

平成 24 年度
福祉サービス第三者評価 報告書

社会福祉法人こうほうえん
サービス付き高齢者向け住宅
「アザレアコートこうほうえん」

2013 年 6 月 15 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
実施概要	1
I 組織マネジメント項目	3
II サービス提供のプロセス項目	13
III サービスの実施項目	19
総評	24

(添付資料)

◆利用者調査 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事前説明 平成 24 年 10 月 22 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①経営層自己評価 平成 24 年 11 月 30 日～12 月 22 日
 - ②利用者調査 平成 25 年 1 月 13 日～1 月 15 日
 - ③事業所訪問調査 平成 25 年 1 月 15 日～1 月 16 日

2. 評価の実施方法

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 聞き取り調査
- (2) 調査対象者数 利用者 51 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子（組織マネジメント項目担当）
鳥海 房枝（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）
小原 十紀子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）

5. 評価決定合議日

平成 25 年 3 月 29 日

6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子
- (2) 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
- (3) 連絡先
NPO 法人メイアイヘルプユー事務局
〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401
電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1~5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○○●)	
	評価	標準項目
	●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 <input type="radio"/> 非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	○あり ●なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) <input type="radio"/> 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(○○)	
	評価	標準項目
	●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 <input type="radio"/> 非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している <input type="radio"/> 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○●)	
	評価	標準項目
	○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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 非該当

カテゴリー1の講評

理念等に関し職員への周知は高いが、利用者へは、更なる取り組みを期待する

本事業所は平成17年、「高齢者向け優良賃貸住宅」として事業を開始、平成23年10月、制度変更により「サービス付き高齢者向け住宅」として登録している。職員としての行動基準を理事長が小冊子「互恵互助」に表し全職員に配付、また法人の理念と年度のスローガンは毎日唱和している。利用者への周知は、入居契約時に説明、また年度末に活動内容と方針を「総会」で説明しているが、利用者調査では、理念などを聞いたことがあると回答した人は41.2%である。利用者のコメントから本法人に対する信頼はうかがえるが、更なる取り組みを期待する。

職務分掌はあるが、職員の役割について改めて利用者視点での取り組みを期待する

本事業所は登録(定員74人)、また特定施設入居者生活介護(定員40人)を併設している。職員は4人であり、施設長と係長、事務員は兼務、専任は生活相談員である。このうち事務職員を除く3人の業務は分掌化されている。職員は事務室におり、随時に話し合う機会を持ち、お互いの役割を執行している。一方、利用者調査では、退職した事務員が営繕係的な役割などで丁寧な対応をしており、信頼を集めている事実がある。施設長を含む職員全員の役割等を職員間だけでなく、利用者の視点で分かるように明示し、周知することを期待する。

本事業所内における意思決定の場の必要性を認識している

重要な案件とその意思決定の場・手順については、法人として明確化している。本事業所では、本部・エリアで実施される会議には、施設長が参加し、随時職員に伝達している。一方、本事業所内で課題等について検討する場の設定はなく、随時に対応してきた経過がある。併設する特定施設入居者生活介護については組織的な取り組みはできているが、本事業所に関してはその弱さを認識し、検討の場の必要性・組織的な取り組みの必要性を認識している。利用者に対しては、総会の実施、議事録の掲示、その他重要事項は随時に掲示、また個人配付で知らせている。

カテゴリ2		
2	経営における社会的責任	
サブカテゴリ1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(●●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

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「互惠互助」、職員倫理綱領・就業規則に明示している。職員が利用者を支援する場合に人間として守るべき態度や言動、及び入居者が職員に対して守っていただきたい事を、「お約束とお願い」として言語化して利用者に配付、また掲示している。また、法人として人権や倫理、プライバシーや接遇に関する研修会を毎月開催、本事業所からは、昨年は年4回の参加である。参加した際は、資料を供覧し、日々の実践につなげることとしている。

外部の目を活用し、事業の透明性を意識した取り組みがある

事業の透明性の確保として、第三者評価を法人として実施する方針で取り組んでいる。また法人独自のオンブズマン(5人)である「ふれあいの橋の会」が年1回、1時間程度、本事業所を訪問し、利用者と懇談する機会を持っている。その後感想・気になった点などについてフィードバックがあり、改善の参考にしている。地域や関係者への活動の紹介・情報発信として、広報誌は法人が主催する委員会で企画し、各エリア毎に毎月発行し、本事業所の活動も紹介されている。広報誌の配付は、利用者全員、行政、自治会、民生委員などである。

地域貢献活動と共に地域の関係機関との連携について積極性が求められる

地域還元・貢献は法人の基本方針であり、中・長期計画でも取り上げ、エリアごとの取り組みがある。本事業所独自の取り組みは、事業所・建物の前の道路、用水路のゴミ拾いがある。利用者を誘い年4回取り組んでいる。また、一階にあるレストランの利用やここで開催する講演会や音楽会は、地域の住民も参加できる内容であり、地域住民の本事業所への理解が進んでいる。一方、関係機関とのネットワークは、相談員が関係する団体に所属し、情報を得ているなどに留まる。本事業所の特性から連携すべき関係機関をリストアップし、積極的な連携が求められる。

