の重点目標の一つである「入所・短期合算で99.5%の通期稼働率の達成が維持できています。これは看護介護の連携で入院者を出来るだけ少なくすることや面接済み入所待機者を一定数確保するという努力の賜物です。

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

目標達成のポイントである「スムーズな依頼事項の処理」で成果が上がっています

事業所が大事にしている考えの一つである「スムーズな依頼事項の処理」で利用者からの聞き取りで上がってきた計85件のリクエストに対して78件が実現できました。その中でもホテルのレストランで一流シェフによるフランス料理の介護食を楽しむというリクエストは利用者に大きな喜びと思い出となりました。

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 <p style="text-align: right;">評点(0000)</p>	
	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 <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> 非該当</p>
	<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 <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> 非該当</p>
	<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 <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> 非該当</p>
	<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 <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> 非該当</p>
	サブカテゴリ-1の講評	
	事業所の特徴や取組みが分かるような情報提供のさらなる工夫が期待されます ホームページとパンフレットにて、事業所の情報を発信しています。ホームページには、居室や浴室等の写真を掲載しており、事業所の様子が分かりやすいものとしています。また、空き情報も掲載して、ケアマネジャーへの情報提供も行っているほか、毎月の利用実績を郵送しています。今後は、パンフレットとは別に事業所の特徴や取組みがより詳細に分かるような情報提供のさらなる工夫が期待されます。	
	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 <p style="text-align: right;">評点(000)</p>	
	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 <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> 非該当</p>
	<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 <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> 非該当</p>
	<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 <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> 非該当</p>

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
自宅と同じように過ごせるよう、ヒアリング内容を基に受け入れを行っています サービス担当者会議の場で契約書類を取り交わすとともに、受付表の項目に沿ったヒアリングを行い、事前の情報収集を行います。利用者の不安軽減のためにも、事前に見学をしてもらったり、初回は1泊2日の短期間の利用から徐々に利用してもらうよう勧めています。受付表の情報を基に、気の合う利用者同士で座席を近づけたり、自宅と同じように落ち着いて過ごせるように努めています。サービス終了後は、家族へ口頭で情報提供を行うとともに、ケアマネジャーにも利用中の様子や状況を伝え、情報共有出来るようにしています。		
サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたくえで、必要に応じて見直している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	○ 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしきみがある	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当

サブカテゴリ3の講評

モニタリングのためにも、利用者の様子や状況の記録への落とし込みが期待されます

地域のケアマネジャーのケアプランに基づいて、生活相談員が短期入所生活介護サービス計画を作成しています。利用開始日に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。サービス計画の内容と日々に記録の繋がりが弱い場合、利用者の様子や状況に応じたサービス計画の評価、見直しがしにくい状況となっています。サービス計画のサービス内容に対して、どのような様子、状況だったの等について、日々の記録に落とし込めるような工夫が期待されます。

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		
● あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当	
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(0000)	
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、組織的に対策を検討し、対応している	○ 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			
<p>利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した対応に努めています</p> <p>利用者のプライバシーや羞恥心への配慮として、多床室ではドアやカーテンをきちんと閉めて、プライベート空間を確保するとともに、入室時は必ずノックを3回し、声をかけてから入室するようにしています。また、入浴はマンツーマン対応を基本として不必要な露出を控えるとともに、同性介助にて行っています。何事にも利用者のペースを尊重しており、利用者の意向を確認してから、次の動作や介助を行うようにしています。</p>			

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

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(○○○○○)

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

業務の標準化を図るためにも、マニュアルの見直しや活用方法の検討が期待されます

法人全体のマニュアルと、事業所独自のマニュアルを作成しています。事業所のマニュアルについては、食事や排泄、入浴等のサービス場面の手順がまとめられています。見直しについては、主任と副主任が行うこととしていますが、定期的な実施が行われておらず、日常的にマニュアルを活用する場面も多くない状況です。マニュアルの改訂のために職員に見直し作業を依頼する等、職員目線での修正を行うとともに、研修等の機会で見直し作業に触れる機会を設け、業務の標準化を図っていくことが期待されます。

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	
		31 / 32	
1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(0000)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>利用者、家族、ケアマネジャー等の関係者が連携しながら、支援を行っています</p> <p>居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランに基づいて、短期入所生活介護サービス計画を作成し、サービス提供を行っています。サービス提供を行うにあたり、サービス担当者会議に生活相談員が参加し、利用者、家族、担当のケアマネジャー、その他のサービス事業所とも連携しながら、在宅生活を支えられるよう努めています。</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

