

福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 天神荘	種別：指定介護老人福祉施設	
代表者氏名：施設長 高田 美洋	定員（利用人数）： 110名	
所在地：岡山県笠岡市神島3626-7		
TEL：0865-67-4111	ホームページ：http://www.tenjinkai.org/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：1981（昭和56）年6月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天神会		
職員数	常勤職員： 84名	非常勤職員： 5名
専門職員	介護福祉士 39名	
	看護師 9名	
	理学療法士 1名	
	介護支援専門員 2名	
	管理栄養士 1名	
施設・設備の概要	ユニット個室型施設 居室 110室 定員 110名	

③ 理念・基本方針

●理念

われわれは「愛と献身」を基本方針とし、利用者の心と体を癒し、安全で質の高い介護サービスを提供することで地域社会に貢献する。

●基本方針／理事長方針(中期計画)

- ・地域の福祉ニーズを把握し、多様なニーズに合った高い介護技術を確立し、利用者への福祉サービスを提供する。
- ・法人として、リスク体制を確立し、安心・安全なサービス提供に努める。
- ・全職員の守るべき法令、規範、倫理を理解し、公正・公平な法人運営を行う。
- ・幅広く優秀な人材を採用し、職員の教育と資格の取得を支援することで人材育成に取り組む。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

当事業所は、ユニット型として「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」第33条の「基本方針」の遵守を念頭に入居前の暮らしと入居後の暮らしが連続したものになるよう配慮するとともに、自律的な暮らしを支援することを目指して、理念に「『一人ひとりが暮らしの主人公』を合言葉に、その人らしい暮らしをお送りいただけるようにサポートします」を掲げています。

暮らしの継続と自律支援を約束できる施設を目指し、ケアの視点は1日の暮らしに置きながら、24時間シートを整備・活用することで入居者一人ひとりの暮らしのサポートにあたっています。

そのために、ユニット型施設運営の4つのポイントである、① 体制づくり、② 住まいづくり、③ 暮らしづくり、④ チームケアづくりを一体的に推進するよう努めています。

私たちは、天神荘の全職員が職種を超えて施設理念を共有し、入居者一人ひとりの暮らしを知る努力を重ねることで、施設のタイムスケジュールを強いるのではなく、24時間シートを目安に、先取りのケアに結び付けて、入居者一人ひとりの暮らしをサポートできる働き方の実践を目指して参ります。

また、社会貢献の一環として、ユニットケアを学ぶ同志をユニットリーダー研修実施研修に受け入れています。昨年度は60名を4日間ずつの実施研修に受け入れたところです。これによって、自らを振り返ると共に、施設の社会化を進めることにもつながるものと考えています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年4月8日（契約日）～ 2020年2月4日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成25年度）

⑥ 総 評

◇特によいと思われる点

1. 利用者の居住環境に配慮し、快適性に配慮しながら「設え」を整え、また、自発性を尊重したケアを実施している

事業所内の清掃は専門の外部業者に委託し、床面の清掃を毎日行っている。ベッド上や居室の棚等の清掃は職員が行っているが、その際に利用者自身も容易に整理・整頓しやすいように皺のよりにくいボックス型のシーツを導入するなどの工夫をしている。また掲示物等は利用者の目線を意識した高さに行っている。法人として重視している「5S 運動」を当事業所はパブリック、セミパブリック、プライベートゾーンに分け、職員一丸となって取り組んでいる。各ユニットに予算化されている「設え費」がこの取り組みを後押ししている。ユニットの入口には観葉植物を置いたり、ベランダには季節の花がボランティアの協力で手入れされていたり、プライバシーに配慮した設えをしながらユニットケア、個別ケアに積極的に取り組んでいる。

利用者の一日の過ごし方は施設側の日課による一律的な集団ケアではなく、ユニットの担当介護職（利用者各自に担当介護職を配置）が起床から入眠まで、一日の生活における具体的な生活行為を「聞き取りチェックリスト」の活用で本人ができることや「希望」をまず把握する。

その上で「24 時間シート」を活用し、一日の生活リズムに合わせ、本人ができること、サポートが必要なことを判断し、具体的な支援内容を決めている。この 24 時間シートに準じて日々の支援が実施されている。また各利用者の居室も、これまでの生活、暮らしの継続を意識した設えになることを意図して、暮らしづくりに努めている。

2. 入浴・排泄・食事の3大ケアの支援場面では、利用者の機能を引き出すかわり方をして

いる

3 種類ある浴槽のうち、どのタイプの浴槽を利用するのかについては、利用者の意向と身体機能をアセスメントして決定している。実際の支援方法については 24 時間シートに入浴介助のポイントまで記して、関わる職員が統一した手法で支援するようにしている。なお、職員が浮力を活用した入浴支援方法を修得したことにより、仰臥位姿勢で入浴する「機械浴槽」の利用者は、利用者全体の 1 割程度になっている。入浴動作には浮力も活用できるため、関節可動域の訓練等のリハビリテーションの機会としても活用している。

排泄支援では、新規入所者には、入所から 1 週間にわたって排泄状況を観察して、その利用者に適した誘導時間を決めて、使用する尿取りパッドの選定を行っている。使用する排泄用品としては、原則的に布製の下着と排泄量に見合った尿取りパッドを組み合わせている。そのため、紙パンツ使用者は稀になっている。そして、トイレでの排泄を基本に、端坐位姿勢が確保できる利用者では、トイレ（ポータブルトイレ）での排泄を原則に行っている。このとき、起立補助具などの福祉用具も活用している。また、下剤に頼らない自然排便を目指し、繊維質の多い食品などを利用者ごとに工夫しながら提供している。

なお、トイレは利用者の居室に設置されているため、プライバシーも確保しやすいが、交換後のパッド等が目に触れないように、職員が汚物処理室まで持ち歩く際には、専用のトートバック等を使用するなど細かな配慮をしている。

食事支援では、利用者それぞれのペースで食事できるように、テーブルと椅子の高さは「よい摂食姿勢確保」の視点から調整している。また、提供する食事形態についても咀嚼・嚥下の能力に見合ったものにしていく。食塊形成を容易にするために、副食を刻まないでソフト食に移行させている点も利用者の安全性の面から重要なポイントと考える。さらに一律的な食事の開始時間とするのではなく、利用者の覚醒状態に合わせて提供している。また、職員が利用者に全量摂取を無理強いしないように、介助の時間も最大1時間程度と決めている。たとえ食事時間内に摂取できなくとも、ユニット費で準備している食材が各ユニットに常備され、現場の職員の裁量で随時提供できるしくみにしている。ともすると楽しみの面が強調されがちな食事であるが、誤嚥・窒息といったリスクを伴う生活行為である。そのことを踏まえた取り組みが確実になされているところを評価したい。

〔さらなる改善が望まれる点〕

1. 事業計画の内容を充実させつつ、総合的に課題を明確化し、計画的かつ組織的な改善に向けた取り組みを行うよう期待する

当事業所では事業計画作成とその遂行状況の確認（事業計画進捗計画書による）は、各職種や各部署の代表者で構成する施設運営委員会で行っている。計画づくりと実施状況の振り返り過程に各職種および各部署が直接間接に関わることで、組織的に取り組む体制となるように努めているものである。

しかし、今回の第三者評価に伴って実施した職員自己評価では、共通評価項目（組織の運営やサービス提供の基盤となるしくみ等に関する45項目）か内容評価項目（具体的な介護サービスの内容等に関する17項目）であるのかを問わず、全体的に肯定的な回答の割合は「低い」と言わざるを得ない。

具体的には、評価項目ごとの職員自己評価の結果を参照してほしいが、各項目において取り組みが「十分ではない」（b評価）と判断した職員の占める割合が5割を超えたのが全62項目中56項目（共通評価項目40項目、内容評価項目16項目）であった。職員が真摯に自己評価した結果として受け止め、その原因究明と課題の明確化を行うことが重要である。

例えば、法人の中期計画と事業所の単年度事業計画との整合性、単年度事業計画の記述内容の具体性の度合い、組織や職員の体制、事業実施のスケジュール、リーダー級職員のマネジメントや部下職員とのコミュニケーションのレベル、職員の知識や技術のレベル、職員参加や合意形成や理解促進など、多様な視点からの検証が求められる。

事業計画の内容を充実させつつ、総合的に課題を明確化し、計画的かつ組織的な改善に向けた取り組みを強化するよう期待する。

2. 利用者の満足度を高めるための取り組みの充実を期待する

家族と一緒に利用者個々の暮らしの幅を広げることを目的に、家族から協力を得られる機会として、家族懇談会等を計画している。今回の利用者調査（家族アンケート）では、総合的な満足度は高い。

一方、利用者の満足度を把握する機会は乏しい。今回の利用者面接では、「話ができよかった」「ゆっくり話を聞いてもらえてよかった」などのコメントが寄せられている。自尊につながる活動・支援を課題としたとき、日常生活の支援に留まらない明日に向かう利用者の気持ちを引き出し、多様な方法で支援することが求められる。24 時間シートで把握する生活項目を超えた利用者ニーズの把握が求められる。

3. 専門職を活用した介護への挑戦

よりよい利用者の状態を目指して直接介護に携わっている現場職員は真摯に日々努力している。当事業所の職員もその意味では例外ではない。とはいえ、科学的介護等が議論される今日、利用者への適切な対応は進化している。そのことを取り入れて、より適切な対応に努めることは、専門職としての責務であると考えます。

その視点から当事業所の日常の介護を振り返ると、適切な口腔ケアを確実な手法で行うためには、歯科医師、歯科衛生士などから指導を受ける機会が乏しいと言わざるを得ない。また、褥瘡のアセスメントとその適切な対応については、皮膚・排泄ケア認定看護師に、直接利用者の褥瘡の状態を見てもらって、助言を得る等の取り組みも必要になる。さらに機能訓練を見ると、適切な福祉用具の選定のためのアセスメント方法や、基本的な身体の動かし方、さらに生活動作を通じたリハビリテーションの意味とその方法、優先順位等を設定しながら、福祉用具の整備などに取り組むことも求められる。

必要な時期に、必要な専門職からの助言・支持が得られることによって、職員の日頃の努力は報われる。それは職員の「やる気」を引き出すことにもつながる。逆に、やっても効果が見えないと、職員の「やる気」は持続困難になりやすい。現在の取り組みをさらに一段階上げるためにも、優先順位を付けた確実な取り組みに挑戦するよう期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今後も「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」の第 33 条（基本方針）でユニット型特別養護老人ホームに関して規定されている「暮らしの継続」に向けて、広く学びを深めるとともに、学習した内容を実践につなげることによって、地域から愛される事業所づくりに向けて努めて参りたいと考えます。