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(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している		評点(〇●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ3の講評		
<p>苦情解決制度は周知されているが、苦情解決については更なる取り組みを期待する</p> <p>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、利用者の意向の把握に努めている。苦情受付窓口を重要事項説明書に掲載、また施設内に掲示している。ご意見箱の設置、ふれあいの橋の会の訪問、法人直通のフリーダイヤル等もある。入居時は意識的に声かけ・訪問をするようにしている。利用者から苦情を言われた際は、職員で検討、対応策を本人に伝えている。利用者調査では苦情解決制度については周知できているが、苦情や意見への対応については、「どちらともいえない」52.9%、「いいえ」9.8%であり、更なる工夫を期待する。</p> <p>法人の取組として「利用者アンケート」を実施、今後は本事業所独自の取組を期待する</p> <p>利用者意向の把握として、法人が年1回「利用者アンケート」を実施、その結果を広報誌に掲載している。本事業所に関するアンケート結果は利用者に配付し、「総会」で説明、質疑応答の機会とし改善に取り組んでいる。また委託先のレストランは入居者を対象に年1回総会を開催し、この時にレストランとして独自にアンケートを実施、改善に活かしている。更に利用者による役員会は年1回開催されているが、利用者調査では、気軽に相談できると回答した人は45.1%である。意向の表出・相談しやすい雰囲気づくりを課題とし積極的な取り組みを期待する。</p> <p>本事業所の今後の方向性等を見定めるための取り組みが不足している</p> <p>23年度の制度改正以来、本事業所と同様の機能を持つ住宅関連サービスが増加している。本事業所としても利用者数の見直しについて、経営改善・サービスの改善をしないと現状の維持が難しいと分析している。現状の取り組みは、法人からの情報等により外部環境を把握、また法人内ケアハウスの施設長による「ケアハウスステップアップ委員会」に参加し、他事業所からの情報提供及び共有を図っている。また、本事業所の課題などもその場で提供し、情報を共有している。本事業所の今後のあり方を検討する場・機会の充実が求められる。</p>		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(〇〇〇●)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
○あり ●なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを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

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

カテゴリ-4の講評

法人が指定する帳票:「部門別目標管理記録」を活用し、年間計画を策定している

法人として中・長期計画を定め、この方針を受けてエリア方針を定める。そしてエリアに属する各事業所(部門)の年間計画を策定している。部門は本事業所及び併設する特定施設入所者生活介護(定員40人、以下「特定施設」)であり、この2事業をひとまとめにして、様式「部門別目標管理記録」に記載している。改善すべき課題やそれを解決するための取り組みは、2つの事業所が持つ問題・課題の違いを明確にして記載している。

着実な成果を上げるためには、法人外の先進事例等を参考にすることが求められる

事業所の計画は、職員間の日々の話し合いで、意向を確認し、様式「部門別目標管理記録」に記載している。この様式には事業所の問題・課題、これを解決するための取り組み、確認方法と目標値、そして実施状況の評価と次期の改善点を記載する様式であり、具体的な内容を記載している。進捗状況は毎月のエリア調整会議で報告し、必要に応じ修正する仕組みである。計画推進にあたり、法人内他事業所の取り組みを参考にしているが、本事業所の特性を踏まえ、今後は法人外の先進事例・失敗事例などを参考にし、改善に取り組む事が求められる。

安全性の確保対策に努めているが、さらに本事業所の特性を踏まえた検討を期待する

安全対策として、災害・感染・事故・緊急時の対応のマニュアル化、リスクマネジメントに関する体制を定め、現場での取り組みを明確にしている。事故が起きた際は、現場を確認の上、要因分析をし「いろんなこと報告書」に記載しているが、本事業所の特性を踏まえた対策の充実が求められる。インフルエンザ対策として、スプレーによる手指消毒を推進し、また注意事項などを掲示している。夜間などの緊急時には、ナースコールが特定施設に通じ、対応する体制である。災害時は、大法人の強みを生かし、法人内で協力し合う体制がある。

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(○○○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(○●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-5の講評		
<p>本事業所の利用者の特性に対応できる人材の選択を課題としている 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。少数職場である本事業所は、職員配置はこれまでは人事異動で対応してきた。求める人材像は、本事業所の利用者のニーズは多様であり、対応する為には、気軽に何でも請け負える、そしておもてなし心が大切だとしている。サービス付き高齢者向け住宅の機能としての安全管理と相談機能、在宅サービスとの連携が課題である。この課題に対応できる職員に求められる能力について具体化し育成する体制が求められる。利用者調査では、営繕系の必要性が強く認められた。</p> <p>学習する組織風土を活かし、さらに本事業の特性に準じた研修等の検討を期待する 法人が大切にしている価値観の一つに「職員こそ大事」と表し、本部に教育研修部・専任者を配置、キャリアや経験年数などに対応した研修体系を構築し計画的に実施している。法人内研究発表会、海外研修など多様な機会を用意している。また「個人の目標管理シート」を活用し、上司が面接し希望等を確認している。本事業所は少数職場であるが、研修には勤務の中で参加できるように配慮している。学習する組織風土は認めるが、さらに本事業の特性に準じた研修やOJTなどについて、検討を期待する。</p> <p>本事業所におけるやる気と働きがいの向上を課題とし、積極的な検討を期待する 本事業所の業務に特化した手順や役割分担などは特段に文章化はしていない。しかし、少数職場であり常に相談や協力できる状況にある。法人では、長期にわたり人事考課制度を採用し、職員の評価・報酬と連動させた人材マネジメントを行っている。また職員のストレス対策として、メンタルヘルス研修会への全員参加、ストレス自己チェック・診断などがある。本事業所ではやる気の向上に影響することとして、お互いに褒め合う事を大切にしている。多様なニーズへの対応が期待される本事業所におけるモチベーションとは何かなど積極的な検討が求められる。</p>		

