

## 福祉サービス第三者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 きんかい幸朋苑	種別：特別養護老人ホーム	
代表者：野坂 美保（施設長）	定員：30名	
所在地：鳥取県米子市錦海町3-5-15		
電 話：0859-23-6800	ホームページ： <a href="https://www.kohoen.jp/">https://www.kohoen.jp/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：2006（平成18）年4月1日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人 こうほうえん		
職員数	常勤職員：28名 非常勤職員：3名	
専門職員	介護福祉士：17名 介護福祉士：1名	
	社会福祉士：2名 社会福祉士：1名	
	看護師：3名	
	医師：1名	
施設・設備の概要	居室：1部屋当たり17.4㎡ 食堂 兼 デイルーム 浴室：4カ所（特浴1カ所、個浴3カ所）	

### ③ 理念・基本方針

#### <法人理念>

私たちは、地域に愛される 地域に信頼される こうほうえんを目指します

#### <法人基本方針>

私たちは サービス業のプロとして 自分が受けたい 保健・医療・福祉サービスの提供改善に努めます。

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 社会福祉法人こうほうえん「大切にしたい価値観」 互惠互助の考えに基づいたサービス提供
- ・ 小規模施設のため、利用者・家族また職員同士もコミュニケーションが取りやすい

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2024年10月 8日（契約日）～ 2025年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（2009年度）

#### ⑥ 講 評

##### ◇特に評価の高い点

##### 1. 入居者の終末期は、常勤医師と看護師の充実したバックアップにより、退居者のほぼ全数に看取りケアを実践している

施設内の生活における利用者の終末期への対応は、入居時にケア体制についての説明を行い、その時点で利用者および家族の意向を確認している。2023年度は、退去者20名のうち18名を施設内において看取っている。看取りケアの体制は、施設長、主任介護士、医師、主任看護師、主任相談員、管理栄養士で構成する「看取り委員会」で看取りの前段階にある利用者（要観察者）をピックアップして検討し、常勤医師の判断のもと、看取り対応へ移行している。

常勤医師は、利用者の状況を見ながら家族に対して利用者の看取り期の状況説明を医務室で行う。家族への説明の補強には看護師と相談員が当たり、看取りの経過中の不安等に対応している。週4日勤務する常勤医師は、利用者の経過を見守り、看護師は夜間オンコール体制で介護職員からの相談に対応するなどして看取りの経過を支えている。

ケアチームは、施設内の看取りへの意向を確認しながら利用者の日々の状態を把握し、家族に伝えている。また、家族の希望があれば付き添いも可能としている。

当事業所では、医師と看護師がフロアをラウンドし、細かな変化などの状況を確認して、介護職員とも情報共有しながら穏やかな看取りを見守るケアを行っている。常勤医師と看護師による日常的なバックアップ体制が、夜間勤務の介護福祉職にも、家族にとっても、安心感につながっている。

##### 2. 施設内および外部との連携による多様な専門職との協働のもとに、利用者の生活を維持するため、機能低下を予防する取り組みを行っている。

利用者の生活維持を図るための「機能低下を抑える予防的訓練」に対応するため、多様な専門職が協働し、ケアプランを作成している。実際にケアを提供するのは介護職であるが、その技術の指導や専門的な判断には、多職種が多様に関与している。

例えば、隣接するリハビリテーション病院に勤務する理学療法士、作業療法士が定期的に訪問し、利用者の日常生活の維持を図るための機能訓練について、サポートを行っている。理学療法士、作業療法士は、利用者の生活機能の維持を図り、機能低下を抑えるため、利用者の状態のアセスメントとケア方法の提示を行っている。

また、日頃の摂食・嚥下のケアには、常勤の管理栄養士とともに、リハビリテーション病院からは言語聴覚士が、系列の特別養護老人ホームからも歯科衛生士が訪問して、ケアスキルの指導を含めた支援を行っている。

健康面を支える常勤の医師と看護師は、利用者の状態をつぶさに把握し、夜間はオンコール対応で健康上の変化に対処する。タイムリーに適切な助言が得られるようにスケジュール調整はユニットのケアマネジャーが行い、利用者の生活機能の維持を図っている。

## ◇特に改善を求められる点

### 1. 事業計画に関して、その策定過程における一般職員の意見の集約と反映、利用者や家族に対して丁寧でわかりやすく計画の内容を周知するための工夫が求められる

法人の第6次中期目標に基づき、エリアおよび事業所において事業計画に相当する「目標書式」を定め、法人全体の目標管理を行う体制としくみを整えている。

しかし、当事業所では、事業計画に相当する「部門年度目標書式」の策定過程において一般職員が参画する機会を明確には位置づけていない。事業計画を着実に具体化するには、策定過程において、取り組みの主要な担い手である一般職員の意見や意向を把握する機会を積極的に設けて、その反映に努めることが重要である。

今回の職員自己評価の肯定率は全項目において高いとは言えず、職員の自主性・主体性の視点から、積極的な取り組みを促していく必要がある。

また、事業計画の利用者や家族への周知についても、特段の対応を行っていない。利用者や家族が当事業所の諸事業について理解することや参加を促す観点からも、丁寧でわかりやすい周知のための工夫が求められる。

### 2. 法人の理念である「地域に貢献する活動」に関する職員の理解や、ホームページによる情報発信、ボランティアの受け入れなどの取り組みの充実を期待する

当事業所を含む「よなごエリア」は「地域で一緒に暮らそう会」（地域の関係者による意見交換）や「まちの保健室」（ろうあ関係のNPOとの共催による介護相談）などを実施し、当事業所もそれらに参加している。また、依頼に応じて、看護師が地域の公民館の健康講座や老人クラブの講座で講師を務める機会もある。

しかし、今回の職員自己評価の結果からは、これらの取り組みに関して職員の理解が十分ではないことが伺える。当事業所の取り組みをホームページを活用して情報発信することや、ボランティアの受け入れについても、計画通りには進んでいない。

当法人の理念において「地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される“こうほうえん”を目指すこと」を掲げているので、当事業所にも、より積極的に事業を展開することを期待する。

### 3. 事業所も職員も「日々の業務における認知症ケアへの取り組みは不十分である」と認識している、さらなる取り組みを期待する

入居中の利用者の多くは何らかの認知機能の障害を有しているため、認知症の理解に基づいた行動心理状況の把握のもとにケアを行う必要がある。個別のアセスメントのもと、行動心理症状（BPSD）へのケアは、最新の情報と知識に基づいてケアプランを作成し、対応しなくてはならない。

