

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成28年度)

2017年 3月 24日

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 166-0004

所在地 東京都杉並区阿佐谷南3-35-15-1104

評価機関名 特定非営利活動法人NPOサービス評価機構

認証評価機関番号

機構 02 - 030

電話番号 03-5347-0616

代表者氏名 理事長 大森裕美



以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	大森裕美	経営	H0201035
	②	大森春樹	福祉	H1501022
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	短期入所生活介護【ショートステイ】			
評価対象事業所名称	フォーユーショートステイ淡路		指定番号	1370101352
事業所連絡先	〒	101-0063		
	所在地	千代田区神田淡路町2丁目-109		
	TEL	03-5298-6028		
事業所代表者氏名	工藤 晴美			
契約日	2016年 11月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2016年 12月 7日			
利用者調査結果報告日	2017年 1月 30日			
自己評価の調査票配付日	2016年 12月 7日			
自己評価結果報告日	2017年 1月 30日			
訪問調査日	2017年 2月 4日			
評価合議日	2017年 2月 26日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	評価員は高齢者施設、ショートステイの実績の豊富な者を配置した。訪問調査の際、中小企業診断士の資格を持ち、高齢者施設の運営に詳しい者を評価補助者として活用し、合議にも参加してもらった。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。  
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。 ○クリア

2017年 3月 22日

事業者代表者氏名

社会福祉法人 奉優会  
フォーユーショートステイ淡路  
工藤 晴美





## 目次

1. 事業者の理念・方針、期待する職員像	…1
2. 利用者調査	…2
3. 組織マネジメント	…5
4. サービス分析	…17
5. 事業者が特に力を入れている取り組み	…29
6. 全体の評価講評	…30



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;私たちはご利用者ひとり一人のその方らしい暮らしを大切にします。                  2)ビジョン;ソーシャルドリームコーポレーション(夢のある社会福祉法人としての価値を創造し続ける)                  3)経営方針;①ソーシャルニーズ開発(社会の新しいニーズを見つけ出す)                  4)経営方針;②ソーシャルワーカーズアビリティ研鑽(社会福祉事業従事者としての能力を磨く)                  5)経営方針;③ソーシャルレスポンスビリティの全う(社会的責任を全うする)</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> <p>「全員参加型社会の実現」として若者、女性、高齢者、障害者の就労を促進し、あらゆる人が就業意欲を実現出来ることを目的とする。また高齢者ケアに対する学識と技能を持ち合わせ、倫理観を備えた人材を求める。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>技術の向上だけでなく、事業の展開など広い視野を持って高齢者福祉に貢献する意欲を持つことを期待する。</p>

調査対象

利用者調査実施(平成28年12月)の1か月間に利用している利用者を対象に行なった。その際、ご協力の意思確認ができた方に配布した。

調査方法

①調査のお願い文書、②調査票、③返信用封筒を施設側に送付し、施設の職員から利用者個々に配布してもらい、利用者からは返信用封筒にて直接評価機関へ返送していただいた。

利用者総数

84

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
20	0	20
16	0	16
19.0	0.0	19.0

利用者調査全体のコメント

・調査記入者は、「利用者本人」7名(44%)、「本人が家族等に相談して回答」5名(31%)、「家族が本人の気持ちを推察して回答」4名(25%)であった。  
 ・総合的な感想は、「大変満足」11名(69%)、「満足」5名(31%)で、回答者全員が満足との返答であった。  
 ・回答者の80%以上が満足と返答し、満足度が高かったのは、問1「利用時の過ごし方」、問2「食事」、問5「必要な介助を受けているか」、問6「身体状況や要望の把握」、問7「清掃、整理整頓」、問8「職員の言葉遣いや態度、服装」、問11「気持ちの尊重」、問12「プライバシー保護」、問14「不満や要望の把握」であった。  
 ・自由コメントでは、「ショートの日中は同行しており、看護師・職員に話をするとホッと」「歩行訓練をしてくれたことで、家でのトイレ介助が楽になった」「元気になって帰って来てくれるため、感謝している」などのコメントが寄せられた。

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	15	1	0	0
「はい」と返答した方々は回答者の94%で、利用時の過ごし方に関して非常に高い満足を得ている。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	13	3	0	0
「はい」と返答した方々は回答者の81%で、食事に関して高い満足を得ている。				

3. 日常生活に楽しみな行事や活動があるか	9	6	1	0
「はい」と返答した方々は回答者の56%、「どちらともいえない」38%、「いいえ」6%であった。				
4. 利用中の活動・リハビリは、家での生活に役立つものか	12	2	2	0
「はい」と返答した方々は回答者の74%で、活動・リハビリに関して概ね満足を得ている。				
5. 利用中には、必要に応じた介助を受けているか	15	0	0	1
「はい」と返答した方々は回答者の94%で、必要な介助に関して非常に高い満足を得ている。				
6. 個人の身体状況や要望は把握されているか	14	2	0	0
「はい」と返答した方々は回答者87%で、身体状況や要望に関して高い満足を得ている。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	15	1	0	0
「はい」と返答した方々は回答者の94%で、事業所内の清掃、整理整頓に関して非常に高い満足を得ている。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	15	1	0	0
「はい」と返答した方々は回答者の94%で、職員の接遇・態度に関して非常に高い満足を得ている。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	10	6	0	0
「はい」と返答した方々は回答者の62%、「どちらともいえない」38%であった。				

10. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	12	2	0	2
「はい」と返答した方々は回答者の74%で、利用者同士のトラブルに関して概ね満足を得ている。				
11. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	15	1	0	0
「はい」と返答した方々は回答者の94%で、利用者の気持ちの尊重に関して非常に高い満足を得ている。				
12. 利用者のプライバシーは守られているか	15	0	0	1
「はい」と返答した方々は回答者の94%で、プライバシー保護に関して非常に高い満足を得ている。				
13. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	12	3	0	1
「はい」と返答した方々は回答者の74%で、サービス内容に関する職員の説明に関して概ね満足を得ている。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	15	0	0	1
「はい」と返答した方々は回答者の94%で、不満や要望の対応に関して非常に高い満足を得ている。				
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	9	3	1	3
「はい」と返答した方々は回答者の56%、「どちらともいえない」19%、「いいえ」6%、非該当・無記入19%であった。				



I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー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	サブカテゴリー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
	◎あり ○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 ○非該当
	◎あり ○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 ○非該当
	◎あり ○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 ○非該当
	◎あり ○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) ○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
	◎あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	◎あり ○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 ○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
	◎あり ○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 ○非該当
	◎あり ○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 ○非該当
	◎あり ○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 ○非該当

