

福祉サービス第三者評価結果報告書 (平成 26 年度)

特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・ケアハウス）

評価対象事業所名称：富士白苑 大磯コーポ



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)いい介護を提供しなければならない 2)いい看護を提供しなければならない 3)美味しい食事を提供しなければならない 4)スムーズな依頼事項の処理をしなければならない 5)接遇およびお客様のご要望はすべて速やかに叶える</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 想像力・応用力・創造力を持って、より良いサービスの提供と新しいビジネスモデルを作り上げる</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 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をしっかりと理解し、新しいサービスを作り上げる</p>

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10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1名・女性9名、70歳未満10%、70歳代20%、80歳代70%。

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

96

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
	96	96
	19	19
0.0	19.8	19.8

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90%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80%と高い満足度が示されています。
 ・14問中9問で「はい」と回答した方は8割を超えており、高い満足度が示されています。設問別にみると、個人の尊厳の尊重(問9)、不満や要望への対応(問13)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7問で「はい」と回答した方が70%を超えています。

場面観察方式の調査結果

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

調査時に観察することができた場面から評価者が感じたこと

《調査時に観察した場面》

《調査時に観察した場面から評価者が感じたこと》

評価者が感じたことなどに対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事介助には、満足しているか	0	0	0	19
「自炊をしています」、「部屋で食事を摂っています」と回答した方全員を「無回答・非該当」としています。				
2. 入浴介助は安心できるか	2	0	0	17
「はい」と回答した方は11%です。「部屋で入浴しています」と回答した方は「無回答・非該当」とし、89%です。				
3. 食事、入浴以外の日常生活に必要な介助を受けているか	3	0	0	16
「はい」と回答した方は16%です。「自分で出来ています」と回答した方は「無回答・非該当」とし、84%です。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にしているか	16	1	2	0
「はい」と回答した方は84%と高い満足度が示されており、「看護師が血圧を計ってくれていて安心です」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5%、「いいえ」と回答した方は11%です。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	19	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。「掃除が行き届いていてきれいです」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	16	3	0	0
「はい」と回答した方は84%と高い満足度が示されており、「丁寧に対応してもらっています」「教育が行き届いています」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16%、「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	12	5	0	2
「はい」と回答した方は63%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は26%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「今のところ経験したことがなく分かりません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、11%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	0	0	14
「はい」と回答した方は26%です。「トラブルなどはありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、74%です。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	12	4	1	2
「はい」と回答した方は63%に留まっていますが、「親切にしてくれて、良くしてくれています」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21%、「いいえ」と回答した方は5%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	12	4	0	3
「はい」と回答した方は63%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は21%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「分かりません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、16%です。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	4	1	0	14
「はい」と回答した方は21%です。「どちらともいえない」と回答した方は5%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は74%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	15
「はい」と回答した方は21%です。「無回答・非該当」は79%です。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	11	3	0	5
<p>「はい」と回答した方は58%に留まっていますが、「要望等はよく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16%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「不満や要望はありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、26%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	3	2	12	2
<p>「はい」と回答した方は16%に留まっています。「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63%で、「知りませんでした」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は10%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 8/9
	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(○○○●)	
	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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(○○)	
	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(○○○)	
	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る <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、浸透させるべく取り組んでいます

当施設は、財団法人が運営していた高齢者住宅を発展させて昭和56年に開設しましたが、隣接する特養を運営する社会福祉法人とは同一グループであり、社会福祉法人と共通の理念や目標等をもって、グループ一体となった運営を目指しています。グループの4原則の浸透をさせるべく、職員には財団法人の理念を掲示するとともに、入社時に職員に対してハンドブック(『社員としてのハンドブック』)を配布しています。

グループ一丸となった理念研修の成果が期待されます

年度初めの職員研修では、事業計画の説明とともに法人理念等の説明が恒例となっています。職員会議や会議後に実施される月例の職員研修を通じて、施設長から職員に働きかける場はあるが、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にあります。本年8月に施設独自にグループに関する勉強会を実施したところですが、代表者の指示により、あらためて原点に立ち返り、11月からグループ内の各施設ごとに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あり、今後の成果が期待されます。

