

# 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：中井富士白苑



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <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"> <li>・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。</li> <li>・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</li> <li>・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。</li> </ul>

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18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 14名、70歳代 11%、80歳代50%、90歳以上39%。

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

100

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
	100	100
	18	18
0.0	18.0	18.0

**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78%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97%と高い満足度が示されています。  
 ・生活に必要な介助(問2)については80%以上の方が、接遇(問6)については90%以上の方が、生活スペースの環境整備(問5)については全員の方が「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の項目で「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	14	2	2	0
「はい」と回答した方は78%と一定の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11%、「いいえ」と回答した方は11%です。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	16	0	0	2
「はい」と回答した方は89%と高い満足度が示されており、「とても良くしていただいています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」「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、11%です。				
3. 施設の生活はくつろげるか	10	2	1	5
「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、手芸を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11%、「いいえ」と回答した方は6%です。「何もしていません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、28%です。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	12	0	4	2
「はい」と回答した方は67%に留まっていますが、「よく聞いてくれています」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方は22%です。「無回答・非該当」は11%です。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	18	0	0	0
全員の方が「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。「毎週掃除をしてくれて、とてもきれいです」といった声が寄せられています。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	17	1	0	0
「はい」と回答した方は95%と非常に高い満足度が示されており、「言葉遣いも態度も丁寧でよいです」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6%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	14	1	0	3
「はい」と回答した方は78%と一定の満足度が示されていますが、「先生も来てくれているので安心です」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は6%、「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。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	1	0	12
「はい」と回答した方は28%で、「トラブルがあった場合は、職員がよ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6%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「トラブルやいさかいの場面を見たことがない」と回答した方は「無回答・非該当」とし、67%です。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	13	2	1	2
「はい」と回答した方は72%と一定の満足度が示されており、「良くてくれています」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6%です。「無回答・非該当」は11%です。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	13	1	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6%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は22%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	5	0	4	9
「はい」と回答した方は28%に留まっています。「いいえ」と回答した方は22%です。「支援に関する計画について分からない」と回答した方は「無回答・非該当」とし、50%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	4	0	0	14
「はい」と回答した方は22%に留まっています。「支援に関する計画やサービス内容の説明について分からない」と回答した方は「無回答・非該当」とし、78%です。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	11	3	1	3
<p>「はい」と回答した方は61%に留まっていますが、「何でもやってくれます」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17%、「いいえ」と回答した方は6%です。「不満や要望がない」と回答した方は「無回答・非該当」とし、17%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	2	0	10	6
<p>「はい」と回答した方は11%に留まっています。「いいえ」と回答した方は56%です。「無回答・非該当」は33%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 <b>9/9</b>
	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 <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<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 <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<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 <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<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) <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	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 <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<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 <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	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 <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<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 <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>
	<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る <span style="float:right"><input type="radio"/> 非該当</span>

## 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 <b>4/4</b>	
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
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 <b>7/7</b>	
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
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 <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>				
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
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ない」、「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	
<b>評価項目1</b>				
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
<b>評価項目2</b>				
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
<b>評価項目3</b>				
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><b>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</b></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><b>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</b></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><b>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</b></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 <span style="float: right;">評点(○○●)</span>		
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 <span style="float: right;">評点(○○○●)</span>		
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 <span style="float: right;">評点(○○●●)</span>		
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	
● 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」を打ち出しており、「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。

自宅復帰プログラム等、経営理念に沿った独自の取り組みの成果が期待されます

経営理念に沿った独自の取り組みの実践の1つに自宅復帰プログラムがあります。本プログラムを通じて、利用者の自宅復帰の希望を実現することが事業所の使命である、という認識が強く打ち出されています。ケアプランには自宅復帰した場合、必要になるであろう「夜中一人でトイレに行けるようになる」等を目標に掲げて半年ごとのモニタリングに力を注いでいます。訪問調査時点で、3人の対象利用者に対する支援を進めています。今後、具体的な成果を積み重ねていくことが期待されます。

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 <b>8/8</b>	
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 <b>7/7</b>	
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。