カテゴリー1の講評

法人理念を踏まえ、各チーム別に策定した戦略を事業計画に反映している

社会の新しいニーズを見つけ出し、それに対応する力を磨き、社会貢献を通じて法人の社会的責任を全うすることを法人理念として掲げている。法人理念を踏まえて、事業所では担当の課を中心としたチームを結成し、事業所の具体的な課題解決を図るための戦略と具体的な行動計画を策定している。個々の戦略は行動計画とともに年次の事業計画に反映している。また、事業計画は利用者、家族向けアンケートおよびケアマネージャー向けアンケートの要望・意見を踏まえて、利用者・家族等のニーズに沿った形となるように意識し策定している。

ホームページや事業所内掲示を通じて、法人理念や事業所方針を周知している

法人理念については、理事長挨拶という形で法人のホームページおよび事業所内に掲示して、広く利用者・家族、関係者等に周知している。重要事項説明書にも、法人理念に沿って運営方針を記載しており、利用開始時に利用者・家族に説明し理解を得て事業所を利用していただくよう努めている。事業所入口付近に設置している掲示板には、法人理念に加えて、品質方針(ISO90001)と運営規定を掲示して、事業所のマネジメントに関して透明性を担保している。

職員対象に法人の事業計画発表会を実施し、事業所の方針と経営層の役割を伝えている。

毎年度、事業計画を策定した際には、速やかに事業所全職員を対象とした、「事業計画発表会」を実施し、当該年度の事業所の方針を説明し、職員の理解促進に努めている。その際に、経営層として事業計画を進めていくうえでの役割を併せて伝えることで、運営責任を明確に示している。更に月1回、管理者層と各課の代表による「施設会議」を開催し、この会議で重要な事項は決定することとしており、各課の代表から決定事項は各課職員に共有するプロセスを確立している。

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 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2の講評

### 不適切ケアへの対応について、事業計画で明示し対策を講じている

無意識に不適切なケアをしないよう、事業計画の中で「これって不適切ケア？」戦略と銘打ち、「不適切ケア」とは何かを職員が十分に認識できるような取り組みを実施している。具体的に不適切ケアにあたる事例を明示するとともに、認知症についてもより理解を深めるため事業所内で研修を実施し、全職員の理解を深めている。また、個人の尊厳を尊重し、顧客満足度の視点を踏まえて、個々の利用者に応じたケアに努めることを、事業計画にも取り入れている。

### ホームページの更新を事業計画の一つとして、情報の開示に努めている

ホームページの更新を事業計画の一つの戦略とし位置づけ、利用者・家族、関係者等の多種多様な方々からのアクセスを得ることで、利用者増はもちろんのこと介護の現場で働きたいという方々への訴求効果も期待し、事業所一丸となり取り組んでいる。実際に、事業所の活動報告や食事、その他お知らせなど毎日複数回、記事をアップし更新しており、完全に職員の日常業務の一つとして定着している。更新回数が多さからホームページの閲覧を楽しみにしている家族も多く、アクセス数では法人内の事業所でトップを記録している。

### 近隣に居住する大学生のボランティアとの連携強化を図っている

近隣の大学生向けの「スチューデントハウス」に居住する大学生に対して、事業所で作成したボランティア募集のちらしを配布して、傾聴・散歩の同行・囲碁・将棋・オセロの相手など多種多様なボランティアを募集している。「スチューデントハウス」のコンセプトは、「学校に通いながら地域活動にも積極的に取り組めるように、安心な家賃設定にして、学生生活をサポートする」ことであり、本事業所でのボランティア活動もその一環として位置づけられていることから、さらなる連携を図りことで開かれた事業所となるような取り組みを進めている。

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) <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
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		
<b>苦情受付窓口を設置し、迅速な解決に努めている</b> 契約書・重要事項説明書に要望・苦情の際の窓口について明示し、契約の際に利用者・家族に必ず説明している。要望・苦情の窓口は支配人とし、利用者家族から直接なされるものと担当職員を通じてなされるものを一元的に管理し、迅速な対応に努めている。寄せられた要望・苦情は高齢者施設開発事業部会議やケース記録等で職員に共有するとともに、利用者・家族には対応策を必ずフィードバックしている。事業所としては利用者は顧客であるという意識を職員間で徹底し、事業所への要望は顧客ニーズと考え、サービス向上のよい機会として捉えている。		
<b>利用者・家族・ケアマネージャー各々にアンケートを実施し、ニーズ把握に努めている</b> 今年度、利用者、家族、ケアマネージャー各々を対象にアンケートを実施し、様々な立場からのニーズの把握に努めている。また、第三者評価の利用者調査結果報告も活用しており、事業所の提供サービスと利用者ニーズを必ずしも満たしていないと思われる、①リハビリの在宅生活で役立つものとする、②楽しみとされる行事・活動の提供をについて、今年度の事業計画に反映し、速やかに実施に向けて行動することとしている。その結果、今年度の利用者調査では「活動・リハビリ」に関して、昨年度と比較して満足度が36ポイント向上している。		
<b>毎年の事業計画策定にマーケティングの手法を導入している</b> 年度の事業計画策定では、組織を「強み(Strength)」「弱み(Weakness)」「機会(Opportunity)」「脅威(Threat)」の4つの軸から評価するSWOT分析の手法を取り入れて事業所を客観的に分析し、この分析結果を踏まえて個別の戦略を策定している。加えて「マーケティング計画報告書」も作成しており、この「マーケティング計画報告書」はマーケティング手法を事業所の運営に取り入れるもので、外部経営環境と内部資源を分析し、より良いサービスを提供するための戦略策定につなげる目的で実施している。		

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 11/11
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(〇〇〇)		
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(〇〇〇〇)		
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(〇〇〇〇)		
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・失敗事例を参考にしている	○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

職員自らが行動計画を策定し、主体的に取り組んでいる

事業計画書では、各々の課題に応じた戦略を策定し、目標の実現のための行動計画を明示し、いつまでに何をするかといった工程を職員間で共有している。個々の戦略は職員自身が策定し担当を担うことで、責任感を持って取り組む体制ができている。行動計画は施設会議で進捗を確認し、必要に応じて修正するなどPDCAサイクルによって適切に管理している。またマーケティング報告書も年度中間時点で、当初設定した稼働率・レポート数・ホームページ更新数などの評価項目について、実績を確認し次半期の行動に反映している。

利用者ニーズの把握に努め、利用者満足を高め利用率の増加に取り組んでいる

各種アンケート結果や利用者・家族とのコミュニケーションを密にし、利用者ニーズの把握に努めている。これらのニーズに応じたイベントや活動を実施するといった事業所の方針のもと、職員の適正や得意分野を踏まえて「サービス隊長」を任命し、それぞれが行動計画を策定し自発的に利用者が満足するようなサービスの提供に努めている。その結果、稼働率・レポート数の双方で前年度と比べ大きく向上するなど、満足度が向上した結果、数値としても成果が現れている。

