

社会福祉法人 こうほうえん

特別養護老人ホーム

きんかい幸朋苑

福祉サービス第三者評価報告書

平成 21 年 12 月 17 日

特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

東京都福祉サービス第三者評価機関

認証番号 機構 02-004

## 目 次

【1】実施概要 .....	1
【2】事業評価結果	
I 組織マネジメント .....	3
II サービス提供のプロセス .....	17
III サービスの実施項目 .....	24
【3】総評 .....	31
【4】東京都福祉サービス第三者評価評点基準 .....	35

(添付資料) 職員自己評価・利用者(家族)調査 集計結果

## 【 実施概要 】

### 1. 実施スケジュール

- |                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| (1) 第三者評価についての説明 | 平成 21 年 6 月 18 日          |
| (2) 情報収集の実施（調査）  |                           |
| ①利用者・家族調査        | 平成 21 年 8 月 22 日          |
| ②職員自己評価          | 平成 21 年 6 月 18 日～7 月 17 日 |
| ③経営層自己評価         | 平成 21 年 6 月 18 日～7 月 17 日 |
| ④訪問調査            | 平成 21 年 8 月 20 日～8 月 21 日 |

### 2. 評価の実施法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

### 3. 利用者調査

- |           |                |
|-----------|----------------|
| (1) 調査の方法 | 聞きとり調査         |
| (2) 調査対象数 | 利用者 2 人 家族 8 人 |

### 4. 評価調査者

新津ふみ子（組織マネジメント担当）  
鳥海 房枝（サービス提供のプロセス担当）  
小原十紀子（サービス提供のプロセス担当）

### 5. 評価決定合議日

平成 21 年 10 月 4 日

### 6. 本評価に対する問い合わせ・苦情等の窓口

- |              |   |
|--------------|---|
| (1) 評価責任者    | NPO 法人メイアイヘルプユー代表理事 新津ふみ子   |
| (2) 本評価調査責任者 | NPO 法人メイアイヘルプユー 鳥海房枝  |
| (3) 連絡先      | NPO 法人メイアイヘルプユー事務局<br>東京都品川区西五反田 2-3 1-9 シーバード五反田 4 0 1<br>電話 03-3494-9033 FAX 03-3494-9032 |

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1	
	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	
	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 <span style="float: right;">評点( A )</span>	
	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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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) <span style="float: right;">○非該当</span>
	【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>	
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている <span style="float: right;">評点( A )</span>	
	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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>	

評価項目3

重要な案件について、経営層（運営管理者含む）は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している

評点（ A ）

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

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

カテゴリ1の講評

法人理念の周知・理解・実践に向けた多様な取り組みがある

理念・基本方針は法人として策定し、本施設の玄関などに掲示している。また開設以来、これらの具現化に向け、理事長が職員や関係者に周知してきた内容を平成18年に小冊子「互恵互助」に表し、全職員に配付している。この内容の理解が乏しい職員がいることを懸念し、ミーティング時の唱和に取り組んでいる。また、職員は互恵互助を活用し、年間個人目標を決めるなど、個人レベルでの取り組みもあり、理念の具現化に向けた多様な取り組みをしている。利用者へは入所の説明、施設内掲示はあるが、今後の課題として十分な周知を挙げている。

経営層（運営管理者）の役割がわかりやすい取り組みがある

施設長など経営層の役割は、職務分掌に権限を明示している。そして本施設では主任以上を経営層（運営管理者）と認識し、その役割を明確にしている。施設長（介護課長兼務）は、36人という小規模施設の特徴を生かし、居心地の良い施設にすることを課題とし、そのための人材育成に取り組んでいる。主任介護士は現場の課題を積極的に提案することや地域との連携の責任者として活動に取り組んでいる。また、職員は立場に応じた年間目標を作成、掲示しているが、役割が分かりやすい取り組みといえよう。職員調査からは、経営層に対する信頼がうかがえる。

会議ごとに専決案件が定められ、会議や関係資料を通じて決定内容の周知を図っている

意思決定の手順とその報告については、本部・エリア・各事業所で実施される各種会議の議題、目標、役割を明確にし実施している。本施設の運営に関しては、施設長、介護主任とユニットリーダー、医務、栄養、相談員で構成される「リーダー会」で検討し、各ユニットの課題は「チーム会（ユニット会）」で検討される。利用者への周知は、制度内容や介護費用の変更、ユニット体制などについて、そのつど文書で報告している。家族会は同じエリアの施設と合同で開催されるが、欠席者には資料を送付している。課題として家族への周知の充実を挙げている。

カテゴリ-2

2 経営における社会的責任

サブカテゴリ-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

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A+ )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人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	○非該当

【A+の取り組み】 ●あり ○なし

法人独自のオンブズマン「ふれあいの橋の会」が、年2回程度、定期的に来訪する取り組みがあり、透明性の高い組織運営を目指している。オンブズマンから、利用者の生活状況や職員の利用者への関わり、居住環境等に関する報告を受け、改善に活用している。

サブカテゴリ-2

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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)	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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)	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

地域の関係機関との連携を図っている

評点( B )

評価	標準項目	
○あり ●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	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリ2の講評

法人として守るべき規範・倫理を明示し、周知に取り組んでいる

福祉サービスに従事する者として、守るべき規範・倫理については、「互恵互助」、職員倫理綱領・就業規則に明示している。また、新人研修では、介護保険制度、個人情報保護法について講義し、さらに現場では、新人教育のためのチェックリスト(エルダーチェックリスト)を活用し確認している。さらに「利用者の権利・個人の尊厳を奪わないケア」として定められている17項目を印刷し配布、また、施設長は虐待防止法を重要視し、ユニット会議で資料を配布し説明するなど、利用者本位・尊厳を順守する取り組みに積極的に取り組んでいる。

事業の透明性の確保と地域貢献を課題とした積極的な取り組みがある

事業の透明性を確保する一つの取り組みとして、平成12年から法人独自のオンブズマンである「ふれあいの橋の会」が、本施設を年2回している。地域や関係者への活動の紹介・情報発信として、同エリアの事業所が毎月発行する広報誌の1ページに掲載し、回覧板で地域住民や関係機関に配布している。地域住民との関係づくりを重要課題として取り組んでおり、土、日も含め会議室を地域住民に開放し、子ども達の学習の場に使用されることがある。また職員対象の救急法の講習会を地域住民にも開放し、参加者があるなど、積極的な取り組みがある。