7				カテゴリ-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				評点(〇〇〇)	
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					
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している			<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している			<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している			<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2				評点(〇〇〇〇)	
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					
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している			<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している			<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している			<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている			<input type="radio"/> 非該当	
カテゴリ-7の講評					
<p><b>個人情報保護の周知・徹底と漏れのない情報共有に努めています</b></p> <p>厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を基準にして情報保護に努めています。また、個人情報保護に関する研修会が開催されています。さらには、施設長から朝礼の場で繰り返し個人情報保護の重要性について発信されています。また、情報共有については、24時間勤務体制でありがちな情報が伝わらない事に対して各フロアの職員に必要な情報が漏れなく伝わるよう各フロアにメールアドレスを付与し、必要な情報の周知・徹底に努めています。</p> <p><b>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</b></p> <p>法人内の情報については、基本的に職員が自由にアクセスできるファイルと、課長補佐以上の管理職のみしかアクセスできない管理職ファイルが設定されています。既存のデータの更新は、法人本部で一括して管理されていますが、施設間のファイア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ラやメールの使用等に対する規制はなく、ソーシャルメディア対策は、講じられていない状況です。施設間の情報のやり取りのやソーシャルメディア対策をどうするのか、今後の検討が期待されます。</p>					



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高回っていましたが、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

今年度重点目標である「入所・短期合算稼働率99.5%」が達成維持されています

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 <b>4/4</b>
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。ホームページは法人のシステム担当が管理し、内容の変更が出る都度、更新を依頼しています。法人全体の理念、運営に関する基本的な考え方が見やすく掲載されていますので、さらに力を入れている取り組みや特色ある活動など、当事業所独自の情報提供が期待されます。神奈川県介護サービス検索機関である介護情報サービス神奈川にも情報を掲載しています。</p> <p>希望に応じて随時、施設見学を実施し、事業所の取り組みを伝えています</p> <p>入所相談や施設見学には生活支援課長、相談員、副主任が対応し、パンフレット、料金案内、入所申込書を渡し、施設を案内しています。当事業所で特に力を入れている食への取り組みを丁寧に説明しています。また従来型多床室のため、一般的に考え得るデメリットも含めて必ず説明し、デメリットを補うための取り組みについて伝えています。</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 <b>6/6</b>
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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>サブカテゴリー2の講評</b>		
<p>入所前、契約時の面談で重要事項を説明し、利用者・家族の意向を確認しています</p> <p>相談員、ケアマネジャーが利用者・家族宅を訪問し、生活歴や要望などを聞き取るとともに重要事項の説明を行います。後日、契約時の面談で改めて重要事項説明書、利用料金表、契約書等を読み合わせながら相互確認をします。事前面談で得た情報は初回担当者会議にて看護師、副主任、機能訓練指導員に共有、入所決定後は面談記録を担当フロアの介護職員で共有し入所に備えています。</p> <p>ケアマネジャーと連携、開始直後は見守りを強化しケアプランの見直しを行っています</p> <p>利用開始直後に同室の方との仲立ちや食事時の紹介を行い、周りの利用者との関係構築を大切にしています。身体面では立ち上がりや排泄の状況をこまめに把握、記録し、ケアプランとのズレが見られる場合には担当者とケアマネジャーで打ち合わせを行い、ケアプランに加筆、変更しています。また事業所として自宅復帰プログラムに力を入れており月に1回自宅復帰に向けてのアセスメント会議を行い、サービス終了後の支援の継続を含め丁寧に検討しています。</p>		
<b>サブカテゴリー3</b>		
<b>3</b>	個別状況に応じた計画策定・記録	<b>サブカテゴリー毎の標準項目実施状況</b>
		<b>10/10</b>
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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
<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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くみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

**多職種と利用者・家族でそれぞれの思いと視点を合わせたケアプランを作成しています**

事前面談でケアマネジャーと相談員が聞き取りした内容はアセスメント表に記載されています。アセスメント表には、ADL(日常生活動作)、認知症の周辺症状、本人の意向、家族の意向が記載されており、6ヶ月に1回、ケアプランと一緒に見直しを行っています。サービス担当者会議には、介護、看護など各部門からそれぞれ出席し、さらに利用者、家族も参加していただいています。多職種で利用者本人と家族の意向を把握し、現状確認を行いながら個々の思いと専門的な視点を合わせたケアプランの作成を行っています。