認知症への対応として、当事業所は認知症を学ぶ研修の機会を設けているが、介護職員の認知症の理解度やケアスキルには個人差があり、職員の自由意見にも不十分と感じる旨が述べられている。

認知症ケアの質の向上を図るため、従来のあるべきケアの基本に立ち返り“起きる・食べる・排泄する・清潔にする・アクティビティ”について「基本ケア委員会」をつくり、ケアのあり方を見直す取り組みを始めている。認知症ケアは、利用者の尊厳を重視するケアであると言える。基本ケアにもあげられている5項目は利用者主体の支援であり、そのために利用者の意向を尊重した支援の充実を期した取り組みである。

法人として、認知症ケアのスキルを高めるために、認知症ケアの一方法である「ユマニチュードケア」を取り入れた研修を計画している。認知症ケアの知識を深め、実践力を伴った取り組みになることを期待する。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

このたび第三者評価を受審し、様々な項目について評価を頂きました。

この評価に対する感想として、私たちが予測していた評価より低い項目が多く、厳しいと思える結果に「なぜだろう」という思いがありました。しかし、ヒアリング状況と合わせ職員の肯定率の低さが浮き彫りになったことから、特に役職者からの発言および説明の方法に、いくつかの問題があったと感じました。

これまでの取り組みなどの発信において、目的などを説明していたつもりでしたが、よりわかりやすく説明する必要があることを実感したと同時に、個々人が理解したかを確認していくことも重要だと思いました。また職員の意見を吸い上げるボトムアップの取り組みが欠けていたことも否めません。これらを含め、不十分だと認識できた各課題について、一つずつ解消していきたいと思えます。

今回、この評価の受審に取り組むなかで組織マネジメントについて役職者間で取り組み状況について合議の場を持ち、意見交換を行い、認識の違いや考え方を出し合えたことが、大変有意義な経験になりました。今後は、組織的な取り組み、ご利用者を中心とした明確な方針・目標を全員が理解し、ご利用者の生活がより豊かなものとなるよう、また地域の方々に対しても還元できるようなサービスの実践に取り組んでいきたいと思えます。

## ⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.5～35）。

● 共通評価基準

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 理念、基本方針が確立・周知されている。

【1】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、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 60.0% b) 36.7% c) 0.0% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は理念は「わたくしたちは、地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される、『こうほうえん』を目指します」と掲げ、基本方針は「わたくしたちは、サービス業のプロとして正しい情報を提供し、自分が受ける保健・医療・福祉サービスの提供・改善に努めます」と定めている。それらは法人が発行するホームページに掲載し、広報誌「お互いさま」(年4回発行)に掲載する場合もある。</li> <li>・法人の理念や基本方針は「互恵互助」と題する小冊子に掲載し、軽作業を担う職員を除き、全職員に配布するとともに採用時等の研修の機会や年頭の会議(リモート)で理事長が全職員に伝え、それに参加できない職員には印刷して周知している。</li> <li>・事業所では理念等を掲示するとともに、週1回「月曜ミーティング」(各階から代表者が参加)の機会に項目を取り上げて唱和し、利用者や家族にはリーフレットに記載して契約時に説明している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念や基本方針を明確にしてホームページなどで周知しているが、事業所での利用者や家族への周知の取り組みはリーフレットへの掲載にとどまっており、十分とは言えない。</li> <li>・職員自己評価では、「利用者や家族へのわかりやすい説明」について、肯定的な回答の割合は26.7%であった。法人や事業所が目指すものに関して利用者や家族の理解を促す取り組みは重要であり、わかりやすく伝える工夫も含め、さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

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。

【2】I-2-1-1-① 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.7% b) 53.3% c) 10.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施策動向や介護保険制度に関する最新情報などの収集と分析は、法人の経営企画室が主導し、法人連絡会議(毎月開催)において情報提供や指示が行われ、エリアごとに開催されるエリア内調整会議で伝達される。当事業所は「よなごエリア」に属している。</li> <li>・年度末には法人主催の指導者・管理者研修を実施し、国の介護報酬の見直しや施策動向について共有している。事業所からは主任以上の職員が参加している。</li> <li>・事業所内では法人本部からもたらされる情報をリーダー会議(月1回開催)で共有している。同会議の参加者は、施設長、介護主任、看護主任、主任相談員、管理栄養士、ユニットリーダーである。</li> <li>・当事業所の稼働率などは事業所内で毎月集計し、法人本部およびエリアに報告し、法人内で共有されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経営に関する内外の情報の収集と分析は、主に法人本部が担っており、事業所では利用者の状況や稼働率などを定期的に法人本部に報告している。また「よなごエリア」へ報告する際に、事業所内でも把握、分析は行っているとしているが、この評価細目に関する職員自己評価では、a)の回答は上記の通り、26.7%であった。取り組みの強化、工夫が望まれる。</li> </ul>	

【3】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.7% b) 53.3% c) 6.7% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の経営企画室が主導して経営課題を明確にし、必要な情報や指示は法人連絡会議(毎月)およびエリアごとに開催されるエリア内調整会議を経て各事業所に伝達され、課題に応じて本部および各事業所で具体的な取り組みを進めるしくみである。</li> <li>・経営状況や改善すべき課題は理事会、監事監査、評議員会等により役員内での共有に努めている。(前年度中の理事会開催回数12回、評議員会開催回数3回)</li> <li>・事業所では法人本部の方針とよなごエリア総合施設長の指示に基づき、施設長、介護主任、看護主任、主任相談員が中心となって取り組みを具体化させる体制で、必要な情報はリーダー会で周知している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人本部主導で経営課題を明確にして取り組みを具体化させる体制であり、事業所ではそのしくみと方針のもとで、リーダー会が中核となって事業活動を進めている。そのため、一般職員における経営課題とその取り組みに関する理解が十分でない面がある。</li> <li>・職員自己評価では、経営状況や改善すべき課題に関する職員への周知に関して、肯定的な回答の割合は43.3%で、「一般職員への周知は十分でない」という旨の回答が複数あった。着実に取り組みを進めるためにも、事業所の置かれている状況と課題解決に向けた取り組みに関する職員の理解促進は重要である。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