このたびの第三者評価の受審にあたり、特定非営利活動法人メイアイヘルプユウの評価調査者の皆様には遠路ご来荘いただき、誠に有難うございました。感謝申し上げます。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～40）の通り、報告します。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 28.2%、b) 69.0%、c) 0.0%、無回答) 2.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当法人は基本理念を「『愛と献身』を基本方針とし、利用者のこころとからだを癒し、安全で品質の高い介護サービスを提供することで地域社会に貢献すること」としたうえで経営基本方針や教育基本方針等を定めている。それらは事業所内(会議室、相談室、医務室、事務室など)に掲示するとともに、法人のホームページ、パンフレット、広報誌(天神だより)、全職員が携行する小冊子「てんじん心得帖」、さらには当事業所独自に職員に携行させている小冊子「天神荘スタッフノート」(現在のものは第三版、以下「スタッフノート」)に掲載している。 ・法人では毎年4月に全事業所が参加する施設説明会を開催し、理事長が基本理念を踏まえた当該年度の方針等を発表し、職員への理解浸透に努めている。また、基本理念等については職員の採用時に研修会で説明している。 ・当事業所では従来型からユニットケアに移行したことを契機に独自の「施設理念」を定め、それをスタッフノートに掲載し、毎年度当初に理念研修(理念塾)を開いて施設長が法人理念等とともに職員への周知に努めている。またユニット会議で唱和をしている。なお、利用者の家族に対しては、年度によるが、家族会(ひまわり会)で理念等を分かりやすいように資料を工夫して説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念等はホームページや掲示や職員が携行する印刷物などによって周知に努めている。 ・利用者および家族に対する周知については必ずしも十分とは言えない。年度によってフロアやユニットごとに開催することもあり、周知の機会としてしっかりと位置づけているものではない。また、欠席者へは特に対応していない。 ・今回の第三者評価の実施に伴って実施した「職員自己評価」では、理念や基本方針について「わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている」に関して、肯定的な回答の割合は約4割であった。自由意見でも「利用者・家族への周知が不十分」という旨の指摘が複数があった。認知機能の低下などが見られる利用者に対する周知の工夫も含めて、さらなる取組みに期待する。 		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 18.3%、b) 59.2%、c) 11.3%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉事業全体の動向は全国老人福祉施設協議会等からのメールや会議への参加で把握し、地域の状況については市の介護保険施設連絡会や笠岡市地域包括支援センター運営協議会から情報を得ている。 ・当事業所では、法人が毎月開催する「経営会議」「予算実績会議」において、制度改革の動向や地域の状況、あるいは法人および各事業所の予算の執行率、目標の達成率、職員の勤怠等の状況の共有を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の経営会議や当事業所の施設運営委員会など、経営課題を共有する仕組みは整えられているが、少なくとも各会議の議事録を見る限り、その内容は事務的な報告が多くを占めている。 ・ユニットを中心とした施設として他事業所との差別化を図るべく様々な取組みを行っているが、中長期的な経営の安定化に向けた内外の状況に関する的確な現状把握と分析が重要である。さらなる取組みに期待する。 		

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 12.7%、b) 62.0%、c) 15.5%、無回答) 9.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「地域連携部会」や「第三者委員会」など、新たな課題に対応するための組織体制を整備し、課題解決やサービスの質の改善などに計画的に取り組んでいる。また、年度ごとの「利益計画」を策定し、それに基づき、事業所別に月ごとの「損益」、「要員」、「職種別の人件費、福利厚生費、研修費、教育・研修計画」の推移を整理して経営会議で確認している。 ・当事業所では経営会議の内容や理事長から提供された情報は、施設運営委員会(月1回)や全体会議(月1回)で共有され、議事録は各フロアに配布して回覧している。また、議事録は共有ファイルに保存して職員が閲覧できるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として現状を把握し、地域に貢献する活動や新規事業所の立ち上げなど新たな課題に計画的に取り組んでいる。 ・職員への周知は十分ではない。事業所では適切な情報提供と共有が課題となっている。 ・職員自己評価の「経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている」についての各項目では、肯定的な回答の割合が4割前後であった。また、「職員への周知」を課題として指摘する意見が複数見受けられた。より周知徹底すべき情報の優先順位を明確にするなど、その周知方法の工夫に期待する。 		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	b
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)32.4%、b)42.3%、c)8.5%、無回答)16.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では理事長の方針を「中期経営計画」(平成29年4月～令和2年3月)としてとりまとめ、法人の理念や基本方針に基づく施設経営やサービス提供における方向性などを6項目にまとめ、項目ごとに重点施策を明示している。なお、この計画は期間中であっても状況の変化に応じて見直しを行っている。 ・当事業所では、法人の中期経営計画の6項目と同様の構成である「天神荘中期経営計画」を定め、項目ごとに当事業所で取り組むことを「重点施策」として掲げている。</p> <p>■ 改善課題 職員自己評価では「中・長期的なビジョンを明確にした計画」の策定に関して、計画内容の具体性、評価や見直し、の項目において肯定的な回答の割合は約4割であった。計画内容のさらなる充実とともに職員への周知や理解浸透に関する取り組み強化に期待する。</p>		

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)23.9%、b)54.9%、c)9.9%、無回答)11.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所では、法人の中期計画および当事業所の天神荘中期経営計画をふまえて、毎年度の事業計画を定めている。 ・事業計画は「施設長方針」や「施設理念」のほか、「施設の利用計画」「組織マネジメント」「サービス提供のプロセス」等の項目ごとに「施設の現状」、「改善目標」、「改善計画」に区分して記述し、できる限り具体的な内容と数値化した目標を掲げるように努めている。</p> <p>■ 改善課題 職員自己評価では「中・長期的を踏まえた単年度の計画」の策定に関して、計画内容の具体性、評価や見直し、などの項目において肯定的な回答の割合は3割から5割であった。計画内容のさらなる充実とともに職員への周知や理解浸透に関する取り組み強化に期待する。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 12.7%、b) 69.0%、c) 7.0%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は前年度の事業計画をベースに各担当や各部署が原案を作成し、施設運営委員会に持ち寄って協議する。予算の裏付けは法人本部が1月から2月に示す「利益計画」を基礎に検討している。 ・施設長は平成30年度から職員を3～5人のグループに分けてアフタヌーンミーティングを開催し、自由な対話の中から業務改善の提案を求める取り組みを始めている。 ・事業計画の進捗管理は「事業計画進捗計画書」で行う。これは事業計画の項目ごとに「実施担当責任者」「月単位のスケジュール」を明示したもので、毎月の施設運営委員会で目標およびスケジュールに照らした確認を行っている。 ・事業計画は施設運営委員会の議事録をユニットごとに回覧して周知している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は部署ごとに役割分担して原案を作成するなど組織的な取り組みに努めており、事業の進捗管理も行っている。また、新たに施設長が直接に職員と対話する機会を設けて職員からの業務改善の提案を促す取り組みも始めている。 ・一方、職員自己評価では、事業計画策定における「職員等の参画や意見の集約・反映」に関する項目において肯定的な回答の割合は4割に満たなかった。事業計画に関する職員の理解浸透や計画策定過程への職員の参画の機会の拡充など組織的な取り組みが重要である。アフタヌーンミーティングのさらなる活用なども含め、取り組みの強化に期待する。 		

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 16.9%、b) 57.7%、c) 12.7%、無回答) 12.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の事業計画は広報誌(天神だより)に理事長の方針などを掲載しており、利用者家族にも配布している。 ・当事業所では、事業計画を事業所内1階の掲示板に掲示し、また年度によっては家族交流会(ひまわり会)の中で機会を設け、説明資料は写真を多用するなど分かりやすいように工夫に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の利用者家族への説明の機会は必ずしも明確に位置づいているものではない。周知する内容がフロアやユニットごとの任意になっている年度もあり、十分とは言えない。 ・事業計画は利用者への福祉サービスの提供に関わる重要な内容であり、主な取り組み等を利用者や家族等に分かりやすく周知し、理解を促すための取組を行うことが重要である。さらなる取り組みに期待する。 		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-1 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-1-1-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23.9%、b) 56.3%、c) 5.6%、無回答) 14.1% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「福祉サービス向上委員会」を設置し、その下部に第三者評価部会、人材育成部会、地域連携部会、褥瘡部会、権利擁護部会を置いている。第三者評価部会は平成29年度に設置したもので、第三者評価の計画的な受審を進め、その結果を共有したうえで各事業所が次年度の目標を設定する計画である。また平成29年度から「QC委員会」(Quality Control※)を設置してQC活動を始めており、当事業所でも二つの小グループを作ってQC活動に関する学習を始めている。 ・当事業所は「ユニットリーダー研修実地研修施設」の指定を受けており、その指定を継続(3年ごと)するための更新調査において、設備面への配慮、取組み体制、個別ケアの実施などに関する自己点検の実施と調査員による現地調査を受けている。指定の更新には課題の改善計画が必要であり、施設運営委員会で検討して提出している。 ・介護保険法等を根拠とする「岡山県版自己点検シート(人員・設備・運営編)」による自己点検を毎年度実施している。 <p>(※) 品質管理や業務改善のための手法で産業界で導入されている。複数のサークルが、それぞれ一つの課題を選定し、業務改善に取り組む。PDCAの業務管理のサイクルの流れに沿った手順を使うので、サービスの改善と標準化(マニュアル化)に直接結びつけることができるとされる(日本福祉施設士会ホームページより)。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人による委員会の新設やQC活動の導入など、より組織的なサービスの質の向上に向けたしくみづくりを進めている。 ・当事業所ではQC活動への本格的な取組みは今後の課題である。今回の第三者評価の受審結果に対する組織的・計画的な取組みの実施を含め、さらなる取組みに期待する。 		

I-4-1-1-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実行している。	b
	b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23.9%、b) 47.9%、c) 9.9%、無回答) 18.3% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では平成29年度に第三者委員会を設置して各事業所の計画的な受審を進め、その結果を共有したうえで各事業所による改善報告会を行い、次年度の目標を設定する計画である。 ・法人の取組みであるQC活動に関して当事業所では取組みを具体化すべく学習を始めている。 ・当事業所は「ユニットリーダー研修実地研修施設」の指定を受けており、その指定を継続(3年ごと)するための更新調査において、設備面への配慮、取組み体制、個別ケアの実施などに関する自己点検の実施と調査員による現地調査を受けている。指定の更新には課題の改善計画が必要であり、施設運営委員会で検討して提出している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部の主導により評価結果に対する共有や改善に向けた体制整備が進んでいる。また、当事業所でも各委員会が所管する研修会などの取組みが行われている。しかし、課題の明確化、職員間の共有、改善計画の策定と実施、といった点では必ずしも十分ではない。QC活動も学習段階であり、課題の明確化と具体的な改善の実施は今後の課題である。 ・職員自己評価では、「評価結果に基づく課題の明確化と計画的な改善策の実施」に関する各項目で、肯定的な回答の割合は3割から5割であった。さらなる取組みに期待する。 		

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

II-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 25.4%、b) 56.3%、c) 5.6%、無回答) 12.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は法人の理事でもあり、平成18年4月に当事業所の施設長に就任して以降、平成21～22年度の2年間を除き、現職に就いている。施設長の役割は「職務分担表」で明示しており、その上で、施設長自らは、事業所の方向性を明らかにし、そこに向けて職員を導くことに責任を果たしたいと考えている。 ・年度当初の法人全体の施設説明会での当事業所の方針等の説明(事業計画での施設長方針)はもとより、事業所内での全職員を対象とした「理念研修(理念塾)」でも施設長自らが法人および事業所の理念をはじめ、当事業所の取組みの方向性等について説明し周知に努めている。また、年頭の法人の広報紙(新春号)では、年頭あいさつの中で自らの所感を表明している。 ・有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任については、法人が定めた事業継続計画(BCP)で明示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長の役割は明示されており、事業計画に「施設長方針」を掲げ、施設内の研修等を通じて自らの職責を果たそうと努めている。 ・職員自己評価では「管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている」に関する各項目で、肯定的な回答の割合が5割前後であった。さらなる取組みに期待する。 		