カテゴリ7		
7	情報の保護・共有	
サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 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(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している	<input type="radio"/> 非該当
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(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ7の講評		
<p>職員個別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</p> <p>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、重要な情報は職員別にパスワードがあり、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。情報管理については法人本部のIT委員会で検討している。情報の更新は、IT委員会による更新ルール設定により担当者が実施、またISO管理による情報更新をしている。</p> <p>個人情報保護については規程を策定し、研修などにより周知している</p> <p>個人情報保護法の趣旨を踏まえ「個人情報保護規程」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。ボランティア、実習生へは個人情報保護について説明し、誓約書を取っている。現任職員は、法人内研修やエリア内研修に参加、また年2回の人事考課面接の場による確認をしている。</p>		

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(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ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」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリ2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ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」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリ3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ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」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

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

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している

・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の問い合わせや見学の見学希望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>施設の情報は県のホームページ、専門雑誌、関係機関などに広報している</p> <p>他府県からの入居希望者もいるため、施設情報は県のホームページや専門雑誌などに掲載する等広く広報している。また、2か所の近隣病院の地域連携室、市内の居宅介護支援事業所などにもパンフレットを置いており、事業所情報を得やすい状況である。独自のパンフレットは、申し込みから入居までの流れ、居室や共有スペース等を写真で紹介、さらに入居希望者から寄せられる主な質問を、Q&Aの形でわかり易く載せるなどの工夫が見られる。なお、Q&Aの内容については見直したいとしている。</p> <p>問い合わせや見学希望には個別事情に配慮して柔軟に対応している</p> <p>県外など遠方からの問い合わせには、施設パンフレットに重要事項説明書を添えて郵送している。見学希望者には職員が勤務変更するなどして、希望時間に可能な限り合わせるようにしている。見学希望者来所時は1時間程度の時間をかけて、入居後の生活がイメージできるように説明している。特に利用料金については詳細に伝えるようにしている。見学者からは利用料金に加え、先々のこと、例えば、ここで逝くことができるのかといった質問までされることも少なくなく、それらについても対応できる内容を伝え、安心して入居の決断ができるようにしている。</p>		
	サブカテゴリ2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

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(○○●●)
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
サブカテゴリー2の講評			
<p>契約内容やサービス内容を納得して決定した入居者は8割を超える 入居時に重要事項説明書を用いて、施設における基本的ルールや利用料金などについて説明し同意を得ている。入居者65名のうち面接に協力を得られた51名中43名(84.3%)が契約・サービス内容を納得して入居を決定したと回答している。また、サービス内容やルールなどの説明のわかりやすさについては31名(60.8%)が肯定的回答をし、「どちらともいえない」の回答者12名のうちの多くは、「親族任せだったが不都合はない」や「ずいぶん前のことで覚えていない」等とコメントしている。</p> <p>個別情報は入居日までに把握・記録している 入居者台帳は入居申し込みを受けつけた時点で作成し、入居日当日に必要な事項を記入して完成させる。この記入にあたり、介護保険サービスをすでに利用している入居希望者については、担当ケアマネジャーから情報提供を受ける例もある。入居日には施設での生活に支障が無いよう、入居時説明書を渡すとともに、共用となる風呂・洗濯場など館内を改めて案内している。また、他の利用者には夕食時にダイニングで本人を紹介している。入居直後は電話や居室訪問などにより意識的に職員から声を掛けるようにしている。</p> <p>利用前の個別生活情報の把握とその活用について検討・充実を期待する 入居時の身体機能は比較的高く、入居者それぞれに必要なとされる支援は見えにくい。新しい環境の中で新たな人間関係を築き、暮らしを再構築するための支援が求められる。そのためには入居者のこれまでの生活背景や生活習慣などを知ることが必要になる。アセスメントの検討と相談機能の強化を期待する。サービス終了は退所時であるが、その際に支援の継続を踏まえた対応は標準化していない。なお昨年度の退所者4名の内の1名はグループホームに転居、この利用者の場合はグループホームへの転居の必要性について、家族・ケアマネジャーと話し合った。</p>			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	1/2
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()・非該当3
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

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支援計画を作成している

評点()・非該当4

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

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()・非該当2

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

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(○●)

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

サブカテゴリ3の講評

必要な情報と共有すべき情報を明確化する事、さらに共有化の取り組みが課題である
介護保険サービス利用中の入居者は、今回利用者調査で面接した入居者のうち18人(35.3%)である。これらの入居者について担当ケアマネジャーが作成しているケアプランを、情報として得ることは標準化されていない。今後は、ケアプラン情報を得るプロセスを明確にし、入居者の個人ファイルにこの情報も保管する事、更に入居者からの相談記録なども個人ファイルに保管する等、情報を一元化し、職員間の共有化を図ることが課題である。併せて相談機能の充実を期待する。