地域の関係機関との連携に更なる工夫を期待する

ボランティアの受け入れについては、介護主任が窓口であり、ボランティアのしおりを作成し、基本姿勢を明示、個人情報保護誓約書も準備している。また、広報誌別冊にボランティア募集の記事を載せるなど、積極的な取り組みがあり、ボランティアを活用し利用者のアクティビティを充実させたい意向がある。地域の関係機関との連携に関する取り組みは特になく、法人内事業所間の交流が中心である。しかし、地域との連携を重要視し、窓口を介護主任とし、地域の自治会に入会、清掃活動に参加するなどの取り組みがある。さらなる工夫を期待する。

カテゴリ-3

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

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

評価項目1

利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)

評点( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

評点( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

評点( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし



### カテゴリー3の講評

#### 多様な方法で苦情受け付けをし、その対応に確実性を期している

法人の大切にしたい価値観の一つに「苦情は財産」を明示し、多様な方法で利用者の意向・要望・苦情を把握している。苦情受付窓口を重要事項説明書に詳細に掲載し、また施設内に掲示している。ご意見箱の設置、相談窓口や苦情解決第三者委員、ふれあいの橋の会の訪問、実習生や見学者へのアンケート、法人直通のフリーダイヤルなどがある。意見・苦情を把握した場合は、「なんでも報告書」に記載し、ユニット会議で検討している。利用者一人ひとりの意向を把握する機会として、ケアカンファレンスがあり、ほぼ全員の家族が参加している。

#### 毎年法人アンケートを実施し、サービスの向上に活用している

利用者の意向の把握として、法人が年1回「利用者アンケート」を実施し、その結果を広報誌に掲載している。現場では、この結果を検討し、家族向け改善点を掲示し、またユニット目標に落とし込み、改善に取り組んでいる。栄養士によるしこ調査は食堂を訪問、利用者一人ひとりから聞き取りをし、給食委員会で検討している。また、施設長、介護主任などは巡回し、世間話をしながら、ユニットで生じている課題や利用者個別の意向を把握し、サービスの改善に結び付けることに取り組んでいるが、今後の課題として、解決手順の更なる明確化を挙げている。

#### 地域・事業環境に関する情報把握に意識的に取り組んでいる

地域の福祉ニーズに関する情報は、エリア会議で地域包括支援センターや居宅介護事業所、ショートステイ部会などから提供される。また、会議室を利用する地域住民との交流や自治会への働きかけなどがあるが、今後は、このような活動を活性化させる予定である。福祉事業全体の動向に関する情報収集は、法人本部が体制を組み積極的に把握し、新規事業や事業方針を決定する「経営会議」、制度対応のためのプロジェクトを立ち上げるなどにより、適切に対応している。また法人本部からメール配信があり、掲示や会議で報告し共有に努めている。

カテゴリ-4

4 計画の策定と着実な実行

サブカテゴリ-1

実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

<b>評価項目3</b> 着実な計画の実行に取り組んでいる			評点 ( <b>A</b> )
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図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	
<b>【A+の取り組み】</b>			○あり ◎なし
サブカテゴリー2			
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる			
<b>評価項目1</b> 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 ( <b>A</b> )
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. 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している	○非該当	
◎あり ○なし	3. 再発防止・予防対策の実践に向けて、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	
<b>【A+の取り組み】</b>			○あり ◎なし
カテゴリー4の講評			
<b>法人として計画策定の様式を定め、実施している</b> 法人として中・長期目標を定め、各事業所(部門)の年間計画は、様式「部門別目標管理記録」に記載している。この様式は、法人目標を達成するために改善しなければならない事業所の問題・課題、これを解決するための取り組み、そしてその結果を確認する方法と結果の目標値を決め、その実施状況を評価し、次期に向けた改善点からなる。この部門別目標を基にユニットごとに計画を策定する仕組みである。短期に生ずる課題についてもユニットや課題別委員会で検討し、計画的な取り組みに努めている。			
<b>計画の策定にあたり、職員の参加、利用者アンケートなどを活用している。</b> 部門目標の策定にあたり、特に目標1「高品質サービス」の提供と実践に関しては、職員からアンケートを取り、リーダー会で検討している。この内容を各ユニットとして、具体化・目標として取り組んでいる。また、部門目標を意識した職員個人の年間目標を策定すること課題として取り組んでいる。進捗状況の把握は、ユニット会での検討を経て、毎月のリーダー会でまとめ、部門としては半期ごとに評価し、次期に向けた改善点を明らかにする仕組みである。ユニットの主体性の尊重と職員参加を大切にし、事業計画の実施に取り組んでいることがうかがえた。			
<b>安全対策に意欲的に取り組んでいる</b> 安全対策として防災・感染・事故・緊急時の対応をマニュアル化し、法人としてリスクマネジメントに関する体制を作り、現場での取り組み、エリアや法人レベルでの取り組みと責任を明確にしている。事故・ヒヤリハットについては看護師も参加し、まずユニットで検討、他のユニットにも申し送り共有している。検討内容は「いろんなこと報告書」に状況・要因・予防対策を記載し報告し、エリア全体として事故再発防止の参考にしている。安全対策を重要課題とし意欲的に取り組んでいるが、さらに、0レベル・ヒヤリハットの件数を上げることだとしている。			

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー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

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

職員の質の向上に取り組んでいる

評点( A+ )

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. 職員一人ひとりの職務能力に応じた、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)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している	○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

【A+の取り組み】 ●あり ○なし

「互恵互助」において、「職員こそ大事」という方針を明確にしている。法人本部に教育研修部を設置し、複数の専任者を配置し、研修計画の策定・実施・評価に責任を持ち、人材育成に取り組んでいる。

サブカテゴリ-2

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点( A )

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリ-5の講評

利用者本位のサービスを実現すべく、専門職の配置に積極的である

法人として人事制度に関する方針を明示し、人事考課制度、エルダー制度を導入している。職員採用は定期採用を原則とし、利用者の重度化、ユニットケアの充実のため、基準以上の看護師、介護職を配置し、また介護福祉士など専門資格保有者も多い。また本施設では、同法人が経営するリハビリテーション病院に隣接し、通院や来訪による支援が充実している。シーツ交換などの間接業務や夜間当直にパート職員を採用するなど、人材の活用を工夫している。

法人として教育研修部を設置し、人材育成に積極的に取り組んでいる

法人が大切にしたい価値観の一つとして「職員こそ大事」と明示し、本部に教育研修部・専任者を配置し、年間教育研修計画の策定など人材育成に積極的に取り組んでいる。時代の要請と法人理念の具現化を目指し、新人教育をはじめとし、修業年数別・職責別研修や課題別研修、また法人内研究発表会、海外研修、他法人との合同研修など多様な取り組みがある。職員個別の能力向上の取り組みとして、人事考課面接で年2回職員の意向を把握し、職員の課題を明確にし、評価している。自主研究会を企画する職員がいるなど学習の風土が醸成されている。