II-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23.9%、b) 47.9%、c) 7.0%、無回答) 21.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法令遵守の徹底は法人として重要課題に位置づけている。法令遵守規程を定めるとともに法人の「経営基本方針」の柱の一つに掲げ、「てんじん心得帖」に「社会福祉法人が担うことが期待される支援」、「当法人に関する法令・通達」、「個人情報とプライバシー」、「各法令」等を明示している。 ・施設長は前職やこれまでの業務経験から法人の実務を理解している。さらには国や県段階の研修や会議を通じて法令等の改正について理解する機会があったり、また、法人のリスクマネジメント研修等への参加によってテーマごとの法令等の重要性についての理解に努めている。 ・施設長は職員に対して施設運営委員会、全体会議等を通じて「てんじん心得帖」の内容の適切な理解を求めるとともに法令遵守を促している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は法人の方針に対する理解と諸会議への参加等により遵守すべき法令等の理解と職員への周知に努めている。 ・職員自己評価では、「遵守すべき法令等を正しく理解するための取組み」に関する各項目で、肯定的な回答の割合が5割前後であった。施設長には法令等の遵守とともに職員に対する同様の理解促進の徹底が求められる。職員への理解促進においてさらなる取組みに期待する。 		

II-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-1(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.5%、b) 57.7%、c) 5.6%、無回答) 14.1% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では毎年4月に法人内の全事業所による「施設方針発表会」を開催し、各事業所の代表者が当該年度のサービスの質の向上等に関する取組みなどを発表している。 施設長は当事業所のサービスの質は向上しつつあるが、さらに質を高めていく必要があり、自ら現場の様子を把握しながら進めていきたいと考えている。そのため、数年前から「ポジティブケア向上チーム」や「24時間シート記録推進チーム」を設置し、現場主導で介護の質の向上や記録の充実を図ろうとしている。また、各職種の職員と個別に、あるいは会議等を通じて情報を共有して現状把握に努め、個別のカンファレンスにもできる限り同席している。そのほか、昨年度から施設長の発案で「アフタヌーンミーティング」をはじめ、年1回、全職員と個別に面談して改善提案を促している。 <p>■ 改善課題</p> <p>施設長はユニットケアを進める中で組織的にサービスの質の向上を図ろうとしており、その一方で個々課題解決に向けたさらなる取組みが必要であるとも認識している。今回の福祉サービス第三者評価の結果等も踏まえ、これまで以上に組織的な取組みの強化に指導力を発揮するよう期待する。</p>		

II-1-1(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 15.5%、b) 56.3%、c) 8.5%、無回答) 19.7% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長は毎年度、次年度の収益、人員、費用などについて検討して年間の利益計画を策定している。その実施状況を月ごとに把握して法人本部に報告し、それが集約されて経営会議(毎月開催)で試算表、予算実績資料、勤怠データ等として明示されることで現状把握に努めている。また、その結果は施設運営委員会や全体会議等を通じて職員に周知している。施設長は事業所の安定的な経営において支出の効率化はもとより、何よりも収益の確保が重要との認識のもとでデータの把握を行っている。 数年前から介護記録の電子化を進めており、それにより事業所の事務員を削減して効率化を図った。現在はそれと24時間シートとの連動が課題となっている。そのほか、大学の協力を得て厨房のシステム改革にも取り組んできた。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長は自事業所の収益等のデータを把握し、業務の効率化に取り組んでいる。 職員自己評価では、「経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している」に関する各項目で、肯定的な回答の割合は4割前後であった。施設長には人事、労務、財務等の業務改善に向けた具体的な取組みと同時に、その意識を組織内に広めて職員全体で効果的な事業運営を目指す指導力が求められる。さらなる取組みに期待する。 		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-1 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ-2-1-1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 18.3%、b) 60.6%、c) 7.0%、無回答) 14.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では次年度に必要な職員の人数や資格等を各事業所から聴取し、事業所ごとの「要員計画」を作成している。それをベースにして不足が生じるようであれば各事業所が法人本部に人員の配置を要請するしくみである。 ・採用活動は法人本部の人事課が一元的に行っている。県社会福祉協議会による就職説明会への参加のほか、福祉系の専門学校が減少して実習生が減っている中で高校生を含めた一般学生にも職場体験や見学を働きかけ、当事業所などが受け入れている。また、職員による「紹介制度」や職員を出身校に出向かせて「出前講座」を開くなど、人のつながりを生かした採用活動を行っている。 ・法人ではEPA(経済連携協定)によるインドネシア人の介護職を積極的に受け入れている。 ・採用後の育成は法人本部のヒューマン・リソース室(以下「HR室」)が中心となって取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として人材を確保する方針と体制を整備し、高卒者や外国人の受入れも含めて事業所と役割分担しながら採用活動を工夫している。 ・福祉系専門学校の閉鎖など人材確保に関する状況は深刻である。人材育成方針の明示やHR室の設置など法人をあげた組織的な取組みが進みつつあるが、課題解決に向けたさらなる取組みに期待する。 		

Ⅱ-2-1-2 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 18.3%、b) 56.3%、c) 12.7%、無回答) 12.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「人材育成指針」に「求められる能力と職務内容および習熟に必要な業務教育」などを明示し、人事管理を一元的に行っている。また、介護職をベースとして「キャリアパス」を明示し、「階層別人材育成計画」「個別育成計画」によって職員個々の目標を定め、年2回の「育成面談」によって達成度を確認している。現在の人事考課制度は新たに平成28年度から採用したもので、その実施にあたって法人は「人事評価マニュアル」を定め、「評価制度の概要」「評価の運用」「評価プロセス」「留意点」などを明示している。 ・職員の異動、昇進、昇格などは給与規程、人材育成方針、人事評価マニュアル等において定め、それらはデータ化してパソコンで閲覧でき、また、当事業所では印刷して事務室内に配置している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として方針を明確に示し、人事考課制度や諸規程の整備、マニュアル作成等によって適切な運用に努めている。 ・職員に対して規程等を閲覧できる環境を整備しているが、職員の理解は十分ではない。職員自己評価の「総合的な人事管理が行われている」に関する各項目では、肯定的な回答の割合が2~4割程度であった。職員への周知と理解促進に向けて、さらなる取組みに期待する。 		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 12.7%、b) 69.0%、c) 7.0%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は協会けんぽ岡山支部が提唱する「健活企業」(※)を宣言している。メンタルヘルスは「健康管理部会」が、セクシャルハラスメントやパワーハラスメント防止は「ハラスメント委員会」が、腰痛対策は「衛生専門委員会」が、それぞれ所管して部会ごとに年度計画をたてて取り組んでいる。また、次世代育成支援対策推進法に基づく、仕事と子育ての両立を図るための「一般事業主行動計画」(平成30年4月1日～平成35年3月31日)を策定している。 ・産業医(協力病院の精神科医)が毎月1回、各事業所を訪問して職員が相談できるように配慮し、各事業所では衛生管理者を配置している。健康診断を年2回実施し、年2回の職員面談で職員の状況把握に努めている。 ・事業所では職員の有給休暇の取得状況や時間外労働時間の管理は「勤怠支給控除項目一覧表」を作成し、毎月の「予算実績会議(予実会議)」で把握している。 ・福利厚生事業としては、福利厚生センター(ソーウェルクラブ)に加盟しているほか、慶弔金や職員互助会による職員旅行への資金援助などを行っている。また、本年4月には当法人の職員も利用できる認可保育所を開設した。 <p>(※)「健活企業」とは協会けんぽ岡山支部が示す従業員の健康増進の取り組みを行うことを同支部に申し出た企業のこと</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・働きやすい職場の構築に向けて、法人として体制やしくみを整備して取り組んでいる。 ・職員のやる気向上をどう図るかは当事業所において課題となっている。職員面談や産業医による相談窓口は設けているが、意向把握やその反映の取組みに対する職員の評価は厳しい。職員自己評価では、「職員の就業状況に対する配慮」に関する各項目について、肯定的な回答の割合は2割から4割程度であった。中でも「職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている」「改善策を福祉人材や人員体制の具体的な計画の反映して実行している」については2割程度にとどまった。一方で「有給休暇が取りやすくなった」という主旨の意見も複数見受けられた。働きやすい職場づくりに向けて、職員の意向・意見をより的確に把握した改善が求められる。さらなる取組みに期待する。 		

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 14.1%、b) 71.8%、c) 7.0%、無回答) 7.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人材育成指針」を定め、その中で「求められる職員像」や「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明確にしている。 ・管理職に対しては人事評価制度のなかで「目標管理・成果評価」を行い、半期ごとに個人目標を設定し、面談を通じて達成度を評価している。新人の介護職員には、人材(財)育成のしくみのなかで「新人指導マニュアル」を定め、入浴や排泄等の具体的な業務項目ごとの「到達レベル」を明示し、ユニットリーダー等がマンツーマンで達成状況を評価している。また人事評価制度では、新人職員に求める基本的な職務遂行の基準を「マルチジョブシート」に示し、半期ごとにチェックリストで習得状況を評価している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人材(財)育成のしくみと人事評価制度とによって一人ひとりの目標を定め、その実現に向けた取組みが行われている。 ・職員自己評価では、「職員一人ひとりの目標についての進捗状況の確認が行われている」についての肯定的な回答の割合は約3割、「設定した目標が適切なものとなっている」や「面接を行うなど目標達成度の確認を行っている」についての肯定的な回答の割合は約4割であった。また、「面接が全員には行われていない」といった主旨の意見も複数見受けられた。職員一人ひとりの育成に向けては、各職員の適切な目標設定と、その進捗管理および達成度の確認の徹底が求められる。さらなる取組みに期待する。 		

II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.5%、b) 64.8%、c) 4.2%、無回答) 8.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人材育成指針」において「求められる職員像」やキャリアパスなどを示し、「求められる能力と職務内容および習熟に必要な業務教育」として職員研修体系(OJT)、職場内研修、階層別人材育成計画、などを定めている。それに基づき、HR室が「階層別人材育成計画」で役職別(管理者、監督者、シニア、新人)の「求められる能力」や「目標」、その習得に必要な内外の「研修」を明示している。 ・当事業所では法人の方針に則って年度ごとに「研修計画」を定め、各研修の実施時期、内容、担当(所管する委員会名など)、対象を明示している。研修は所管する委員会が企画立案して行い、実施後に振り返っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として組織体制を整備し、方針や計画を定めて体系的な職員育成のしくみの構築とその実施に努めている。 ・職員自己評価では、「職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている」に関する項目で、「定期的に計画の評価と見直しを行っている」「定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている」などについて肯定的な回答の割合は4割に満たなかった。いずれも評価、振り返りに関する課題の存在がうかがえる。職員の理解促進を図りつつ、より適切に職員の教育・研修が実施されることを期待する。 		

II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 25.4%、b) 62.0%、c) 8.5%、無回答) 4.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりの職員の地域、技術水準、専門資格は「個人育成計画シート」において把握している。 ・法人の研修については、階層別研修等のように参加対象者が明確な研修にはその職員を参加させ、それ以外の研修には正職員が非常勤職員かを問わずテーマに応じて参加させている。 ・新人職員には新人指導マニュアルを定め、入力や排泄等の具体的な業務項目ごとに「到達レベル」を明示し、ユニットリーダー等がマンツーマンで達成状況を評価している。また人事評価制度のなかでは求められる基本的な職務遂行の基準を「マルチジョブシート」に示し、半期ごとにチェックリストで習得状況を評価している。 ・そのほか、外部研修年間計画に基づき、特にユニットケアに対する職員の理解を深めるため、ユニットケアを推進する機関が主催する研修にリーダー級から新人にいたるまでの職員を課題に応じて計画的に参加させている。また、24時間シートの活用方法の研修なども実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では職員一人ひとりについて育成課題を掲げ、法人や事業内外の研修参加やOJTによって組織的に育成の機会を設けている。 ・一方、「個人育成計画シート」をどう適切に活用するかは当事業所での課題となっている。職員自己評価では「職員一人ひとりきちんと研修に参加できない」「職員全員が研修に参加しているわけではない」という主旨の回答が複数あった。また、「個別的なOJTが適切に行われている」について肯定的な回答の割合は約4割であった。一人ひとりの職員に対する適切な教育・研修の機会の確保と実施について、さらなる取組みに期待する。 		