入居者懇談会を通じて、利用者に係わる決定事項は説明しています

月次で開催される利用者懇談会において利用者に係わる決定事項等を説明しています。一方、利用者家族を対象とする家族懇談会は、「年2回程度は実施したい」と考えてはいるものの、定例の実施はない状況です。入居者懇談会、日々の職員の対応等に加え、経営層がさまざまな機会を利用して、グループの考え方を家族等の関係者に発信し続けることは重要です。入居者を取り巻く環境の変化もあることから、今後は、利用者家族に対して定期的に情報発信する取り組みが望まれます。

2			カテゴリー2	
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 5/7	
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●)				
評価	標準項目			
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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●)				
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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

情報公表における透明性の確保について課題があります

個人情報保護方針はグループのホームページで公表されているほか、施設内にも掲示されています。法令遵守マニュアルも作成されています。毎年、職員向けに倫理および法令遵守のテーマ研修を実施しています。事業者の透明性につながる財務内容の開示として決算報告書の帳票が添付されていますが、分かりやすいとはいえない状況です。より分かりやすい情報公表の工夫が望まれます。

施設独自や地域機関との連携による専門性を活かした取り組みが課題です

専門性を活かして、隣接するグループ内の特養と連携し、昨年、4回の介護教室(ただし、年後半の2回は、当施設が主催)を施設内で開催していますが、今年度は特養主催となってしまいました。今後、施設独自で行うのかどうか、検討が必要です。地元の連絡会に参加してはいますが、共通課題への取り組みといった踏み込んだ活動までには至っていません。今後の課題として、地域との連携の面においても、当施設の独自性を打ち出す取り組みを検討することが望まれます。

地元自治体と連携したボランティア受け入れ事業に参画しています

現在、施設独自にボランティアを受け入れることはほとんどなく、隣接するグループ内の特養で行われるボランティア行事に参加をしていますが、独自の取り組みとしては、昨年から始めた月1回実施される喫茶会があります。今年に入り、65以上の地元住民の社会参加を促す目的で地元自治体が企画したボランティア事業の受入施設として、当施設も参加しています。入居者に対するレクリエーションの提供とともに、新たなニーズにもつながることから、今後の進展が期待されます。

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	
			6/8	
評価項目1				
利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)				評点(〇〇)
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えてい			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			○ 非該当
評価項目2				
利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる				評点(〇〇〇)
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している			○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる			○ 非該当
評価項目3				
地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している				評点(〇●●)
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>苦情解決に向けた仕組みを作り、取り組んでいます</p> <p>入居契約書締結時の重要事項説明書にて苦情対応の説明をし、施設内の談話スペースにも掲示しています。食堂に投書箱を設置しており、月次で開催される入居者懇談会において、都度報告していますが、年間を通じても具体的な投書はほとんどない状況です。これまでの具体的な事例として、「エレベーターの押しボタンが見えづらい」とか「献立表の文字を大きくしてほしい」といった意見に対しては、速やかに対応しています。その他の苦情は口頭がほとんどで、あれば、『苦情処理簿』に記載し、代表者にも報告する仕組みになっています。</p> <p>利用者懇談会や居室訪問を通じて、利用者の意向を集約しています</p> <p>月次で利用者懇談会を開催し、「月間予定」「事故報告」「投書」「入居者からのご意見」「施設からの連絡」等を行っています。懇談会への参加は、毎回、12～3名に止まるため、欠席された利用者に対しては施設長等が居室を回って、実施された懇談会の内容を報告するとともに、あらためて意見を伺って回るようにしています。これを通じて、利用者の意向を幅広く拾い上げて、サービス提供につなげようとしています。</p> <p>地域・事業環境に関する情報の収集は、必ずしもできていない状況です</p> <p>年2～3回開催される地元の関係機関連絡会に参加はしていますが、3施設を運営するグループ内の社会福祉法人等を通じての情報収集が主体となっています。施設単独としては、マンパワーもネックとなって十分な事業環境等の情報を収集するだけのネットワーク作りはできていません。地元の高齢者施設だけでも8施設あり、現状の空室状況を考慮すれば、事業環境および利用希望者に係る情報収集にさらなる取り組みが望まれます。</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 4/11
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	
○ あり ● 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	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 年度単位の計画を策定している	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 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	
○ あり ● 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 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	
○ あり ● 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	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 **4/4**

評価項目1
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-4の講評

年度計画を策定していますが、中長期計画は策定までには至っていません
 施設として、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、施設としての運営方針と事業方針(目標)を定めた上で、施設内の各部門ごと(総務・介護清掃・栄養調理・医療・用務)に強化項目・基本計画を明示しており、正に実践的な事業計画となっています。付随する行事計画や職員研修計画も月次で作成されており、コンパクトにまとめられています。