### 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。

【4】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、十分ではない。	
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 30.0% c) 6.7% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「第6次中期目標」(2022～2024年度)を定め、ビジョン、重点項目、具体的な目標、具体的な活動例、数値目標、を掲げている。</li> <li>・同中期目標は状況に応じて法人の経営会議で見直されるとともに、そのなかでの年度ごとの重点目標も明示し、SDGSの視点も盛り込んでいる。</li> <li>・当事業所が所属する「よなごエリア」を始めとする各エリアでは法人の中期目標を踏まえたエリア中期目標を定めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人およびエリアにおいて中期目標を定め、必要に応じた見直しも行っているにもかかわらず、この細目に関する職員自己評価では、a)の回答は上記の通り、50.0%であった。職員の理解促進に課題がうかがえ、周知の内容や方法などに関する工夫の取り組みを期待する。</li> </ul>	

【5】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) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 36.7% c) 6.7% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「第6次中期目標」(2022～2024年度)において年度ごとの「重点項目」を明示している。</li> <li>・各エリアでは法人の中期目標およびエリア中期目標を踏まえて年度ごとの事業計画にあたる「エリア年度目標書式」を定め、「エリアとして活動」「活動指標・目標値」「責任者」を定めている。</li> <li>・事業所(「部門」という)では法人およびエリアの中期や単年度の目標を踏まえて、事業計画にあたる「部門年度目標書式」を定め、そこに「部門としての活動」「活動指標・目標値」「活動目標(マイルストーン)」を明示している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人、エリアの各取り組みとの整合性を図りながら、事業所において事業計画(部門年度目標書式)を作成するしくみである。活動指標や目標値を掲げて、進捗状況や年間の成果を検証するように努めているが、職員自己評価では、実施状況の評価を行える内容になっていると回答した職員は50.0%であった。職員の周知や理解促進が求められる。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 20.0% b) 60.0% c) 13.3% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では、法人の中期目標およびエリア中期目標を踏まえて単年度の事業計画(部門年度目標書式)を定めるしくみである。</li> <li>・取りまとめにあたっては、主任以上の職員が協議する機会を設けている。一般職員に対しては、毎年5月頃にリーダー会議で説明し、リーダーから伝達している。</li> <li>・部門年度目標書式に記載した取り組みを含め、4月のリーダー会議において年間の職員配置、委員会体制、年間行事を確認・共有している。</li> <li>・部門年度目標書式に掲げた各取り組みの進捗状況については、毎月リーダーが把握・共有し、内容を落とし込んだ上で、リーダー会で報告している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>事業計画(部門年度目標書式)を策定する過程において、一般職員の意向を反映させる機会として、チームの課題を一つ入れ込んでいるが、職員自己評価では、肯定率は低い。なお、2025(令和7)年度の策定にあたっては、全職員から意見を集約する予定であり、その着実な実施を期待する。</p>	

【7】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。	C
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 13.3% b) 40.0% c) 40.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所において事業計画を利用者や家族に意図的に周知する取り組みは特段には行っていない。</li> <li>・例えば、年度ごとの予定、主な行事、取り組み、新たな取り組み、充実させる予定の事項などといった利用者の参加意欲の向上や事業所への理解が深まるような情報を、わかりやすく提供することが重要である。その周知方法の工夫を含め、取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

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。

【8】I-4-(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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 20.0% b) 73.3% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では年1回の利用者家族に満足度調査を行い、結果を各事業所に報告している。</li> <li>・事業所では、「虐待の芽チェックリスト」を年2回実施、そのほか、よなごエリアで「不適切ケアチェック」を試行的に実施している。</li> <li>・福祉サービス第三者評価の受審は、法人の方針のもとで計画的に行っており、今回は2009(平成21)年以来、2回目である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人による満足度調査や、事業所での「虐待の芽チェックリスト」(自己評価)などの結果は集計し、事業所、チーム会で分析している。身体拘束適正化・虐待防止委員会(施設長、介護主任、看護主任、主任相談員、管理栄養士、医師)では、情報共有に留まる。事例がある場合は分析をしているが十分ではないとしている。今回の第三者評価の受審結果も含めて、質の向上につながる現状把握と分析の取り組みを期待する。</p>	

【9】I-4-(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施している。	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.3% b) 40.0% c) 3.3% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では年1回の利用者家族に満足度調査を行い、その結果は当事業所でも共有している。</li> <li>・「虐待の芽チェックリスト」で職員が自己評価を行っている。</li> <li>・今回の第三者評価の結果は報告内容を分析して改善につなげたい意向である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人による満足度調査や、事業所での年2回の「虐待の芽チェックリスト」(自己評価)などの結果は集計し、分析しているが、計画的・継続的な改善策につながらないことを課題としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の第三者評価の受審結果も含めて、組織としてのPDCAサイクルによって、質の向上の取り組みの強化を行うことを期待する。</li> </ul>	

## 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) 管理者の責任が明確にされている。

【10】II-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 20.0% b) 60.0% c) 10.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設長(課長級)としての権限は、法人の職務権限表で定められている。</li> <li>施設長は、よなごエリアの総合施設長の指示に基づきつつ、自らは次期の課長、係長、主任となる人材の育成を課題としている。職員には、利用者を広い視野で捉え、適切に対応できることを求めているが、具体的な取り組みには至っておらず、リーダーシップを発揮していきたいと考えている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>施設長は、次のリーダー級の職員育成を自らの課題としているが、その役割と責任の表明は十分ではないとしている。どのようなリーダーシップを発揮してその役割と責任を果たしていくかを明確にし、それを職員に明示していくことが重要である。さらなる取り組みを期待する。</p>	

【11】II-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.7% b) 56.7% c) 6.7% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設長として押さえるべき法令の範囲や学習の機会は、各種規程のほか、法人の指導者管理者研修における法令遵守研修で示されている。</li> <li>介護保険制度上で理解が必要な法令等については、法人内の会議や業界雑誌の購読などを通じて把握に努めている。</li> <li>職員に対しては、身体拘束に関する事項など、現場での介護に関する内容は、施設内研修を実施して周知に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>今日、介護の現場には法令遵守の徹底が求められており、施設長として自らが最新の情報を正しく理解するとともに、職員に対しても遵守すべき法令等を周知し、その徹底を促すリーダーシップの発揮が求められる。さらなる取り組みを期待する。</p>	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.7% b) 50.0% c) 3.3% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長はエリアの教育研修委員会委員であり、エリアや事業所内の研修内容の充実に努めている。また、事業所内のチーム会、リーダー会、月曜ミーティングなどに参加し、現場職員からの意見の収集に努めたり、利用者個々のカンファレンスにもできる限り参加している。</li> <li>・事業所内の、いわゆる「6種委員会(感染予防対策、褥瘡予防対策、看取り、安全対策、安全衛生、身体拘束適正化・虐待防止)」に参加し、サービスの質の向上に努めている。</li> <li>・主任からの提案を受け、事業所内に新たに「基本ケア委員会」を設置した。基本的なケアが不十分であり、尿路感染の発生も多い状況を踏まえ、「5つの基本ケア(①起きる、②食べる、③排せつ、④清潔、⑤アクティビティ)」を重視し、介護の質の向上を目指す取り組みとして位置づけている。</li> <li>・法人、よなごエリアの目標に「ユマニチュードの推進」が掲げられていることから、事業所内でも部門の活動の一環として位置づけ、毎月計画的にグループ学習を実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>施設長は、介護現場の経験が豊富で、事業所内の諸会議への参加などを通じてサービスの質の向上に努めている。しかし、この評価細目に関する職員自己評価では、a)と回答した職員は上記のとおり、36.7%にとどまっている。サービスの質の現状を評価・分析するとともに、その向上に向けた具体的な指導力の発揮が望まれる。</p>	

