

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

(短期入所サービス)

1 評価機関

| | |
|--------|-----------------------------|
| 名 称 | NPO法人 ヒューマン・ネットワーク |
| 所 在 地 | 千葉県船橋市丸山2丁目10番15号 |
| 評価実施期間 | 平成 27年 9 月 1日～平成 27年12 月31日 |

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

| | | | |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|
| 名 称 (フリガナ) | さくら苑ショートステイサービス サクラエンショートステイサービス | | |
| 所 在 地 | 〒285-0025 千葉県佐倉市錦木町346番地 | | |
| 交通手段 | JR総武線/成田線 佐倉駅より徒歩20分 京成佐倉駅より徒歩20分 | | |
| 電 話 | 043-486-5050 | FAX | 043-486-1610 |
| ホームページ | http://www.sakueaen-346.or.jp/ | | |
| 経 営 法 人 | 社会福祉法人 佐倉厚生会 | | |
| 開設年月日 | 昭和55年6月5日 | | |
| 提供しているサービス | 特別養護老人ホームさくら苑、(介護予防)通所介護事業 (介護予防)訪問介護、居宅介護事業 | | |

(2) サービス内容

| サービス名 | 定員 | 内容 |
|---------------------|-----|-----------------------------------------------|
| さくら苑 ショートステイサービス | 15名 | 個室9床と多床室6床を設け本人のニーズを聞き、状態や希望に合わせて柔軟に対応しております。 |
| | | |
| | | |
| | | |

(3) 職員（スタッフ）体制

| 職 員 | 常勤職員 | 非常勤、その他 | 合 計 | 備 考 |
|-------|------|---------|-------|---------|
| | | 30 | 7 | 37 |
| 専門職員数 | 医師 | 介護福祉士 | ヘルパー | |
| | 3 | 21 | 9 | 資格なし7名 |
| | 看護師 | 理学療法士 | 作業療法士 | |
| | 6 | 1 | | |
| | 保育士 | 保健師 | 栄養士 | |
| | | | | |
| | 調理師 | 介護支援専門員 | 社会福祉士 | その他専門職員 |
| | 1 | 1 | 2 | |

(4) サービス利用のための情報

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------|------------|
| 利用申込方法 | 介護支援専門員からの依頼により申し込みを受け、後日に依頼された介護支援専門員と生活相談員がご自宅に面接にお伺い致します。 | |
| 申請窓口開設時間 | 日曜日～土曜日（9：00～17：00） | |
| 申請時注意事項 | | |
| 相談窓口 | 随時生活相談員が相談に応じます。 | |
| 苦情対応 | 窓口設置 | 苦情受付担当者の設置 |
| | 第三者委員の設置 | 第三者委員3名選出 |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>サービス方針 (理念・基本方針)</p> | <p>理 念</p> <p>1・利用者の個々の状態に応じて、最大限の介護の提供が行えるよう努めてまいります。そのために、専門知識と施設が有する機能、社会資源を有効に活用し、生活視点に立った支援をおこなってまいります。さらに利用者が有している心身機能の維持・回復に努め、可能な限り自立した生活を送ることができるように、生活環境を整えてまいります。</p> <p>2・地域に関しましては、高齢者介護の拠点としての役割を担うべく、専門施設としての機能を十分に活用し、地域との連携を強めて、在宅介護の支援に努めてまいります。</p> <p>基本方針</p> <p>1・介護を受ける立場を考慮し自立に向けての援助 2・価値観と生活の継続性の尊重 3・良好なコミュニケーションと生活の質の向上</p> |
| <p>特 徴</p> | <p>優しい声掛け、話しかけを常に心がけて介護させていただくと共に、個々のケアプランに沿った専門的な介護と、ご本人やご家族の意向を踏まえた援助と環境づくりを心掛け、安心、安全な施設利用を提供しています。</p> |
| <p>利用（希望）者 へのPR</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・専門職として日々向上できるよう職員がスキルアップできる環境を整えております。また、ご家族様の意向、ご本人の意向に沿えるよう関わりを大切に、過ごしやすい環境作りを行っております。 ・個室9床、多床室6床を利用者の状態に合わせて活用し、在宅で暮らしている方々が生活環境を大きく変えることなく安心して利用できるよう努めております。 |