ひやりはっとや状況報告書を活用し、事故の発生・再発を予防をしている

日常の業務で「ひやりはっと」の事例に相当するものは、定型のフォーマットを使用して報告することを徹底している。提出された「ひやりはっと」は事業所内に掲示し、職員間で共有して注意喚起を行っている。今年度は、危険予知の訓練およびひやりはっとの着目点についての理解を深めることを目的に、リスク研修を3回を実施し、いずれかの回に全職員(非常勤を含む)が参加することとしている。また、医療機関を受診したものなど重要なケースは「状況報告書」を作成し、法人本部まで報告し再発防止に努めている。

カテゴリ-5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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)が運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		
<p><b>職員一人ひとりの得意分野を利用者へのサービスに活かしている。</b> 各職員が事業計画の「目標・目的」を理解し、得意分野を活かして役割を果たすことでやりがいや自発性を発揮するとともに、利用者ニーズを満たす質の高いサービスの提供に努めている。美容師資格を有する職員が利用者への髪の設定を行う、調理師の職員が衛生・感染症対策のリーダーとして活躍する、楽器が趣味な職員は利用者の前で演奏活動を行うなど、サービスの向上に主体的に取り組み利用者からの高い評価を得るとともに、職員のモチベーションのアップにもつながっている。</p> <p><b>職員のキャリアアップを事業計画の一項目として位置づけている</b> 事業計画の一項目として、「3年後の自分へ逆算目標」戦略を策定し、各職員が3年後の「なりたい自分」の目標設定を行っている。職員は各自の目標を踏まえ「キャリアアップ申告書」を作成し、必要に応じ管理者層との面談を実施している。目標に応じた資格取得のサポートやキャリアアップに必要な研修参加に対する勤務面および費用面での配慮や、適正に応じた異動など、組織として様々な支援策を講じている。さらに、本人のキャリアアップと希望を踏まえ、法人内の他事業所への体験勤務も実施しており、幅広い経験ができる機会を設けている。</p> <p><b>ワークライフバランスを意識した就労環境の改善に取り組んでいる</b> 質の高いケアやサービスの提供、不適切ケアのリスク回避には、職員がストレスや疲れを残さないことが重要であるとの認識のもと、就労環境の改善に事業所をあげて取り組んでいる。具体的な目標として、有給休暇の計画的取得、夏季休暇の全員取得および平均残業時間の短縮を目標項目に掲げ、具体的な行動計画として職員間の業務の平準化・適正に応じた担当決め・特別休暇および有給の計画的な消化等を定めるとともに、施設会議の場で進捗を確認し改善を図っている。</p>		

7 カテゴリー7		
7 情報の保護・共有		
サブカテゴリー1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
<b>評価項目1</b> 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる		評点(〇〇〇)
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
<b>評価項目2</b> 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している		評点(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
7 カテゴリー7の講評		
<p>パソコンはID・パスワードを設定し、アクセス権を制限している</p> <p>事業所のパソコンにはIDとパスワードを設定し、個々の職員が管理することで、部外者のアクセスを防止している。電子情報による利用者のデータや個人情報は専用の介護ソフトを用いて整理しており、業務の効率化と個人情報の管理に努めている。紙ベースの個人ファイル等で個人情報を含むものは、鍵のかかるキャビネットに格納し、職員の不在時には施錠を徹底している。</p> <p>個人情報は、利用者・家族に利用目的の範囲を説明・同意を得た上で収集している</p> <p>個人情報の取り扱いについては、サービス提供前に利用者・家族に個人情報の利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集している。同意に際しては、利用者・家族から「個人情報の取り扱いに関する同意書」に記名・捺印をいただき、掲示板への日常生活や催し等で撮影した写真、ホームページやSNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)の写真・動画についての掲載可否に加えて、個人情報の使用に関する個別的な希望の有無についても意向を確認し、利用者・家族の意向に沿った形での利用を遵守している。</p> <p>ケース記録と経過記録を時系列で整理し必要な際に、コピーを家族に提供している</p> <p>利用者のケース記録と経過記録等の情報について、日々の業務の中で整理するよう徹底している。利用者が対処する際や異変が生じた場合などは、ケース記録と経過記録のコピーを家族やケアマネージャーに提供している。これら提供を行った資料は、時系列で状態変化ができるものとして高い評価を得ており、今後、適切な福祉もしくは医療サービスへスムーズにつなげられるといった面で有効である。</p>		

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」	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	
<p>近隣に居住する大学生をボランティアとして活用する計画を立て、実行している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大学生ボランティアの活用を、事業計画に組み込み、組織的な取り組みに高めている学生ボランティアの募集に当たって、ボランティア募集のポスターを作成し、広く応募を募っている大学生と高齢者の世代を超えた交流と長年地元で暮らしてきた利用者から地方出身大学生へ地域の歴史を語る役割を持たせることで、ボランティア活動に社会的意義を付加している</li> <li>・ボランティアの登録および活動者数も増え、月平均4人程度を受け入れるようになった。</li> </ul>	
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」	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	
<p>職員の人材育成やキャリアアップを3年間という中期的なスパンで取り組んでいる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の項目として、「3年後の自分へ逆算目標」戦略を策定している。職員が作成した「キャリアアップ申告書」に基づき管理者層が面談を実施し職員の希望を把握するとともに、目標に応じた資格取得のサポートや必要な研修参加への勤務面費用面での配慮や、適正に応じた異動など組織として様々な支援策を講じている。</li> <li>・職員の得意分野を業務に活かす取り組みを行っている。職員が自主的に趣味・特技を日中の活動に取り入れ、利用者へのサービスの向上とともに職員のモチベーションアップにもつながっている。</li> </ul>	
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」	<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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	
<p>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</p> <p>利用者一人ひとりに寄り添い、一日でも長く在宅生活の継続ができるようなサービスを展開している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、家族及びケアマネージャーそれぞれを対象としたアンケートを実施し、様々な視点での要望・意見の把握に努めている。</li> <li>・利用者へのアセスメント及びアンケートで寄せられた要望等を踏まえ、目標に向けて取り組む時間と余暇時間のメリハリを設けたり、外出の機会を増やすなど単調にならないような工夫をしている。</li> <li>・利用者本位のサービス提供を職員一丸となって取り組んだ結果、レポート数、稼働率ともに前年度を大きく上回る実績となっている</li> </ul>	

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に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

個別ケアの充実に努め、稼働率が向上している

- ・利用者および職員がそれぞれ目的や役割を得ることで「居場所」を確保したような取り組みを進めた結果、財政面での改善につながっている
- ・利用者の一人ひとりの個別のニーズに対応したサービスの提供に努めた結果、全年度比でレポート数で約4割増、稼働率で1割に近い増で推移し、収入面が大幅に改善している。
- ・職員への定期面談によるスキルアップへの支援や適材適所の活動担当制により、職員自らの創意工夫によるサービス向上の取り組みが進んだ結果、自発性が発現するとともに残業時間も減少し支出面での改善も図られている。
- ・収入・支出の両面でそれぞれ改善が進み、収支バランス・財政状況がトータルで改善している。