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
 年度初めの職員研修において、事業計画書の説明は行われますが、事業計画の策定自体はトップダウン的要素が強く、その結果、実質的な推進責任者イコール施設長といった状態に陥っています。日頃から現場の話を聞いてはいますが、事業計画書の素案を作成する段階から、現場の意向を吸い上げて事業計画をまとめあげていくことが望まれます。また、事業報告書の取りまとめでに当たっては、年初に立てた計画ごとに実施状況を○△×で評価をしてはいるものの、具体的に未達成の課題を浮き彫りにし、次年度の取り組みにつなげるようにすることが望まれます。

利用者の安全確保に向けた仕組みがありますが、取り組みの強化を期待します
 事故発生時・急変時の対応マニュアルが整備されています。具体的に事故が発生した際には、遅くとも3日以内に事故検討会を開き、原因を分析して再発防止策を含めた対応策を決めて、対処するようにしています。報告書としては、『ヒヤリハット報告書』と『事故・ヒヤリハット報告書』の2種類があり、それぞれ使い分けをしています。平成25年度の事故の状況は、行政事故報告14件、その他事故報告23件、ヒヤリハット62件となっており、事故防止に向けたさらなる取り組みの強化が求められます。

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 4/8
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(○○○)
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(○●●●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 6/7
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(○○○)
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(○○○●)

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

理念研修を通じて、管理職が手本となる取り組みを示すことが期待されます

代表者からの指示により、11月からグループを上げて、管理職自らが講師となって施設単位で理念研修を始めています。グループ一体運営をめざす法人として、理念等の徹底は必要不可欠といえます。毎年、年度初めの職員研修で法人理念およびグループとしての取り組みについて研修していますが、原点に立ち返って理念研修を行う意義は大きく、さらには、理念を踏まえて、管理職自らが職員の手本となる取り組みを示すことが必要です。

個人別の育成計画を踏まえた人事制度の構築が望まれます

職員に対する面接等は実施されていますが、個人毎に研修希望を聞くといった、個人別の育成計画までは策定できていない状況です。職員の構成も総勢30名ほどで(うち常勤職員が14名)、中間管理職といえる主任クラスも在籍していない状況です。階層別の人事制度の構築までは無理にしても、常勤・非常勤ともに一定レベルのスキルアップができるような育成計画の大枠だけでも構築して、職員のやる気を引き出すことが望まれます。

実務に即して、職員の学びの機会を設けています

少人数の施設ということもあり、日常的には、申し送りノートで日頃の職員の気づきや工夫について共有を図っています。また、寮母室(スタッフルーム)にあるホワイトボードを使い、職員の意見集約等を行っています。職員の判断基準を超えるような場合の対応については、事務所内にある法人本部の事務局ないしは直接、代表者の判断を仰ぐことになっています。なお、福利厚生面においてはグループ内の社会福祉法人に比べると、当法人は、退職金制度がないなどの制度面での整備不足は否めない状況にあります。

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しくみの構築が望まれます

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、代表者の指示により、あらためて原点に立ち返り、11月から隣接する社会福祉法人の平塚富士白苑と同様に、施設長が講師となって、理念研修に取り組み始めたところです。また、事業計画についても、職員会議等で話をするものの、必ずしも職員全員に周知できているとは言えません。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るが、理念や事業計画と職員の目標設定を一体的に運用するしくみの構築が望まれます。

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

個人の持つ知識やノウハウを、育成計画に発展させていくことが望まれます

アロマセラピーの資格を有する職員のノウハウを、隣接する平塚富士白苑におけるアロマセラピーの普及促進に活かすべく、資料作り等の取り組みを通じて、グループ全体としてのスキルアップに努めています。ただし、職員の育成という観点(しくみ)について、個人別の育成計画までは策定できていません。職員が目標を持って一定レベルのスキルアップができるような育成計画の大枠だけでも構築し、職員のやる気を引き出すことが望まれます。

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

楽しみながら身体を動かすことでリハビリにつながることを目指しています

ホームが導入している介護ロボットは簡単な体操もインストールされており、昼食前の口腔体操や簡単な体操はこの介護ロボットを使用し実施しています。実際の動きを介護職員が介護ロボットの言葉に合わせて行うので、それを見ながら入居者は座ったまま一緒に体操を行います。ロボットの動きを見て楽しみながら取り組んでいます。その他、盆踊りの練習や、風船パレー、リズム体操など、楽しみながら自然とリハビリにつながることを目指しています。