職員の気づき、やる気の向上に取り組んでいる

職員の気づきや提案を書き込む「チームノート」があり、工夫した内容などを随時取り上げ、サービスの向上に努めている。また自主研究会についても主体的に報告会を実施、エルダーによる発表等の実施がある。職員のやる気の向上の一つとして就業状況を基準とした表彰制度「元気ハツツ賞」、職員同士で感謝の気持ちを表現する「サンクスレター」、休暇を取りやすくする策として「リフレッシュ休暇」などがある。一方職員調査では、小規模、少人数職場であるがゆえに、切磋琢磨することに躊躇する傾向があるという意見があり、前向きな検討を期待する。

カテゴリー7

7 情報の保護・共有

サブカテゴリー1

情報の保護・共有に取り組んでいる

評価項目1

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

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( B )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	○非該当
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	○非該当
○あり ●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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

## カテゴリー7の講評

### 職員のパスワードの設定などにより情報保護への取り組みがある

職員一人ひとりのパスワードを設定し、情報のアクセス権限を明確にしている。また使用目的により、アクセス制限がされている。本部から発信されるメールは、各階層や委員会ごとに配信され、重要な情報は職員個々のパスワードがあり、管理されている。紙ベースで伝達する情報は「社外秘」として取り扱っている。保管が必要な文書は、紙ベースで課題別や分野別にファイルし、保管している。職員調査では、日々の記録物の保管状況の不適切なことが指摘されており、検討の余地がある。情報の更新は、文書管理規定に準じ実施している。

### 個人情報保護については、研修などを実施しているが、その遵守に課題がある

個人情報保護法の趣旨を踏まえ「個人情報保護規定」を策定し、取り組んでいる。この規程には、個人情報保護基本方針・利用目的・開示請求が明示されている。また、個人情報保護基本方針を掲示、利用者には本文書を配付し、説明して同意を得ている。職員への周知として、「個人情報保護法」制定時に全職員を対象に説明、また新人研修で説明、実習生などへも説明し、誓約書を取っている。しかし、施設内に保管すべき記録物の中には、管理上の不十分さがみられ、個人情報保護規定が遵守されていない現状があり、改善に取り組む方針である。

カテゴリ-8

8 カテゴリ-1～7に関する活動成果

サブカテゴリ-1

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、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている・

- ・カテゴリ-1:「リーダーシップと意思決定」・
- ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」・
- ・カテゴリ-4:「計画の策定と着実な実行」

A+  A  B  C

改善の成果

各係毎に目標管理に取り組んだことにより、確実な実践ができている

①平成21年度から、年度計画(部門別年度目標管理)の様式・内容を一部変更した結果、書きやすくなり、また部門(施設)として取り組む課題がより具体的に表され、取り組みやすくなっている。この部門計画を受けて、介護(ユニットごと)、看護、栄養、事務所の各係毎に年間目標を作成し、毎月その実施状況を評価している。その結果、年度計画に掲げた目標の達成実績が向上している。②年度計画に、地域・自治会との積極的な情報交換及び施設機能と資源の地域展開を掲げ、地域に貢献する方針を実践している。その結果、自治会の清掃活動への参加、施設開催の救急講習会に市域住民が参加、地域小学校の活動に参加(ベルマーク・ペットボトルキャップ)、会議室の開放による地域住民の活用の定着などが成果として挙げられる。

サブカテゴリ-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、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている・

- ・カテゴリ-5:「職員と組織の能力向上」

A+  A  B  C

改善の成果

会議や委員会活動の改善による成果

会議に関する取り組みとして、リーダー会の進行について、時間の短縮と議題の明確化、重要な案件についての話し合いが十分に行なえるように、ユニットリーダーがPC共用ホルダーに会議前に報告事項や議題を書き込み、リーダー会での検討事項を全職員へあらかじめ周知して置くようにした。委員会活動として、食事に関する利用者の意見・要望や職員が気づいたこと、調理スタッフへの要望などを書き込むノートを作り、どの職員でも気付いた人が書き込み、給食委員はそれを持って委員会に参加するなどにより、食事ケアに関する課題の明確化に取り組んでいる。しかし、利用者が食事を選択できるようにすることや、食事の楽しみの視点での成果は今後に期待する。

サブカテゴリ-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、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている・

- ・カテゴリ-6:「サービス提供のプロセス」・
- ・カテゴリ-7:「情報の保護・共有」

A+  A  B  C

改善の成果

きめ細かいサービスの改善により、生活の豊かさが向上している

生活の豊かさの向上に取り組む、成果が表れている。①ボランティアにより、ベランダに野菜や花を植えている。収穫には利用者が参加している。また収穫した野菜を使っておやつやおかずを作ったり、季節の花をユニットに飾るなど生活に豊かさが生まれている。②食事を少人数で摂れるよう場所を分けた結果、落ち着いた雰囲気のある食事風景になった。③利用者全員の午後入浴を課題として取り組み、職員の休憩時間を細分化したことで可能になった。④ユニットの排泄委員が簡易残尿測定器を使って最大膀胱量を把握する、尿の作られるパターンをグラフ化して適切なトイレ誘導の目安にする、端座位保持が困難な利用者に対しても、リハビリスタッフと訓練を実施し、トイレでの排泄を目指す、など排泄ケアへの積極的な取り組みがある。安全・安心に向けた取り組みとして、午後4時に看護師が各ユニットを巡回し、変化のある利用者や観察が必要な利用者を把握し、「共有ノート」に記載して医務室に置き、夜勤の職員の情報共有に役立っている。その結果、ユニット間の協力体制が充実している。



サブカテゴリ-4

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

A+    A    B    C

改善の成果

省エネの取り組み、稼働率の向上により財政状態が安定している

①稼働状況は、19年度と比較し、20年度は延べ入院日数が減っている(19年度は290日、20年度は49日)、また入院中の空床をショートステイの利用にあてた。収益につながると同時にショートステイ利用希望者の要望に応じることができ、また新規の利用者、定期利用者が増加している。②年度計画に、コスト意識を持ち行動すること、省エネ・環境保全の意識を持ち行動すること、を挙げており、電気使用量の削減、ゴミの細分化による減量という成果を挙げている。

サブカテゴリ-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」

A+    A    B    C

改善の成果

本人・家族の意向を聞く場としてのカンファレンスに参加が増えている

①本人・家族の参加を原則としてカンファレンスを実施している。また、家族参加率の向上を、平成20・21年度の部門目標としている。そこで家族がゆとりをもって日程調整できるよう、ケアプラン更新月の2か月前に掲示する取り組みをしたところ、(8月末で23件の更新プランの内19家族が参加)参加割合が増加している。②地域との交流の充実として、昨年制定された11月11日の「介護の日」にちなみ、介護についての啓発と地域社会との交流促進を目的に、今年度は地元大手スーパーとタイアップした「介護の日イベント」を実施するなどの働きかけを実施した。なお、これらは継続的な取り組みになる予定である。