【13】Ⅱ-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.7% b) 53.3% c) 6.7% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経営の安定化に向け、施設の状態を把握し、総合施設長に現状を報告・相談しながら、入院をできる限り増やさないよう職員に早めの声かけを行って収入の確保に努めている。また、稼働率などの状況をリーダー会議で周知している。</li> <li>・有給休暇や残業の状況を把握し、職員には残業をしないよう促し、勤務シフトの見直しを行うことで、残業時間の削減を図った。</li> <li>・業務改善の一環として、全職員を対象に5分ごとのタイムスタディに取り組んだ。理事長の示唆を受け、無駄や無理を省く取組みとして独自に行ったものである。直接業務・間接業務・議事録作成などに業務を分類し、一日を通じて調査を実施した。その成果は研究発表会で報告し、業務の省力化に繋がった。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は総合施設長の指示を受けながら、経営改善や業務の効率化に努めているが、職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員は上記のとおり26.7%であった。</li> <li>・また、人事、労務、財務等を踏まえた分析の実施、組織内に同様の意識を形成するための取組み、施設長自ら積極的に活動参加、の各項目に関しては、肯定的な回答の割合はそれぞれ約30%であった。職員の理解促進を図りながら、経営改善に向けた指導力の発揮が求められる。</li> </ul>	

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。

【14】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 16.7% b) 66.7% c) 0.0% 無回答) 16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員体制に関する方針および計画は、法人本部(人事部)、米子エリア(総合施設長)が担っている。事業所では、職員採用の必要が生じた際にエリアを通じて情報を上げている。</li> <li>・法人による具体的な採用活動の内容については、ホームページでの情報発信、民間の就職サイトの活用、職員による紹介制度、学校訪問などである。職員による紹介制度は採用につながりにくい状況にある。紹介制度の紹介金額を増額したが、応募は少ない。その他の採用活動として、就職フェアへの参加、学校訪問、ホームページへの掲載を実施している。</li> <li>・事業所では職員体制が厳しいことから、職員の勤務体制をユニット単位ではなくチーム単位で組むように改めている。</li> <li>・法人全体で新卒採用が減少傾向にあるが、事業所では特定技能生の採用が進んでおり、現在3名を採用している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では、離職率は高くないが、人材確保を経営上の最も重要な課題と位置づけている。</li> <li>・職員自己評価は、低率である。法人本部による人材確保の計画と取組みを踏まえながら、職員定着に向けた取り組みの強化が求められる。</li> </ul>	

【15】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.0% b) 60.0% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人としての「期待する職員像」を小冊子「互惠互助」に明示しているほか、人事考課制度の中で職責に応じて期待することを明示している。</li> <li>・教育・研修制度において階層別、職種別、テーマ別の職員育成のしくみを整備し、人事考課制度によって職務に関する成果や貢献度を評価し、賞与や昇給、昇格等に反映するしくみである。人事考課制度は非正規職員(週30時間勤務以上)も対象で、基本的には正職員と同様に手順で評価している。人事考課の対象とならない非常勤職員は毎年12月頃に次年度の就労意向の確認などを目的とした面接を実施している。</li> <li>・職員自身のキャリアビジョンは、人事考課制度のなかで明確にするしくみとなっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人において仕組みを整備しているものの、職員自己評価では、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組み、職員の意向・意見や評価・分析等に基づく改善策の検討と実施、職員が自らの将来を描ける総合的な仕組みづくり、の各項目に関して、肯定的な回答の割合は10%台から30%台である。</li> <li>・人事管理に関する職員への理解促進も含め、さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 40.0% b) 50.0% c) 6.7% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の第6次中期目標において、「職員の健康維持とワークライフバランスを確保した安心して長く働ける職場環境(文化)づくり」を重点目標の一つに掲げ、職員の健康管理を重要な課題として位置づけている。</li> <li>・この方針に基づき、職場環境委員会を置いてメンタルヘルス対策や相談窓口の設置に取り組んでいる。また、5月から多様な働き方に対応した新人事制度を導入し、職員が個々の事情に応じて勤務形態を選択できる仕組みを整備した。</li> <li>・関係する医療機関が外部の相談窓口となって職員からの相談に応じ、保健師によるメンタルヘルス研修などにも取り組んでいる。</li> <li>・事業所における職員の有給休暇取得状況や残業状況は施設長が管理している。勤怠管理は電子化されており、残業は事前申告制を採用している。また、施設内の安全衛生委員会においては、職員の精神的負担が懸念される場合の情報共有を行うとともに、施設内設備の安全点検のための巡視を実施している。</li> <li>・施設長は職員の負担軽減を図るため、シフト体制の見直しを進め、できる限り残業を発生させないよう努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・残業を削減するための管理に努めているが、職員体制が厳しく、いわゆる計画有給は取得できるが、それ以外での有給休暇の取得が難しい現状がある。</li> <li>・職員自己評価では、「働きやすいように配慮されている」といった意見がある一方で、「有給休暇が取りにくい」という意見もある。職員の意向を把握しながら、より良い職場環境づくりに向けた取組みが望まれる。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.7% b) 40.0% c) 0.0% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>法人としての「期待する職員像」を冊子「互惠互助」に明示し、人事考課制度のなかで職員一人ひとりの目標管理のしくみを整備している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の人事考課制度によって、年度当初にキャリアビジョン(めざしたい職業人としての自己イメージ)を明記し、「目標管理シート」に年度中の「業務上の重点目標」と「キャリアアップ・スキルアップのための目標」を設定する。それらに沿って進捗の振り返りと達成度を中間(10月)と期末(3月)に評価している。</li> <li>・個人目標の設定においては上席職員との面接によって年度ごとの法人目標、エリア目標、部門(事業所)目標を踏まえて設定するものとし、組織としての目標と一人ひとりの職員の目標とを連動させようとするしくみである。</li> <li>・非常勤職員も一定以上の勤務時間数の職員は同様のプロセスで目標管理を行っている。</li> </ul>	