多彩な食事の取組みを行っています

食材が一日の中で重ならないようメニュー作りを心掛けており、毎週選択食を取り入れたり、月1回の郷土料理を取り入れたり、祝日はイベント食を取り入れたり、ケーキバイキング等、多彩な食事の取組みを行っています。また、8月から利用者の目の前で調理を行うデモクックも取り入れ、クレープ作りを行いました。管理栄養士が昼食時に巡回し、利用者から直接食事に関する意向や要望を汲み取るようにしており、要望の多いメニューについては、事務所で試食を重ねながら、美味しい食事が提供できるように努めています。

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て、プライバシーや羞恥心に配慮した入浴介助を行っています

利用者の身体状況に応じて、個浴、中間浴、機械浴の3種類の入浴形態を用意しています。入浴は最低限の職員配置で行い、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮して介助を行っています。入浴の拒否がある場合は、時間をずらしたり、利用者が入浴したいと思う気持ちになるよう、無理強いしないように誘うようにしており、それでも入浴できない場合は、着替えと清拭を行います。湯船には、満足してもらえるまでゆっくりと入ってもらえるよう努めており、菖蒲湯や柚子湯の季節毎の変わり湯や音楽を流す等、楽しんでもらえるように工夫しています。

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(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 在宅で行っている排泄方法を踏まえ、利用者や家族と話し合ったうえで本人の状況に合った介助をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている	○ 非該当
評価項目4の講評		
<p>自宅での排泄方法やトイレ環境などを踏まえた個別の排泄介助を行っています</p> <p>サービス担当者会議の時に利用者の自宅での排泄方法・トイレ環境を把握した上で、日常生活動作(ADL)に応じた排泄介助を行っています。食事時間やおやつ等を通して水分を取ったり、お茶ゼリー等の提供方法を工夫して水分補給を促しています。また、適度に身体を動かす機会として、食堂までの移動やトイレへの誘導など、意識的に利用者に歩いてもらう機会を設け、自然な排泄を促すように取り組んでいます。ポータブルトイレは使用後は必ず清掃し、常に生活な状態にしています。</p>		
5 評価項目5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている	○ 非該当
評価項目5の講評		
<p>利用者の状況に応じた移動介助や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。ショートステイを利用して行く中で、より良い方法があれば、家族やケアマネジャーに提案しています。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。また、訪問理美容を利用される場合は、事前に希望を把握し、対応するようになっています。</p>		

6 評価項目6 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 入所時の健康チェックを行っており、状態に応じて必要な処置を講じている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族、介護支援専門員等に説明をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

利用開始日および退所日に身体状況の確認を行い、健康状態を把握しています

利用開始日および退所日に看護師による身体状況の確認を行い、キズやあざの有無等を確認して、利用者の健康状態を把握しています。夜間は看護師へのオンコール体制となっており、緊急時の体制を整えています。何かあれば、家族またはケアマネジャーに連絡し、様子を伝えるようにしています。服薬については、看護師と介護職の2名で確認しながら行っていますが、落薬事故が多い傾向がありますので、飲み込みまで確認する等、服薬介助のさらなる徹底が期待されます。

7 評価項目7 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している		評点(0●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 必要に応じて機能訓練の評価を行い、在宅生活においていかなるよう支援している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで機能訓練を行えるような工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

生活の中で取り入れられる視点に沿った機能訓練のさらなる取組みが期待されます

ショートステイの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。フロアでは指先を使ったレクリエーションとしてジェンガをする等、日常生活リハビリの視点による機能訓練の取組みを行っていますが、具体的に在宅生活で活かせるよう利用者へのアプローチまでには至っていません。機能訓練指導員のアドバイスの基、生活の中で取り入れられる視点に沿ったさらなる機能訓練の取組みが期待されます。

8 評価項目8

施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

利用者の思い思いの過ごし方が出来るよう支援しています

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い、生活にメリハリをつけています。基本的に自宅同様に、利用者の思い思いの過ごし方が出来るよう支援しており、入浴やレクリエーションへの参加についても、無理強いすることなく対応するようにしています。また、認知症の利用者に対する支援の充実としてもユマニチュードを導入するなど、利用者寄り添ったケアに努めています。併設している託児所の児童とクリスマス会等の行事の際に世代間交流の機会を設け、子ども達との関わり合いを楽しんでいます。