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	
	評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している 評点( A )	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している ○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている ○非該当
	●あり ○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 ○非該当
	●あり ○なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している ○非該当
	【A+の取り組み】 ○あり ●なし	
	サブカテゴリ1の講評	
	事業所情報をタイムリーに利用者(市民)に提供している 利用者等へのサービス状況に関する情報提供は、広報誌「こうゆう」やホームページで紹介している。毎月定期発行している広報誌「こうゆう」の作成には現場のスタッフが参加しているため、現場の様子が写真入りで分かり易い内容になっている。この配布先は、社会福祉協議会・地域包括支援センター・地域の町内会などである。施設の玄関先にも事業所を紹介する独自のリーフレットを置き、訪問者などへの情報提供に取り組んでいる。なお、ホームページは法人本部が作成しており、携帯電話からのアクセスも可能にするように検討中とのことである。	
	利用者特性を考慮した独自のリーフレットを再作成中である 既に検討を終え現在(案)として作成した本事業所を紹介する新たなリーフレット「きんかい幸朋苑」は、法人理念と運営の基本方針、施設の様子が伝わる写真を多く載せ簡潔で分かり易い内容になっている。また、リーフレットには施設運営のポリシー4項目を明示しており、本事業所が具体的にどのような介護を目指しているかを伝える工夫が見られる。現場の職員がリーフレットの再作成に意欲を持って取り組んだ様子が伺える。	
	利用の問い合わせや見学については対応する担当者を決めている 利用に対する問い合わせや見学の窓口は主任相談員とし、相談員不在の場合は施設長・主任介護士が対応する体制を敷き、相談者の都合に合わせて迅速な対応が出来るようにしている。相談・見学を受ける際には、施設の特徴や施設内における医療(病院との違い)、利用料金などについても必ず説明している。見学者を案内する時には、利用者にもその都度紹介して見学の了解を得るようにし、可能な範囲で居室にも案内している。	

サブカテゴリ-2

2 サービスの開始・終了時の対応

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している

評点( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	○非該当
●あり ○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している	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ-2の講評

利用前に訪問面接を実施し、利用契約の説明をして同意を得ている

利用申し込み時に重要事項説明書に基づき利用料金やサービス内容についての説明をしている。また、利用開始前の利用者面接には、相談員・看護師・介護士が利用予定者のいる場所まで出向き、可能な範囲で利用予定者も交えて再度重要事項説明書などの内容を説明し同意を得ている。この時、利用予定者の現在の状況把握も併せて行ない、入所当日のケアや暫定プランへの要望を聞き「入居時アセスメント記録・暫定支援計画書」に記載するなど丁寧な取り組みをしている。

利用開始時まで、利用者の支援に必要な情報を把握している

利用者の支援に必要な情報は、入居時アセスメント記録・暫定支援計画書・ヒストリーシートなどの所定の様式に記載し情報を共有している。また、入所直後の不安やストレス軽減のために、入所時には担当する介護職員を決定し家族の協力を得て、在宅生活時の間取りや家具の配置状況なども把握し、可能な範囲で居室環境にそれらを反映させるようにしている。これは、入居という大きな環境変化の中で、入居直後の事故予防に配慮した取り組みである。なお、経営層は、入所直後の不安やストレス軽減を図る取り組みを更に充実させたいと考えている。

入院退所となる利用者や、施設内ターミナル希望者への丁寧な対応がある

昨年度の退所者は4名(13.3%)で、そのうちの3名が「死亡」退所であり、内1名を施設内で看取っている。なお、施設内看取りに関しては、利用者(家族)と終末期の意向確認書を交わし、その意志を尊重しながら進めるようにしている。また、医療機関入院で退院の目途などがつかずに退所となる利用者の場合は、状態が落ち着いて退院の見込みが付いた時の優先入居制度について説明し、退所にまつわる利用者(家族)の不安軽減を図っている。

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

評価項目1

定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している

評点( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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ている	○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点( A )

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点( A )
評価	標準項目	
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ◎なし		

サブカテゴリー3の講評

**事業所独自の生活支援計画表に基づくアセスメントを実施している**  
アセスメントの実施からケアプラン作成、モニタリングまでの手順は、生活支援計画作成手順として文書化されており、それに基づいて6か月ごとにケアプランを作成している。なお、生活支援計画作成に際してのケアカンファレンス開催時には、家族と共に利用者も参加することを原則にしているため、専門用語を使わないなどの配慮をしながら内容を説明し、同意を得ている。ただし、原則全利用者参加というケアカンファレンス時の、利用者の参加記録や利用者自身の反応の記録が少ないことを残念に感じた。

**生活支援計画作成に関する家族参加と計画の見直し時期を明示している**  
現在ケアカンファレンスへの家族の参加状況は約半数であり、経営層としてはこれを80%にすべく、リーダー会で検討し、家族の都合や意向を尋ね早めにカンファレンスの日程を知らせる取り組みに着手した。なお、利用者面接で出会った家族全員が計画についての説明を受けたと回答している。生活支援計画の見直しは6か月毎としているが、入院や状態が大きく変化したときなどの緊急時には随時再アセスメントを行ない、見直している。

**利用者に関する支援の経過は(生活・介護管理記録、ケア実施表で)共有化している**  
日々の支援記録は介護管理記録と生活記録に記載し、介護管理記録(介護日誌)にはユニットスタッフのサイン欄を設けて情報の共有化を図っている。また、この介護管理記録によってユニットでは申し送りをしている。更に、午後4時には看護師が全ユニットを巡回して利用者の変化などを把握し、それを共有ノートに記録している。職員は玄関横に位置する医務室に出勤時に立ち寄り、必ずこの共有ノートを読んでから勤務する仕組みをとっている。この仕組みは利用者情報がユニットを超えて職員が共有できる優れた取り組みと考える。

サブカテゴリー5

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( A )
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
◎あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ◎なし		

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	○非該当
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリー5の講評

個人情報・プライバシー保護要綱を法人本部が整備し取り組んでいる

利用者に関する個人情報を外部とやり取りする範囲については、入所時に「当施設でのご利用者の個人情報の利用目的について」を説明して同意を得ている。なお、この同意書を得る際には、広報誌への写真掲載についても意向を確認している。利用者個人宛の郵便物で家族に転送したものは記録があるが、利用者に渡した物の記録はない。居室への出入りの際には、ノックをして利用者の反応を確認してから入室、出るときは後ろ向きで出るようにしている。清掃業者も居室清掃で入室するため、マナー研修などを実施している。