利用者の変化等について、関係者から報告があり対応している
職員は1日1回、何らかの形で利用者の安否確認をしている。日頃の状態との比較から、利用者の体調変化に気づくのは、食事時に会うレストランスタッフやホームヘルパー・担当ケアマネジャーなどであり、変化時は報告がある。例えば、レストランスタッフは、移動動作や摂食状態(特に嚥下のスピード)の変化、失禁などに気づきやすいとしている。利用者の変化とこれらの情報は職員に報告され、介護日誌と個人記録に記載し職員間で共有している。必要に応じて利用者面接をして、サービス利用を勧めるなどの取り組みがある。

サブカテゴリ5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

7/7

評価項目1

利用者のプライバシー保護を徹底している

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ5の講評

利用者に関する情報についての扱いは、利用目的とその範囲を示し同意を得ている

入居契約時に個人情報の利用目的と、情報の範囲・具体的な提供先等を文書で示し同意を得ている。利用者への郵便物は暗証番号付の個人郵便ポストを、フロアの玄関先に備え活用している。職員が居室を訪問する際も、電話で訪れることへの了解を事前に取り、或いはドアをノックするなど徹底している。相談・対応時は入居者の羞恥心・プライドへ配慮、即ち入居者本人が大切にしている事、他人に知られたくないこと等を理解して対応している。

利用者に対する不適切な対応の改善に「いろんなこと報告書」を活用している

入居者の身体自立度は比較的高く、職員が生活支援を直接行うことは少ない。そのため利用者それぞれの考え方で暮らせるよう側面的に支援している。利用者に対する不適切な対応については、利用者からのクレームも含めて、「いろんなこと報告書」に記録し、職員間で共有して対応を検討している。相談員による相談日を月1回設けているが、利用者調査の結果からは、更にそれを充実させる必要があることが窺える。利用者の虐待被害への対応は、通報義務まで含めた具体的内容を学習会を開催して職員は学んでいる。

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/12

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(●●●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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等に沿っているかどうかを点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(●●●)

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

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(○○○○●)

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

サブカテゴリー6の講評

サービス・支援の透明性の視点からも手順書・マニュアル等の整備が課題である

法人として本建物内に併設の特定施設はISO認定時の対象としているが、本住宅サービスは除外している。そのため、緊急時に使われる、安全・感染症・防災についてのマニュアルは、必要時には法人が規定しているものを使用しているが、日常的な業務に必要と考えられる手順書等は整備不十分な状態にある。この理由としてスタッフの人数が少なく、しかも本事業所開設時から担当している経験豊かな職員がいること等が影響し、手順書作成に取り組んでこなかったと思われる。しかし、サービス・支援の透明性の確保の視点からも取り組みが求められる。

本事業所として必要と考えられる独自の手順書などの検討を期待する

本事業所の特性を踏まえた業務手順書の整備が必要と考える。それらは、例えば、見学・相談時の対応では、遠隔地からの問い合わせなどもあるのが本事業所の特徴でもある。また、相談機能の取り組み、巡回時の点検場所とその内容、利用者調査で「困りごと・要望」として寄せられた居室や共用箇所の営繕的な支援などは、手順書として標準化する事が求められる。利用者の暮らしを側面から支えるために何が必要なのかを、改めて検討し、その整備に早急に着手されることを期待する。

安全性に配慮した取り組みの充実に努めている

職員体制は4人と少人数で経験豊かな職員で構成され、これまで知識や技術を学ぶ機会などを改めて設けていなかった。今後は4人の職員が全員参加する会議を月1回定例開催し、様々な話し合いの場としたいとしている。「サ高住」の職員として必要な知識は何かを整理し、計画的に取り組まれることを期待したい。安全性→転倒・骨折等、事故予防の視点から居住環境の点検、及び快適性と清掃・衛生保持を合わせ、月1回居室を訪れることについて説明、取り組みを開始している。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	29 / 31
<p>1 評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(○)・非該当3</p>			
評価	標準項目		
○あり ○なし	1. 個別支援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	
評価項目1の講評			
<p>併設施設の職員との連携に加え、ケアマネジャーなど関係者との連携強化を目指している</p> <p>本事業所である「サ高住」の職員4名中生活相談員を除き、併設している特定施設との兼務である。日中の利用者対応は4名の職員で対応しているが、夜間帯の利用者からのコールには、特定施設の夜勤者が対応する体制である。入居者名簿及び利用者の個人記録はこの特定施設に置き、情報の把握が容易にできるようにしている。また、介護保険制度でのサービス利用者については、ホームヘルパーやプラン変更時等にケアマネジャーから連絡・情報が入る。今後は、更に担当者会議に参加するなど、連携強化に取り組みたいとしている。</p>			
<p>2 評価項目2 食事は、利用者の状態や要望を反映したサービスを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(○○○○●)</p>			
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支援(見守り・声かけを含む)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	

評価項目2の講評

現状は自立度の高い入居者が多いが、今後は常食以外の食形態に応じる意向がある

利用者調査で1日1回以上自分で調理しているかを尋ねた結果、調理をしない利用者は15人(29.4%)である。そのうち3食をレストラン(夕食はフロアのダイニング)利用している利用者は8人、その他の利用者はレストラン食と調理済みの品の購入である。自立度が比較的高い利用者が自炊しているが、今後おかゆ、きざみ食など特別な食形態が必要になった場合は、対応するとしている。レストランは食事を出前代金で居室に配達している。昼食をレストランで摂る利用者については、午後2時に欠食の連絡が入る体制で、安否確認の手段にもなっている。