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

営業活動も進めているが、収支の改善は進んでいません

平成25年度、当施設としての経常収支は▲8,926千円で、期末の空室は6室でした。今年度、当初予算では、3,005千円の黒字を見込んでいますが、直近で空室は10室に拡大しており、黒字の達成は厳しい状況にあります。施設長としては、広告掲載(新聞折り込み等)を含め、営業活動を事業方針にも掲げていますが、大きな成果につながっていません。なお、この夏からJR「平塚」駅の改札口にグループと当施設をPRする吊り下げ式の看板を出しており、今後の成果を期待します。

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

利用者の意向を踏まえ、外部業者による各種の訪問販売を充実させています

毎週土曜日の生花の訪問販売のほか、雑貨品の移動販売(2か月に1回)、さらに、昨年暮れから衣料品の訪問販売(年3~4回)も受け入れるなど、順次、利用者の利便性を高めるべく、取り組んでいます。

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 5/5
	評価項目1 利用者等に対して介護サービスの情報を提供している	評点(00000)
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に介護サービス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. 新たに介護を必要とする利用者や入居者に向けて、介護サービスの利用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	4. 介護サービスの情報を、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	5. 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>ネットやパンフレット、チラシなど様々な方法で当ホームの紹介をしています 有料老人ホームの紹介サイトに登録し、ブログを更新しながら当ホームの取り組みを伝えています。サイトのトップに名前が出るように設定してもらいPRに努めています。地域においては、社協、地域包括支援センターをはじめ、介護事業所、病院など全部で100ヶ所程度にパンフレットと新しく作り直したチラシを配布しています。また、新聞の折り込みや最寄駅の改札口の上に看板を出すなど、様々なところで当ホームの紹介に取り組んでいます。</p> <p>見学者への対応は随時行っており、ホームの特長とリスク部分も予め伝えています 見学に関しては、電話でお問い合わせからでも、直接来所いただいても対応しています。車での来所でない時は、最寄駅への送迎を行うほか、対応可能な範囲であれば希望に応じて自宅への送迎をするなど、丁寧なサービスを行っています。また定期的に見学会も実施し、ケアマネジャーが案内をしています。アロマハンドクリームをお土産としてプレゼントしています。見学にあたっては、当ホームの特長として部屋の広さと料金体系を伝えている一方、リスクとしてバリアフリーの居室ではないことを予め伝えています。</p>	
	サブカテゴリ-2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/7
	評価項目1 介護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. 介護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. 介護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. 介護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 介護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(○○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 介護サービス開始時に、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. 介護サービスの利用開始直後には、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. 介護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 type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 介護サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p> 契約の際は利用者の自宅に伺い、現状の生活環境と今後の希望を把握しています 契約が決まると、施設長、ケアマネジャー、看護師で自宅に伺い面接をしています。その際、どのような環境の中で生活しているのか、部屋のレイアウトも確認して、今後のホームでの生活が現状と同じような環境となるようにしています。面談の中で、今後、自分が判断できなかった場合や、看取りについてどのような希望をしているのか等を把握するため、万が一の場合の連絡先や、対応してほしい事項をリストにして保管しています。 </p> <p> 「看護、介護についての依頼書」にて利用者の思いを把握しています 契約の際、「看護・介護についての依頼書」を作成しています。「私は看護、介護についてコーポに下記のことを依頼します。」として、それぞれ入居者がこれからの生活の中で希望する事項を箇条書きで記載しており、双方で記名、捺印をして保管しています。この依頼書に関する取り組みからは、今までの生活から当苑での生活に移行し、これから支援が必要となっていく中で、望むことは何かを把握してその気持ちを尊重してケアを提供できるよう、真摯に取り組むホームの姿勢がうかがえます。 </p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/11
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(○○○)
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特定施設サービス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くえで、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(0●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしきみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input 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