福祉サービス第三者評価総合コメント

評価機関名 NPO法人ヒューマン・ネットワーク

| 特に力を入れて取り組んでいること(評価の高い点) | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 初めてショートステイを利用する人の不安に配慮してきめ細かい支援をしている | 初めてショートステイを利用する人の不安な気持ちに配慮して事前に面接を行い、自宅の状況や生活環境を把握し家族の要望を聞き、施設の取り組みを説明して不安を和らげている。家族の負担にならないように土日も対応し、家庭と同じ環境を作り今までの生活が継続できるように配慮し生活の安定を図っている。ショートステイは個室と多床室を設け本人のニーズを聞き、状態や希望に合わせて柔軟に対応している。ショートステイの利用後もまた次回も利用したいと思ってもらえるケアサービスに取り組み、高い評価を受けて多くの人が再利用者となっている。 |
| 2. 特養施設の機能を活かして医療連携を行なって対応している | ショートステイは特養施設と同じ建物に併設され、特養施設には医療連携と看護師の体制があり、協力体制を敷いて医療依存度の高い人や訪問診療の人も受け入れている。在宅で訪問診療を受けている人はショートステイ利用中も訪問診療を継続して利用できるように対応している。利用者の健康状態の管理やケアマネージャーからの医療情報の提供を受け、緊急時には医療機関のリストから主治医と連絡をして対応している。また、急変時や緊急時には隣接する協力病院へ対応を依頼し、社会福祉施設として役割を果たしている。 |
| 3. 急な利用や重度認知症の方の利用を施設の役割として受け入れいる | 急な利用や緊急時の家族からの依頼、行政からの依頼、地域包括支援センターからの認知症のリスクの高い人等のショートステイの受け入れについて拒まない方針で取り組んでいる。自宅での転倒等急な家族からの依頼はケアマネージャー経由で対応しベテラン職員を配置して支援している。急な受け入れ時はアセスメントが十分に行われていない事から、入所時には24時間にわたり健康面や行動を観察し重点的に関わって認知症ケアにつなげている。外出願望のある人には職員と一緒に外出の支援を行って希望を叶え、施設の役割として受け入れ対応に努めている。 |
| さらに取り組みが望まれるところ(改善点) | |
| 1. 施設の課題や目標をより明確にし、具体的な活動として取り組む事が望まれる | 中長期的環境分析の上で経営戦略方針を十分に話し合い、事業計画書に取り組み方針を明示し具体的な目標を明確に示すことが望ましい。主任会議において課題や取り組みの目標を明確にし、事業計画に具体的計画として明示し、PDCAサイクルを回す事が望まれる。 |
| 2. 日曜日にショートステイ入所者向けの楽しめる日課作りが求められる | ショートステイ入所者は特養施設の各フロアでの行動を制限せずに自由に過ごし、食事・入浴・行事・レクリエーションを一緒に行っている。生活やレクリエーションを通じて人間関係が良く、再会を楽しみにしている人もいる。特養施設は日曜日を家族の訪問が多いためクラブ活動やレクリエーションは行っていない。ショートステイ入所者向けの独自の趣味活動やレクリエーション予定が計画されていないため、日曜日にはやる事が少ない状況となっている。ショートステイ入所向けの日曜日の趣味活動やレクリエーションを計画して、楽しめる日課を作り提供する事が求められる。 |

(評価を受けて、受審事業者の取組み)

今回の評価を受け、地域におけるショートステイの役割を再認識しました。今後も緊急依頼や重度対応に対応し、家族や地域包括支援センター、および居宅介護支援事業所からの依頼に迅速に対応し、地域支援に努めていきます。また、多彩な日課作りを行って、利用者の楽しめる環境を整備しサービス提供につなげていきたいと思ひます。