レストラン会議を開催し利用者の意向を聞いているが、更なる取り組みを期待する

利用者の意向を献立に反映させるため、入居者を対象にレストラン会議を開催している。そしてレストランの朝・昼食メニューは和・洋食の選択が可能になっている。しかし利用者調査の結果は、レストランでの食事に「飽きた」「量が多い」「昼は良いが夕食は不味い」等の声が複数人からあるなど、レストランの食事に対する評価は決して高くない。また、フロアラウンジで摂る夕食についても、「早くかたづけたようなスタッフの動きを感じる」といった声もある。食事に関する嗜好は個人差が大きい事を受け止め、更なる取り組みを期待する。

利用者の食生活をサポートする体制の再検討を望む

事業者は「サ高住」利用者に対して食事を提供する義務はない。その意味では併設レストランの利用も、あくまで利用者自身の選択ではある。レストランのメニューに対して、「面会者とたまに食べるのには良い」という声が多い。つまり日常の食事としてではなく、非日常の食事が建物の1階で摂れるという利便性である。多くの利用者は自室キッチンで半加工の食材を購入して調理している。このような利用者の自立的生活を支援する取り組みを期待する。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(000)・非該当1

評価	標準項目	
○あり ○なし	1. 利用者の状態や希望に応じた入浴方法や支援(声かけを含む)を行っている	●非該当
●あり ○なし	2. 入浴で直接介助が必要になった利用者には訪問介護員等の援助が受けられるよう支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 入浴できる曜日や時間など利用者にわかりやすいように明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○非該当

評価項目3の講評

機能低下などで入浴介助を要する状態になった時は、サービスを紹介している

利用者の機能低下は、レストランスタッフや家事援助サービス提供のホームヘルパーなどから情報を得ている。情報を把握した職員は、利用者に面接し、サービス利用の必要性とその手続きなどを説明しサービス利用が出来るように支援している。入居時に入浴時間や利用方法などを説明しているとのことであるが、利用者面接では、「使用中」の札がかかっており、何度も往復しやっと入浴ができた。待つのが嫌なので風呂に入っていない等の声も聞かれた。入居者の入浴状態を把握し、改善に向けた取り組みが求められる。

職員と専門業者が分担して脱衣室と浴室清掃を毎日行っている

共用スペースの清掃は専門業者が1日1回行っており、この範囲に脱衣室が含まれている。浴室清掃は職員が午前11時までに終え、湯をはり利用者の入浴に備えている。入浴についての利用者の意見は様々で、「綺麗でゆったり気兼ねせずに入れている」という意見のある一方で、「浴槽壁を跨げないのでシャワーのみ」「掴まる場所がなく怖い」という意見もある。また、「浴槽のお湯の汚れが気になる」という意見も複数人から寄せられている。共用風呂であるが故の意見ではあるが、安全性の視点も含め、改善に向けた検討が求められる。

4 評価項目4 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている			評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	2. 精神的なケアが必要な利用者に対して支援の体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	3. 日常生活上で介護予防につながるような働きかけや工夫をしている		○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
評価項目4の講評			
<p>利用者の健康管理や介護予防などに向けた支援体制を整えている 骨密度測定を年3回実施、ポスターなどで利用者に周知し、30～35名程度が受けている。また、介護予防に向けた「ゴーゴー体操」を週1回パワーリハビリ室で開催、この時血圧測定も行っているが参加者は1～5名に留まっており、プログラムの適切性について再検討が求められる。一方、利用者調査で、健康維持のために個人で取り組んでいる事の有無を尋ねた結果、「有」の回答者が47名(92.2%)で、健康への関心の高さがうかがえる。また、これらの回答者は毎日自分なりにプログラムを作り継続的に取り組んでいる。</p> <p>相談日を設け利用されているが、相談機能の更なる充実を期待する 月1回、相談員が対応する「なんでも相談日」を設け、毎回1～2名程度が利用している。利用者調査で「気軽に相談できるか」の問いへの肯定的回答者は23名(45.1%)である。そして、相談しても対応に限界がある、家族にまず相談する等の声がある一方で、事務所は関係のない職員が多いので声を掛けにくいといった意見もあった。不安な事や相談したい事があると答えた入居者は20名(39.2%)である。「サ高住」の特徴を踏まえ、様々な角度から検討した相談機能・体制の充実を期待する。</p> <p>夜間や緊急時等入居者の体調変化に対応する体制を整えている 体調変化に速やかに対応するため、居室のベッド周囲とトイレにナースコールを設置している。夜間帯のコールは特定施設の夜勤者が対応する体制である。また1日1回は訪室や電話など、何らかの形で職員は利用者の安否確認をしている。協力医として内科医の往診があり、休日の対応も可能になっている。歯科治療は歯科医の特定施設への往診体制があり、その時を活用している。緊急時の搬送先として病院を2か所確保している。医療機関から往診を受けている利用者については、体調不良時等には情報提供している。</p>			
5 評価項目5 日常生活では、利用者の状態や意思を反映した支援を行っている(食事・入浴以外)			評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じて、身の回りのことができないときには支援する体制がある		○非該当
●あり ○なし	2. 掃除や更衣など身の回りのことを自分で行うのが難しくなった利用者には外部サービスの利用ができるよう支援の体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	3. 区市町村・福祉事務所等と連絡をとり、必要に応じ利用者への情報提供・手続き等の援助を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者同士の人間関係を良好に保つ工夫をしている		○非該当