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 26.8%、b) 53.5%、c) 8.5%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・実習生の受入れに関しては、「実習生受入マニュアル」と「実習指導者マニュアル」を整備している。これらの中で実習生受入れの意義を「次世代を担う福祉の人材を育成すること」「施設・事業所の社会的使命を果たす」と明示し、介護実習に関する「目的」「期間」「実習内容」等を明示している。実習生の受入れにあたっては、養成校ごとの研修要綱に則って内容を決定しており、実習指導者は指導者養成研修を受講した者が担当している。専門学校の開鎖や学生数の減少などにより実習生は減ってきており、本年度の実績は1名である。なお、実習終了後には実習生からアンケートをとっている。 ・ユニットリーダー研修実施研修(4日間)において研修生を平成29年度39名、平成30年度60名、本年度60名(見込み)を受け入れ、同研修の開催マニュアルに沿った指導を行っている。</p> <p>■ 改善課題 法人としてマニュアルを整備するなど受入れ体制を整備し、実習生を受け入れている。学生数の減少などから受入れが難しくなっており苦慮しているが、一方でユニットリーダー研修実施研修の研修生を多数受け入れることに努めている。地域の福祉人材の育成は福祉事業所における重要な課題の一つである。さらなる取組みに期待する。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.5%、b) 59.2%、c) 7.0%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として、ホームページとソーシャルネットワークサービス(SNS)を運営している。ホームページでは、法人の理念、事業概要、提供している施設・事業所の紹介、福祉サービス第三者評価の受審結果、法人内研修、決算情報(ワムネットの「財務諸表等電子開示システム」へのリンク)等を掲載して情報公開している。情報の更新は各事業所から提供された情報を法人本部が一括して行っている。 ・ホームページには事業所別のページがあり、IDとパスワードによって独自に更新できるしくみである。当事業所では生活相談員が担当し、事業所内外で行った取組みの写真を中心に週一回を目標に更新に努めている(当事業所のページ中の「スタッフノート」に掲載)。 ・印刷物では、法人パンフレットのほか、「天神会だより」を年4回発行し、利用者および利用者家族のほか、関係する県市行政、学校、実習関係の学校、近隣施設、地元地域住民(小学校区内の約500世帯)などに配布している。</p> <p>■ 改善課題 ・法人の方針によるホームページ、SNS、印刷物の発行によって、事業や財務等に関して地元地域住民を含めて広く情報の公開に努めている。 ・苦情・相談の体制や内容、それに対する改善・対応の状況については公表しておらず、事業所内の掲示にとどまっている。今日、利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、インターネット等による実績の公表が求められている。透明性の向上に向けて、さらなる取組みに期待する。</p>		

II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)16.9%、b)50.7%、c)7.0%、無回答)25.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、経理や実務に関するルールを経理規程および経理規程細則、文書管理規程等で定め、他の規程とともに各事業所の事務室内に置き、また電子情報にして職員が必要とする場合にはパソコンで閲覧することができる環境を整えている。 ・外部の専門家として監査法人、顧問弁護士、公認会計士を委嘱して助言を受ける体制を整備している。 ・内部監査(理事長ほか法人幹部を委員とするリスクマネジメント構築推進委員会が実施する監査)を実施しており、監査チェックリストに基づく点検を行っている。 ・監査法人からの指導があった場合には各事業所の事務担当者による「事務職員会議」(月1回)において検討して、改善に努めている。 <p>なお、職員自己評価におけるこの評価項目の「公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている」の各項目は、肯定的な回答の割合は4割前後であった。職員へのさらなる周知徹底を課題として指摘しておきたい。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 32.4%、b) 53.5%、c) 7.0%、無回答) 7.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では中期経営計画に「地域に根差した施設運営」を掲げ、「相談窓口の設置」「地域住民参加の支え合い体制づくり」「地域コーディネーター制度の確立」を位置づけている。また、「地域連携部会」を設置し、地域の清掃活動やサロン開催による転倒予防教室など、法人全体として地域との交流に努めている。 ・法人の方針に則って当事業所の中期経営計画にも「地域に根差した施設運営」を柱の一つに掲げている。各ユニットの共有スペースには市販の雑誌のほか、地域の祭りや花火大会などのイベント情報を綴り込んだもの（「回覧板」と称している）を置き、毎月中身を更新している。 ・行事として「道の駅」などに出かけるほか、各ユニット独自に敷地内で当法人が経営する就労継続支援B型「apple」（カフェ）に出かけたり、回数や少ないものの買い物や外食などに行く機会を設けている。 ・保育園の園児との交流会をほぼ毎月行ったり、中学校による紙芝居や手遊びなど、利用者との交流の機会を設けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の中学生や保育園児との定期的な交流など、利用者と地域との交流の機会を設けている。しかし、ユニットごとの工夫による取組みとしての外出の機会は利用者一人当たりで見ると年数回にとどまっている。また、事業所全体でどの程度の取組み状況であるかの情報の集積も十分には行えていない。 ・利用者の介護度の重度化が進む中で利用者や地域の人々との交流をどうとらえ、広げていくかは大きな課題である。例えば家族、住民やボランティアなど地域への働きかけをより積極的に行うなど、実施体制の整備も含めたさらなる検討と取組みの強化に期待する。 		

Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23.9%、b) 59.2%、c) 5.6%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「施設ボランティア受け入れ規程」と「ボランティア受け入れマニュアル」を定め、同マニュアルではボランティアの受け入れに関する「理念」「受け入れ窓口」「オリエンテーション」「活動内容」「注意事項」「ボランティア保険の取り扱い」等を明示している。またボランティア募集のポスターを作成し、近隣の学校や公民館に掲示したり、利用者家族に協力を呼びかけたりしている。 ・当事業所では社会福祉協議会に依頼するなど独自にボランティアの募集に取り組んでいる。具体的な活動としては、行事への協力（平成30年度は148名の受け入れ）のほか、傾聴、ピアノ演奏、生花クラブ、コーラスクラブへの協力、喫茶店（茶房てんじん）の手伝い、などで個人および団体からの協力を得ている。 ・学校教育への協力として、社会福祉協議会が主催する「夏のボランティア」（中高生対象）や中学校が実施する仕事体験「生き生きチャレンジ」において生徒を受け入れている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人および事業所ではボランティアの募集に継続的に取り組んでおり、恒常的に協力してくれる活動者を得ている。 ・ボランティアの活動者がやや固定化していることもあり、施設長は「利用者の暮らしの充実をはかるうえでボランティアの力を借りたい」とし、ボランティア活動者の開拓を課題としている。また、職員自己評価では、マニュアル整備、研修、学校教育への協力等において、肯定的な回答の割合は3割程度であった。 ・ボランティアに期待する役割の検討や職員への理解促進も含め、さらなる取組みに期待する。 		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 12.7%、b) 56.3%、c) 5.6%、無回答) 25.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関である介護支援事業所(ケアマネジャーおよびケアマネジャー笠岡支部)、市内の介護事業所、社会福祉協議会等についてはリストを作成し各階のエレベーター付近に置いている。 ・社会福祉協議会による笠岡市社会福祉法人連絡会、地域包括支援センター運営協議会、笠岡市虐待防止支援チーム等に参画し、それぞれの定期的な会議に出席している。また、井笠地域(保健所の管轄地域)の高齢者施設で構成している「災害時等栄養・食生活相互支援ネットワーク」に加入し、災害時や食中毒が起きた際の食事の確保に関する事業所同士の相互支援体制を整えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関で構成している会議等に定期的に参加し、特に行政(保健所)による災害時の地域での食事の確保に関するネットワークを形成している。 ・職員自己評価では、利用者の状況に対応できる社会資源のリスト化、関係機関との定期的な連絡会の開催、地域でのネットワーク形成などにおいて、肯定的な回答の割合は3割前後であった。 ・利用者へのよりよいサービス提供のために、どのような関係機関と、どのような関わりがあるかなどに関して、職員間で情報共有して活用できるように、資料の保管や明示方法が明確であることなどが求められる。必要な社会資源についての連絡方法の体系的な把握や、実質的な関係機関の連携に向けた取り組み、それらに関する職員間の情報共有の強化に期待する。 		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 19.7%、b) 64.8%、c) 5.6%、無回答) 9.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「地域連携部会」が中心となって、毎年度に地域住民を対象に講座「福祉を考える会」を開催したり、市内でサロンを開催して「転倒予防」などをテーマに啓発を行ったりしている。また、市の「笠岡市出前講座」に登録し、当事業所の職員も参加している。また、法人の重点施策の一つとして各事業所が地域に根差した施設運営を図るための「相談窓口」を設置することを掲げているが、当事業所でも規程を定めて体制を整備したところである。 ・法人では、災害等の有事の際に地域住民からの支援を得るための協定を行政と締結し、また「福祉避難所」として指定を受けていることについて地域住民に周知している。また、法人として地域の自治会に加入して会議や祭りなどの行事に参加しているほか、各事業所の備品（介護関連、娯楽・レジャー用品など）や当事業所の地域交流スペース等を地域住民に貸し出してあり、それをホームページを通じて周知に努めている。 ・当事業所の建物内の地域交流スペースは喫茶店（毎週木曜日の14～16時まで）として地域住民等に開放し、飲食はもとより地域の会議等での利用にも供している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では地域連携部会を設置して、スペースの提供、出前講座、福祉避難所の協定など地域に対する専門的機能の発揮に努めている。 ・一方、当事業所の交流スペース（喫茶店）の地域住民の利用は1日あたり6～7名程度で、地域の会議や行事などでの利用促進も課題となっている。また、法人の方針である「相談窓口」についても、体制を整備した段階であり、さらに積極的な活用が望まれる。職員の共通理解の構築も含めて、今後の取り組みに期待する。 		

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 11.3%、b) 54.9%、c) 15.5%、無回答) 18.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、「地域に根差した施設運営」を中期経営計画の柱の一つに位置付け、地域連携部会を設置して地域での清掃活動や転倒予防教室（サロン活動）などの取組を行っている。 ・事業所では、生活相談員が老人クラブ対象に介護食や移乗の方法などをテーマにした出前講座（毎月）を開催し、また法人の方針である「相談窓口」の設置に関して規程を定めて体制を整備している。 ・施設長個人が民生委員を委嘱されており、市の民生委員協議会への参加を通じて市内の福祉ニーズに関する情報を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の取組みや出前講座の実施、事業所内の地域交流スペースの活用などを通じて地域住民との接点があり、また施設長が民生委員であることで入ってくる地域の情報もある。しかし、本年度の事業計画で「地域ニーズの把握や掘り起こしを行うための仕組みを構築する」と掲げていることからすると取組みは十分ではない。相談窓口が効果的に機能させて地域の福祉ニーズの把握に結び付けられるかどうか今後の課題である。 ・今日、福祉ニーズの把握と、それに基づく公益的な事業・活動の積極的な取組みが求められている。今後の取り組みに期待する。 		

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)35.0%、b)50.7%、c)2.8%、無回答)11.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の取り組みとして、基本理念を明示、そしてこれを受け経営基本方針及び教育基本方針を定め、この中で利用者を尊重した実践を明記している。それを職員が携帯する「てんじん心得帖」に掲載し、また当事業では独自に「天神スタッフノート」を作成し、この中にも掲載している。 ・毎月開催するユニットミーティング(会議)では、理念の唱和をしている。また法人として「高齢者権利擁護委員会」が主催し権利擁護に関する研修会を実施し全職員が参加できる体制をとっている。</p> <p>■ 改善課題 基本姿勢の明示と研修会の実施に加え、利用者を尊重することに関し、研修会など以外にも日常的に想起する機会、また、直接的なサービスを通じた取り組みに関しては不十分であることが職員自己評価の結果からも読み取れる。日常的に意識する機会を計画することが望まれる。</p>		

Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)36.6%、b)54.9%、c)4.2%、無回答)4.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・「てんじん心得帖」には、個人情報とプライバシーについて明示している。プライバシーに関しては、特にプライバシーを意識しなければならない支援の場面を取り上げ、留意点を記載している。そして、「接遇」についても5つの基本を取り上げ、言動面などについては具体的なテキストを作成し、ユニット会議で委員が担当して研修会を実施している。 ・身体拘束適正化委員会では、「天神荘身体拘束等の適正化のための指針」を策定し、全職員を対象にした研修会を実施している。 ・家族に対しては入所契約時に重要事項として記載して説明している。また当事業所はユニット個室の環境であり、トイレは居室内に設置、入浴も個室あり、さらにドアの開閉、居室づくりについてもプライバシーを大切にしている環境づくりを方針として支援している。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、プライバシーに関する不適切な事案とその時の対応方法およびマニュアルの活用については、肯定率が低い。規程やマニュアルの設置に留まらない取り組み(周知と確実な実践)が求められる。また、家族・利用者への周知についても職員の理解は乏しく、伝え切れていない現状がうかがえる。取り組みを期待する。</p>		

Ⅲ-1-1(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。

Ⅲ-1-1(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)28.2%、b)59.2%、c)4.2%、無回答)8.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として、全事業所を紹介するパンフレットを作成している。このなかで、当事業所としてユニットケアの特徴を紹介している。このパンフレットは公共の施設として社会福祉事務所(1カ所)に定期的に届け、また、ホームページでも紹介している。また、当事業所の玄関の掲示板には、重要事項説明書等当事業所の方針や取り組み内容および職員の写真を掲示している。 ・利用希望者の電話での問い合わせについては、生活相談員が窓口として対応し、介護支援専門員を含む2名で対応し、また、見学希望者には日時を調整している。説明時は、説明用のパワーポイントを準備し、ユニットケアの特徴や料金などについては特に丁寧に説明、そして、意見、感想を聞く時間を設けている。</p> <p>■ 改善課題 ・自分が所属する事業所に関する情報は全職員が知っていることが基本である。法人が作成したパンフレットおよび内容の修正については、職員への周知が乏しい。改定時は、改定の目的や箇所などについて職員への周知が必要である。 ・当事業所を紹介する関係機関についても、1カ所のみで適切なのか、また、利用者の視点から必要と思われる関係者を洗い出し、取り組むなど積極的な情報提供に取り組むことを期待する。</p>		

Ⅲ-1-1(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	b
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)32.4%、b)53.5%、c)4.2%、無回答)9.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所の利用開始、契約時は、生活相談員が重要事項説明書を用いて説明している。重要事項説明書の内容の一つである「サービスの概要」は、具体的な支援内容や生活の仕方についてわかりやすく説明し、「看取り」についても触れている。また、利用料金体系が複雑で、わかりづらい点があることに配慮し、要約版を作成して説明している。さらに個人情報の利用に関する説明をして同意を得ている。 ・入所当日の配慮として、午前中に入居してもらい自室で休んでもらうこと、そして家族にはできる限り一緒にいてもらうことを依頼している。 ・利用開始前の面談時の情報、家族からの情報を基に暫定プラン、暫定24時間シートを作成し、入居契約前に家族に対して説明をしている。そして、契約時の家族の反応や意向、要望などをケース記録に入力している。 ・利用開始時の説明は、意向を言えない利用者がほとんどであるとして家族を対象にしている。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者への説明の機会は乏しい。利用者がわかりやすいような工夫についての検討が求められる。</p>		

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	b
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.5%、b) 54.9%、c) 5.6%、無回答) 16.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所からの退所理由は、医療的処置が必要になり、当事業者では対応が困難と判断し、医療機関への入所した事例であるが、平成30(2018)年度は、利用者の状態が安定・好転し、家族の受け入れが可能になった事例がある。 ・医療機関への変更の場合は、看護サマリーの送付および入院時の付き添いによる申し送りを基本的な取り組みとしている。在宅への移行の場合は居宅介護事業所を紹介して、居宅で支援を担当する予定の事業所が参加し、サービス担当者会議を開催して情報提供をしている。そして、当事業所からは、フェースシート、24時間シート(アセスメントシートと位置づけている)、直近のケアプランを提供している。 ・退所後の相談には、生活相談員と介護支援専門員が窓口として、随時に対応している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、退所時の取り組みについて、職員は具体的な内容把握については肯定率は低い。周知が求められる。 ・福祉サービス終了後も相談したい人がいることを想定した取り組みは、現状では具体的な取組みはない。担当者や窓口を設置した計画的な取組みもされていない。職員自己評価でも無回答を含めた肯定率は低い。長寿社会における問題の発生(例えば家族の相談にも乗るなど)、について理解を深めることが求められている。全職員の意識化を期待する。 		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 21.1%、b) 56.3%、c) 11.3%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者等の満足度を把握するための機会は、年1回開催する家族懇談会や各フロア(2ユニット合同)ごとに開催する家族と職員の交流会「ひまわり会」がある。家族懇談会とひまわり会の位置づけは「家族とともに入居者の暮らしを支えていく」であり、入居者個々の暮らしを上げることが目的に、家族から協力を得られる機会をつくることである。 ・食事に関しては、2カ月ごとに栄養士や各職種からの代表で構成される「食楽委員会」を開催し、事前に利用者の意見を把握し、献立や味の工夫に活かしている。 ・利用者個別の生活に関しては、利用者の日々の暮らしを大切にしている方針があり、24時間の生活リズムに関する希望を把握し、具体的な支援をしている。 ・今回の利用者調査では、家族の立場から当事業所に関する満足度を聞いているが、総合的な満足度は「大変満足」57.6%、「満足」36.4%、「どちらともいえない」6.1%と、総合的な満足度が高率である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足に関する調査の実施は、法人、当事業所としては近年は実施されていない。家族懇談会とひまわり会の位置づけや活用については更なる検討を期待する。今回の利用者調査(利用者面接)では、「話ができてよかった」「ゆっくり話を聞いてもらえてよかった」等のコメントが寄せられている。このような意見を活用した取り組みを期待する。 ・利用者満足の把握は、第三者の活用も含め多様な方法があるので、当事業所の利用者・家族について適切な対応策を検討し、計画的に取り組むことを期待する。 		

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	b
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)38.0%、b)49.3%、c)4.2%、無回答)8.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「苦情解決に係る取り扱い方針」を策定、また苦情解決の体制は、高齢者権利擁護委員会を毎月開催し、受け付けた苦情を把握し対策を検討、記録として残している。 ・利用者や家族への周知として、重要事項説明書に苦情の受付担当者、苦情解決の方法、第三者委員2名を明記し、第三者機関や行政などの受付機関も明示して、入所契約時に説明している。 ・重要事項説明書に記載された内容および「ご意見箱」は、玄関エリアと各階エレベーターホールにも掲示、設置している。苦情を受け付けた職員およびご意見箱を点検した生活相談員は、苦情受付書に記載、また施設長に報告し、対策を検討している。 ・月2回の「介護相談員」の訪問があり、利用者の要望などを聞く機会としている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の利用者アンケート調査では、利用者からの自由意見として、第三者が実施するアンケート調査は、「素晴らしい取り組みである」「事業所に対する不満をいえる機会になった」などの意見が寄せられている。苦情などを表出できる多様な機会の確保について検討を期待する。 ・苦情解決状況の公表は、1階のエレベーターホールの掲示板に「皆様の声」として掲示スペースを用意して、寄せられた「声」を開示している。さらに幅広く公開する対策を期待する。 		

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)21.1%、b)63.4%、c)4.2%、無回答)11.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の面会時には、家族が相談しやすいように、声をかけることを基本とし、職員が利用者の近況を伝えながら、家族の意向を把握するようにしている。またユニット個室であり、個別の相談には対応しやすい環境にある。さらに1階の共有スペースには相談室があり、プライバシーに配慮した相談ができる環境にある。 ・重要事項説明書には、苦情に関する窓口や対応、および「お気づきの点、ご要望がございましたら、ご遠慮なく最寄りの職員まで申し付けください」と記載され、1階の共有スペース、各フロアのエレベーターホールに掲示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、利用者目線から見たときに、意見や相談に関する周知上の工夫が不十分であるという結果である。また、今回の「利用者アンケート調査」(家族を対象に調査)の結果では、「あなたは、困ったことを第三者委員など、職員以外の人にも相談できることを知っていますか」の質問に対し、「はい」の肯定率は53.0%であり、意見を述べやすい環境のしくみとしてはわかりづらさがあると思われ、丁寧な取り組みが求められる。 		

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	評価				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="89 215 148 360" rowspan="3">判断基準</td> <td data-bbox="148 215 1353 264">a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="148 264 1353 313">b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="148 313 1353 360">c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。</td> </tr> </table>	判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	b
判断基準		a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。			
		b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。			
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。				
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 29.6%、b) 54.9%、c) 7.0%、無回答) 8.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「苦情解決に係る取り扱い方針」を策定し、準じた取り組みをしている。そして、法人内「リスクマネジメント構築推進委員会」で、必要を判断して見直しをしている。 ・ユニット毎に職員は固定配置であり、なじみの関係づくりに努め、支援内容が必要な場合は24時間の支援内容を具体化した「24時間シート」の内容を変更している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談や意見を積極的に把握し、迅速な対応に取り組む方針の明示および対応マニュアルに関し、職員自己評価では半数の肯定率である。組織的かつ迅速な対応について、実践的な取り組みによる周知が求められる。 ・今回の「利用者アンケート調査」(家族を対象に調査)の結果では「あなたは不満や要望を職員に気軽に言うことができますか」の質問に対する「はい」の肯定率は74.2%、「職員は、あなたや利用者の不満や要望にきちんと対応してくれますか(対応してくれそうですか)」に対する「はい」の肯定率は89.4%と高率であるが、利用者面接の結果は「どちらともいえない」と回答した利用者が53.8%である。この結果・コメントを受けとめ、さらなる対策を講じることが求められる。 					

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)31.0%、b)53.5%、c)4.2%、無回答)11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、「介護事故防止・安全管理に関する指針」および事故対応マニュアルを作成し、法人として管理体制を明確化している。法人本部にリスクマネジメント構築委員会を設置し、2カ月に1回開催するとともに、各事業所には、リスク管理委員会を設置して毎月委員会を開催し、感染症予防(委員会)と介護事故防止(委員会)に取り組んでいる。 ・リスクマネジメントの取り組みとして、年1回の法人主体の研修会、本事業所としてリスクマネジメント、感染症に関する研修会を開催することで、職員間のリスクマネジメントに対する意識の共有化に努めている。また、年2回、法人のリスクマネジメント構築推進委員会が、事故防止、苦情の指針の各職員への周知状況について内部監査を行っている。 ・事故発生時はユニットの職員に加え、看護師、相談員、介護支援専門員が集まり、対応策の検討をしている。 ・ヒヤリ・ハット事例の提出による気づきを促す取り組みがあり、各ユニットで対策を検討、他のユニットにも回覧、そしてユニット会議に提出するプロセスである。内容により介護事故防止委員会に報告し、検討している。このような取り組みの成果として、前年度と比較し事故に関する行政報告の件数が減少している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、事故対策に関する体制は整備されているが、職員が参加した事例検討・分析や対策に関する適切性の検討に関し、肯定率は低い。要因分析と対策の検討において、職員参加を通じた周知の充実が求められる。 		