福祉サービス第三者評価項目の評価結果（その他の福祉サービス）

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 項目 | 標準項目 | | |
|-----|------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|---|
| | | | | ■実施数 | □未実施数 | |
| I | 福祉サービスの基本方針と組織運営 | 1 理念・基本方針 | 1 理念や基本方針が明文化されている。 | 3 | | |
| | | | 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | 3 | | |
| | | | 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 3 | | |
| | | 2 計画の策定 | 中・長期的なビジョンの明確化 | 4 事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。 | 4 | |
| | | | | 5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | 3 | |
| | | | | 6 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | 3 | |
| | | 3 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者のリーダーシップ | 7 理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。 | 3 | |
| | | | | 8 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | 3 | |
| | | 4 人材の確保・養成 | 人事管理体制の整備 | 9 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | 3 | |
| | | | | 10 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | 1 | 3 |
| | | | 職員の就業への配慮 | 11 事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | 3 | |
| | | | | 12 福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | 3 | |
| | | | 職員の質の向上への体制整備 | 13 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。 | 4 | |
| | | | | 14 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | 3 | |
| | | 15 職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。 | 5 | | | |
| II | 適切な福祉サービスの実施 | 1 利用者本位の福祉サービス | 16 施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | 5 | | |
| | | | 17 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | 4 | | |
| | | | 18 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | 4 | | |
| | | 2 サービスの質の確保 | サービスの質の向上への取り組み | 19 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | 4 | |
| | | | | 20 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。 | 2 | |
| | | | | 21 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | 4 | |
| | | 3 サービスの開始・継続 | サービス提供の適切な開始・終了 | 22 施設利用に関する問合せや見学に対応している。 | 2 | |
| | | | | 23 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | 4 | |
| | | 4 個別サービス実施計画の策定 | 個別サービス実施計画の策定・見直し | 24 一人ひとりのニーズを把握して個別のサービス実施計画を策定している。 | 4 | |
| | | | | 25 個別サービス実施計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に行っている。 | 3 | |
| | | | | 26 利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | 3 | |
| | | 5 安全管理 | 利用者の安全確保 | 27 感染症の発生時等の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 3 | |
| | | | | 28 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | 3 | |
| | | | | 29 緊急時(非常災害発生時等)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 6 | |
| | | 6 地域との交流と連携 | 地域との適切な関係 | 30 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。 | 4 | |
| 計 | | | | 102 | 3 | |