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

利用者へのアンケートを踏まえて、新たな活動やイベントを計画・実現している

- ・旅行に行きたいという利用者の要望を踏まえ、今年度新たに鎌倉へのバス旅行を計画した。バス旅行は家族の参加も奨励し、利用者や家族の思い出づくりや、歩行訓練の目標確保に資するとともに利用者・家族双方が楽しみにしているイベントとなっている。
- ・アンケートを踏まえた新たな取り組みとして、「保育園の納涼祭への参加」、「大学生ボランティアによる読み聞かせ」、「ジャズコンサート観覧」、「思い出をかたりながらのお散歩」などの活動・イベントを実施し、多様な楽しみの機会の提供に積極的に取り組んでいる。
- ・利用者の意向を踏まえ、リハビリ体操およびレクリエーションをほぼ毎日実施しており、今年度、月平均70回実施している。その結果、利用者調査では「活動・リハビリ」に関して、昨年度と比較して満足度が36ポイント向上している。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の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>「ご利用案内」やホームページ・SNSなどを使って、情報提供している</p> <p>利用希望者等に対して、「ご利用案内」を作成している。「ご利用案内」は、「お申し込みから利用までの流れ」「各フロアの見取り図」「1日の流れ」「利用料金の目安」「入所当日ご用意いただくもの」などを記載している。また、ホームページ・SNS(ソーシャル・ネットワーク・サービス)などを使って、利用中の様子について情報提供している。今年度、ホームページなどでの情報提供に力を注いでおり、6名の担当者を配置し、リアルタイムで更新している。今年度の上半期のアクセス数は、法人全体で1位となっている。</p> <p>区所管部署に対して、定期的に事業所の運営状況を報告している</p> <p>区所管部署に対して、上半期・下半期・年度末と年3回、利用者数・利用者の要介護度などのデータを記載した事業報告を送付している。また、区の定めに応じて、通院を伴う事故が発生した際は、区へ事故報告書を送付している。毎月、約30箇所の居宅介護事業所に利用者実績票と共に「ご利用案内」を送付している。町会長、民生委員、ケアマネジャー、区職員を参加対象とする運営委員会を開催し、事業所の運営状況を報告している。</p> <p>見学や問い合わせに対して、支配人、もしくは生活相談員が対応している</p> <p>見学や問い合わせに対して、支配人、もしくは生活相談員が個別に対応している。緊急時の受け入れも行なっているため、365日、支配人、もしくは生活相談員を配置している。問い合わせや見学時、本人・家族の心配なことを聴き取り、質問にも応えている。見学時、実費負担で昼食を食べることもできる。利用者は、リピーターの方が殆どであるが、毎月、新規利用者も約10名ほどいる。千代田区の方を優先しており、千代田区・文京区の利用者が約85%である。送迎時間が長くなる場合は、利用者の負担を考慮し、他事業所の案内もしている。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

<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		評点(〇〇〇〇)
<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. サービス利用前の生活をふまえ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	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>利用前に生活相談員などが重要事項説明書・契約書を提示し、説明している</p> <p>2か月前の月初めにケアマネジャーが申込用紙を送信している。入所決定後、利用前に生活相談員、もしくは支配人が自宅を訪問し、重要事項説明書・契約書を提示し、説明している。その際、契約終了や持ち物、生活ルール、苦情相談、個人情報の取り扱いなどについて具体的に説明している。また、利用前に「状態確認書」を家族より提出してもらい、直近の利用者の状態や、家族の希望や不安に感じていることなどを記載していただき、その内容をサービスに反映している。</p> <p>在宅生活習慣を尊重したサービス提供に努めている</p> <p>基本、入所は午後、退所は午前としている。また、初回利用時は家族の同行をお願いし、本人の状況について直接聴き取りしている。新規利用者に対して、環境変化によるストレスの軽減を図るため、こまめなコミュニケーションを取っている。ゆっくり起きる方、朝食はパンとコーヒーの方など、利用者個々の在宅生活習慣を尊重したサービス提供に努めている。また、好きな音楽や毛布、置時計、お気に入りの茶碗・湯飲みなどの持参も可能である。携帯電話やパソコンを持参する方もおり、安心して過ごせるよう配慮している。</p> <p>こまめな外出の機会を設けており、ケアマネジャーから喜ばれている</p> <p>退所時に「ケース記録」と経過記録を本人、もしくは家族に渡している。当事業所は、外出の機会を積極的に設けており、ケアマネジャーから「外出させてくれる事業所は少ないので感謝している」との感想をいただいている。昨年度のサービス終了者は32名で、その内訳は福祉施設・保健施設への入所24名、永眠8名である。</p>		
<b>サブカテゴリー3</b>		
<b>3</b>	<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 11 / 11
<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		評点(〇〇〇)
<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介護計画を作成している		評点(〇〇〇〇)
<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、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	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
<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		評点(〇〇)
<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必要な情報を記載するしきみがある	<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		評点(〇〇)
<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
<b>サブカテゴリ-3の講評</b>		
<p> <b>アセスメントと計画書が兼用しており、利用者の課題・ニーズが理解しやすい</b>            利用開始時に生活相談員、もしくは支配人が自宅訪問し、利用者の身体状態や在宅生活の状況などについて情報収集し、「フェイスシート」に記録している。また、アセスメントと介護計画書が兼用しており、介護計画書にアセスメントの内容を記録している。介護計画書は、ケアマネジャーが作成した居宅サービス計画と連動している。ただし、アセスメントにより、利用者の課題・ニーズが新たに見つかった場合、家族・ケアマネジャーに連絡、相談し、家族・ケアマネジャーの同意を得たうえで事業所独自の介護目標を立てることもある。         </p> <p> <b>利用初日に必ず介護計画書について説明し、同意を得ている</b>            利用初日および利用時のお迎え時に介護計画書について説明し、同意を得ている。利用の度に家族に記載していただいている「状態確認書」には、「前回利用から今回の利用までの間に「病気やケガ、転倒はあったか」「医師からの指示について」「内服薬、外用薬、点眼薬、処置物品などの変更」「歩行、排泄、精神面などでの変更」などについて記載してもらい、これに基づいて、毎回、介護計画書を作成している。利用者の状態変化の際は、生活相談員から家族やケアマネジャーに相談し、必要に応じて計画を変更している。         </p> <p> <b>出勤時に口頭および各種書式(計画書など)にて利用者情報を共有している</b>            職員の勤務形態は7形態である。そのため、出勤時に口頭での申し送りをし、利用者の情報共有を図っている。また、7階・8階と合同で、毎日、9時、朝礼を行なっている。支配人・相談員・看護師・介護職員・送迎職員が参加し、朝礼に参加した職員が同一フロアその他職員に情報伝達している。看護師は日中のみの勤務であるため、午後4時に介護職に申し送りをしている。ケース記録を確認すると、夜間は1時間ごとに巡回し、良眠しているかどうか確認し、記録している。         </p>		