**利用者の現状とプラン内容を確認しやすい記録を残す事を検討することが期待されます**

利用者個々のその日の様子はパソコン内の記録ソフトで職員は確認することができます。その他、引き継ぎノート、連絡ノート等に利用者の特記事項などすぐに共有すべき情報も確認できるよう取り組んでいます。プランの見直し時に必要となる情報は、日々の記録となりますが、記録はケアプランとの連動性が薄く、情報量としてもまだ改善の余地があります。利用者の現状を検証する仕組みを更に深めるためにも、連動性を意識した記録の積み重ねについて検討することが期待されます。

サブカテゴリー5

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

<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		<b>評点(〇〇〇)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(0000)</b>
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、組織的に予防・再発防止を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ5の講評

個々の利用者の要望を聞き取り、実現する取り組みを行っています

調査時点では85件のリクエストを受け、「お祭りに行きたい」、「買い物に行きたい」など、78件を実現しました。また、多床室ではプライバシーの確保が難しいことを職員が理解、意識し、利用所の要望および職員の判断によりカーテンの開閉を適切に行っています。同性介助の希望は現時点ではないが、利用者の羞恥心に気を配り職員から確認をしています。

利用者の尊厳を守り個々のニーズに応える取り組みの一環として接遇に注力しています

表面的なふるまいとしてではなく、利用者の尊厳の尊重という観点から接遇に取り組み、毎年、研修を実施しています。事業計画書では利用者に対する言動に問題がある職員に対しては厳重注意し組織として対応する旨が明記されており、施設長、支援課長等の管理職が中心に指導教育に当たる体制をとっています。

サブカテゴリ6

<b>6</b> 事業所業務の標準化	<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b>	<b>10/11</b>
--------------------	-------------------------	--------------

<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</b>
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. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(00●)</b>
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	
● 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6の講評

各種マニュアルを整備し、委員会が中心となって見直しを行う予定です

介助マニュアル(食事ケア、排泄、入浴介助、清拭)、褥瘡防止、介護事故防止、身体拘束等の各種マニュアルを事務所、各フロアに設置し、いつでも確認できるようにしています。今年度は褥瘡委員会が活動を再開し、居室担当者が責任を持って褥瘡を発見し報告するよう働きかけを行い、居室担当者別一覧表を作成し意識付けを行っています。来年度に向け、事故防止委員会、身体拘束廃止委員会等、各委員会が中心となりマニュアルの見直しを行う予定になっています。

インシデントノートを工夫し、全職員でインシデント報告に取り組んでいます

他事業所で使用している書式を参考に、利用者別に時系列でヒヤリハットが記入できるインシデントノートを事故防止委員会で作成し使用しています。月に80~90件の報告があります。事故防止委員会では多くの報告をあげた職員を誉めたり、新入職員にヒヤリハットへの気づきを促すなど、職員全体で事故を防止していく働きかけを行っています。

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>今までの生活の延長上に今の生活がつながるよう取り組んでいます</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。個人ファイル内にはこれまでの生活歴や生活習慣などが記載されているので、職員は確認しながらケアにあたっています。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作りに努め、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>多職種で意向を確認しながら統一したケアを提供するため取り組んでいます</p> <p>サービス担当者会議は、ケアマネジャーを中心に、介護、看護、栄養、リハビリなど各部門から職員が出席し、時には、嘱託医からのアドバイスもいただきながら多角的に検討し、情報共有しながら利用者の支援にあたっています。サービス担当者会議には利用者、家族も出席していただくようにしており、多職種で利用者・家族の意向を確認した中で利用者に対するサービス内容を決めています。サービス担当者会議の内容は、各フロアでの会議内でも共有し、統一したケアを提供できるよう取り組んでいます。</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

利用者の身体状態、嚥下状態に合わせた食事提供に取り組んでいます

利用者の嚥下状態などを把握して、その人にあった食形態での提供ができるよう常食、一口大、刻み、極刻み、ミキサー、ソフトと多くの形態に対応しています。また身体状態を確認しながら、介護スプーンなどの自助具や食器にも対応し、利用者本人が使いやすいもので自力摂取できるよう食事環境を整えています。口腔ケアは、気になる利用者や本人の希望に応じて実施しています。歯科往診の結果を踏まえて歯磨きや食形態の検討を行い、経口摂取維持につながるよう取り組んでいます。