評価項目5の講評

入居時に介護サービス一覧表を手渡し説明、また必要時に支援をしている

入居時に日常生活を支えるサービスを網羅した「介護サービス一覧表」を渡し、説明している。一時的な支援で終える場合は、職員が対応するが、身体機能の低下などにより暮らしに継続的サービスが必要になった場合は、外部サービスの利用を勧めている。サービス活用の時期は、介護保険の「要支援」状態にあることを様々な状態から判断し、ケアマネジャーを紹介する。その後、サービス提供事業者や担当ケアマネジャーなどと連携し、支援している。

入居者の状態に応じ、各種手続きの代行も相談員が対応している

介護保険の申請や入居継続に必要な証明書取得などの行政への手続きは、原則として入居者(家族)が行うとしているが、個別の事情により、それが困難な場合は職員が代行している。利用者同士の関係を良好に保つために、誕生会(年4回)や茶話会等の行事を企画開催している。行事参加者は誕生会には35名程度が参加し、レストランで行う音楽会等の行事参加者は60名程度である。また、他の利用者に対する苦情は、なんでも相談日を活用することを勧め、当事者同士で話し合わないで済むよう配慮している。

6 評価項目6

利用者の生活が健康で明るくなるよう、施設の生活に工夫をしている

評点(○○○○●)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○非該当
○あり ●なし	2. 施設内で利用者一人ひとりに応じた役割や生きがいを見出せるよう支援している	○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. 食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○非該当

評価項目6の講評

利用者が楽しめる行事や介護予防プログラムを企画している

誕生会、茶話会等の行事の他、脳トレ教室には12~18名、骨密度・血圧測定及びコンサート・歌う会には35名程度が参加し、介護予防も兼ねるプログラムを楽しんでいる。入所者一人ひとりが生きがいを見出せるような支援は行っていない。「サ高住」は住宅であり、個人の暮らし方を最大限尊重することを原則とし、あえて施設内での役割や生き甲斐を見出せるような支援には取り組むことを方針としていない。

利用者調査では、ここは自由で落ち着ける生活であるとする回答率が高い

利用者調査では、「ここでの暮らしは自由である」に92.2%、「ここは落ち着ける」の問いに82.4%が「はい」と回答するなど、肯定率は高い。自立度の高い利用者もいるため、活動の場として地域を視野に入れ、例えば得意技や経験を活かせる場所など、利用者の生活空間を広げる働きかけも期待する。各フロアの団欒スペースやラウンジの装飾は、落ち着ける設えである。玄関わきにある花屋、美容室は利用者の利便性を図っている。共同生活の場としての日常生活上の規律を「入居者の心得」として文書にして入居時に渡して確認している。

共用スペースの清掃に努めている／一方協同使用の風呂や洗濯機等については問題がある

共用スペースは毎日専門業者が清掃している。また、汚れに気づいた職員が随時清掃できるよう用具も備えている。利用者調査では、ラウンジや廊下、団欒スペースなどの共用部分の清掃状態については概ね肯定的であった。一方、共同使用の風呂、洗濯機・乾燥機については、浴槽内のお湯の汚れや手すり設置状況、洗濯機の使い方や乾燥機はフィルター清掃が不十分等の意見が複数人からあった。安全性と快適性の視点から検討が必要である。

7 評価項目7 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族との接し方について本人や家族等の意思を確認している	○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. 緊急時に家族等と連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 家族からの相談に対応する体制を整えている	○非該当
評価項目7の講評		
<p>家族への連絡は緊急時を除き、入居者本人の意思を確認している 家族への連絡も基本的には個人情報同意書に基づく範囲で行っている。入居者それぞれの事情により、家族への連絡を希望しない利用者もおり、入居時に家族への連絡について意向を聞いている。また、家族に電話連絡等をする能力のある入居者が多く、ホームから直接家族に連絡することは緊急時を除き稀である。なお、本事業所から直接家族に連絡する必要が生じた時は、その都度、利用者に説明して了解を得るようにしている。</p> <p>家族も参加できる行事は事業所内に予定表を掲示している 家族も参加できる行事としては、アザレアコート全体でのレストランを会場にした音楽会等がある。これらの行事予定は事業所内に掲示し、個別案内は行わず、利用者から家族に知らせている。家族が訪れた時は、全室個室のため居室で過ごす家族もいる。ゆったり過ごせるよう談話室やサブダイニングなどのスペースも確保されている。また、家族の宿泊室もあり、遠方から面会に訪れる家族などに使われている。</p> <p>緊急時の家族連絡先は入居者台帳に記載し、対応している 入居者に緊急事態が発生した時の連絡先として、原則複数の親族連絡先を入居者台帳に記載している。緊急連絡先は入居契約時に決定している。家族からの相談は随時対応する体制で、相談は相談員や係長が対応している。相談内容としては、契約内容の確認や制度利用に関するものが多く、相談を受けた場合は職員で共有し、対応策を検討している。</p>		
8 評価項目8 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
●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

評価項目8の講評

市報を入居者全員に配付している

自立度の高い利用者自身から地域情報が提供されることもある。これらも含め把握した公民館行事や保育園行事などの地域情報は、案内文書やポスターなどで随時掲示している。また市報は利用者全員に配付している。利用者が本事業所内で職員以外の人と交流する機会としては、「ふれあいの橋の会」のメンバー5人の訪問(約1時間程度滞在し、ホーム内を巡る、入居者との話し合い)がある。また、保育園児の散歩コースになっており、園児との交流はしやすい環境である。