サブカテゴリ-5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
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た支援を行っている	○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、虐待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、組織的に防止対策を徹底している	○非該当	
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p>入所時、個人情報取り扱いに関する同意書を利用者・家族と取り交わしている            契約時、利用者本人・家族に対して、個人情報の保護方針や利用目的について説明をしている。同意のうえ、「個人情報の取り扱いに関する同意書」に署名捺印いただいている。同意書には、14事例の第三者への情報提供について明示している。居室入室時には必ずノックし、居室に入ってよいかどうか本人に確認している。また、入浴・排泄の際には、常に羞恥心に配慮し、タオルなどの活用により、露出を防ぐように努めている。入浴や排泄では同性介助に努めている。</p> <p>日常支援では、利用者に対して敬語を使い、人生の先輩として敬うよう教育指導している            日常支援では、[人生の先輩として敬語を使う][無理な誘導はしない][利用者の「ノー」を受け入れる][利用者の思いを大切にする]などの徹底に努めている。「ちょっと待って」「さっき言ったでしょう」などの言葉は不適切だと伝えており、「ひやりはっと報告書」に不適切ケアに関する項目を設けており、法人全体で不適切ケアがないよう取り組んでいる。不適切なケアと判断した場合は、その場で是正または上司による面談と指導を行なっている。不適切なケアが虐待につながることはないよう取り組んでいる。</p> <p>権利擁護、虐待防止などの研修に派遣し、権利擁護に努めている            権利擁護、虐待防止などの法人内外の研修に職員を派遣し、利用者の権利擁護やプライバシー保護に努めている。これまで虐待の事例を発見した事例はないが、虐待の疑いを発見した際は、すぐに支配人に報告し、支配人から担当ケアマネジャーや区高齢介護課に報告するよう体制を整えている。職員は日頃から利用者の表情、顔色、皮膚状態の観察に努め、異常の早期発見に努めている。また、送迎時の家族との会話などからも、家族の介護負担についても把握している。</p>			



サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

11/11

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(000)

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

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(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(00000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-6の講評

**職員がいつでも休憩室に手引書などを確認できるようにしている**

休憩室に手引書や参考書を置き、職員がいつでも確認できるようにしている。利用の開始ごとに計画書を作成しており、アセスメントも記載しているため、介護計画書が手順書の役割を果たしている。また、法人本部がISOを取得しており、それに準じた運営システムを整えており、法人内各事業所のマニュアルも活用し、業務の標準化を図っている。年1回の法人内のマニュアル大賞選考の機会を利用し、マニュアルの内容を随時見直ししている。

**利用者の安全性の確保に向けて、さまざま取り組んでいる**

10月～3月を感染症対策強化期間とし、また、11月・12月感染症対策研修を実施している。利用者・職員共にうがい・手洗いの徹底などに取り組んでいる。また、「高齢者介護に役立つ感染予防と対策」の外部研修に職員を派遣している。「ノロウイルス対策マニュアル」も用意し、いつでも確認できるようにしている。また、リスクマネジメント研修会を実施したり、職員が目にする所にヒヤリハットを貼り付け、職員に対して危機意識の醸成を図っている。

**研修参加の機会を積極的に設け、職員個々の専門性向上を図っている**

事業所内、法人内外での研修参加の機会を積極的に設け、職員個々の専門性向上を図っている。介護技術や資格取得への協力体制を取っている。高齢者施設開発事業部でリスク対策委員会、経営委員会、看取り委員会、広報委員会などを設け、共通課題について検討し、法人全体で有機的な連携を図っている。また、毎年、各事業所で1年間の取り組みをまとめ、法人全体で事例研究の発表会を開催している。研究発表会を通して、スキルアップを図っている。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリ-4	
		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	32 / 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(〇〇〇〇)			
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>介護計画書を確認するという習慣づけを通して、計画に基づいた支援に努めている。</p> <p>介護計画書の課題に対する目標や支援内容が手順書の役割を果たしているため、職員は、利用者の入所前・入所時に介護計画書を確認するという習慣づけを図り、介護計画書に基づいた支援に努めている。ケース記録はパソコン上で記録している。介護職員が記載する日々の様子を中心に、看護師による健康状態の記録、生活相談員による家族との相談の記録等も記載している。専門職の記録も一元化されているため、情報が把握しやすく振り返りがしやすい。</p> <p><b>利用者個々の特性に応じたコミュニケーションの取り方を工夫している</b></p> <p>耳の遠い利用者には聴きやすい側の耳の傍で声をかけ、視力の弱い利用者には食事内容や配膳箇所を説明している。発語が困難な方には筆談やワードカードなどを用いてコミュニケーションを図るなど、利用者個々の特性に応じて対応している。生活歴や認知症状に配慮しながら支援を行なっている。利用者の自尊心を大切に、利用者本人・家族の不安・心配なことに耳を傾け、寄り添い、在宅生活が継続できるよう支援している。</p> <p><b>生活相談員が窓口となり、家族やケアマネジャー、関係機関等と連携している</b></p> <p>生活相談員が窓口となり、家族やケアマネジャー、関係機関等と連携している。かかりつけ医が往診に來たり、訪問リハビリテーション職員が來所した際は、情報交換している。また、サービス担当者会議に参加し、家族や在宅サービス事業所の職員と連携し、共に利用者の生活を支えている。利用中、体調変化があった場合は、まずは家族に連絡し、必要な場合は主治医に連絡するなど、必要に応じて関係機関(者)と連携している。</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(〇〇〇〇)			
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. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○非該当
◎あり ○なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○非該当
◎あり ○なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている		○非該当

評価項目2の講評

利用者一人ひとりの嚥下や咀嚼能力に応じて食事形態を選択している

食事形態は、主食が米飯食・全粥・毎パン食、副食が常食・一口大・刻み・ミキサーを用意している。利用者一人ひとりの嚥下や咀嚼能力に応じて、安全で美味しく食べられる食事形態を選択している。禁食・アレルギー・嗜好にも対応している。治療食に関しても、軽度のものは対応している。自助具(スプーンなど)など使いやすいものを持参することは可能である。支配人が栄養士であるため、利用者の摂食状況を確認したり、利用者への聴き取りを行ない、利用者個々の状態に合った食事を提供できるよう適宜指示を出している。

行事食やイベントなど季節を感じながら、楽しく美味しく食べられるよう支援している

毎日、ホームページに献立を掲載しており、食事内容を情報公開し、自宅での食事の献立に活かしてもらっている。月1回、行事食やイベント食などを提供し、季節を感じ、楽しく美味しく食べられるよう支援している。敬老会・お正月の行事食では、施設負担により通常よりも豪華な食事内容で提供している。その際は、ランチョンマットを用意し、華やかな雰囲気をつくったりしている。おやつ作りも行ない、利用者は自分達で作ったおやつを食べている。飲みものも8種類で、それぞれ温かい・冷たいを希望に応じて提供している。