【18】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 40.0% c) 0.0% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人主催研修の年間計画においては、4月採用の新規採用者研修およびそのフォローアップ研修に加え、年間を通じて中途採用者研修やそのフォローアップ研修、特定技能外国人を対象とした研修会などを実施している。また、eラーニングを積極的に活用し、研修計画に組み込んでいる。</li> <li>・法人主催研修に加え、「よなごエリア研修会計画」および「きんかい特養内部研修計画」を策定している。さらに、よなごエリアで実施しているユマニチュードグループ学習についても、毎月の予定を明示している。</li> <li>・施設長は、法人の介護研修ステップアップ委員会の委員、エリア内での研修に関してはエリア研修委員と一緒に計画を立てている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人、エリア、事業所において研修計画を定め、計画的に実施している。しかし、職員自己評価では、研修計画や研修内容などの評価と見直しの取組みに関して、肯定的な回答の割合は30%程度であった。その要因分析を含め、さらなる取り組みを期待する。</p>	

【19】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.3% b) 46.7% c) 6.7% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人主催の研修は、中途採用者を含む新規採用者向けの研修から、役職者向けの研修まで体系的に整備し、対象となる職員を参加させている。さらに、よなごエリアでの研修や事業所内の内部研修を通じて、研修の機会を設けている。</li> <li>・よなごエリアや事業所内部の研修では全職員を対象にした研修が多く、複数回実施したり、動画視聴にしたりして学習の機会の確保に努めている。</li> <li>・法人ではエルダー制度を導入し、個別指導の体制を整えている。新卒採用者および外国人職員を対象に、エルダーチェックリストを活用しながら指導を行っている。エルダー会は月1回開催され、指導者と指導を受ける側の双方が参加して意見交換を行っている。事業所では、2年目の職員を指導者(エルダー)としたいが、職員数が少ないため、必ずしもキャリアの浅い職員が指導者になるという機会が減少している。</li> <li>・そのほか、自主研修の参加費については、家族会から補助金が支給されるしくみとなっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>事業所では、人材育成とサービスの質の向上を重要課題と位置づけ、法人、エリア、事業所内での研修実施に努めているが、職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員の割合は上記のとおり43.3%であった。その要因分析を含め、職員一人ひとりの研修機会を確保し、適切に研修実施できるよう、さらなる取り組みを期待する。</p>	

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。

【20】II-2-(4)-① 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、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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 40.0% b) 50.0% c) 6.7% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生の受け入れに関して、法人としてISOのしくみに基づく「施設実習受入手順」において「オリエンテーション実施手順」などを定めている。</li> <li>・事業所では例年、看護師の実習生が多く、社会福祉士実習を受け入れる年度もあるが、介護福祉士の実習生は減少している。</li> <li>・実習前には養成校と協議して実習に進め方などを共有している。また、実習期間中には教員の訪問やメールでのやりとりを行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人として実習生受け入れに関する手順を定め、事業所でも養成校との情報共有に努めながら受け入れを行っている。しかし、職員自己評価では、マニュアルの整備や専門職種の特性に配慮したプログラムに関して、肯定的な回答の割合は30%程度であった。職員への理解促進を含めて、さらなる取り組みを期待する。</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。

【21】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 40.0% b) 50.0% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>ホームページは法人が管理し、各事業所の紹介、地域貢献活動、採用情報、事業報告、財務諸表などを公表している。各事業所の取り組みはホームページ上の「活動報告」欄に掲載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は広報誌「お互いさま」(季刊)を発行しており、事業所では利用者家族のほか、市内の公民館に配布している。</li> <li>・「ふれあいの橋の会」は法人における長年の取組みで、地域に開かれた法人であるために、エリアごとに数名の地域住民に委嘱し、年1回、エリア内の施設を見学してもらい、利用者や職員と意見交換をしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所に関するホームページでの情報発信は、昨年度は年2回にとどまっている。本年度の目標として「行事や日常の出来事などHPで随時発信する」(年2回以上)としているが、実現できていない。</li> <li>・担当体制、情報公開に関する方針や記事内容などを明確にし、計画的に取り組むことを期待する。</li> </ul>	

【22】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。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 30.0% c) 6.7% 無回答) 16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内のさまざまな手続きの多くは、ISOの要件に基づいた諸規定によって実施している。</li> <li>・法人の内部監査の取組みとして、資格認定された職員による内部監査員の体制を年後ごとに編成し、エリア単位で年2回、計画的に監査を実施している。実施後は監査結果を踏まえて改善計画を策定し、フォローアップ監査を実施するとともに、各事業所では改善計画に基づいて取り組むしくみである。</li> <li>・法人では弁護士、社会保険労務士と顧問契約を結び、必要に応じて専門的な助言指導を受けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人による仕組みとして適正な運営に努めているが、職員自己評価では、ルール、職務分掌、権限・責任の明確化と職員への周知や、外部の専門家の指摘に基づく経営改善の実施、について、それぞれ肯定的な回答の割合は4割に満たなかった。また、「わからない」との意見も複数あった。職員に対するより適切な理解の促進を期待する。</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。

【23】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 23.3% b) 63.3% c) 6.7% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、地域との交流や地域貢献活動に関する基本的な考え方を「互惠互助」に明記している。</li> <li>・希望があれば利用者が地域の美容室や外食などに出かけられるようケアプランに組み込んで支援を行っている。これまでに、公民館の祭りや医療機関での音楽療法に参加した取組みもある。買い物については移動販売を利用する機会がある。</li> <li>・事業所内で開催される餅つきなどのイベントには地域住民が参加している。よなごエリアの行事では、コロナ禍以前にはダンスや子どもたちの参加があり、コロナ後も復活している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>事業所では、利用者と地域との交流の機会があり、今後、地域の老人クラブが行っているサロンへの参加を検討し、実施に向け調査などに取り組んでいるので、地域に開かれた法人を理念とする事業所として、確実にユニークな取り組みになることを期待する。</p>	