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

入所時に利用者個々の栄養ケアプランを作成しています。ケアマネジャーと介護職員で利用者のアセスメントを確認して毎月の体重測定、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。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、利用者の嗜好にも対応できるように、飲むタイプを好む利用者にはドリンクタイプを、ゼリータイプにはゼリーで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

趣向を凝らし、本格的で楽しめる食事提供が行われています

年2回の嗜好調査と、サービス担当者会議の際も食事に関する聞き取りを行い、味付けについてや食べたいものを把握し、献立に反映しています。月1回の郷土料理、また季節行事に合わせた献立として、七五三の時はお子様ランチと懐かしさを演出し、土用の日には活うなぎを一匹ずつ捌いて調理し、活すっぽんを提供するなど本格的です。誕生会の時はちらし寿司または天ぷらと人気メニューで提供するなど、利用者にとって生活の中で楽しみの一つである食事は趣向を凝らして提供しています。

食席や提供時間は利用者の様子に合わせて対応しています

食席については、利用者への食事介助の状況や利用者間の相性も考慮して配置しています。食事時間は3食とも基本時間はありますが、利用者のその日の状態に応じて時間をずらして提供するなど、衛生面、安全面で可能な範囲で対応しています。通院などで食事時間が完全に遅れてしまった場合には、おむすびなどの軽食またはおやつを提供することで対応しているため、1食抜けてしまうということがないようにしています。

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

利用者の希望に応じ、身体状態に合わせた入浴を実施しています

利用者の身体状態に合わせて、個浴、一般浴、特浴など3種類以上の入浴形態にて、基本は週2回として入浴を実施していますが、希望に応じて可能であれば3回実施することもあります。入浴は基本マンツーマンで対応することにしており、利用者とのコミュニケーションを図る時間ともなったり、羞恥心に対しても配慮できる環境下であると推察されます。入浴時の誘導で拒否があった時は「お風呂に行きましょう」ではなく、その人が動きやすい声かけで行う、時間をずらして改めて誘うなど、無理強いすることなく実施できるよう取り組んでいます。

利用者が落ち着いてゆっくり入浴できるよう環境を整えています

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。音楽を流したり、一緒に会話を楽しみながら長く湯船につかっていただけるよう取り組んでいます。入浴剤の使用やゆず湯や菖蒲湯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、自分の好きな香りで清潔を保てるよう、臨機応変に対応しています。

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

目標の水分摂取量を確保するため工夫して水分補給を行っています

利用者の水分摂取量は一日1,000cc以上の確保を目指し、トイレでの自然排泄を継続できるよう取り組んでいます。朝、昼は緑茶、ほうじ茶、アルカリ飲料水などを用意して好みのものを飲んでいただき、15時のお茶の時間には、個別で準備していただいたコーヒーやココアの提供など、好きな飲み物を飲むことや、水分だけではなく、お茶ゼリーなど形態を変えて水分摂取量が確保できるよう工夫しています。

適切な排泄介助が行えるよう取り組んでいます

排泄委員会を中心として、オムツの使用について検討しています。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を使用を確認、評価しています。また、適切な排泄介助が実施できるよう、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

可能な利用者については、車イスを使用しても出来る限り自走して移動するよう促しています。座位の保持が悪くて自走できない場合は、機能訓練指導員のレクチャーを受け対応しています。利用者に適した移乗、移動介助が行えるよう、個別に機能訓練指導員がその方法を示しており、移乗については用具を活用し利用者の持つ機能を活かしながら安全な移乗ができるよう理学療法士からもレクチャーを受けて取り組んでいます。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目7の講評

個別機能訓練計画書を作成し、個々の出来ることを維持できるよう実施しています

機能訓練を希望する利用者については、個別機能訓練計画書を作成して取り組んでいます。生活の中で出来ているところを維持していくことを計画に盛り込み実施するようにしています。リハビリの内容はトイレで数秒立位を保つ、手引き歩行で移動するなど、日常生活の中で介護職員が行っています。また、利用者ごとに「リハビリの日」を決めており、個別に実施しています。訓練内容については3ヶ月ごとに評価・見直しを行い、現状の機能維持に向けて取り組んでいます。