月1回の食事会議を開催し、きめ細やかに食事の改善について討議している

食事の提供時間は、朝食7:45～8:45、昼食12:00～13:00、おやつ15:00～16:00、夕食18:00～19:00としているが、外出や遅い起床などに合わせ、30分ほどの早い配膳や取り置きを行なっている。朝・昼・夕の食事時間の30分前に職員が検食をし、味付け・彩・食事の質・衛生面などについてチェックしている。月1回の食事会議を開催し、委託会社・併設のデイサービスと共に食事の改善について検討している。食事の切り方や見た目、生野菜・生果物の頻度など、きめ細やかに食事の改善について討議している。

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○非該当

評価項目3の講評

利用者の身体状態や希望に応じた入浴方法で支援している

入所時に入浴日を決め、入浴一覧表に記載し、確実に入浴できるようにしている。一般浴・リフト浴・機械浴を用意し、利用者の身体状態や希望に応じた入浴方法で支援している。一般浴の利用者は全体の60%、機械浴40%で、リフト浴は殆どいない。入浴回数は週2回としており、2泊3日の場合は、入浴1回で退所日の前日に入浴できるようにしている。利用前に入浴に関する医師の指示があるかどうか、確認している。入浴当日、看護師がバイタル測定や状態観察などにより入浴の可否を判断している。

マンツーマンでの入浴対応を行なっている

褥瘡のある方には、入浴時、看護師が皮膚観察し、褥瘡処置方法を確認し、必要な処置を行なっている。一人の職員が、入浴への声かけ、着替えの準備、洗身・洗髪の介助などをマンツーマンで行なっている。入浴拒否が見られる場合には時間や対応する人を変えたり、日をずらすなどして柔軟な対応を心がけており、無理強いをすることはしない。体調不良で、入浴できない場合は、翌日に振り替えたり、清拭などで対応し、清潔に配慮している。同性介助の希望にも応えている。

柚子湯・菖蒲湯などの季節を感じる入浴支援を行なっている

柚子湯・菖蒲湯などの季節を感じる入浴や、ローズ・ジャスミンなどの入浴剤を使い、アロマの香りを楽しんだ入浴も提供している。入浴剤を使う際は、利用者に好きなものを選択してもらい、本人の好みの香りを楽しんでもらっている。石鹸やシャンプーは利用者の好きなものを持参し、利用することも可能である。一般浴(個浴)の場合、利用の度にお湯を張り替えている。毎日、職員が浴室・脱衣室の清掃を行ない、清潔保持に努めている。

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)
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>在宅生活をもとに本人の状態や排泄パターンに合わせて支援している</p> <p>初回利用時の事前面談やサービス担当者会議などで、家族から自宅での排泄状況を聴き取り、アセスメントシートに記入し、基本的に在宅生活と同様の排泄支援に取り組んでいる。利用者全体の80%が何らかの排泄介助を要する方々である。日中でのベッド上のおむつ介助の方も数名おられるが、殆どの方がトイレでの排泄支援である。おむつ類は施設で数種類用意しているが、持参することも可能である。</p> <p>利用者個々の排泄状況を「排泄表」に記録し、介護に役立っている</p> <p>利用者個々の排泄状況を「排泄表」に記録しており、トイレへ誘導する時間や排泄の回数、排尿量、おむつの取り替えの時間を把握している。「排泄表」から、利用者個々の排泄パターンを把握して、トイレ誘導したり、速やかなおむつの交換を行ない、利用者の不快感を軽減している。また、「排泄表」により、異変に気づくなど、日々の介護に役立っている。退所前に必ずトイレ誘導を行なっている。</p> <p>トイレ全てに暖房便座とウォシュレットを完備している</p> <p>各居室にトイレがあるが、各階にトイレがない居室が1部屋あり、その部屋の利用者は共用トイレを使っている。トイレは安心して便器に座っていただけるよう、ひじ掛けや背もたれを付けている。また、前傾姿勢を安定させる前方ボードを付けている。トイレ全てに暖房便座とウォシュレットを完備し、陰部洗浄しやすい環境をつくり、尿路感染や皮膚トラブルの予防としている。各フロアに2台ずつポータブルトイレを用意しており、居室になじむ木目タイプと使いやすい軽量タイプなど使い分けている。</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>車いす、歩行器、杖、シルバーカーなどの移動補助具を用意している</p> <p>当事業所では、車椅子、歩行器、杖、シルバーカーなどを用意している。車椅子の種類は、通常車椅子からリクライニング式車椅子まで取り揃えている。利用者が安全で快適に使用できるよう、身体状況に応じた車椅子を選定している。座位が保てる利用者には、通常車椅子を使用し、長時間の座位保持が困難な方には、リクライニング式車椅子を使用している。座面や高さなど利用者の状態に合わせて変えることが可能である。</p> <p>洗顔・更衣支援など、介助が必要な方に対して、必要な支援を行なっている</p> <p>基本的に利用者は自室の洗面台で洗顔している。起床時は温かい蒸しタオルを渡している。介助が必要な方には職員が蒸しタオルを使って顔を拭き、目覚めを促している。衣類を持参してもらい、当日の着衣は自分で選択してもらっている。介助が必要な方には、起床時や就寝時に更衣支援を行なっている。毎食後、口腔ケアもできているかどうか確認し、必要に応じて介助している。職員は日常的に利用者との会話を大切に、衣類だけでなく生活全般の中での好みやこだわりを把握し、支援につなげている。</p> <p>美容師の資格を持っている職員が、利用者に編み込みし、好評を得ている</p> <p>希望に応じて訪問美容に依頼し、利用者はカット・ヘアマニキュアを利用している。美容室に出かけることが困難な方は、施設利用時に本人の「綺麗でいたい」や、家族の「さっぱりさせてあげたい」を叶えることができる。また、美容師の資格を持っている職員もいて、利用者にネイルをしたり、髪を編み込みなどをして、喜ばれている。希望する女性利用者に対して、退所日に編み込みをしており、利用者には大好評である。</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(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当
◎あり ○なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当

評価項目6の講評

入所当日の受け入れでは、看護師がバイタル測定を行い、ボディチェックをしている

「短期入所生活介護兼アセスメント表」に利用者の既往歴、内服薬、皮膚状態などを記載し、利用者の健康状態を全職員で把握している。8時30分～午後5時30分まで看護師を配置している。入所当日の受け入れでは、看護師がバイタル測定を行い、ボディチェックをし、怪我や打ち身がないかなど確認している。また、持参した内服薬を確認し、利用者の顔色などの視診もを行い、利用者の健康状態を把握している。状態に変化があった場合は、家族へ連絡している。基本的に医療機関への受診は緊急時を除き、家族対応をお願いしている。

服薬管理の手順所を作成し、それに沿って介助している

利用者から薬の手帳、もしくは薬情報のコピーをもらっている。服薬管理マニュアルを作成している。全利用者の90%が服薬介助が必要な方々で、そのうち点眼のみの方が10%である。職員の介助が必要でない自己管理の方にも服薬確認を行なっている。看護師が薬のセットをし、利用者の目の前に名前のプレート置き、薬包に書かれた名前と対象となる利用者の顔を確認している。また、口の中に入るのを最後まで目視で確認し、口腔内に残薬がないかどうか、落下していないかどうか確認し、誤薬防止につなげている。