【24】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。	C
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.0% b) 50.0% c) 13.3% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアの受け入れ手順は、ISO文書により定められている。受け入れ窓口は主任であり、受け入れ時にはオリエンテーションを実施する。</li> <li>・日常的に活動するボランティアはいないが、行事(餅つきなど)の際には近隣住民や退居した利用者の家族が参加し、餅を丸めるなどの作業に協力している。</li> <li>・社会福祉協議会が実施する「夏のボランティア体験事業」に協力し、今年度は高校生4名を受け入れた。</li> <li>・コロナ禍以降、ボランティアの受け入れは減少している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>イベント時に継続的に協力する住民がいるものの、法人・事業所としてもボランティアの受け入れに関する基本姿勢や方針が明確ではない。事業所において、ボランティアをどう位置づけ、具体的にどのような活動に協力を求めるのかなど、基本的な方針の明確化が求められる。</p>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.7% b) 50.0% c) 10.0% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所として関係のある機関・団体は、市の高齢担当(長寿社会課)、生活保護(福祉課)、社会福祉協議会、地域包括支援センター、ケアマネジャー、病院(救急・歯科・皮膚科など)、民生委員などである。なお、これらの機関・団体のリスト化された資料はなく、担当者や生活相談員が把握している範囲の情報で対応している。</li> <li>・今年度からの取り組みとして、米子エリアの特別養護老人ホームや老人保健施設が、米子医療センターとの連携体制を整えている。当事業所からは看護師と生活相談員が参加し、毎月入退院の状況を共有している。会議はリモート形式で実施し、感染症の状況についても協議している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>個々のケースを通じて社会資源との連携を図っているが、それを体系化されたリストや資料の作成、職員への周知の取組みは十分ではない。さらなる取り組みを期待する。</p>	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 20.0% b) 33.3% c) 23.3% 無回答) 23.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、第6次中期目標の一つとして「地域貢献活動の安定運営」を掲げ、エリアごとの活動強化に取り組んでいる。</li> <li>・「ふれあいの橋の会」の取り組みは、法人において長年取り組んでいる地域住民との意見交換の場である。年1回、エリアごとに実施されている。委員は3名程度であり、元自治会長や元民生委員などが務める。エリア内の施設を見学し、利用者とは対話したうえで、その結果を施設側にフィードバックしている。</li> <li>・よなごエリアでは、年2回「地域で一緒に暮らそう会」を開催し、地域の民生委員や役員とともに、テーマに基づき地域の実状について意見交換を行っている。また、「まちの保健室」では、ろうあ関係のNPO法人と共催し、看護師が健康や介護に関する相談を受ける機会を設けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では、法人に方針に基づき、エリアの事業に参加する形で地域貢献活動に取り組んでいるものの、地域の福祉ニーズ等を主体的に収集する取り組みとしては十分ではない。</li> <li>・職員自己評価では、「わからない」という意見が複数あった。エリアの取り組みへの参加の機会を通じた地域の福祉ニーズを把握する取り組みの強化が求められる。</li> </ul>	

【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等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) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 23.3% b) 56.7% c) 3.3% 無回答) 16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針に則って、エリアごとに地域貢献活動に取り組んでいる。よなごエリアでは、年2回「地域で一緒に暮らそう会」「まちの保健室」などを行い、事業所でもそれらに参加している。</li> <li>・依頼に応じて看護師が地域の公民館の健康講座や老人クラブの講座の講師を務める機会がある。</li> <li>・事業所が福祉避難所に指定され、市と防災連携を締結している。また、台風による土砂災害の危険性が高まった際に、避難住民を受け入れた実績がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人として地域貢献活動は非常に重要な取り組みとして位置づけ、エリアを単位としてさまざまな活動に取り組んでいるものの、職員自己評価では、a)と回答した職員の割合は上記のとおり23.3%である。地域貢献活動の実施、計画への明示、専門性を地域に還元する取り組みなどの各項目も、肯定的な回答の割合は約20%である。職員の理解に基づく積極的な活動実施が求められる。</p>	

### 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。

【28】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も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。	a
	b) 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 63.3% b) 26.7% c) 3.3% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、法人が作成した行動指針となる小冊子『互恵互助』を携行している。この冊子の内容は、法人の理念、方針、福祉サービスに従事する職員の姿勢や行動について示すものである。特に大切にしたい価値観として「個の尊厳」を取り上げている。当事業所では、週1回のミーティング時に唱和している。</li> <li>・利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する研修として、法人主催の研修、よなごエリア主催の研修などがあり、法令遵守、虐待防止や身体拘束に関する研修を取り上げている。また、新人研修や中途採用者研修時にも取り上げるとともに、ネットワーク上の回覧を可能としている。当事業所でも年1回身体拘束と虐待に関する内容を内部研修として取り上げている。</li> <li>・法人ISO文書として作成している、福祉サービスの標準的な実施に関する「介護基準」には介護を提供する際の心がけ、支援する内容、支援の実施時の留意点などが記載されている。この「介護基準」は、クラウド型グループウェア「サイボウズOffice」内でいつでも見ることができるよう環境を整えている。</li> <li>・年間事業計画には、活動項目として、人間らしさとやさしさに基づいた認知症ケアを表現する「ユマニチュード」を取り上げ、「ユマニチュードの理解」の推進を課題として、毎月グループ学習に取り組んでいる。また、エリア研修として、身体拘束と虐待防止委員会を年4回開催している。</li> <li>・法人が定める「虐待の眼チェックリスト表」を活用して自己評価、集計して「リーダー会議」「チーム会議」の話題としている。</li> </ul> <p>なお、職員自己評価では、肯定率は6割台である。多様な取り組みが職員の理解や現場でのサービスに活用されているのか等、要因分析をして確実性を期したさらなる取り組みを期待する。</p>	

【29】Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保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に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 60.0% b) 36.7% c) 0.0% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、入職時に「個人情報保護基本方針」について説明を受けている。また「職員職務規定」において、離職後も守秘義務が課される旨の誓約書を交わしている。</li> <li>・利用者に対しては、利用開始時の「重要事項説明書」を用いた説明のなかで個人情報保護基本方針に基づく「個人情報の利用目的について」を伝え、その内容を理解してもらった上で同意を得ている。</li> <li>・全室トイレ付きの個室である。排泄と入浴手順書には、プライバシーに関する配慮についての記載がある。また、具体的支援手順については、本人のみに伝え、他の利用者の前では話さない、などに気をつけている。</li> <li>・同性介護については基準はなく、確認する機会は特に設けていないが、利用者や家族からの打診、相談には対応している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、特に「利用者や家族に対するプライバシー保護に関する取り組み」については、肯定率は低い。また、法人として作成されている規定など文書化されている内容は、「個人情報保護」に留まる。プライバシーの視点から検討を期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-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。