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	b
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)40.8%、b)49.3%、c)0.0%、無回答)9.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部には、衛生専門部会・健康管理部会が設置され、その中で感染対策は健康管理部会が担当し、法人として「感染症及び食中毒予防及び蔓延予防のための指針」を作成している。 ・当事業所としては、感染症予防委員会を3カ月ごとに開催し、予防対策、マニュアルの徹底、研修などに取り組んでいる。研修会は年2回実施し、食中毒とインフルエンザ関連の内容で実施、手洗いや吐物処理については実践的な研修で行っている。 ・「てんじん心得帖」には、福祉施設における感染対策の基礎から感染症別対策、食中毒対策まで幅広く掲載され、多くのページを使っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修においては実践的な取り組みによる体験が求められているが、現状は全職員がこの実践を体験する研修にはなっていない。また手洗いにおいても個人差が大きいので、確実に手洗いができているかどうかを、第三者が確認をする機会が必要であり、取り組みを期待する。 ・職員自己評価では、感染症の予防策が適切に講じられているに対し、肯定率は6割を切る。職員の経験値などによる自信のなさの表現・結果と判断できる。確実性を期した取り組みが求められる。 		

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)36.6%、b)53.5%、c)4.2%、無回答)5.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部に危機管理室が設置され、担当者を明確にするなど、安全対策・危機管理については組織をあげて計画的に取り組んでいる。「事業継続計画」を策定し、内容は、基本方針、予測される災害、危機管理体制、初動対応から本格復旧までの流れ、本格復旧活動、運用と管理・見直し・改善、訓練と教育、に渡り充実している。また、備蓄品一覧や備品一覧も掲載され、当事業所では担当者を決めて管理している。 ・職員の安否確認も定期的(年2回)に実施・訓練し、電話、Eメールを使用している。 ・年2回、初期消火避難誘導通報訓練を実施しており、1回は消防署立ち会い、1回は夜間を想定で実施し、地元消防団の協力を得ている。また、毎月、全体会議で図上訓練を行っている。その他、近隣福祉施設と連携した訓練にも参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、事業継続計画の側面および備蓄品の管理やその責任者に関する肯定率は6割を切る。全職員への周知を課題とした取り組みの充実を期待する。 		

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ－２－(1)－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 28. 2%、b) 57. 7%、c) 5. 6%、無回答) 8. 5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、基本的なサービスの実施方法や、人権、待遇、各種制度、感染症対策等は「てんじん心得帖」に明記して、職員が携帯している。 ・当事業所における支援独自のに関する独自のマニュアルは「天神スタッフノート」に記載して職員が携帯し、また食事、排泄、入浴の介護については、当事業所の設備や環境、介護機器等の活用を意識した具体的な手順書「介護技術マニュアル」を独自に作成している。 ・標準化された実施方法については、法人として研修会を計画し取り組んでいる。そして、新人職員には、新人指導マニュアルがあり、新人が実務に就くために必要な支援項目を明らかにして到達状況を判断している。 ・介護分野の基本的な業務遂行能力を確認する「マルチジョブ評価」を年2回実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な取り組み・実施方法を文字化した文書類は、「規程」「指針」「標準書」「マニュアル」に分類され、多数作成されている。しかし、この分類がわかりづらい。明確化への取り組みを期待する。 ・職員自己評価では、マニュアルなどの周知徹底、標準化に基づく実施状況や活用状況に関して、肯定率は低い。活用の視点からの検討を期待する。 		

Ⅲ－２－(1)－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが行われていない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な懸賞・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 25. 4%、b) 54. 9%、c) 5. 6%、無回答) 14. 1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの見直しは、法人が主催する人材育成部会が担当し、「てんじん心得帖」については毎年見直す方針がある。例えば、感染症や褥瘡予防については、それぞれの委員会で見直しを行い、施設運営委員会で承認を得ら後に活用している。 ・当事業所独自に作成している介護技術に関するマニュアルは、ユニットケア推進委員会の役割としている。見直し時は多職種から聞き取りを行い、現状の介護方法との違いはないかを確認する。また、施設見学や研修からの学びを取り入れることもある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、利用者個別に対する日常的な支援するに当たり、「24時間シート」を使い、それぞれの利用者について、支援内容を検討して文書化し、職員間で共有し支援をしている。そのためか「標準的な」の意味について、利用者個別対応の共有を標準化として捉えている。本評価細目が意図する「標準化」について十分理解することが求められる。個別対応の基本となる支援についての標準化、および入居者全員を対象としたときに共有すべき支援について洗い出し、標準化・文書化することを期待する。 		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 25.4%、b) 60.6%、c) 5.6%、無回答) 8.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、ケアプラン作成の責任者として、介護支援専門員1名を専属配置している。 ・入所時の利用者の情報は、事前に生活相談員、介護支援専門員、看護師の三者で訪問して情報収集することを基本とし、収集した情報は「フェイスシート」(利用者の入居までの生活状況、医療的な情報など)に記載し、さらにこれらの情報に基づき、介護支援専門員が暫定24時間シートを作成している。 ・入居後は、まず、ユニットの担当介護職(利用者各自に担当介護職を配置)が起床から入眠まで、1日の生活における具体的な生活行為について「聞き取りチェックリスト」を活用して、利用者のこれまでの生活状況、本人ができること、希望することを把握している。その上で「24時間シート」(アセスメントシートと位置づけている)を活用し、1日の生活リズムに合わせ、本人が自分できることや多職種情報から、サポートが必要なことを判断して具体的な支援内容を決めている。この「24時間シート」に準じ、日々の支援が実施される。 ・介護支援専門員は、利用者・家族から支援に対する意向を聞き、またフェイスシート、聞き取りチェックリスト、24時間シートを参考にして、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を判断し、個別支援計画(ケアプラン)を作成している。ケアプラン作成時のサービス担当者会議(カンファレンス)は、介護支援専門員、ユニットの担当職員とユニットリーダー、専門職(生活相談員、看護師、理学療法士、栄養士)の参加を基本としている。 ・介護支援専門員は、3カ月ごとのモニタリングの実施時には、担当介護職を始めとし、関係する職員から聞き取りをしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、ケアプランの実施状況の確認に関する点、支援困難ケースへの対応に関する積極的な検討について肯定率が低い。要因分析を期待する。 		

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	b
	b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 25.4%、b) 59.2%、c) 5.6%、無回答) 9.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの見直しは、入居1カ月後、6カ月ごと、または介護保険更新月に実施している。「カンファレンス」を開催し、本人・家族にも参加を依頼して実施している。本人の参加は5%程度であるが、家族は60%の参加であり、意向を把握しケアプランの見直しに活用している。ケアプラン作成時に参加した専門職が参加して家族に説明をしながら意見交換をしている。 ・今回の「利用者アンケート調査」(家族を対象に調査)の結果では、「ケアプランについて説明を受けたか」の質問に対する「はい」の肯定率は95.5%で、「ケアプランの内容についての説明はわかりやすかったか」の質問に対する「はい」の肯定率は93.9%と、どちらの質問に関しても肯定率は高い。 ・ケアプランの見直し時には、担当介護職が「24時間シート」の見直しも実施し、ケアプランの見直しに活用している。見直されたケアプランは、担当ユニットに配布し、また、パソコン上での共有ができる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、評価・見直しに関する体制や職員への周知については6割台の肯定率であるが、評価・見直し時にさらなる質の向上を目的として課題の検討をしているかについては4割台である。さらなる取り組みを期待する。 		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 29.6%、b) 63.4%、c) 0.0%、無回答) 7.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する情報、フェイスシート、ケアプラン、「聞き取りチェックリスト」「24時間シート」等は介護ソフトに入力している。日々の記録は「24時間シート」に記載された支援内容を実施することを基本とし、それに準じた記録をしている。また、介護ソフトを活用した記録であり、支援に参加する各部署にパソコンが設置され、情報を確認しやすい環境である。 ・「記録整備推進委員会」を設置し、統一した記録ができるようマニュアルを作成、また「24時間シート」の作成や書き方などについて研修を実施し、さらにユニット会議でも記録の方法などについて取り上げ、充実を期している。 ・直接支援以外の記録物である各種議事録は、閲覧表を付けて各部署に配布し、全職員が捺印するしくみである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護ソフトの活用により、利用者の状況の共有は進んでいるが、記録内容については職員による個人差があることを課題とし、記録要領の作成や指導上の工夫が必要だとしている。また職員自己評価では、情報共有を課題とした横断的な取り組みに関しては4割台の肯定率であり、さらなる検討を期待する。 		

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ、適切に管理が行われている。	b
	b) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規定が定められていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 29.6%、b) 63.4%、c) 0.0%、無回答) 7.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の記録に関しては、法人として、個人情報保護規程を定め、文書責任者が任命され、適切な個人情報の取り扱いが可能となるよう努めている。また、新人研修でも説明している。 ・契約時には、重要事項説明書に個人情報を使用する場合の条件を定め、利用者と家族に説明し書面にて同意を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護規程はあるが、内容に関する研修など、周知の機会が乏しく、職員自己評価でも理解度は高くない。計画的な取り組みを期待する。 		

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
	b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)39.4%、b)60.6%、c)0.0%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族から入居後の暮らしに関する意向を聞きだすと共に、それまでの生活スタイル等を「聞き取りチェックシート」で把握し、それを活かす形で「24時間シート」を作成し、それらを目安に個別支援している。 ・日々の支援場面では、利用者ができることを見出し、その一方でサポートが必要なことを見極めながら、利用者の活動の範囲が広がるように見守ることを重視している。その中で利用者が興味を持ちそうなアクティビティ、或いは洗濯物たたみや副菜の盛り付け、お盆拭き等の役割を持てるようにしている。また入所まで通所介護サービスを利用して来た人や、その活動に関心を示す人などについては通所介護サービスに参加できるようにしている。 ・開設当初からユニット費が計上されている。この費用は平成27年度に増額され、現場の裁量で自由に使える費用として、ユニット単位での外出支援や個々の趣味活動を可能にする等、ユニットの特徴を出せる取り組みになっている。さらに、ユニットとしての「設え費」も予算化されたことにより、設えにもユニットの特徴を工夫するようになってきている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価着眼点の「利用者の希望等を日中活動メニューに反映させているか、また複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムの実施」についての職員自己評価肯定率は52%である。一方、「施設での暮らし」についての利用者面接の結果は肯定率が23%と低率である。食事・排泄・入浴の基本的介護に加えて、利用者一人ひとりの暮らしを豊かにする支援の強化を期待する。 		

A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
	b) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)35.2%、b)63.4%、c)0.0%、無回答)1.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は少人数体制の固定配置のため、利用者との馴染みの関係を築きやすく、その結果、利用者の特徴も把握しやすい。そして言語によるコミュニケーションが困難な利用者については、文字盤や筆談等を用いて意思疎通を図っている。特に筆談や文字盤を利用する利用者については、表情やしぐさ顔色から判断し、本人が「いい顔」をする話題を見つけて話すようにするなど、特別な配慮を要する利用者についての情報は職員間で共有するようにしている。 ・コミュニケーションの方法や支援についての検討・見直しは3か月ごとのモニタリング、6か月ごとのカンファレンスで行っている。 ・尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについては、「てんじん心得帳」に記載されており職員はそれを常に携行している。月1回のユニット会議の中でも接遇・言葉づかいについての振り返りを行っている。また、高齢者権利擁護委員会を設置し、定期的に接遇研修を開催している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度化の進行により、職員は3大ケアに時間がかかるようになり、利用者とのコミュニケーションする時間が少なくなっている。これを補うためには職員のみだけでは困難になっている。職員自己評価でも「忙しくなると言葉遣いが不適切になりがち」といったコメントが複数寄せられている。現在もすでに活用している傾聴ボランティア、認知症ボランティアの会等を更に活用したいといった意向を事業所も持っている。さらなる取り組みを期待する。 	