利用者の不安に感じていることや異変など、家族に連絡し、情報共有している

提携病院2か所と契約している。緊急連絡先を個人ファイルに綴じ、いつでも確認できるようにしている。異変時には速やかに家族に報告している。異変時以外にも、利用者が不安に感じている内容を家族に報告し、受診時の情報提供に役立ててもらっている。また、緊急時に落ち着いて対応できるよう、名札裏面に緊急対応カードを入れて携帯している。また、応急処置カードも設置し、新人職員も落ち着いて対応できるようにしている。今年度より7階にAEDを設置し、使い方の研修を併設のデイサービスと合同で実施した。

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(〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当

評価項目7の講評

ほぼ毎日、リハビリ体操やレクリエーション、散歩などを実施している

ほぼ毎日、リハビリ体操や歩行訓練、レクリエーション、散歩などを実施し、退屈せず、身体を動かす機会をつくっている。午後2時から3時まで、40分のとき、15分のときもあり、幾つかの体操メニューを利用者集団にあわせて行っている。幾つかの体操の種類があり、利用者集団にあわせて行っている。体操では、呼吸を整えながらゆっくり身体を動かし、無理をしないよう支援している。また、利用者皆に声かけをし、強制しないこととしている。そのため、体操への参加は数名のときもあれば、利用者全員のときもある。

生活リハビリの延長の中で、足ふみや立ち上がりなどの訓練を行なっている

利用者の身体状態をアセスメントし、また、本人・家族から在宅生活を送るうえでの不安なことなどを聴き取り、在宅生活で役立つよう、足ふみや立ち上がりなどの訓練を行なっている。自宅で歩行器を使っている方に対して、シルバーカーを使った訓練を行なうなど、在宅生活の延長上での歩行訓練を行なっている。廊下を有効活用した歩行訓練や、施設に常備しているシルバーカーや歩行器などの福祉用具を用いた歩行訓練など、利用者個々の身体状況に応じた機能訓練を行なっている。

利用者のできたことを共に喜び、利用者の生き甲斐につなげている

生活リハビリとして、利用者に新聞折りを手伝ってもらったり、リネンを畳んでもらったり、昔華道を行っていた方に活け花をしてもらったりしている。職員は、「もっと歩けるようになったら、どこへ行きたいか」「どんな活動をしたいか」などと会話しながら、利用者が目的意識を持って取り組んでもらうよう支援している。また、できたことを共に喜び、利用者の生き甲斐につなげている。

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	
◎あり ○なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○非該当
◎あり ○なし	4. 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	○非該当

評価項目8の講評

毎日、「静」と「動」を組み合わせたレクリエーションを実施している

貼り絵、頭の体操、漢字トレーニングなどの「静」とゲーム・散歩などの「動」を組み合わせたレクリエーションを毎日実施している。自由参加としているが、ほぼ全員が参加し、楽しんでいる。都道府県クイズでは、記憶力テストを行ない、皆で笑いながら楽しく県名を当てている。即席ボーリングでは、点数を付けて皆で盛り上がっている。雑祭イベントでは、おやつを食べながら、ボランティアの三味線を楽しんでいる。レクリエーション実施後、「レク記録表」に記録し、レクリエーション実施の見える化を図り、確実な実行に努めている。

週3回以上の散歩を行ない、気分転換を図っている

レクリエーションは、利用者個々の生活歴や趣味、身体状況に応じた内容を増やしている。居室でのプライベートな時間も大切にしているが、週3回以上の散歩を行ない、希望者で外に出かけ、気分転換を図っている。散歩では、外気にふれ、季節の花を愛で、移ろう季節を感じている。また、利用者の誕生日に職員手作り小物をプレゼントしている。小物は、介護保険証や診察券用ポーチ、小銭入れ、着替え入れポーチなど在宅生活で役立つもので、さまざまな柄があり、利用者を選んでもらっている。職員の特技を生かした取り組みである。

医師の同意を得たうえで、晩酌の習慣がある方にはアルコール飲酒も可能である

医師の同意を得たうえで、晩酌の習慣がある方にはアルコールの飲酒も可能である。その際は、内服薬の薬の兼ね合いも確認している。ただし、館内は、禁煙である。さまざまな形や高さのテーブルを用意し、利用者に合わせてテーブルを選んでもらっている。巡回時、室温が熱かったり、寒かったりしないよう、適切な室温となっているか確認している。日頃より整理整頓にも努め、利用者・家族へのお知らせを貼っている掲示板にも季節に応じた飾り付けをしている。

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	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当

評価項目9の講評

家族の面会は9時～18時までであるが、事前連絡により自由である

「ご利用案内」には、家族の面会は、午前9時～18時までと記載しているが、事前連絡があれば、夜間の訪問も可能である。家族の中には、夜間、出張から帰ってきたとか、会社帰りに面会に来たなど、自由に出入りしている。納涼祭・豆まきなどの季節行事などにも参加できる。これらのイベントに参加した際、在宅でのケアの不安を相談する切っ掛けづくりとしている。事前の連絡により、食事の提供も可能である。

退所時に「ケース記録」や「経過記録」を配布し、家族と情報共有している

家族とは送迎時に利用者の体調面などについて確認している。その際、家族の希望も聴き取り、サービスに反映している。退所時に「ケース記録」や「経過記録」を配布し、家族と情報共有している。「ケース記録」には、介護した時間と、利用者に対して職員がどのような働きかけを行ったのか客観的な事実のみを簡潔に記載している。「経過記録」には、[体温][血圧の高い値・低い値][朝の脈拍][排便][入浴][食事量][水分摂取量]などの入所時の利用者の健康状態について詳しいデータを記載している。

ケアマネジャー・家族に対してケアの提案もしている

施設利用時の利用者の状態について、必要に応じて、「トイレまでなら歩ける」など、ケアマネジャー・家族にケアの提案もしている。ケアマネジャー主催のサービス担当者会議に参加した際、施設利用時の利用者の様子について報告し、情報共有・情報交換している。

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

評価項目10の講評

地域のイベントなどに出かけ、気分転換を図っている

当事業所が在る建物1階が広いエレベーターホールとなっており、そこにパンフレットスペースを設け、区報や高齢者・介護に関わるパンフレットなどを置き、誰でもが入手できるようにしている。また、区報や運営委員会から得た地域情報をもとに、お祭りなどの地域イベントや直ぐ近くの複合ビルで開催されるイベント、さらに神社仏閣・旧名所跡に出かけている。また、他県の有名な観光地への日帰り旅行も行なっている。直ぐ近くに有名な神社があり、江戸三大祭・日本三大祭の一つとなっているお祭りのときは、利用者・職員で観に行っている。