項目別評価コメント

標準項目 ■ 整備や実行が記録等で確認できる。 □ 確認できない。

| 項目 | 標準項目 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>理念や基本方針が明文化されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に明文化されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。 |
| <p>(評価コメント) 法人の基本理念は事業実績報告書と事業計画書に明記され、施設の玄関や適切な場所に掲示している。また、基本方針は重要事項説明書に明文化されている。内容は①利用者の個々の状態に応じて最大限の介護の提供②専門知識と施設の有する機能、社会資源の有効活用③利用者が有している心身機能の維持・回復、可能な限り自立した生活を送る事が出来る生活環境の整備④地域における高齢者介護の拠点としての役割、専門施設の機能を活かし地域との連携を強めた在宅支援である。</p> | |
| 2 | <p>理念や基本方針が職員に周知・理解されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。 |
| <p>(評価コメント) 基本理念や方針を各ステーションに掲示し、理念が明記された事業実績報告書・事業計画書を備置して職員に周知している。年初の4月の主任会議において理念と運営方針について報告が行われ、その内容と取り組みの主旨について職員にワーカー会議やカンファレンスにおいて主任より伝え理解を深めている。また、5月には実績報告と事業計画書が文書化され説明し周知している。毎週開催されるカンファレンスでは理念とはどうか、理念に沿った支援が行われているか話し合っている。</p> | |
| 3 | <p>理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 ■ 理念・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、話し合いをしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。 |
| <p>(評価コメント) 契約前に利用者・家族と事務所にて面談を行い、理念についてはパンフレットや重要事項説明書を用いて具体的な運営方針として説明している。契約時にも重要事項説明書を復習し、運営方針として特に身体拘束は分かりやすく説明している。家族の来苑時には理念に沿ったケアとして、やさしい声掛けの実践や利用者の状態に合わせて個別ケアに努めている事を説明している。さくら苑だよりを発行して、施設長から社会福祉への取り組みについて伝えている。</p> | |
| 4 | <p>事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 社会福祉事業の全体や地域動向について、具体的に把握している。 ■ 事業計画には、環境把握に基づく中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 事業計画は、実行可能かどうか、具体的に計画することによって実施状況の評価を行える配慮がなされている。 ■ 事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。 |
| <p>(評価コメント) 経営協の月刊誌、全老協だより、福祉新聞を全職員に回覧して社会福祉事業に対する動向の把握に努めている。国の動向や環境把握の中から法人は、訪問援助サービス、就労支援事業や介護タクシー事業の事業展開を事業計画に取り入れて準備を進めている。事業計画には介護保険の単位の引き下げを受けて稼働率の向上、人材不足への対応として人材の確保、新人や非常勤職員の人材の育成に取り組んでいく事が明記されている。</p> | |
| 5 | <p>事業計画達成のための重要課題が明確化されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。 |
| <p>(評価コメント) 主任会議では自分の家のように落ち着ける環境作り、職員の介護力や医療知識等施設としての強みや弱みのテーマを決めて活動へ取り組み、課題を明確にし事業計画に取り入れている。事業環境からの課題は稼働率の低下が収益減少となる事を介護報酬の前年度比較をして職員に理解を求め、コスト削減や効率化に取り組みコストを人件費に投入している。ノロウイルスやインフルエンザ等感染症の発生の対応について他事業所の事例を参考にして課題を明確にしている。</p> | |
| 6 | <p>施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 方針や計画、課題の決定過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。 |
| <p>(評価コメント) 事業計画の策定に当たっては、介護職員の不足による現場の状況、働きやすく魅力ある職場づくりとしての意見を取り入れている。また、有休を取り易くする等の職員からの要望は、管理職に報告され事業計画に反映される仕組みとなっている。朝夕の申し送り時やカンファレンスには関連する全職員が参加し、利用者の状況、ヒヤリハット、怪我や苦情、インフルエンザの予防接種等の報告と話し合いが行われ、必要に応じて管理職が話をし、状況の把握と課題が明確になっている。</p> | |
| 7 | <p>理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■ 運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 |