A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)49.3%、b)0.0%、c)33.8%、無回答)16.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・高齢者権利擁護委員会、身体拘束委員会等で利用者への虐待や身体拘束をしない介護について話し合い、それについての研修にも取り組んでいる。年2回、権利擁護の研修会を開催している。利用者の権利侵害防止については必要に応じて利用者・家族、職員に対してアンケートを実施してその結果を周知している。 ・緊急やむを得ない状態での身体拘束については、法人として身体拘束しないことを原則として示しながら、「てんじん心得帳」にその詳細を示して職員に周知している。 ・利用者への権利侵害が発生した場合の再発防止策は、その内容に応じて高齢者権利擁護委員会、リスク管理委員会、施設運営委員会等で検討して対応している。</p> <p>■ 改善課題 ・権利擁護に対する委員会はあるが、それらの結果を委員ではない職員への内容伝達が不十分である。また、「虐待の芽チェック」等による自己啓発への取り組みは今後行う予定である。職員自己評価でも不十分とする割合が少なくない。そのため本項目の評価を「c」とした。</p>		

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a
	b) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)33.8%、b)54.9%、c)2.8%、無回答)8.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業所内の清掃については専門の外部の業者に委託して床面の清掃を毎日行っている。ベッド上や居室の棚等の清掃は職員が行っている。ボックス型のシーツの導入を図って、シーツに皺が寄らないように、また利用者でもシーツ表面を清掃しやすいように工夫している。なお、居室ベッド上の清掃・整頓についてはユニット差が見られる。 ・法人として「5S運動」を重視し、パブリック、セミパブリック、プライベートゾーンの整理・整頓・清潔・清掃に取り組んでいる。そのためユニット空間を意識しながら掲示物は利用者の目線で見やすく、テーブルや廊下の一隅に生花を飾る等の雰囲気づくりに取り組んでいる。また、ユニットの入り口のパブリックスペースには観葉植物を置いたり、そのベランダはボランティアの協力を得て季節の花を栽培する等、自然が感じられる工夫がされている。 ・居室は利用者が自らの住まいと感じられるように、家族の協力を得て馴染の品々を持ち込んで、入居前の生活と連続性が持て落ち着けるように配慮している。 ・職員の自己評価はa)が33.8%であるが、本評価の着眼点4項目すべての肯定率が7割前後であることと、寄せられたコメントも肯定的内容が多いことから「a」の評価とした。</p>		

A-3 生活支援

A-3-1 利用者の状況に応じた支援

A-3-1-1 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 45.1%、b) 50.7%、c) 1.4%、無回答) 2.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各フロアに2か所風呂場があり、それぞれに個人浴槽と長座位でリフト活用して入れる少し大きめの浴槽を備えている。また仰臥位で入る機械浴槽は事業所全体で1台ある。入浴に際しては利用者の意向と保持している身体機能とを勘案しながら、自立性の高い入浴になるように3種類ある浴槽から選んでいる。そして個人浴槽使用者の機能レベルを介助歩行以上の機能レベル、リフト浴槽利用者は端坐位になれるレベル以上としている。なお、仰臥位で入る機械浴槽使用者は利用者の1割程度で、主にリクライニング車いす使用者である。 ・24時間シートに入浴介助のポイントまで記し、関わる職員が統一した方法で介助できるようにしている。そして、誘導から実際の入浴までを1対1で行い、安全と羞恥心への配慮をしている。同性介助の希望を確認しており、現在のところ約1割の利用者からの希望がありそれに対応している。入浴に拒否があった場合には、誘導者や時間を変更する等している。また、体調不良の場合には足浴、手浴、清拭等をしながら入浴日を変更している。 ・利用者の好みと生活習慣などを勘案して入浴日や入浴時間を決めている。現在のところ17時30分までが入浴可能時間になっている。 ・浴槽の湯は、利用者が使用するつど入れ替えている。また、脱衣室には電動昇降タイプの長椅子や、移乗の際に使用するシートやボード等を備えて職員が力に頼らない介助ができるようにしている。 ・職員の自己評価の結果はa)が45.1%であるが、本項目の評価着眼点としてある11項目についての肯定割合は6.5～9割弱と高率で、寄せられたコメントもおおむね肯定的内容のため、「a」と評価した。 		

A-3-1-2 排泄支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 排泄支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 排泄支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 排泄支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 40.8%、b) 57.7%、c) 0.0%、無回答) 1.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規利用者には、1週間にわたり排泄アセスメントを行って、利用者に適した誘導時間、使用する用品(尿とりパッド10種類の使い分け)等を選んでいる。使用物品は布の下着に適切な吸収量のパッド使用を標準にして、オムツへの排泄ゼロを目指しており、紙パンツを使用する利用者は稀である。 ・自然な排泄支援を目指しており、排泄姿勢、食事・水分摂取に着目し、併せて下剤に頼らない排便のために、オリゴ糖やヨーグルト、オリーブオイル、バナナ、サツマイモなどを活用して、利用者にあったものを見極めて提供している。排泄姿勢の確保に向けては機能訓練指導員を交えて自立排便の促進に取り組み、起立補助具等も導入している。 ・居室にトイレが設置されている。そのためプライバシーは確保しやすいが、交換後のパッド等も、トートバックを使用して、汚物処理室まで目立たないように運んでいる。なお、感染症予防の観点から、使用後のパッドなどの排泄用品はトートバックに1名分を入れて汚物処理室に運び、利用者から次の利用者へ連続して対応しないようにしている。 ・職員自己評価における回答率は40.8%であるが、本評価の着眼点9項目の肯定率は6～9割と高率で、寄せられたコメントも肯定的内容のため「a」と評価した。 		

A-2-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	b) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせておこなっているが、十分ではない。	
	c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 35. 2%、b) 63. 4%、c) 1. 4%、無回答) 0. 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種で移動能力についてアセスメントして、その利用者に見合った移動用具を使用するようにしている。移動用具選定の際には利用者の機能を引き出し、安全に自力で操作できることを目指している。 ・24時間シートに支援の必要な部分とそのポイントを記して、職員が統一した支援ができるようにしている。また機能が低下、あるいは向上した時にもその機能を再評価して、用具と介助方法を見直している。 ・利用者の移動能力を高めるために居室内移動動線確保に向けた環境づくり、例えばベッドの位置替えや動線上に置く家具の置き方にも工夫している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の機能に見合った福祉用具を選定するようにしているが、見合うものの整備が追い付いていない。そのため「ある用具」の中から選ばざるを得ない状況で、結果的に利用できていない利用者もいる。予算を伴うものではあるが優先順位を付けた整備を計画的に行うことを期待する。 ・利用者の自立的動きに関係する、車いすのフットレスト、レッグレストの使い分け基準を明確にすること、さらに食事の時に車いすから通常の椅子へ座り替える支援、車いすのまま食事する時には足底を床につける支援などが徹底されていない。これらの支援の重要性の意味を職員が理解し、根拠が分かって取り組めるようにするためには専門職に学び、それを事業所として標準化する必要がある。さらなる取り組みを期待する。 		

A-3-(2) 食生活

A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
	b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 42. 3%、b) 56. 3%、c) 0. 0%、無回答) 1. 4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事についての事業所の考え方は、美味しく・楽しく・安全にとしている。食事は利用者の咀嚼・嚥下機能に対応させた形態で提供している。ご飯はユニットで炊き、汁物もユニットで温め、副菜の盛り付けもユニットで行うことで視覚・嗅覚からも食事を楽しめるようにしている。 ・テーブルには「花」を飾る、ランチョンマットやお盆を使う、家で使っていた食器の持ち込みを勧める等して雰囲気づくりをしている。 ・「希望献立」を募り、利用者の意向を反映させた食事を月1回提供している。その他、ユニットでは常備食として冷凍食品などをストックしており、利用者がいつでも食べられるようにしている。なお、これらの購入はユニット費で賄われている。また、利用者個人の嗜好品も預かって衛生管理しながら提供している。そして特別な事情が無い限り、利用者へ食物の摂取制限などはしないことを事業所の方針にしている。なお、食事の味付けについては複数の利用者から改善希望が利用者面接で寄せられている。さらなる改善を期待する。 ・本評価項目では着眼点が4項目あり、そのうちの1項目が食事の選択になっている。これについては常時選択できていないことを理由に職員自己評価の肯定率が5割台であるが、その他の項目では7～8割の肯定率であり、総合的に判断して、評価を「a」とした。 		

A-3-3(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.3%、b)57.7%、c)0.0%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の咀嚼・嚥下状態に応じた食事形態で提供している。なお、「新調理システム」の導入により、刻み食を全廃してソフト食に変更している。現在常食、ソフト食を摂っている利用者は各4割程度である。新規利用者にはケアマネージャー、栄養士、看護師、介護士等で摂食・嚥下状態を観察して提供する食事形態を決めているが、それまでの食事形態より1段階上がる例が珍しくない。 ・食事時間は2時間程度としているが、これは集団給食の指導に拠っている。利用者の中にはこの時間に収まらない場合もあり、その時にはユニットにある常備食を提供する等、利用者が食べたい時に食べられるようにしている。 ・胃瘻増設されて入居した利用者についても経口摂取の可能性を多職種でアセスメントし、その可能性があるかと判断した利用者には医療機関に嚥下テストを依頼している。この取り組みで経口摂取に移行できた利用者もいる。 ・利用者が自分のペースで安全に食べられるように、テーブルと椅子の高さは「良い摂食姿勢」を保てる高さになっている。摂食姿勢が確保されると、食事摂取が自立し、体の前面を覆うエプロンは不要になる。当事業所でも体を覆うエプロンを使わない食事を目指している。なお、食事に介助が必要な利用者については、介助の時間を最大1時間とする等して、無理強いしないようにしている。誤嚥・窒息のリスク回避に向けてはリスク管理委員会で「誤嚥・窒息マニュアル」を作成して毎年研修を実施している。 ・どのようにすればより自立的に食べられるかを課題にして、例えば「大きさを考慮したおにぎり」では、個々の「おにぎり」の大きさをカンファレンスで検討しながら提供している。 ・本評価項目の着眼点は8項目あり、そのうちの7項目の肯定率は職員自己評価で6～8割になっている。総合的に判断して「a」と評価した。 		