外部の理学療法士のアドバイスを受けながらリハビリを実施しています

日々の訓練については介護職員、機能訓練指導員により行われ、機能訓練指導員が実施した場合は介護記録にも記録し、介護職員で実施した内容は機能訓練実施記録にも記載して、その実施内容を職員間で共有しています。年12回、外部の理学療法士が来所し、指導を仰ぐ機会を設けています。対象利用者をピックアップしておき、アドバイス等の内容は職員に周知しています。専門的根拠のもと適正なリハビリが提供できるよう取り組んでいます。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	<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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

評価項目8の講評

医療機関との連携が図れており、心強い環境が築けています

3名の内科医が利用者をそれぞれ担当しており、毎週利用者の回診に訪れています。その他、精神科医が月2回、眼科医が月1回、皮膚科医が2ヶ月に1回、歯科医が毎週と医療機関との連携にて利用者の健康管理が行われています。医師による回診等のほか、年1回健康診断も実施し、結果は家族にも報告し、利用者の健康状態に関する情報を共有しています。緊急時については、看護師がオンコール体制で対応するほか、内科医の携帯電話にいつでも連絡して指示を仰ぐことができます。利用者や家族、職員にとっても心強い環境です。

職員に対する注意喚起を行いながら誤薬防止に取り組んでいます

誤薬を起こさないよう、服薬に関する基本ルールを文章化し職員に周知しています。また、誤薬がないよう注意喚起するための貼り紙を職員一人ひとりのロッカーに貼っています。看護師が分包して配管理を行い、介護職員への服薬指導を行っています。介護、看護と連携を図りながら誤薬防止に取り組んでいます。

看取りについて知識を持って取り組めるよう進めています

看取りに対する指針を介護職員は読み合わせを行い、共通理解のもと看取り対応ができるよう取り組んでいます。利用者、家族には急変時の対応や看取りについての意向を把握しており、希望に即した看取りケアに取り組むこととしています。また、看取りに関する研修も実施しており、看護師や外部講師を招いての職員研修や、ターミナル期の栄養ケアについて学ぶなど、知識を持って看取りに向き合えるよう、準備しています。

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

更衣支援は今後も一部検討課題と捉えています

基本的に起床時と就寝時の更衣支援を行っています。起床後は洋服に着替え、整容に関してはプライバシーに配慮しながら食堂の洗面台で髪をとかしたり顔の清拭を行い身だしなみを整えています。就寝時の更衣支援については必ずしも全員に出来ている状況ではない現状があります。一日の生活リズムを整えたり、安眠につなげるために検討課題として職員は捉えています。また、安眠につながるようアロマの導入も行っています。寝付けなかった利用者も、においがあることで気持ちも変わるなどの効果も現れています。

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>個別ニーズを把握し日々を楽しみながら過ごせるよう取り組んでいます</p> <p>施設では年間行事計画を立て、楽しめる行事の実施に取り組んでいます。全体で行う行事のほか個別ニーズにも対応できるよう、一人ひとりにリクエストを聞いています。外食に出かけ好きなものを食べていただくなど様々です。また、計画的にレクリエーションを行い、利用者が楽しく日中を過ごせるよう取り組んでいます。行事を実施するにあたり、あらゆる場面を想定して安全に実施できるよう準備しています。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。</p> <p>認知症ケアの充実等、新しい取り組みを導入しています</p> <p>介護ロボットを利用者とのコミュニケーションツールとして導入しています。また、認知症ケアの新しい方法により認知症理解を深め、利用者に寄り添って支援を行うことに注力しています。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。新しいサービスの柱として掲げている認知症ケアの充実に取り組み、利用者が落ち着いて安心して過ごせる環境作りが行われています。</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

年間で計画を立て、全体、個別と可能な限り外出機会をつくれるよう取り組んでいます

お花見や紅葉狩り、地域の公園にドライブに行くなど、年間で外出企画を立てて実施しています。また、個別の外出としては、徒歩でコンビニエンスストアに買い物に行く、お墓参りに行くなど、全利用者が出来ているという状況ではありませんが、利用者の身体状況と要望を検討しながら、可能な限り対応しています。施設から離れて季節を感じ、地域の移り変わる様子を見ることで日常とは違う時間を過ごすことは良い気分転換にもつながっていると推察されます。