利用者の尊厳を守る介護実践に向けた取り組みがある

利用者の羞恥心を守るため、意向により入浴時の同性介護やバスタオルで身体を覆う、また、排泄時にひざ掛けで下半身を覆うなどの実践をしている。日常の支援にあたっては、法人が文書化した「利用者の尊厳を害う関わり17項目」を常に念頭におけるよう、ユニットの勤務室はもとより職員専用のトイレなどにまでそれを掲示し、職員の意識の啓発を図っている。なお、本年6月に法人本部からのDCMを受け介護内容についての改善点が明らかになったという。更なる取り組みを期待したい。

個人の意志を尊重した介護への取り組み

利用者の全てに認知症症状があるなど、利用者自身の言語による意思表示は困難になっている。プライバシーの尊重が言われる介護現場は、利用者職員が1対1となり密室性が高くなる側面もあり、常に職員の言動や介護を検証する仕組みの必要性を経営層は認識している。それが職員の気づきまで報告する制度である。この「いろんなこと報告書」は利用者の些細な変化や職員の言動まで報告するとしている。仮に虐待事例が発生した場合は法人本部のリスクマネジメント委員会での検証と行政への報告を行うこととしている。

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	○非該当
●あり ○なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順に沿っているかどうかを点検している	○非該当
●あり ○なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

サブカテゴリ6の講評

業務の一定水準の確保に向けた手順書はISOの規定で備えている

業務の一定水準確保のための手順書・マニュアルは、ISOで規定しているものを勤務室に置き、業務点検の際などに活用するとしている。なお手順書はわかりやすい表現などの工夫があり、感染症・服薬対応マニュアルは活用は日常的に活用されているが、中には活用・周知されていないものもあり、それを経営層は課題としている。サービスが基本事項や手順書に沿って実施されているかの点検は、法人内の内部監査・サーベランスで行われている。

サービスの向上を目指した業務水準の維持・見直しの取り組みがある

提供しているサービスの内容については、月1回開催している生活支援委員会で改善提案などを検討する仕組みがある。また、サービスの基本事項や手順書などは文書の回覧や掲示により、職員への周知を図っている。サービス向上に向けた職員各自の年間研修予定を示し、さらに職員へのメールと研修会案内掲示で参加を促している。なお、職員アンケートでは、研修受講者の報告が不十分という意見が複数見られ、さらなる取り組みを期待する。職場内研修体制としてはエルダー制が敷かれ、新規採用職員の指導体制を明確にしている。

利用者の安全を確保する取り組みがある

利用者の安全を確保する取り組みとして「いろんなこと報告書」の供覧がある。ただし供覧に留まっており報告内容の分析・検討は不十分な状況にある。この報告書を分析・検討することを通して、業務手順の見直しなどに反映させると、さらに業務水準の向上に役立つものと考えられる。取り組みに期待したい。



Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

1	評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している		評点( A )
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、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. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている	○非該当
【A+の取り組み】		○あり ●なし	
評価項目1の講評			
<p>利用者が保持する能力を引き出す生活支援計画を作成している</p> <p>生活支援計画は作成に際しては利用者の保持している能力を引き出し、より自立した生活を営めることを目指している。しかしながら支援についての具体的記述手順が乏しく、それらを各エルダーの指導にまかせているため、統一性がなく周知も不十分であることを経営層は課題と認識している。</p> <p>その人らしい生活づくりとコミュニケーションを工夫している</p> <p>その人らしい生活づくりをするため、まず利用者の生活史を職員が知るためのヒストリーシートを家族に記入してもらいながら、家族と職員とで作成している。ヒストリーシートは利用者の職歴や得意なこと、趣味などについても把握できる様式になっており、支援の手掛かりを得る重要な情報がある。コミュニケーションの工夫としては、まず利用者の認識力と機能レベルに合わせ、例えば聴力の左右差や、どのような刺激を「快」とするかをヒストリーシートなどからも検討し試みるなど、利用者一人一人に対応を工夫している。</p> <p>関係職員の支援記録の一元化による情報共有の仕組みがある</p> <p>利用者への支援記録である生活記録は、介護士・看護師・栄養士・生活相談員が支援経過を記録する様式で、記録の一元化により情報の共有が容易になっている。更に、看護師が毎日午後4時に各ユニットを巡回して利用者の状況を把握し、それを共有ノートに記録し医務室で保管、勤務に就く職員はこの共有ノートに目を通してから現場に入ることを義務付けていることも、ユニットを超えた利用者状況の共有に役立っている。</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( B )
	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. 利用者が選択できる食事を提供している	○非該当
	●あり ○なし	4. 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	5. 食事を楽しむ工夫をしている	○非該当	
【A+の取り組み】		○あり ●なし	

評価項目2の講評

利用者の食事形態は、必要に応じて専門家がアセスメントしている

利用者の咀嚼・嚥下能力に応じた食事を提供するため介護職と看護師がその能力を検討し、必要に応じて隣接する医療機関のSTIによるアセスメントを受け食事形態を決定している。また、その際には摂食の自立性を高めるために、使用する食器の選定や適切な摂食姿勢確保に向け、車いすから椅子へ移乗して食事摂取を図るなどしている。利用者の嗜好調査や残食状況調査なども実施している。様々な取り組みをしているが、提供している食事形態の妥当性の検証は不十分と経営層は認識している。

利用者への選択食提供及び食事全般の見直しの検討を望む

現在利用者の嗜好に応じた代替食は提供している。選択食の提供については現在検討中とのことである。利用者調査では、食事についての質問に対して「はい」という肯定的回答はなかった。また、職員のサービスに対する自己評価の中でも食事についての肯定的回答率は低い。つまり選択食提供の有無以前に、提供している食事全般の見直しが必要になっていると考えざるを得ない。現在の食事は隣接する医療機関で調理しているため、改善には様々な課題があると予測されるが、是非とも前向きな検討を期待する。

利用者が楽しめる食事の工夫とその取り組みがある

食事時間はおおむね2時間の幅を設け利用者の状況に合わせて、ユニットに備えた電子レンジや電磁調理器を活用して温かい状態で提供している。利用者が食事を楽しめるための工夫としては、ユニットやフロア単位での食事会、行事食に家族を招く、個人専用の食器使用などがある。また、時には居室で自分の好きなものを食べている利用者（インスタントラーメン）もいるなど、利用者の嗜好を見守る施設の姿勢がみられる。

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( A )

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は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
【A+の取り組み】		○あり ●なし