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

書面による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

ショートステイの場合、家族の面会の要望は少ないですが、希望があれば、随時対応することとしています。利用期間中の様子等は、必要に応じて、家族やケアマネジャーに連絡し、情報提供するようにしています。現在は口頭ベースでの情報提供となっていますので、短期入所生活介護サービス計画の進捗状況や日中の様子、状況を紙ベースで伝えていけるようにする等、家族やケアマネジャーとのさらなる信頼関係を構築するためにも、情報提供方法のあり方を検討することが期待されます。

10 評価項目10

地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点(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

地域のボランティア等との交流の機会を設けています

定期的に傾聴ボランティアが事業所を訪れ、職員以外の地域の方々と交流することが出来る機会を設けています。また、歌謡やハーモニカ、カラオケ、ピアノコンサートの披露ボランティアによる演奏会も行われ、利用者の生活に彩りを添えています。地域の方も参加出来る5月の新茶会や8月の納涼祭などの催し物にも利用者は参加することができ、楽しいひとときとなっています。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	認知症に対する専門性を講演等を通して積極的に地域に発信しています
	内容	ユマニチュードや認知症予防運動など、認知症ケア・予防に対する取り組みに注力しており、地域に向けても積極的に情報発信をしています。「アルツハイマー病をくい止めろ」と題した講演会を企画・実施して、アルツハイマー型認知症の予防に関する専門家の医師を招き、地域の行政関係者、地域包括支援センター、事業所を対象として先端的な取組みの紹介を行っています。また、例年実施している介護者教室においても、家庭医を招いた講演会や職員による認知症予防運動プログラムの実技体験を行っています。
2	タイトル	利用者の思い思いの過ごし方が出来るよう支援しています
	内容	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い、生活にメリハリをつけています。基本的に自宅同様に、利用者の思い思いの過ごし方が出来るよう支援しており、入浴やレクリエーションへの参加についても、無理強いくることなく対応するようにしています。また、認知症の利用者に対する支援の充実としてもユマニチュードを導入するなど、利用者に寄り添ったケアに努めています。併設している託児所の児童とクリスマス会等の行事の際に世代間交流の機会を設け、子ども達との関わり合いを楽しんでいます。
3	タイトル	職員一人一人の「想像力・応用力・創造力」をサービスに生かしています
	内容	法人の4原則に沿った新しいサービスを現場から作り上げるためのプロジェクトに取り組んでいます。「想像力・応用力・創造力」と題して、「想像力」では、職員にアイデアの提供を求めるとともに、誰がいつ提案したかを管理しています。「応用力」では、どうすれば実行できるかについて、責任者や担当者の役割分担した上で推進体制を明確にしています。「創造力」では、アイデアを具体化するための企画を練り、実行に移していきます。クリスマス・ディスプレイ、握り寿司調理など、実施予定の企画が17に上っています（訪問調査実施時）。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます
	内容	組織図は整備されていますが、主任不在などの要因により、組織図通りの指揮命令系統が一部機能しないようです。現在は、施設長の力量でカバーされていますが、それにも限界があります。今後は現場リーダーの育成を休務とするとともに、現場リーダー層が縦のラインと責任を意識して、組織的な仕事ができるようにすることが必要です。
2	タイトル	生活の中で取り入れられる視点に沿った機能訓練のさらなる取組みが期待されます
	内容	ショートステイの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。フロアでは指先を使ったレクリエーションとしてジェンガをする等、日常生活リハビリの視点による機能訓練の取組みを行っています。具体的に在宅生活で活かせるよう利用者へのアプローチまでには至っていません。機能訓練指導員のアドバイスの基、生活の中で取り入れられる視点に沿ったさらなる機能訓練の取組みが期待されます。
3	タイトル	モニタリングのためにも、利用者の様子や状況の記録への落とし込みが期待されます
	内容	地域のケアマネジャーのケアプランに基づいて、生活相談員が短期入所生活介護サービス計画を作成しています。利用開始日に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。サービス計画の内容と日々に記録の繋がりが弱いため、利用者の様子や状況に応じたサービス計画の評価、見直しが生じにくい状況となっています。サービス計画のサービス内容に対して、どのような様子、状況だったの等について、日々の記録に落とし込めるような工夫が期待されます。