地域の方と一緒に楽しめる機会を設けています

納涼祭は地域の方々にも案内をし、地域との関わりを持てる交流の機会となっています。また、クリスマス会では併設する託児所の子もたちとの交流もあります。地域で行われるお祭りにも参加するなど、地域の方々と行事を一緒に楽しむことで、施設内での生活であっても地域の一住民として関わることができていると推察されます。その他、通常のレクリエーションやクラブ活動において地域のボランティアを受け入れています。ボランティアとの触れ合いは、利用者の日常生活に良い刺激を与えています。

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

家族懇談会やサービス担当者会議にて家族に報告しています

年2回、家族懇談会を開催し、施設や法人の取り組みを家族に報告し、理解いただけるよう取り組んでいます。家族懇談会には施設長のほか、各部門から職員が出席し、それぞれの部門における取り組みについて説明しています。利用者の日常のケアに関する内容については、サービス担当者会議への参加をお願いし、多職種と専門的な視点から家族に伝えています。このような取り組みは家族が聞きたい内容をそれぞれの専門性を持って対応できるよう努めていることがうかがえます

家族と協力し合いながら利用者を支えていけるよう取り組んでいます

家族に足を運んでいただけるよう、大きな行事などは案内を送り参加を呼び掛けています。納涼祭や敬老祝賀会、買い物のイベントなど家族の参加につながっています。施設では、利用者と家族の外出、外泊を積極的に勧めています。施設内だけが生活の場としての対応ではなく利用者がホッとできるひと時を多く持つことができるよう家族と協力しながら利用者を支えていけるよう取り組んでいます。

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る」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	新しいサービスの柱として掲げる認知症ケアの充実を図るべく、施設全体で共通理解のもと取り組んでいます
	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、一人ひとりにリクエストを聞いています。外食に出かけ好きなものを食べていただくなど様々です。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、利用者寄り添って支援を行うことに注力しています。新しいサービスの柱として掲げている認知症ケアの充実に取り組んでいます。
3	タイトル	利用者の楽しみの一つである食事提供は意向を把握しながら趣向を凝らして提供しています
	内容	食事は利用者にとって毎日の生活の中での大きな楽しみの一つであることから様々な取り組みを行っています。年2回の嗜好調査と、サービス担当者会議の際も食事に関する聞き取りを行い献立に反映しています。月1回の郷土料理、また季節行事に合わせた献立として、七五三の時はお子様ランチと懐かしさを演出し、土用の日には活うなぎを一匹ずつ捌いて調理し、活すっぽんを提供するなど本格的です。誕生会の時はちらし寿司または天ぷらと人気メニューで提供する、また、選択食を導入し好きなものを選んでいただくなど趣向を凝らして提供しています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	自宅復帰プログラム等、経営理念に沿った独自の取り組みの成果が期待されます
	内容	経営理念に沿った独自の取り組みの実践の1つに自宅復帰プログラムがあります。本プログラムを通じて、利用者の自宅復帰の希望を実現することが事業所の使命である、という認識が強く打ち出されています。ケアプランには自宅復帰した場合、必要になるであろう「夜中一人でトイレに行けるようになる」等を目標に掲げて半年ごとのモニタリングに力を注いでいます。訪問調査時点で、3人の対象利用者に対する支援を進めています。今後、具体的な成果を積み重ねていくことが期待されます。
2	タイトル	組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます
	内容	組織図は整備されていますが、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。
3	タイトル	利用者の現状とプラン内容を確認しやすい記録を残す事を検討することが期待されます
	内容	利用者個々のその日の様子はパソコン内の記録ソフトで職員は確認することができます。その他、引き継ぎノート、連絡ノート等に利用者の特記事項などに共有すべき情報も確認できるよう取り組んでいます。プランの見直し時に必要となる情報は、日々の記録となりますが、記録はケアプランとの連動性が薄く、情報量としてもまだ改善の余地があります。利用者の現状を検証する仕組みを更に深めるためにも、連動性を意識した記録の積み重ねについて検討することが期待されます。