評価項目3の講評

利用者の意向と身体機能に応じた入浴支援と浴槽の選択をしている

入浴支援は1対1の介助で利用者がゆったり入浴できるようにしている。入浴に際しては利用者の「入りたいか否か」を必ず確認。また、意向確認が困難な利用者については体調を考慮して調整、夜間入浴も実施している。同性介護を希望する利用者は女性利用者24人の内4名で、その意向を尊重している。なお、通常の個人浴槽使用基準は、座位保持可能以上の機能を有する利用者としている。利用者ごとにお湯を入換えているため、入浴の順番を考慮する必要がなくなり、利用者の意向を優先した入浴を実現させている。

入浴は利用者負担を考慮して行なっている

健康上の理由などで入浴ができないときは、全身清拭や更衣、入浴日を調整するなどの工夫をし、これらはケア実施表に記録している。また、入浴に際しては、利用者を待たせないよう誘導時間を考慮した介助を心掛けている。なお、入浴の介助方法が職員によって差があるので、全職員が同じケアを提供できるようケアの統一を図る必要性を経営層は認識している。入浴介助の技術を高める研修の企画と実施を望む。

浴室と脱衣室の整理整頓への取り組み

入浴後の清掃は、入浴介助を担当した職員が実施することとし、清掃の仕方や整理の方法などについてもリーダー会議で決めている。脱衣室と浴室を快適で安全な状態に保つため、利用者の入浴介助に当たる職員は、浴室に入る際に必ず履物を履きかえることを励行している。

4	<b>評価項目4</b> 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( <b>A</b> )
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の状況に応じた排泄目標を設定している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 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	<input type="radio"/> 非該当
	<b>【A+の取り組み】</b> <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
<b>評価項目4の講評</b>			
<p><b>利用者それぞれの排泄目標を明確にした取り組みがある</b></p> <p>排泄に支援を要する利用者は、30人中24人の上っているが、終日おむつ使用者は1名にすぎない。これはまず端座位以上の身体機能のある利用者は、おむつを外しトイレ(ポータブルトイレ)誘導を標準ケアとした結果と考える。それを実現させるための具体的取り組みとしては、新規利用者については「ノムダスチェック」による適切なトイレ誘導時間の設定、また、機能的にトイレ誘導が不可能な利用者については、おむつを汚している時間の短縮、さらに安易な下剤使用をせず自然排便を目指すなどの高度な支援をしている。</p> <p><b>トイレでの排泄を可能にする環境整備をしている</b></p> <p>トイレでの排泄を可能にする環境整備として、介助バーや利用者の下腿長にあわせた便座の高さ、必要に応じたポータブルトイレの設置などがある。また全居室にトイレがあることも良い環境条件となっている。更に、「ノムダスチェック」により利用者個々の排泄状況に合わせた尿とりパットの選定は、消耗品費のコスト削減にもなっている。利用者調査で面接した家族は、「入居前には終日おむつ使用状態であったがトイレでの排泄が可能になった」と、この取り組みを高く評価している。</p> <p><b>トイレ(ポータブルトイレ)の清掃は定期的実施している</b></p> <p>トイレの清掃は専門業者が、居室トイレは一日に1回、共用トイレは2回実施しているが、それ以外でも汚れに気付いた職員がその都度行っている。ポータブルトイレは週1回バケツを次亜塩素酸希釈液で消毒、外枠は日光消毒をするなど、清潔と臭気発生予防対策をしている。利用者調査の折の家族面接でも臭気を感じるという家族は皆無であった。</p>			
5	<b>評価項目5</b> 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( <b>A</b> )
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
		<b>【A+の取り組み】</b> <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	

評価項目5の講評

理学療法士などの専門職により利用者の機能に合わせた福祉用具選定をしている

介護・看護職が必要性を判断し理学療法士や法人内にある福祉用具業者に相談、それら専門職が利用者の体形と障害を踏まえた福祉用具の選定ができる体制を整えている。しかしながら、施設として車いすなどの福祉用具整備が追いつかない側面もあり、利用者に適切な車いすを提供できていないことを経営層は課題としている。外出の機会は家族と連携しながらその機会を作っている。利用者(家族)の意向の中に屋上や施設周辺など、屋外の空気に触れる機会を増やしてほしいという要望もあり、経営層としてもこれに取り組みたいと考えている。

利用者の好みを重視する服装や整容への支援がある

生活支援計画作成時に、利用者の好みの服装や好きな色合いなど身だしなみに関する生活習慣を把握している。それを尊重する形で服装などは利用者に尋ねて選ぶようにしている。ヘアスタイルなども、利用者の好みの形を保つことと、外出の良いきっかけになるため、希望に応じて馴染みの美容院などまで送迎している。

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( A )

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 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	2. 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に説明をしている	○非該当
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがない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	4. 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
●あり ○なし	5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

評価項目6の講評

利用者への健康管理の徹底による具体的な成果が見られる

利用者の健康管理として、結核・老人検診・インフルエンザ予防接種などを実施している。また、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケアにも取り組んでいる。更に、状態観察を必要とする利用者を看護師が毎日午後4時に各ユニットを巡回して把握し、それを共有ノートに記録、職員はそれを読んでから勤務に就くなど利用者の健康状態に関する情報の共有化を図っている。これらの取り組みが、利用者の延入院日数(前年度比較290日→49日)の減少につながっていると考えられる。

健康に関する利用者(家族)からの相談については看護師が対応している

利用者に体調の変化などが見られた時は、ユニット担当の看護師から家族に状況説明の連絡を入れている。また、毎月発行の広報誌「こほう」送付時にも「医務便り」を同封するなど、看護師の存在とその役割の周知を図っている。利用者のケアカンファレンス開催時や、面会などで施設を訪れた家族には必要に応じて看護師から状況説明している。利用者面接でも「健康について気軽に相談できる」との回答を得た。職員の自己評価でも「健康維持するための支援」については肯定的回答率が約9割を占めている。

利用者の体調変化に対応する体制としての医療機関との連携がある

利用者の体調変化に対応するために、救急カートを設置しその使用方法等は看護師が介護職員に研修している。また、利用者の体調などを看護師が記録する共有ノートには、待機看護師の氏名(夜間帯はオンコール体制)も記載し、介護職だけになる夜間帯の不安軽減と適切な対応を可能にする体制を整備している。更に、同一法人運営の隣接する医療機関には、必要時にはいつでも受診できる関係にある。利用者調査でも「体調変化時への対応に不安がない」と全員が回答している。