個人で外出が困難になっている利用者へ送迎支援をしている

選挙の期日前投票のための送迎支援や、利用者主体での外出行事を社会福祉協議会からバスを借り上げて実現させるなどしている。また、市の移動図書館が来るのでそれを楽しみにしている利用者もいる。利用者調査で外出の機会の有無を尋ねた結果は、50人(98.0%)が「有」と回答、外出も「自家用車・自転車・介護タクシー・徒歩」など、身体機能と外出距離により使い分けていた。なお「いいえ」と回答した1人は、外出先は3週間ごとの病院受診のみと回答している。

社会福祉法人こうほうえん
アザレアコートこうほうえん

2012 年度第三者評価総評

本事業所は平成 17 年、「高齢者向け優良賃貸住宅」として事業を開始、平成 23 年 10 月、制度変更により「サービス付き高齢者向け住宅」（以下「サ高住」）として登録し、事業を継続している。この制度変更後、本事業所近辺・米子市などでも「サ高住」の開設が続き、本事業所では、乱立状態にあるとみている。そして今後の見通しを、現在の利用者数を維持するためには、経営改善・サービス改善をしていかないと難しいと判断している。課題として、1) 利用者及び地域の信頼構築（質の向上） 2) 本事業所としての「売り」の構築 3) 介護支援事業所との連携を挙げている。そこで、この課題を意識し、第三者評価の結果・総評をまとめる。

I 聞き取り調査から特に改善点について提案する

1. 「サ高住」の利用者ニーズの特徴から、職員、特に事務担当者の役割を明確にし、対応する事が求められる。

3 人の常勤職員（評価当時は事務員が欠員）は、経験豊富であり、随時にコミュニケーションを取りながら事業を進めている。そして、今後は掲げた課題に対し、積極的・戦略的な取り組みをするために、定期的な検討の場を設けたいとしている。

一方、利用者調査・面接では、退職した事務員が営繕係的な役割を担い、そして丁寧な対応は利用者から厚い信頼を得ている。高齢者の住まいの管理で困る事の一つに営繕に関する問題があり、利用者は即時の対応を求めている。職務分掌では、事務員の業務は明確化されていない。利用者のニーズへ対応する視点から役割を明確にすること、そして施設長を含む職員全員の役割などを利

用者の視点でわかるように明示し、理解を得ることが求められる。

2. 業務の標準化への取り組みが必要である

現在は、開設当時から本事業を担当している経験豊富な職員などにより支援が進められている。また少人数であるがゆえに、話し合い、標準的な支援もしやすい環境である。事務員の退職があり、また今後の職員交替などを視野に入れ、これまで取り組んだ体制づくり、支援・活動などについて、文書化・標準化することが必要である。

3. 関係機関との連携の関する標準化の取り組みが求められる

今後は、介護保険サービスの利用者が増え、また重度化が予測される。併設している特定施設入居者生活介護や他施設への入所に止まらず、本事業所で最後まで往く・逝く支援をすることについても検討が必要である。利用者調査でも、その意向が示されている。そこでは、当然在宅サービス提供関係機関との連携が必要であり、今後はインフォーマルなサービスとの連携も課題となるであろう。

現在は、介護保険サービスを利用している入居者を訪問する事業所との連携は、どちらかという、事業所・相手からの要望があった時に対応している。今後を見通し、連携のシステムを明確にすることが求められる。その際には、本事業所としての方針と支援内容を明確にし、当然利用者から承諾を得ることが必要であり、この件に関する利用者意向の把握から開始することになるだろう。取り組みを期待する。

II 利用者調査の結果から

利用者調査の対象者は、入居者 65 人中、面接の承諾を得た 51 人である。調査項目は 55 項目、面接時間は約 60 分である。このうち、介護認定を受けている人は 20 人、そして現在介護保険サービスを利用している人は 18 人である。

評価の芳しくなかった項目から、改善が求められる点を抽出する

1. 利用者の意向・要望の把握の重要性

サービスの質の向上のために、利用者の意向・要望、そしてサービスに関する利用者からの評価を把握し、改善に取り組むことが基本である。本事業所の入居者状態は、現在入居している65人（定員74人）中、自立が34人であり、介護認定を受けている人の中では、要支援1が一番多く16人、続いて要支援2が8人である。すなわち、サービスに関して意思表示ができる人たちが入居しており、意向・要望を聞く事が可能な条件にあると言える。

本事業所では、利用者からサービスについて意向を把握する機会として、法人として年1回、全事業所共通の利用者アンケート調査を実施している。その結果を、利用者に配付し、利用者に運営内容などを説明する機会である「総会」で説明し、質疑応答の機会とし改善に取り組んでいる。また利用者からの苦情に対しては、職員間で検討し対応策を本人に伝えている。

一方、今回の利用者調査では、苦情解決制度の周知については94.1%が「はい」と回答しているが、苦情や意見への対応ができているとの回答は31.4%、「どちらともいえない」52.9%、「いいえ」9.8%である。また、気軽に不満や要望を言う事ができると回答した人は35.3%であり、「どちらともいえない」43.1%、「いいえ」11.8%である。この結果を見ると、必ずしも意向の把握や苦情などについて十分な対応状態にあるとは言い難い。苦情への真摯な対応や、日頃から職員とコミュニケーションを図る機会の豊富さなどが苦情・要望などを言い易い雰囲気を作ると思われる。この点については、現状でも意識しているが、本法人の価値観の一つに「苦情は財産」を明示している点からも今回の利用者調査の結果を踏まえ、具体的な取り組みを期待する。