A-3-3(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)32.4%、b)64.8%、c)2.8%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月1回歯科衛生士が来荘しており、対応が必要な利用者についての相談・助言を得ている。なお、歯科衛生士に相談する利用者は口臭がひどい、開口困難などの利用者である。歯肉の腫脹、義歯の噛み合わせ不良等に職員が気づいた時、或いは利用者本人・家族からの受診希望があった時は歯科受診に結びつける。この歯科受診は概ね週1回で1～2名の受診になっている。 ・口腔ケアは毎食後に実施するとしているが、就寝前のみという利用者もいる。胃瘻増設者については1日2回、口腔ケアを実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月1回歯科衛生士が来荘しているものの、その時に口腔内をチェックする利用者は介護職員が選んでおり、その基準を決めているわけではない。歯科衛生士による新規利用者の口腔内チェックも実施していない。あくまで問題が生じた利用者に限られている。口腔内に問題が生じないように予防的視点でのチェックも重要になっている。歯科衛生士がユニットを順次見ていく方法もあるが、現在の来荘回数では、一巡するのに1年間を要し、タイムリーな対応が難しくなる。来荘回数を増やすことについて検討を期待する。 ・口腔衛生の重要性やその手法、利用者の口腔環境に合わせた用具の選定などに関する知識や技術を職員全体で学べる機会は少ない。職員自己評価に寄せられたコメントにも学習の機会を希望するものが複数みられる。外部研修へ参加しそれを職員に周知する、或いは事業所として講師を招いて研修会を実施する等の積極的な取り組みを期待する。 		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
	b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)36.6%、b)54.9%、c)5.6%、無回答)2.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種参加の褥瘡委員会を組織して、毎月褥瘡の発生状況を確認、その対応方法の妥当性についても検討している。 ・新規利用者については、臥床姿勢、座位姿勢での体圧測定を行って褥瘡発生リスクをアセスメントし、その結果で適切なマットレスを選定している。 ・褥瘡の発生予防に向けては、残存機能を発揮した自発的リハビリ、例えばベッド上で寝返りができる、端坐位を保てるなどを重要視して支援している。そして仙骨部の褥瘡発生ゼロをめざし、「起こす」「起きる」ことに取り組んでいる。また、自力で寝返りしやすくするため、現在よりマットレス幅の広いベッドに順次入れ替えている最中である。 ・主に看護師が外部の研修会に参加して、そこで得られた褥瘡に関する知識、技術を職員に伝達している。 ・利用者の栄養管理を行いながら、褥瘡の発症リスクが高くなると多職種で検討するとともに家族にも情報提供して栄養補助食品を活用する例もある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の好発部位でもある仙骨周囲の観察を行って早期発見に努める、適切なマットレスの選定などは行っている。その一方で、踵部部の褥瘡発生が複数人に見られる。しかしながらはかばかしい改善はみられていない。職員自己評価でも「最新の情報収集が不十分」といったコメントも寄せられている。職員の努力に成果が伴わない時には、皮膚・排泄ケア看護師(ETナース)など専門家に相談し助言を得る等により具体的な成果が期待できると考える。取り組みを期待する。 		

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し取組を行っている。	
	b) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制と取組が、十分ではない。	
	c) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制が確立していない。	
<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度に座学を終了した介護職員が6名いる。これらの職員に実地研修を行う予定であり、現状は看護師が吸引・経管栄養を行っているため、現時点では「非該当」とする。 		

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。	
	c) 機能訓練や介護予防活動を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23.9%、b) 62.0%、c) 9.9%、無回答) 4.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士が利用者の身体機能をアセスメントして必要な福祉用具の選定を助言している。個別機能訓練計画を策定しており、その見直し・評価も定期的に行っている。また、介護職員からの相談を受けて介助方法を24時間シートに書き込んで統一した対応が出来るようにしている。 ・利用者の重度化の進行により、訓練器具を利用した個別訓練よりも集団体操(2時の会、健康クラブ)や、生活動作を通して「食事摂取時の椅子への座り替え」、「排泄はトイレ誘導で端坐位で」、「入浴は普通浴槽で」といった生活場面での動きに利用者本人の力を活用することを主にして取り組んでいる。 ・判断能力の低下や認知症の症状の進行は、介護士が「いつもと違う様子」に気づいた時に看護師に相談して受診の可否を検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の機能訓練は急性期や維持期、終末期などと幅広い。そのため平均の要介護度3.9、平均年齢89歳という利用者状況の中でリハビリテーションをどのように位置づけるのか検討が必要であろう。この理由は、職員自己評価のコメントを見るとその必要性を感じる。例えば、「事業所ではリハビリテーションは実施していない」「機能訓練の実施体制は確立されていない」等のコメントが複数寄せられている。本事業所では生活動作を通してリハビリテーションに取り組んでいるとしている。生活リハビリテーションは生活動作を通して行えるため、利用者に極めて動機づけしやすい。その一方で、利用者面接でも「体を動かしたい」といった要望がある。これらを総合して、利用者一人ひとりの生活動作を「リハビリテーション」として目的、方法を明確にして取り組むことを期待する。 		

A-3-(6) 認知症ケア

A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
	b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 19.7%、b) 69.0%、c) 5.6%、無回答) 5.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態把握のために「聞き取りシート」を活用し、入居後1カ月を目途に言語・行動観察をして24時間シートを作成している。そこでBPSDが見られる利用者には行動パターンを把握し、対応時の留意事項を明記して職員が統一に関われるように努めている。この時家族の了解を得て、その行動をビデオ撮影して、対応を多職種で検討するための情報にすることもある。 ・各居室の設えは、利用者が落ち着けるよう、そして自らの「居場所」と認識できるように、馴染の品々の持ち込みを勧めるなど家族にも協力依頼している。また、リビングは食事する場所と寛ぎの場所を分け、リビングには観葉植物を置いたり絵画を飾るなど快適に過ごせるように配慮している。 ・利用者が落ち着けるように家事的な役割を担ってもらったり、クラブ活動への参加を誘ったり、利用者が好む活動を提供できるように努めている。 ・利用者への支持的関わりについては「てんじん心得帖」に記載されている。また高齢者権利擁護委員会で、定期的に接遇研修を開催、月1回のユニット会議では接遇・言葉づかいを振り返っている。認知症ケアについての研修は年1回(全員参加できるように同じ内容で複数回実施)事業所内で開催している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間研修計画の中に認知症ケアを位置付けて職員の知識の向上に役立つようにしているが、その一方で、本項目についての職員の自己評価の肯定度はa)が2割に満たない。また7項目ある着眼点の中でも、「最新の知識情報を得られる研修の実施」については肯定率が33.8%と低率である。加えて職員の自由意見として、認知症ケアの研修の充実を希望する声が多数寄せられている。これは職員の向上への意欲とも受け取れる。職員の希望を尊重した認知症ケアの知識と技術を高める研修の充実を期待する。 		

A-3-(7) 急変時の対応

A-3-(7) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	b
	b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 21.1%、b) 66.2%、c) 4.2%、無回答) 8.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日勤帯は看護師が利用者の状態を見て緊急受診の必要性を判断している。なお、夜間帯は対応する当番看護師を決めたオンコール体制を敷いている。夜間に看護師に連絡が入るのは、管を抜管した時や呼吸停止などの状態をきたしたとき等である。看護師は夜勤者からの情報で状態を判断し、必要に応じて医療機関受診を勧めたり緊急出勤することもある。 ・利用者一人ひとりの生活リズムを観察して24時間シートに記載している。それにより、いつもとの違いに気づきやすくなっている。 ・利用者それぞれのバイタル値の通常値を知り、いつもとの違いに気づいたら「バイタル測定」をして記録、それを看護師や医師に情報提供して助言・指示を得るようにしている。 ・体調変化に対する対応については、入職時に行い、さらに「緊急時対応」の内容を「てんじん心得帖」に明記している。また服薬マニュアルも「てんじん心得帖」に記載されている。 ・薬についての説明書をユニットに配布して、注意が必要な利用者についてはその旨を24時間シートに書き込んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規入居者を受け入れた時、状態観察と薬の再調整への取り組みは行っていない。事業所への入所は利用者の状態観察を24時間に渡って行うことが可能になるため、薬剤の調整にも取り組みやすい利点がある。取り組みを期待する。 ・本評価項目の着眼点は6項目あるが、その中の「薬の効果や副作用」に関する研修の実施に関する職員自己評価の肯定率は3割以下で、その他の着眼点への肯定率と比較しても低い。 ・職員の自由意見でも、薬についての知識不足、さらに資料が配布されるだけで研修は実施していない、薬物およびその副作用による状態変化の観察法など、健康管理と薬剤についての知識を高めたいとする意見が多数寄せられている。これらに対応する内容で、薬剤について知識を高める研修の開催を期待する。 		

A-3-(8) 終末期の対応

A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	b
	b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 35.2%、b) 50.7%、c) 2.8%、無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所として「看取り指針」を定めており、それを入所時に説明して、事業所として行う終末期対応の内容について理解を得るようにしている。 ・利用者の状態が変化してきた時、具体的には、咽こみや咀嚼・嚥下能力の低下、体重減少等が見られるようになると、まず看護師から家族に状態の変化を説明する。その後、看護師同席のもとに医師から家族に今後の見通し等を含めた病状説明をして、施設内看取りを希望された場合はそこで同意書を作成する。ちなみに昨年度の退所者31名のうち死亡退所者は30名、そのうちの20名を事業所内で看取っている。 ・終末期の経過については、「この先にどんな変化があるか」逝くまでのプロセスを家族に伝えるようにしている。この説明は介護職員に対しても行い、落ち着いた対応できるように努めている。 ・付き添いを希望する家族には宿泊できるようにして、家族とともに見送る体制を整えている。また、事業所からの見送りは職員だけでなく利用者にも参列してもらって、死を隠すことなく玄関から見送っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価項目の着眼点は6項目あり、そのうち、「終末期を迎えた場合の事業所の方針、医師・医療機関との連携、利用者・家族の意向確認」等の4項目については職員の自己評価も肯定率が7割前後になる。その一方で、職員研修及び職員に対する看取り後の精神的ケアなど、職員を支える取り組みは肯定率が3~4割台である。事実、職員への終末期に関する研修も入職時に行っているものに留まっている。職員自己評価における自由意見も、研修の不十分さや、研修の取り組みはなきに等しいと言った意見が多数寄せられている。積極的な取組みを期待する。 ・なお、当事業所では看取りの振り返りカンファレンスも行っていない。いわゆる「デスカンファレンス」は職員の精神的ケアとしても重要になる。これについての取り組みも期待する。 		

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b
	b) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)28.2%、b)57.7%、c)1.4%、無回答)12.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する家族への連絡は、その内容によって担当介護職員、看護師、生活相談員が分担して行っている。また、確実に家族に連絡が取れるように、連絡方法も含めて入居時に第1～3まで優先順位を付けた連絡先を確認している。 ・ケアプランのカンファレンス開催前に担当介護職員から家族意向の確認の連絡を入れ、実際のカンファレンス開催時にも要望を聞いている。なお、面会時など随時に利用者の状況を伝えるとともに要望も聞くようにしている。家族のカンファレンスへの参加率が今年度に入り4割から6割に増加している。 ・事業所全体での行事は年間で予定し、それが確定すると生活相談員から毎月の利用料金請求書送付の際に案内を同封している。また、家族会への参加も呼び掛けている。家族会は年1回開催、去年の参加人数は44名(約4割)である。 ・利用者の暮らしを家族と共に支えることを重要視しており、食事の手伝いや病院受診の同行、居室の環境整備などについても家族に依頼している。そして家族の面会も増える傾向にある。家族が事業所を訪れた時には、担当者以外の職員であっても積極的に話しかけて利用者の状況が報告できるように、利用者情報の共有に努めている。なお、同時に実施した「利用者の様子についての報告・説明」に関する家族アンケート結果は、肯定率が86.4%であった。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスに来所する家族や面会に訪れた時などは利用者の状況を伝えている。また担当職員が非番の時でも、他の職員から情報を伝えられるように利用者情報の共有に努めている。さらに必要があると判断した場合には、電話連絡している。ただし利用者の様子を定期的にお知らせする取り組みは行っていない。様々な事情で来荘できない家族もいる。これについて事業所及び職員自己評価でも「課題」と認識している。こちらが必要とする時だけでなく、利用者の情報、特に生活場面でのエピソード等を担当介護職員から定期的に家族に伝えるような取組を提案したい。更なる取り組みを期待する。 		