| <p>(評価コメント) 施設長は福祉事業の環境を把握し理念の実現に向けて介護サービスや新規事業に取り組み、事業計画を策定して明示し、年度初めには広報誌で方針を伝えている。施設長は理念や方針について全職員に直接伝える場を持つことが望まれる。主任会議は毎月開催され経営状況や介護サービスに係る全般について話し合い課題を明確にして取り組みが行われ主導的な役割を担っている。管理者の役割は給与規程の中で役職の職務・職能区分を明確にし周知されている。</p> | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 | 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 ■管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制(改善委員会など)を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 |
| (評価コメント)管理者は主任会議や委員会活動において業務の改善や効率化に指導力を発揮している。移乗介助の機械を導入し介護職員の身体的負担の軽減を図り好評である。記録電子化検討委員会は介護生活記録の7日間シートの電子化により各ステーションで一元化した情報の閲覧が出来る検討が行われている。排泄委員会は要介護者の状態別によるオムツのアイテムやコスト面の見直しを行い、生活改善委員会はヒヤリハット報告から小さな事例を取り上げて課題を明確にし、認識を共有化して住環境整備に努めている。 | | |
| 9 | 全職員が守るべき倫理を明文化している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。 |
| (評価コメント)倫理規程が作成され、倫理規程、個人情報保護や開示、緊急時の対応、介護報酬や利用状況等の利用実績、組織図等のファイルを各ステーションに備置し周知している。今年度は「心の健康づくり計画」を活動方針として明示し、相談体制の整備やメンタルヘルスケアについて通組んでいる。主任会議では苦情受付の事例等を話し合い、事業実績報告として年度初めに報告されている。施設として身体拘束は絶対しないケアに取り組む、何が拘束かをその場で知らせ、その行為が拘束に当たる事を助言し研修も行き徹底して取り組んでいる。 | | |
| 10 | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にやり、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> □人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 □評価基準や評価方法を職員に明示し、評価の客観性や透明性の確保が図られている。 □評価の結果について、職員に対して説明責任を果たしている。 |
| (評価コメント)法人として計数による評価によって給与等の処遇格差となる人事制度は行わない方針としている。職員は職員自己点検表を用いて6か月毎に基本姿勢や専門性の達成度の自己評価を行い、主任や課長が面談を行って振り返りを行い次の目標に繋げている。新人職員には介護チェックリストと自己評価表により評価が継続して行われ主任・課長が面談を行って振り返りが行われている。就業規則には昇給や昇格の年数と資格要件が明記され透明性は確保されている。 | | |
| 11 | 事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 |
| (評価コメント)管理職は有給の取得と消化の状況、時間外労働のデータ、勤怠や育児・出産の休暇等の職員の就業状況は毎月の給与関係の書類で把握している。人員不足には介護職の派遣社員の導入や短時間パートを採用して対応が行われている。育児休暇、結婚、妊娠時や産前産後の休暇等職員の個人的な悩みは主任や相談員が相談窓口として対応している。育児のため深夜業務に制限のある人は夜勤を外し、ローテーションを組み替えて柔軟に対応している。問題点や改善を要する事は施設として対応する仕組みが出来ている。 | | |
| 12 | 福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 ■希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。 ■育児休暇やリフレッシュ休暇等の取得を励行している。 |
| (評価コメント)外部研修は勤務年数を見て必要とされる研修や研修の内容を検討し職員の希望を聞いて参加している。研修受講時は勤務交代申請書を提出して勤務を調整し、就業や公休扱いとして対応し研修費用はすべて施設負担として支援している。また、職員のストレス解消に効果があるヨガ教室に毎月2回職員が交代で参加し、費用を施設が負担してリフレッシュに繋げている。両親の介護休業の取得や妊娠の職員の勤務等に対する相談は管理職が対応し、女性が継続して働ける環境作りに力を入れて取り組んでいる。 | | |
| 13 | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■個別育成計画・目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。 |
| (評価コメント)事業計画には人材育成として職員の資質向上の3つのテーマを掲げ、年間の研修計画を策定し職種別・役割別の基準により必要な研修に取り組んでいる。新人職員は介護チェックリストにより自己評価を行い、管理職は評価を行って自信を持って業務に入れるレベルまで育成して自立を支援している。職員自己評価点検表により自ら業務理解度を確認し習得すべき内容と目標を明確にしている。介護福祉士の資格取得のために受験対策講座を開設して取組み、全員が合格となり成果として表れている。 | | |