ボランティアなどを受け入れ、多様な人々の交流の機会を設けている

傾聴、読み聞かせ、バルーンアート、フラダンス、吹奏楽など多様なボランティアを受け入れている。学生による朗読会では、物語を楽しそうに聴き入り、利用者皆が「楽しかった」と口を揃えて言うほど、朗読に集中して聴き入っている。同一建物内に在る保育園とは定期的な交流が行われている。納涼祭や盆踊り大会、お店屋さんごっこ、防災訓練、作品プレゼントなどを通して園児との交流の機会があり、孫の世代との交流を楽しんでいる。

年2回、運営委員会を開催し、地域の方々との意見交換の場を設けている

年2回、運営委員会を開催している。参加者は、町会長、民生委員、ケアマネジャー、区職員、併設のデイサービス・保育園・当事業所(ショートステイ)の責任者が参加している。夏季に開催した際は、各事業所から運営状況について説明し、町会長から町会の活動や地域のイベントや地域の方々への希望について聴き取りした。訪問調査時(平成29年2月)時点で、町会活動に参加していないが、次年度からできる限り参加していきたいと考えている。



事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	4-1-2	多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している
タイトル①	マーケティング手法を導入し、地域の福祉ニーズの把握に努めている	
内容①	マーケティングの手法を導入した法人共通のフォーマットである「マーケティング計画報告書」を活用し、事業所内外の環境分析を行い、地域の福祉ニーズの把握とニーズを満たすための内部リソース(資源)の活用について客観的な分析を行っている。こうした分析を踏まえて、職員および利用者それぞれの視点での戦略を立案し、職員のモチベーションの向上を図り、ニーズに合った利用者サービスの提供に努めている。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	4-1-3	着実な計画の実行に取り組んでいる
タイトル②	適材適所の職員配置と利用者ニーズを踏まえた運営により、財政状況の改善に努めている	
内容②	各種アンケートや普段のコミュニケーションから利用者ニーズを的確に捉えて分析している。一方で、職員の能力・適正・特技等を踏まえ適材適所の配置に加え、職員自らの創意工夫を業務に活かすことに事業所として力を入れている。こうした利用者ニーズを踏まえたサービス提供を意識して、個々の職員によるサービス向上へ自主的な取り組みを進めることで、リピート数や稼働率が向上し、財政状況の改善が進みむといった好循環を実現している。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-6-3	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
タイトル③	緊急時対応に関して、業務標準化の徹底に努めている	
内容③	「緊急時対応表」を作成し、体調不良・転倒・怪我などの発見時の対応について、フローチャートやイラストなどを活用し、誰でも理解でき、速やかに対応できるようにしている。また、職員個々に「急変時の観察・確認事項」を記載したカードを配布している。カードには、〔バイタル測定・血中酸素飽和度の値を測定する〕〔肩を叩きながら、名前を呼ぶ、目や口元が動く、手が動くなどの意識状態を確認する〕〔呼吸状態の確認〕〔病状確認〕〔救急搬送時持参するもの〕などと明示している。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	ほぼ毎日、リハビリ体操や歩行訓練、レクリエーション、日帰り旅行などを実施し、心身の活性化を図っている
	内容	1か月に約70回程、リハビリ体操や歩行訓練、レクリエーションを実施し、心身の活性化を図っている。また、お天気の良い日は、散歩に出かけ、花屋や雑貨屋などのウインドーショッピングを楽しんだり、ドライブにも出かけている。そのほか、お祭りなどの地域イベントに積極的に参加したり、神社仏閣・旧名所跡、他県の観光地への日帰り旅行も行っている。利用者調査では「元気になって帰って来てくれる」などの家族の満足の声が寄せられた。また、利用者調査では「活動・リハビリ」に関して、昨年度と比較して満足度が36ポイント向上している。
2	タイトル	保育園、大学生、地域のボランティアなどと交流し、利用者の笑顔を引き出し、楽しい時間を過ごしている
	内容	ボランティアの協力を得て、傾聴、読み聞かせ、バルーンアート、フラダンス、吹奏楽などの楽しい時間を提供している。直ぐ近くの大規模複合ビルの中にある地方出身者の学生寮と連携し、利用者がその寮で開催されるイベントに出かけたり、学生がボランティアとして来所し、利用者が学生に地元の様子について話をしている。また、同一建物内にある保育園とは、定期的に交流し、利用者の笑顔を引き出している。訪問美容師も来所し、髪の毛のカットをして、「さっぱりした」と言い、精神の活性化にもつながっている。
3	タイトル	ホームページ・SNSなどを活用し、情報発信・情報公開に積極的に取り組んでいる
	内容	今年度の事業計画の一つにホームページの更新を掲げ、誰もがホームページを更新できるようノウハウを共有するなど、職員が一丸となって取り組んでいる。ホームページは毎日複数回更新し、活動報告・食事・お知らせなど事業所の様子がほぼリアルタイムでわかることから、利用者家族はもちろんのこと新たに利用を考えている潜在的な顧客や福祉関係者にも訴求している。その結果、アクセス数も法人内でトップとなり、レポート数の増加・新規の利用者獲得にも寄与している。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	より良いサービス提供に向けて、虐待防止のチェックリストの活用を期待する
	内容	権利擁護、虐待防止などの法人内外の研修に職員を派遣し、利用者の権利擁護やプライバシー保護に努めている。また、「ひやりはっと」に不適切ケア項目を新たに設け、法人全体で不適切ケアがないよう努めている。ただし、職員個々が虐待防止に関するチェックリストを使っての自己点検は未実施である。今後は、虐待防止のチェックリスクなどを活用し、職員個々が自己の振る舞いを振り返る機会を設けることも期待したい。
2	タイトル	施設の持つ専門性を地域に還元するなど、さらなる地域との連携を期待する
	内容	地域連携に関連しては、近隣の大学生のボランティア参加促進などを今年度から新たに始めているほか、町内会長・民生委員・デイサービス責任者・保育所責任者等の参加を得て運営会議を実施するなど、事業所としても地域連携に関して強化を図っているところである。一方で、運営会議等で地域ニーズの把握に努めている段階であり、地域の祭りへの参加や地域住民をも対象にしたセミナーの開催など具体的な施策は検討段階であり、可能なものから実施していくことを通じての地域との更なる関係性強化に期待したい。
3	タイトル	今後も引き続き職員育成に向けてより一層取り組まれることを期待する
	内容	「キャリアアップシート」や個別面談などを通して、目標に応じた資格取得のサポートやキャリアアップに必要な研修参加を促している。また、質の高い認知症支援を目指し、東京都主催の認知症実践者研修にも職員を派遣している。ショートステイは、毎日、利用者の入退所があり、利用者の抱える疾病や生活スタイルもさまざまである。さまざまな利用者のニーズ・課題に速やかに対応していくためにも、今後も引き続き職員育成に向けてより一層取り組まれることを期待する。