入居者に係わる職員全体でケアにあたっています

入居者記録内に既往症、身体状況、入苑時の身長・体重、ADL、生活習慣、生活歴を記載し、この情報をもとにケアプランを作成します。プランについて3ヶ月ごとにモニタリングを行い、アセスメントについてはケアプラン見直し時に合わせて見直しを行っています。見直しにあたり、サービス担当者会議を実施していますが、メンバーとして各セクションから1名ずつ参加しており、その中には清掃員も入っています。利用者の生活部分を良く見ていることから多様な視点を取り入れ、関係する職員全体で利用者のケアにあたっています。

ケアプランの内容を検証するために必要な記録を残すことが期待されます

看護、介護部門それぞれで1台ずつパソコンを設置しており、利用者の日々の様子についてはパソコン内のケース記録に記載しています。ケアプランに対するモニタリングを行う時は、評価表にサービス内容を記載するようになっていますが、利用者の現状を分析するために参考とする日々の記録においてケアプランとの連動性が薄い状況があります。記録として残す内容を改めて検証し、必要な記録をどのように積み重ねていくのか検討することが期待されます。

サブカテゴリ-5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
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(〇〇〇〇)	
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

個人情報の取り扱いについて利用目的をより明確にすることが期待されます

契約の際、個人情報の取扱いについて説明を行い、「個人情報使用同意書」に記名、捺印をいただき双方で確認しています。現在、この同意書には、使用する目的は一つ記載されているだけで、利用目的を明確にして同意を得るといった目的からは、改善の余地があります。利用目的については、利用者が理解、確認しやすい内容で周知できるよう、現在の同意書の見直しを図ることが期待されます。

入居者の気持ちに添って対応するよう心がけています

職員の立ち振る舞いについては、介護会議の中で研修を通して確認しています。入居者の前で、他の入居者の話をする際は場所を変えるなど、プライバシーへの配慮を忘れないよう伝えていきます。入居者の意思を尊重しつつも、すべての要望等を受入れるわけではなく、できる範囲内で対応することとしています。職員の受け取り方と入居者の受け取り方が必ずしも一致するわけではないので、その人の気持ちに添って対応することを心掛けていきます。

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(○○●●)

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介護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. 介護サービスの手引書等は、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. 提供している介護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、日常的に介護サービスの手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

介護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. 提供している介護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. 提供している介護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・改善した介護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、介護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介護サービス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介護サービスが提供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. 職員一人ひとりの介護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、介護サービスについて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

職員全体で必要な立ち振る舞い、知識を身に付けることができるよう取り組んでいます

全職員に配布している「社員としてのハンドブック」には、社会人としての心得から始まり、接遇マナーについて細かく書かれています。接遇は「グループ全体で気を付けていること」として事業計画に示されています。また、職員が受講してきた研修については伝達研修的な報告会を介護員会議の中で実施しています。非常勤職員についても面接を行うなかで、参加したい研修についての希望を聞き、参加できるようにしています。職員全体で必要な立ち振る舞い、知識を身に付けることができるよう取り組んでいます。

マニュアルの活用、見直しの方法について工夫することが期待されます

統一したケアを提供できるよう、「介護マニュアル」にてその内容を示しています。食事、排泄、入浴、整容など基本的なところがこのマニュアルには記載されています。その内容の見直しについては定期的には行われておらず、日常的な活用という点では不十分な状況です。マニュアルを見直しする際に、自身の日々の振り返りも一緒に行うことも可能ですので、活用方法について工夫していくことが期待されます。

入居者、職員から意見を吸い上げ、事業所の取り組みに活かしています

入居者からの意見を把握する機会として、入居者懇談会を毎月実施しています。また、個別に訪問して意見を伺う事もしています。その中でいただいた意見から、年間行事の中に、お茶やお菓子をいただきながら団らんのひと時を持つ「喫茶会」を追加しています。職員に対しては、寮母室内のホワイトボードに、「何か〇〇について意見をください」など、日々の介護の中でそれぞれの「気づき」を共有し、情報交換しあう中で日々のケアに活かせるよう取り組んでいます。