| 14 | 定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画を立て実施している。 ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する個別研修を立て実施している。 ■事業所全体として個別の研修計画の評価・見直しを実施している。 |
| (評価コメント)介護未経験者を採用して常勤職員に登用する仕組みを構築し、研修計画の基づいて育成が行われている。日勤・夜勤を経験して常勤職員に登用している中で、職員の習熟状況に合わせて時間をかけても育成して行く方針で取り組んでいる。職員が受講すべき内部研修は参加を記録して意識づけを行い、必須の外部研修への参加を積極的に支援している。利用者の重度化に対応して、認知症への対応、口腔ケアの実践や季節の変化時の入院の増加等への研修に取り組んでいる。 | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | 職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針や目標の共有化のため会議等の場で実践面の確認等を行い、職員の理解を深めている。 ■ 職員の意見を尊重し、創意・工夫が生れやすい職場づくりをしている。 ■ 研修等により知識・技術の向上を図り、職員の意欲や自信を育てている。 ■ 職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 ■ 評価が公平にできるように工夫をしている。 |
| (評価コメント) 職員は利用者の状態の変化を各ステーションで話し合い、カンファレンスに参加してステーションの代表として意見や提案を行って話し合っている。個別介護に対する取り組みの中から職員の創意工夫が行われ、リスクを軽減する移乗機械の導入やオムツの見直し等の提案が実践されている。また、備品の要望書を提出して来期の予算の中に取り入れて活かしている。委員会には各ステーションの職員が参加してテーマに基づいて話し合いが行われているが、まだ自由な討議の場となっていない。 | | |
| 16 | 全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 憲法、社会福祉法など関係法令の基本的な考え方を研修をしている。 ■ 日常の支援では、個人の意思を尊重し、一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援をしている。 ■ 職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■ 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。 ■ 日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 |
| (評価コメント) 新任職員には「倫理綱領」「法令順守マニュアル」を利用し「身体拘束廃止検討委員会」主催の勉強会を実施している。生命・個人の尊厳と人権の尊重、身体・言葉による虐待やネグレクトを絶対行わないことをセルフチェック表で確認し権利擁護の意識を高めている。身体拘束模擬体験やスピーチロック体験など、実践で活かせる研修が実施されている。在宅での虐待被害が疑われる場合は地域包括支援センター等と連携を取り、見守り支援など安心して生活できる対応を図っている。 | | |
| 17 | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■ 個人情報の利用目的を明示している。 ■ 利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■ 職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。 |
| (評価コメント) 法令・法人規程により個人情報を厳格に取り扱い保護に努めていく旨の方針が事業所玄関に掲示されパンフレットにも記載されている。職員研修時には「個人情報保護規程」を使い、利用目的や個人情報の適正管理などの周知を図っている。「重要事項説明書」には利用者・家族の請求に応じてサービス記録を開示することが明示されている。医療機関を受診する際の参考資料として食事や排泄状況などの「個別生活記録表」の開示を求められた際は、家族・利用者の要望に速やかに応じている。 | | |
| 18 | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■ 利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■ 利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。 |
| (評価コメント) 家族と個別に話ができる相談室が設置されている。利用料に関する相談が多く、地域包括支援センターやケアマネジャーと連携を取り対応を図っている。入院先での差額ベッドの相談や退院後の受け入れ体制の相談には生活相談員が応じている。管理栄養士による「嗜好調査」が毎年実施され、主食・副菜の量、味付けなど一人ひとりの好みを把握し、食材の変更や調理の工夫につなげている。家族の意向や施設に対する要望の把握を目的にした家族アンケートの実施にも期待したい。 | | |
| 19 | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■ 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■ 相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■ 事後処理に関しては、当該利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。 |