2. 相談機能の充実

専任の相談員を配置し、月1回相談日を設けている。誰が相談員であるか知っているかの問いに、82.4%が「はい」と回答している。相談日には毎回1～2人程度が利用し、丁寧な相談をしている。今困っていること（不安なこと）や誰かに相談したいことがあるかとの問いには「はい（ある）」と回答した人は39.2%であり、その内容は、生き方や逝くための準備など将来に関する事から健

康面の不安、そして管理上の問題など多様である。そして相談できる職員はいるかの問いに対し、「はい」と回答した人は62.7%、相談したい時に気軽に相談できるかとの問いに、「はい」と回答した人は45.1%である。このような結果から相談機能の更なる充実が示唆され、利用者の不安や相談したいとする内容などから取り組むべき課題を読み取り相談機能の充実が求められる。少なくとも利用者が語っている管理上の問題については、至急の取り組みを期待する。

利用者面接で肯定的な回答「はい」の割合が8割を超えた項目を中心に報告する

1. 入居契約に関し、利用者自身が納得している状況である

入居は契約内容やサービス内容を納得して決めている利用者が84.3%を占め、それ以外の利用者も親族等が決めたと答えている。本事業所への入居、即ち転居は人間関係や生活習慣の変更が避けられず、特に高齢者にとって時にダメージになることもある。そのため、利用者本人が転居先の契約内容などをあらかじめ知っておくことや事前の見学は重要である。本事業所では、事前見学を勧め、見学と丁寧な説明をしている。さらに、パンフレットに掲載している「良くある質問 Q&A」を現状に合わせた内容に見直したいとしている。

2. 地域の生活情報を個人のメールボックスに投函、併せて掲示などして周知に努めている

入居後の生活情報の提供として、出張理容・販売の知らせには94.1%、施設からの広報には90.2%が肯定的回答をしている。身体機能の低下などにより自由に買い物外出等ができにくくなった利用者が、出張販売を待っている様子も窺えた。施設からの広報紙が月1回あり、メールボックスに入れられている事、掲示版への掲示もされていることを利用者はよく知っている。そして、「よく見ている」から「関係のあるところだけを読む」、「あまり読まないので無駄だと思う」まで感想は様々だが、大家・管理人として、住人に対し生活情報を届けようとする基本的で大切な取り組みである。

3. 職員の対応の良さ

職員の言動で気になることはない 88.2%、居室訪問の時の挨拶は 100%の実施、職員の対応でプライドが傷つくと思っただことがない 92.2%と、それぞれ肯定的回答をしている。職員の対応は良いとの結果であるが、一方、本評価では改善点として、苦情・意向への対応や相談機能を挙げさせてもらっている。ここからは職員の態度は良いが、気軽に不満や要望は言えない、結果も期待できないという一見矛盾した状態が見える。これについてはさらに要因を掘り下げた検討を要すると思われる。

4. 自立した暮らしぶりがうかがえる

利用者のここでの暮らしについて数項目尋ねている。その結果、居室及びトイレの清掃状態については 96.1%、浴室・脱衣室の清掃も 82.4%が肯定的回答をしている。また、自分で身だしなみを整えられるについても 96.1%が「はい」と回答し、個人での外出の機会も 50 人 (98.0%) が、「ある」と回答している。さらに、健康維持のために個人的に努めている事の有無では「あり」の回答率が 92.2%を占めている。なかでも居室のトイレを含む清掃は介護保険サービスや、家族が行うことも含めて満足のいく状態にあることが分かる。また、個人での外出先があり、健康維持のために個人的努力をしている利用者が大多数を占めている。健康への関心の高さを踏まえ、一律的な介護予防を目的とした運動に限らない健康に関する講座などの取り組みも推奨したい。

5. 自由な暮らしができている

本施設での暮らしの「自由さ」を尋ねたところ、92.2%が肯定的回答をしている。そのコメントも「車で外出し、家に帰ることも出来る」「自転車での外出など自由である」「毎日外出し食事も自由、夜型の暮らしができている」「外出の帰りが深夜でも、宿直者が鍵を開けてくれる」等々、利用者それぞれの暮らしぶりを彷彿させる内容である。また、本施設は「落ち着けるか」の問いに対しても 82.4%が「はい」と回答している。なお、「どちらともいえない」の回答者 8 名(15.7%)のコメントは、他の利用者との関係に起因するものが多い。さらに「いつまでもここで暮らしたいか」の問いに対しても 86.3%が「はい」と回答している。コメントは、「自由なので最後までいたい」「ここで逝けるのが望み」

から「ここにいるしかない」「行くところがない」「最後までいたい相談体制が弱い」まで様々である。「どちらともいえない」と回答した利用者のコメントにも同様の内容が見られる。なお1名が「いいえ」と回答し、そのコメントは「できれば家に帰りたい」である。

ただし、共同使用の浴室・風呂、洗濯機・乾燥機などの管理については、不十分さとの指摘が目立った。安全と清潔を目標に確実な管理が望まれる。