7	<b>評価項目7</b> 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点( B )
	<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 施設サービス計画に基づいて、利用者一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 機能訓練指導員等の指導のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 介護職員等が日々の介護の中で気がついたことを機能訓練指導員に返している	<input type="radio"/> 非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	5. 福祉用具は定期的の使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	<input type="radio"/> 非該当
<b>【A+の取り組み】</b>		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
<b>評価項目7の講評</b>			
<p> <b>生活支援計画書の中に機能訓練内容も明記し効果进行评估している</b>            理学療法士・作業療法士などのリハビリスタッフと連携し利用者それぞれのプログラムを作成、それを生活支援計画書の中に明記し、生活記録から見える実施状況などからモニタリングしている。重度化した利用者については関節の拘縮予防、また、咀嚼・嚥下機能低下予防を目的に口腔リハビリにも取り組んでいる。日常生活を通しての支援としては、摂食時の姿勢保持のための車椅子から椅子への移乗、おむつを外しトイレ（ポータブルトイレ）での排泄誘導などは、利用者の機能を引き出す、あるいは維持するために重要と位置付けて実施している。         </p> <p> <b>理学療法士から日常生活で活かせるリハビリ指示書を得て実施している</b>            日常生活の中で活かせる生活リハビリの視点からの指示書を理学療法士・作業療法士から得て、現場の機能訓練指導員・介護・看護職がそれに基づいたリハビリテーションを実施している。これは隣接する同一法人経営の医療機関がリハビリ専門病院で、専門スタッフが充実しており、希望と必要性に応じて利用者は通院外来で個別機能訓練（約20名）を受け、併せて施設内で職員が日常生活の中で行えるリハビリの指示内容を具体的に得られる連携体制があることによるが、職員の自己評価ではまだ不十分という意見が多い。         </p> <p> <b>福祉用具などの定期的点検を確実に実施する体制の整備を望む</b>            経営層が日常的に使用している福祉用具で定期的に安全性や適合性をチェックすべきと考えているのは、ベッド・車いす・歩行器・杖・手すり・移動用バー・食事用具などである。それらについての点検箇所は決めているものの、その実施時期については随時としており、誰がいつ・どの箇所を点検するのか、または実施したかを把握する仕組みが現在では不十分な状態にある。早急な取り組みを期待する。         </p>			

<b>評価項目8</b> 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適で、自立的な日常生活となるような取り組みをしている			評点( <b>A</b> )
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. 娯楽・買い物などの外出の機会を確保している	○非該当	
●あり ○なし	3. 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	4. 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	5. 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	
<b>【A+の取り組み】</b>			○あり ●なし

評価項目8の講評

**行事やクラブ活動にボランティアを積極的に受け入れ実施している**  
 利用者が家族と共に楽しめる行事は、花見・納涼祭・餅つき大会・流しソーメンなど数多く、それらを年間行事計画として検討、企画している。またボランティアの受け入れにも積極的に取り組み、屋上を利用した園芸活動やコーラス・ペーパーフラワー・ピアノ演奏などはボランティアが自主的に行っている。さらにユニット別に実施する誕生日会、ユニット合同でのおやつ会など利用者には良い刺激をもたらすような工夫をしながら取り組んでいる様子が伺える。

**外出の機会を増やすため家族と連携を強化している**  
 外出の機会としては買い物や外食、なじみの美容院、家族との連携による一時帰宅・法事への参加・墓参りなどもある。なお、家族介護力も低下しているため、きわめて個人的な外出となる一時帰宅や墓参りなどは、それを容易に実現できるよう希望に応じて職員が送迎している。そして、急な外出希望にも職員が融通し合って対応するようにしている。また、他の利用者への影響がない範囲で、施設での暮らしは原則自由としているため、居室で好きなものを調理して食べる利用者や、晩酌を楽しむ利用者もいる。

**居室や食堂などの安全性と快適性の確保に向けた取り組みがある**  
 利用者の居室はトイレ・洗面所も整備された全室個室であるため家族と職員で話し合い、利用者の馴染みの家具やこだわりのあるものを持ち込んでその人らしい雰囲気を作り、落ち着ける空間になるよう配慮している。肉親との関係が疎遠になっている利用者もいるため、経営層は更に雰囲気作りにも工夫を要する居室があると考えている。各居室の清掃は専門業者が定期清掃しているが、職員も汚れに気づいたらその都度清掃できるよう簡単な清掃用具を各居室に備えているものの、その実施状況が不十分と経営層は課題視している。

<b>評価項目9</b> 施設と家族との交流・連携を図っている			評点( <b>A</b> )
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている	○非該当	
●あり ○なし	2. 家族が参加できる施設の行事を実施している	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用者の日常の様子や施設の現況を定期的に家族に知らせている	○非該当	
<b>【A+の取り組み】</b>			○あり ●なし

評価項目9の講評

自宅への一時帰宅などへに積極的に取り組んでいる

健康上に問題がなければ、家族との外出や外泊などを積極的に進め、それを可能にするために送迎などの支援もしている。また面会時間にも制限がない。これらの取り組みは施設入所後も利用者と家族、更には住み慣れた地域との関係を継続させる取り組みとしてその姿勢を評価したい。家族参加を呼びかける施設行事は年間計画を立てて、出来るだけ早くその開催日時を周知し、家族が参加しやすいように配慮している。

家族懇談会の開催を計画している

本施設は平成18年に「よなご幸朋苑」から分離・設立した施設のため、家族会は「よなご幸朋苑」と合同開催で運営してきた。本年9月、本施設として初めて独自の「家族懇談会」を施設行事の「敬老会」に合わせた開催を企画している。経営層は、生活支援計画書作成時に家族の意向を確認するカンファレンスを開催するなど、各家族と施設の連携は図ってきたが、今後は家族同士の意見交換・交流の場ともなる家族懇談会の運営に力を注ぎたいと考えている。「家族懇談会」から施設運営に対して建設的な意見が提案されることを大いに期待する。

利用者の状況を定期的に家族に伝える体制がある

家族が面会に訪れた際には居室に限らず、利用者が落ち着ける場所や家族がくつろげるスペースを提供、職員はお茶を出すなどの配慮もしながら、利用者の日常の様子なども伝えるようにしている。また、毎月発行の広報誌「こうほう」発送時に、「ユニットからのお便り」「医務だより」を同封するなど、利用者の日常の様子とユニットの1か月間を知らせる工夫をしている。

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( A )

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
●あり ○なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

評価項目10の講評

地域情報の把握と地域交流への取り組みがある

地域の公民館だより・市報・小学校だより等を掲示している。また公民館だよりで把握した地域の行事なども職員同伴で利用者の外出の機会にしている。これは、地域の公民館などに主任介護士などが積極的に向き、施設をPRする地道な活動が土台になっている。また、保育園・小学校との交流会の開催や、卒園式への利用者の出席なども実現させている。開設3年余の期間での、これらの取り組みを高く評価したい。

地域の一員として暮らすための取組みがある

入居前に行っていた美容院へ定期的に行くことや、スーパーマーケットへの買い物、出前を取ることは、それらが可能な利用者に対しては日常的に行っている。ボランティアで来苑しているピアノ講師のリサイタルにも出向いた。経営層としては、このような特別の日だけでなく、地域の老人会にも利用者を入会させ、可能な範囲で会の活動に参加する機会を作りたいと考え働きかけたが、時期尚早との回答だったという。会議室の地域開放や救命救急教室の開催なども実施していることから、関係の進展も期待できるものとする。