【30】Ⅲ-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 33.3% b) 50.0% c) 6.7% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・利用希望者に向けて当事業所の情報を伝える媒体として、法人のホームページのほか、お問い合わせリーフレットとして『介護老人福祉施設 きんかい幸朋苑』がある。法人の方針、当事業所の取り組みに関するポリシー、建物や設備、地域との交流などが写真入りで紹介され、わかりやすい。また、法人の活動を紹介する広報誌「お互いさま」は、家族、市内の公民館に配布している。                      ・当事業所への利用希望者からの問い合わせは、病院や居宅介護支援事業所の担当者からが多い。該当者には来園を勧め、見学と共に重要事項説明書で説明している。また、来園が困難な場合は、資料を送付している。</p> <p>■ 改善課題                      ・当事業所の待機者は多く、ほぼ100%の入居率であり、当事業所が利用希望者に周知されている現状だと思われる。このような現状が影響してか、利用希望者に対する情報提供への積極的な取り組みは現状では見られない。                      ・今後の改善の取り組みとして、例えばリーフレットの作成時や見直し時には職員の意見を聞くなどして職員を巻き込んだ見直しを行うこと、また情報提供先についても職員に周知することなどを期待する。</p>	

【31】Ⅲ-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 40.0% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・入居前の見学対応や重要事項の説明は相談員が担当し、利用者及び家族の理解を得られるように勧めている。ここで把握した情報は「相談受付表」に記録する。                      ・相談員はサービスについての問い合わせには見学を勧め、特別養護老人ホームの生活がわかりやすいように、案内方法を工夫している。また、その際には専門的な用語を避け、平易な表現をするように配慮する。                      ・サービス開始にあたっての説明は、相談員が「重要事項説明書」の内容のほか「個人情報保護」について相手の理解状況を確認しながら進め、て同意の欄に記名を求める。                      ・サービス開始時には、相談員がすでに同意を得ている「重要事項説明書」の内容の提供するサービスと料金・支払い方法・医療の連携施設・緊急時の対応・事故発生時の対応・虐待の防止・身体拘束廃止・非常災害対策・個人情報保護と開示・苦情の受付について再度確認して契約書に署名を求める。                      相談員は問い合わせ時および見学の際に得られた情報と、家族に書き込んでもらう「ヒストリーシート」の記録とを合わせて入居担当のケアマネジャーに引き継ぐ。                      ・入居に至る相談対応や入居決定までの手順は職員自己評価では肯定率が半数以下に留まり、入居後から対応する職員にとっては紙面に残る「同意」以外の理解は低いことが読み取れる。</p> <p>■ 改善課題                      職員自己評価では「サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいよう工夫した資料を用いて説明している」は36.7%の肯定率となっており、入居に至るプロセスで行われる相談員の対応への理解は不十分である。サービス開始前の対応についても、ケアを行う職員の意識が高まることを期待したい。</p>	

【32】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.3% b) 36.7% c) 3.3% 無回答) 16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・施設を移るあるいは医療機関へ移行する必要がある場合には、利用者に不利益が生じないように配慮することをISO「退去時対応手順」に定めている。                      ・事業所内での看取りのほか退所事例は、軽費老人ホームへの移行と、治療目的で医療機関に入院した例の2件である。                      ・サービスの移行にあたっては、主任相談員が提供しているサービス状況および利用者の心身の状態をまとめた「サマリー」を作成して支援の継続を図った。</p> <p>■ 改善課題                      利用者が他の施設へ移行する場合の引継ぎ「サマリー」の作成は、主に看護師が主体となり相談員も一緒に取り組んでいるが、その後の家族等への相談対応については、声かけのレベルである。現在までのところ利用者について問題は発生していないが、福祉サービス終了後も利用者やその家族に、その後の相談方法などを文書にして渡すといった取り組みは不足している。移行後の家族に対する対応窓口の提示も必要はあると思われる。検討を期待する。</p>	

Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。

【33】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 13.3% b) 63.3% c) 16.7% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・法人本部では、年1回、運営する全事業所の利用者を対象とする「顧客満足アンケート」を実施し、エリアごとに集計して結果を事業所に送付してきたが、今年度は当事業所独自の「顧客満足アンケート」結果が送付されている。この結果はリーダー会で共有している。                      ・家族会は、エリア単位で年1回開催され、管理者が参加している。一方、当事業所の利用者家族の参加は、0%が多い。                      ・今回の第三者評価における家族調査（アンケートと面接）は76.7%の回収率であり、また、利用者面接調査は5名であった。この利用者アンケート調査の結果で、利用者の事業所に対する総合的な満足度は、家族では「大変満足」52.2%、「満足」47.8%と合計して10割であり、利用者についても「大変満足」20.0%、「満足」60.0%と高率であった。自由意見・要望についても、肯定的な感想などが多く寄せられている。</p> <p>■ 改善課題                      ・常に利用者の意見・意向の把握をして対応をし、また、特に要望があれば検討・対策に取り組んでいる、としているが、職員自己評価では低率である。利用者及び家族満足度の把握の方法、対策に関する検討の必要性、そして法人として実施している「利用者アンケート」の結果の活用についても、職員が自信を持てるような確実性を期した取り組みが求められる。</p>	

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。

【34】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。	C
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 43.3% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決の体制は「重要事項説明書」に記載している。当事業所の苦情受付窓口、法人の利用者相談・苦情担当者、行政機関のほか、第三者委員4名(地域住民3名、法人常勤監事1名)を明示して、事業所内では、玄関、エレベータ、相談室に掲示している。また「ご意見箱」も設置している。</li> <li>・苦情解決の体制および法人としての考え方・方針、その内容は「利用者の皆様へ お約束とお願い」と題し、利用者を尊重し、個々に応じた適切なケアを提供することを約束する一方、この「お願い」では「職員は財産であり、サービス提供においては全ての職員が誠心誠意対応するが、それを超えた要求については対応しかねることがある」と記載している。</li> <li>・苦情や意見への対応は「苦情対応マニュアル」に則って行っている。苦情や意見が寄せられたら、全職員で共有し、またチーム検討している。内容はよなごエリア調整会に報告、そして法人リスク委員会・マネジメント委員会に報告している。なお、エリアとして苦情解決第三者委員会を年3回開催している。</li> <li>・これまで、意見箱への投函はなかったが、苦情は2件あり、体制に準じて対応している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の第三者評価における「利用者アンケート調査」では、設問項目「行政など外部の苦情窓口や第三者委員にも相談できることを伝えられているか」、における「はい」の肯定的回答率は、家族調査で56.5%、利用者調査で20.0%、であった。また、掲示物そのものを知らないという意見がある。さらなる周知の取り組みに向けて、検討を期待する。</li> <li>・今日では、事業所の運営主体である社会福祉法人に対しては、苦情を申し出た利用者等にその後の対応の経過や改善結果を説明すること、および申し出た利用者等に不利益にならないように配慮した上で苦情の内容を公表することが求められている。今後は、そのための体制づくりに向けた検討にも期待する。</li> <li>・本評価項目についてガイドラインでは、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしているため、そのように判断した。</li> </ul>	