| (評価コメント) 利用者の不満や疑問を受けつけ、問題の発見や解決への仕組みが記載された「苦情解決に関する規程」を備え、苦情解決に取り組んでいる。オムツ交換などのサービス内容や居室の温度などの施設環境、持ち物の間違いなどの家族からの苦情には、相手の立場に立って相談員が対応し、「苦情受付書」に記録している。介護職員、看護師により苦情内容を検討したのち、家族・利用者へ対応結果を説明し納得を得ている。また、年2回第三者委員会に苦情報告を行っている。 | | |
| 20 | サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■ 事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。 |
| (評価コメント) 管理者による主任会議ではサービス内容の変更や外部環境の変化に伴う課題などが話し合われている。要介護度が重度化した利用者や医療負担が大きい利用者の増加など、受け入れ環境に変化が見られることから、重度利用者の対応に必要な介護力をつけるための勉強会の実施などが検討されている。また、多職種職員が共通した認識で利用者の状況を把握しケアの向上につなげるために、介護看護記録の一元化など記録の電子化に向けての検討も行われている。 | | |
| 21 | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 業務の基本や手順が明確になっている。 ■ 分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■ マニュアル見直しを定期的に行っている。 ■ マニュアル作成・見直しは職員の手で行われている。 |
| (評価コメント) 業務の基本・手順を明確にした各種マニュアルは、主任介護職員を中心にケアワーカー会議で定期的に見直しされている。オムツ交換の手順、パットなどの使用アイテムの変更などの職員の意見は、排泄改善推進委員会で検討しマニュアルの見直しが図られている。生活環境改善委員会ではヒヤリハット事例の分析や安全な介助方法などの対策を検討し、速やかに事故防止マニュアルの改訂を行っている。新しく導入された機械浴の操作法や入浴介助法の変更なども随時、改定が図られている。 | | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22 | 利用に関する問合せや見学に対応している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■問合せ及び見学への対応について、パンフレット、ホームページ等に明記している。 ■問合せ及び見学の要望に対応し、個別利用者のニーズに応じた説明をしている。 |
| (評価コメント) ケアマネジャーからの連絡や急な問い合わせ時には生活相談員が対応している。施設の基本方針である個々のケアプランに沿った専門的な介護や利用者の行動を制限せずに自由な時間を過ごせる生活支援に取り組んでいることを利用者・家族に伝えている。初めて短期入所を利用する利用者の不安な気持ちに配慮して要望を聞き取り施設での取り組みや生活の様子を説明して不安を和らげている。また、家族の介護負担を軽減しながら在宅介護を支援する短期入所サービスの特長を説明し理解を図っている。 | | |
| 23 | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容や重要事項説明書等は、分かりやすい資料となるように工夫している。 ■サービス提供内容、日常生活の決まりごと、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 ■他のサービスや施設等の利用が望ましいと考えられる場合には、利用者や家族と話し合い、了解を得た上で、必要な手続きを行い確実に引き継いでいる。 |
| (評価コメント) 利用開始前に相談員が自宅を訪問し、重要事項説明書でサービス内容や料金、施設内の決まりごとを説明している。家族の関心が高い利用料金は、介護度に応じた介護サービス費や食費などの実費分について料金表を使いわかりやすく説明している。看護師による健康管理やかかりつけ医への受診支援、夜間帯の発熱や重度化した場合の苑内医療機関の利用など医療体制についても詳細に説明を行い家族の安心につなげている。 | | |
| 24 | 一人ひとりのニーズを把握して個別のサービス実施計画を策定している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者等及びその家族の意向、利用者等の心身状況、生活状況等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画に係る職員が連携し、多角的な視点より計画が検討されている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。 |
| (評価コメント) 利用者の在宅での日常生活に近い形で、施設に入所いただけるように入所前のアセスメントを実施し、急な入居はケアマネジャーから情報を得て記録している。入所直後は、24時間の時間軸で施設の生活を観察、記録し利用者の1週間の行動記録をアセスメントやケアプランに活かしている。認知症介護にキャリアとスキルのあるベテラン職員を配置して対応を心掛け、スムーズな生活移行ができるように努め、出来るだけ在宅の生活を継続できるように配慮している。 | | |