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	
		15/16	
1 評価項目1 特定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している			
		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 特定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. 利用者の支援は関係機関と連携をとって行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>ケアプランで示すサービス内容は日課計画表等に記載して実施しています</p> <p>ケアプランの内容に基づいたケアを提供できるよう、「適要表」を作成し担当職員を決めて実施しています。また、日課計画表にて、入居者本人に実施する日常的に行うケアの内容について示し、伝えた上で実施しています。日々の取り組みや入居者の様子については、ケース記録に記載していますが、ケアプランとの連動性は薄く、記載内容については改善の余地があります。ケアプランに示している内容への取り組みを検証できるよう工夫することが期待されます。</p> <p>多角的な視点で利用者のケアが提供できるよう取り組んでいます</p> <p>入居者に対するケアについて、サービス担当者会議にて多職種で検討し、共有しています。施設長、ケアマネジャー、生活相談員、看護職員、介護職員のほか、日頃から清掃を通して利用者の居室やその様子など生活部分を確認していることから、清掃員も参加しています。多角的な視点で利用者の状況を確認しあい、現状に即したケアが提供できるよう取り組んでいます。</p>			
2 評価項目2 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている			
		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者状況に応じた食事介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者状況に応じた入浴介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者状況に応じた排泄介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の好みを反映した服装、整容の介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	5. 利用者の状況に配慮した移動・離床その他の介助を行っている		○ 非該当

評価項目2の講評

自分でできることを見守りながら必要な介助が提供できるよう取り組んでいます

入居者の身体状態に即した食事、排泄、入浴介助が行えるよう取り組んでいます。食事に関しては、常食、刻み、ペーストとそれぞれの嚥下状態等に合わせた食事提供ができるよう看護師主導で厨房と連携を図っています。入浴はストレッチャー浴、介助浴(自立)の浴室で安全な入浴を提供するよう職員体制も整えて実施しています。排泄については行動パターン、排泄パターンを把握して誘導、介助を行っています。いずれも自分でできることは見守り、機能維持に努めながら必要な介助が行えるよう取り組んでいます。

入居者の依頼に基づき対応しています

契約時に入居者から聞き取りして作成した「看護、介護についての依頼書」に基づき、入居者の希望に応じて取り組んでいます。「身だしなみ、清潔を整えてほしい」との要望に対しては、好きな洋服を選んでもらい更衣支援を行っています。買い物に行けない方のために、衣替えの時期などにホーム内で衣類の訪問販売を行い、希望の洋服を購入できる機会を設けており、自分の好みの服装で過ごすことができるよう支援しています。

3 評価項目3

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の健康状態を把握し、必要に応じて利用者や家族に説明をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には速やかに対応でき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	3. 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

評価項目3の講評

医療機関の協力のもと、入居者の健康管理が行われています

年1回、健康診断を行い身体状態を確認しています。この健診結果は家族に郵送し情報共有しています。医療機関との協力体制を整えており、内科医・歯科医が週1回、心療内科医・眼科・皮膚科が月1回、訪問して必要な入居者に対して検診等を行っています。内科医と心療内科医については夜間対応も行っており、緊急時はまずホーム長に報告し、その指示のもと医療機関に連絡し対応しています。入居者には医療機関の医師との面識もあるため、安心できる環境となっています。

緊急時など職員が統一した対応ができるよう周知しています

緊急時に備えて「救急カード」を作成しています。万が一、救急要請などの対応となった場合、この救急カードを持ち出し入居者の情報を迅速に伝えられるよう準備しています。服薬については、チェック表、与薬表で管理しチェック体制を整えて誤薬のないよう対応しています。また、感染症対策として、担当職員を限定することで感染拡大を防いでいます。緊急時、事故、感染症予防など、職員が統一した対応ができるよう周知しています。

4 評価項目4

利用者の身体機能などの状況に応じた機能訓練等を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 生活機能の向上、低下の予防等に関する取り組みの計画を作成し、実施している	<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いかす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. 福祉用具は定期的に使用状況を確認し、必要に応じて対処をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4の講評

楽しみながら身体を動かすことでリハビリにつながることを目指しています

ホームが導入している介護ロボットは簡単な体操もインストールされており、昼食前の口腔体操や簡単な体操はこの介護ロボットを使用し実施しています。実際の動きを介護職員が介護ロボットの言葉に合わせて行うので、それを見ながら入居者は座ったまま一緒に体操を行います。ロボットの動きを見て楽しみながら取り組んでいます。その他、盆踊りの練習や、風船バレー、リズム体操など、楽しみながら自然とリハビリにつながることを目指しています。

5 評価項目5

事業者と家族との交流・連携を図っている

評点(○●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 家族からの相談に対応する担当職員の存在をわかりやすく明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を定期的に家族に知らせている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目5の講評