## 【 総 評 】

きんかい幸崩苑 総評

〈とくに優れている点〉

### 1. 職員参加による組織運営

本施設は、法人が経営する従来型特別養護老人ホームの個室化のため分苑し、平成18年5月開設、定員36人全室個室、4ユニットで構成されている。

開設当初から、なじみの関係を築きやすい小規模施設の特性を生かし、居心地の良さと利用者意向の尊重を方針としたサービスに取り組んでいる。また新規開設ではあるが、職員は前施設からの異動であり、28人(常勤22、非常勤6)で、直接業務はほぼ常勤で取り組んでおり、意思疎通や情報共有のしやすさがある。

このような条件を活かし、職員参加を重視した組織運営の取り組みとして、施設運営を検討する「リーダー会」はユニットリーダーが参加し、直接ユニット内の課題や活動を報告・検討・共有する場としている。さらにユニット内の年間・月間目標やケアプランの検討、業務改善などユニットの活動に関する課題を検討する「ユニット会(チーム会)」がある。また、医務・看護師、相談、事務など各部門との連携の良さは、サービスの改善に向かわせている。このような意思決定の機会が職員参加により機能していることは、職員自己評価にも表れ、意見として、「すべての職員の意向を聞いて決定している・ユニットの意向を尊重している」などが挙げられている。このような取り組みが定着している背景として、法人が求めている職員像‘感性、思いやりのある職員・やってみようとする姿勢・向上心、探究心のある職員’を施設長(介護課長兼務)がしっかりと受け止め、職員育成の方針としていることの成果であろう。

### 2. 地域貢献、地域との連携を課題とした積極的な取り組みがある

開設当初から、地域に役立つ、活用される施設を方針とし、介護主任をその担当者・窓口として、年度計画に具体的な取り組みを明記し積極的に取り組んでいる。施設の会議室を土・日も含め開放し、子供たちの学習の場として活用されている。また、職員対象の救急法の講習会の地域住民への開放、地域の清掃活動への参加などもある。現在地域の自治会に参加しており、今後は住民ボランティアの積極的な活用などの取り組みをしたいとしている。法人の理念は、‘地域に開かれた・地域に愛される・地域に信頼される’と地域を強く意識した内容であり、継続した取り組みを期待する。

### 3. 利用者の個別性を重視し、家族と連携しながら暮らしの場にする施設の姿勢

全室個室の環境を生かし、居室を利用者本人らしいしつらえにする工夫を家族と共に行っている。更に、生活習慣や嗜好等を守る支援がなされており、



時には居室で好物のインスタントラーメンを作って食べている利用者もいる。利用者面接の折、ある家族は「日中は居室よりリビングで過ごすのを好み、しかも本人だけの特別の場所がありそこで落ち着けている、そんな配慮に感謝している」と話している。施設としても家族が面会に訪れた際には居室に限らず、利用者と家族が落ち着けるスペースを提供することを重要視している。その様な運営姿勢を反映し、職員自己評価・利用者調査共に施設と家族の関係について高い評価をしている。全室個室という環境を生かしながら、利用者それぞれが落ち着ける環境づくりに配慮する姿勢を評価したい。

#### 4. 看護師を中心とする利用者情報共有化の仕組み

小規模施設の利点を生かし、職員は全利用者の現況を把握した後に勤務する仕組みがある。具体的には、看護師が午後4時に各ユニットを巡回して状態観察を要する利用者を把握し、それを共有ノートに記録、勤務に就く職員は現場に入る前に必ずこのノートに目を通す仕組みである。これにより職員はユニットを越えた利用者情報の共有が図れている点を評価したい。

#### 5. 専門職との連携が図れている

同一法人が運営するリハビリテーション専門病院が隣接しており、リハビリテーションの専門職と、緊密な連携をはかり利用者に対応している。具体的には、利用者の日常支援に必要な嚥下力や福祉用具等のアセスメントの実施、理学療法士・作業療法士・言語療法士と連携し生活の中に生かす視点で利用者それぞれの訓練プログラムを作成し評価する等である。同一法人で隣接と言う条件を十分生かした取り組みを評価したい。

##### <改善点>

#### 1. 小規模施設の実態による課題を明確にするための取り組み

今回の評価では、組織マネジメント分野の改善点として、特に強調する内容は認め難い。そこで、経営管理者層と職員の自己評価から、小規模施設の実態から生ずる可能性のある改善点をあげてみたい。

- ① 職員の意見を取り入れてもらえる一方、少人数職場であり、職員同士で気になったことがあっても、注意することが躊躇され、切磋琢磨の機会を失っているのではないか。
- ② 研修は充実しているが、参加者のみの知識にとどまり、全職員に水平展開することが少ない。
- ③ ユニットリーダーにかかる負担が大きい。
- ④ 地域に向けた取り組み、ボランティアの受け入れなどの体制整備が不十分である。
- ⑤ 個人情報保護の認識の甘さがある。施設としての管理体制、日々の記録物の保管方法などが不適切である。

以上は、小規模施設に特化した問題とは必ずしも言えない内容であるが、職員の活動やその評価が見えやすい職場状況であることに鑑み、多くの課題に職員がより一層参加する機会を作り、評価する機会を工夫することなどが一つの対策であると思われる。

## 2. 食事についての全般的見直しの必要性

食事は隣接する医療機関で調理している。そのため本施設のみで改善に取り組むことには困難もある。しかしながら、食事に関する職員の自己評価は全サービス項目の中で最も厳しいものになっており、経営層も同様の認識をしている。利用者調査においても食事に関する質問には、他の項目と比較して厳しい評価になっている。そのため、本施設独自で可能な改善部分を検討し、出来るところから始める必要があると考える。例えば、調理器具も整備されて十分なスペースがある食堂は、食事を取るだけの場所になっているような感じを訪問時に受けた。この環境を利用して、味噌汁や副菜の一部を利用者と作るなどの試みなどはどうであろうか？是非とも具体的な取り組みを期待したい。

## 3. その他

サービス分野において特に改善点を強調する内容は、食事以外では特に見当たらない。そこで、経営層と職員の自己評価から、気になる評点の部分を挙げてみることにしたい。

- ① 専門職との連携によるリハビリテーションへの取り組みがある一方で、経営層・リーダー層・一般層共に他の評価項目と比較すると評点が低い。特に経営層・リーダー層の評点が総て「B」であるところが気になった。
- ② 事業所業務の標準化については、特にリーダー層の評点（3項目共にAは25%）が気になるところであった。