| 25 | 個別サービス実施計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的実施している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス実施計画の見直しの時期を明示している。 ■見直しはサービス提供に係わる職員全員の意見を参考としている。 ■容態の急変など緊急見直し時の手順を明示している。 |
| (評価コメント) 個別サービス実施計画は1泊2日を基本としてケアマネジャーからの情報を基に暫定のケアプランを作成し、リピーターの方は前回のアセスメントを基に作成されている。サービス担当者会議は利用者の状況を確認し家族の要望を取り入れて、ケアマネジャーのケアプランを基に介護主任、居室担当、ケアマネジャーが中心となり見直しを行っている。入所利用者の食量、反応の低下や、栄養状態が悪くスキントラブルなどが起きた場合などの状態変化や入院に至る場合など、適宜ケアプランを変更している。 | | |
| 26 | 利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■計画の内容や個人の記録を、支援を担当するすべての職員が共有し活用している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。 ■申し送り・引き継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有している。 |
| (評価コメント) 入所前に相談員が家庭を訪問して自宅の状況や生活環境を把握してアセスメントに記録している。利用日当日にはアセスメント、ADL、医療情報、家族からの要望を基にカンファレンスを開催している。朝夕の申し送りが介護スタッフを始め、各部署の担当者が会議室に一堂に会し、利用者の状況変化を中心に組織全体で把握するシステムがある。個々の記録は『7日間生活記録シート』に食事、排泄、バイタル、水分量などが明記され、1週間の様子や変化が分かるようにまとめられている。毎週水曜日にケアカンファレンスを行い、状態変化に合わせたケアの検討や、栄養に関するカンファレンスなども行われている。急変時や緊急時は協力病院へ対応を依頼し夜間休日外来対応マニュアルに基づいて行っている。家族の面会時やケアプラン見直し時には、利用者の施設での様子や身体状況を報告し要望の聞き取りも行っている。 | | |
| 27 | 感染症の発生時等の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。 |
| (評価コメント) 感染症予防委員会ではインフルエンザや食中毒対策を検討し、職員の感染防止の意識向上に取り組んでいる。感染症の流行する前に、看護師による施設内研修や「やまびこ介護塾」での勉強会を実施している。流行時には全利用者の嘔吐・下痢・発熱症状などを経過一覧表に毎日記録し職員の周知を図り、4フロア間の職員・利用者の移動を中止するなど感染拡大の対応を図っている。また、面会者に対し発熱・咳などの健康アンケートを実施し、感染の持込みを防ぐ工夫が行われている。 | | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28 | 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。 |
| <p>(評価コメント)生活環境改善委員会を中心に事故を誘発する可能性を探りその原因と対策を検討し、全職員と協同して事故防止に努めている。「ヒヤリハット報告書」には報告者が記入しやすい質問形式の項目の工夫があり、毎月多くの報告書が提出されている。時間・場所・利用者別に分析され、課題の抽出、検証を通して事故防止対策を講じている。サービス担当者会議では、特殊浴の利用やベッド周りの住環境の見直し、動きの把握を強化するなどサービス内容を検討し事故再発防止を図っている。</p> | | |
| 29 | 緊急時(非常災害発生時等)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■地域の消防団、自治体等との防災協定を結んでいる。 ■非常災害時のための備蓄がある。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。 |
| <p>(評価コメント)夜勤者、宿直者に初期消火・通報・避難誘導などの役割分担を決め、夜間火災想定での避難訓練を実施している。夜勤対象の職員全員が体験でき、慌てずに対応できるように訓練は毎月実施している。車いすや寝たきりの利用者を優先に誘導し、出火フロアから隣接フロアへの水平方向の避難誘導を行っている。自衛消防隊が組織され、職員の緊急連絡網や避難経路図等を整備し緊急災害に備えている。自治会との防災協定を結び、近接する他事業所からの応援体制などの連携も図っている。</p> | | |
| 30 | 地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■地域との交流行事、地域資源の活用等利用者が地域の一員として生活できるように支援している。 ■ボランティアの受け入れ体制やマニュアル等が整備されている。 ■実習生の受け入れに関する基本的な考えを明示、体制を整備している。 ■地域の社会資源等の情報を収集し、利用者に提供し活用している。 |
| <p>(評価コメント)保育園児が歌やダンスで来苑し、利用者が保育園の運動会や卒園式に参加するなど楽しい相互交流を行っている。衣類修繕、清掃の手伝いや書道・美容コーラスなどのプログラムへ多くのボランティアが参加している。個人情報に関する注意事項等が記載された「ボランティア受け入れマニュアル」が整備されている。学生の介護実習や県新任職員の体験実習などは積極的に受け入れており、地域との連携に努めている。移送サービスや成年後見制度の紹介などの支援の橋渡しも行っている。</p> | | |