面会時などに、出来る限り入居者の様子を家族に伝えるよう努めています

家族とのやり取りについてはケアマネジャーを主としていますが、非常勤勤務であることから、担当の職員をはじめその都度必要な職員が対応しています。家族が面会に訪れた時は入居者の日常の様子など伝えるよう努めています。また、法人全体の行事である納涼祭の案内を家族に送っており、参加の有無を確認しています。今後は広報誌などの発刊で、より分かりやすく取り組みを伝えていくことを検討しています。

今後、年2回、運営懇談会を開催する予定です

毎月、入居者懇談会を実施して、入居者との意見交換の場を設けていますが、家族との懇談の機会については定期的には実施していません。今後、年2回、法人やホームの運営に関することを伝える機会として、運営懇談会を開催することを計画しています。入居者を支えていくうえでも家族とのつながりは大切で、キーパーソンとなる方の現状を知る機会にもなり得ます。家族との良好な関係性をより構築していく上でもこの取り組みが継続的に行われることが期待されます。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	入居者に係わる全ての職員で多角的な視点で入居者の状況を確認し、現状に即したケアが提供できるよう取り組んでいます
	内容	ケアプランで示したサービス内容の進捗状況はケアマネジャーが中心となり確認しています。入居者に対するケアについてはサービス担当者会議にて多職種で検討し共有しています。ホーム長、ケアマネジャー、生活相談員、看護職員、介護職員のほか、日頃から清掃を通して入居者の居室やその様子など生活部分を確認していることから、清掃員も参加しています。多角的な視点で入居者の状況を確認し、現状に即したケアが提供できるよう取り組んでいます。
2	タイトル	「看護・介護についての依頼書」を作成し、一人ひとりの気持ちを尊重したケアが提供できるよう取り組んでいます
	内容	契約の際、入居者から要望を聞き、「看護・介護についての依頼書」を作成しています。「私は看護、介護についてコーポに下記のことを依頼します」として、それぞれ入居者がこれからの生活の中で希望する事項を箇条書きで記載しており、双方で記名、捺印をして保管しています。この依頼書に関する取り組みからは、今までの生活からホームでの生活に移行し、これから支援が必要となっていく中で、望むことは何かを把握してその気持ちを尊重してケアを提供できるよう、真摯に取り組むホームの姿勢がうかがえます。
3	タイトル	入居者、職員から意見を吸い上げ、事業所の取り組みに活かしています
	内容	入居者からの意見を把握する機会として、入居者懇談会を毎月実施しています。また、個別に訪問して意見を伺う事もしています。その中でいただいた意見から、年間行事の中に、お茶やお菓子をいただきながら団らんのひと時を持つ「喫茶会」を追加しています。職員に対しては、寮母室内のホワイトボードに、「何か〇〇について意見をください」など、日々の介護の中でそれぞれの「気づき」を共有し、情報交換しあう中で日々のケアに活かせ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	理念研修を通じて、管理職が手本となる取り組みを示すことが期待されます
	内容	代表者からの指示により、11月からグループを上げて、管理職自らが講師となって施設単位で理念研修を始めています。グループ一体運営をめざす法人として、理念等の徹底は必要不可欠といえます。毎年、年度初めの職員研修で法人理念およびグループとしての取り組みについて研修していますが、原点に立ち返って理念研修を行う意義は大きく、さらには、理念を踏まえて、管理職自らが職員の手本となる取り組みを示すことが必要です。
2	タイトル	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めます
	内容	年度初めの職員研修において、事業計画書の説明は行われますが、事業計画の策定自体はトップダウン的要素が強く、その結果、実質的な推進責任者イコール施設長といった状態に陥っています。日頃から現場の話を聞いてはいますが、事業計画書の素案を作成する段階から、現場の意向を吸い上げて事業計画をまとめあげていくことが望めます。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実施状況を○△×で評価してはいるものの、具体的に未達成の課題を浮き彫りにし、次年度の取り組みにつなげるようにすることが望めます。
3	タイトル	ケアプランの内容を検証するために必要な記録を残すよう検討することが期待されます
	内容	看護、介護部門それぞれで1台ずつパソコンを設置しており、利用者の日々の様子についてはパソコン内のケース記録に記載しています。ケアプランに対するモニタリングを行う時は、評価表にサービス内容を記載するようにしていますが、利用者の現状を分析するために参考とする日々の記録においてケアプランとの連動性が薄い状況があります。記録として残す内容を改めて検証し、必要な記録をどのように積み重ねていくのか検討することが期待されます。