【35】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.7% b) 43.3% c) 16.7% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・家族等からの相談や意見などについては、6カ月ごとに取組むモニタリング時に把握することがある。</li> <li>・「重要事項説明書」には、苦情受付箱(ご意見箱)を正面玄関に設置し、「ご意見・ご要望・お褒め・お叱りなど、何でもご自由にご投函・ご活用ください」と記載している。</li> <li>・個室であり、相談しやすい環境ではある。また専用の「相談室」を設置し、家族等と対面して相談を受ける環境がある。</li> <li>・今回の第三者評価における「家族アンケート調査」では「利用者等の不満・要望を職員に気軽に言うことができるか」、および「不満や要望にきちんと対応してくれるか・対してくれそうか」については、8~9割が「はい」と回答している。利用者調査では、「はい」の回答は4割、「どちらともいえない」は2割である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の結果では、相談や意見を述べやすくするための説明、掲示、わかりやすさなどへの配慮について、肯定率が低い。現状の取り組みの評価と改善への取り組みを期待する。</li> </ul>	

【36】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
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
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 50.0% c) 0.0% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等からの相談や意見は「個別計画作成時・モニタリング時」や日頃の「声かけ」などで把握し、全職員で共有、チーム会で検討するようにしている。</li> <li>・「重要事項説明書」には「苦情解決は申し出を受けて1日以内にその対応に着手することを原則とする」と記載されている。また相談や意見を受けた際の報告や対応については、法人作成のISO「是正・予防処置規定」で明示し、取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の結果では、特に、着眼点「日々のサービス提供時退いて、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談と意見の傾聴に努めている」について、肯定率が低い。相談や意見は全職員が窓口になることが求められる。より具体的な対応策に取り組みを期待する。</li> </ul>	

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。

【37】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 43.3% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として、ISO「こうほうえん安全管理マニュアル」「防災安全対応マニュアル」を作成している。</li> <li>・法人として、エリアごとに事業所の管理者が参加する「リスクマネジメント委員会」を立ち上げ、この委員会を月1回開催している。委員会では、各事業所で発生した事故の状況とその傾向について報告を受け、各事業所の職員に周知している。また「よなごエリア」における研修テーマでは、事故を取り上げた研修会を実施している。そして、他事業所で発生した事故などについても報告があり、リーダー会やサイボウズメールを活用して、全職員に発信している。</li> <li>・当事業所として、リスク分野の委員会として、毎月の主任会で感染症、安全対策を含む、「6種委員会」を開催している。管理者およびリーダー層、医師、看護師、栄養士が参加して検討し、リーダー会で報告して全職員で共有している。</li> <li>・事故発生時には、その際に現場にいた職員で即座に検討し、対応するようにしている。このとき、介護職のみの検討に止まらず、必要に応じて医師や看護師にも相談し、対応している。</li> <li>・事故およびヒヤリ・ハットの事例については、発見者が「いろんなこと報告書・事故報告書」に記載し、この報告書を職員に配布することによって、発生状況や再発防止策などについて検討し、共有している。当事業所では、1カ月をめぐりに、チーム会議録で対策実施後の実施状況や効果を確認し、また、リーダー会の前にリーダーによる是正確認を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、5割の肯定率である。特に事故防止対策などに関する実施状況と実効性に関する評価・見直しの実施に関しては、4割台である。要因分析とその対策を期待する。</li> </ul>	

【38】Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 60.0% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症の予防対策については、法人として作成している「ISO」に準じた「感染症予防対応マニュアル」において職員の責任・役割の範囲を明示している。このマニュアルは、事務所に置いて活用できるようにしている。そして、マニュアルの見直しは法人として看護職による「ステップアップ委員会」が担当している。</li> <li>・感染症予防対策に関する研修会、ISO「感染症を起こさないための介護基準」を基にした研修、「よなごエリア研修」および「当事業所内研修」として実施している。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症への対策としては、法人からの最新情報の提供と対応についての提示があった場合には職員にそれらを配布、また感染症対策は「6種委員会」に位置づけて検討している。当事業所では、5類になるまでコロナ禍における新型コロナウイルス感染症の発生は0件であり、予防対策の徹底に取り組んだ。</li> <li>・感染症が発生した時点で、医師の指示を得て看護師が現場で指示し、適切な対応をしている。</li> <li>・吐物処理研修や手洗いチェック等の研修も、看護師が中心となり実施し、徹底を期している。</li> <li>・「感染症BCP」を作成し、研修をしている。さらに全職員が参加し、取り組みを充実させることを期待する。</li> </ul> <p>なお、職員自己評価では、「マニュアルの作成」の通知については7割台の肯定率である。感染予防対策とその徹底に関しては、肯定率は5割台である。さらなる取り組みを期待する。</p>	

【39】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 43.3% c) 3.3% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時の対応は、法人として作成している「ISO」に準じた「防災安全対応マニュアル」において職員の責任・役割の範囲を明示している。このマニュアルは、事務所に置いて活用できるようにしている。緊急連絡網を作成し、緊急連絡メールのテスト発信に取り組んでいる。</li> <li>・年2回、職員参加のもとに、火災防災訓練年2回実施。また、机上訓練は、夜間想定訓練、日中想定訓練を各1回実施している。</li> <li>・食料や備蓄品類などについては、1階と2階に分けて備蓄し、責任者を決めて対応している。</li> <li>・災害BCPは作成している。2024(令和6)年度は、机上訓練および緊急用具の確認・動作確認を2回実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害発生時における対策に関して、職員自己評価では、「立地条件から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービスを継続するために必要な対策を講じている」については、4割台の肯定率である。2024(令和6)年度から実施しているが、初めての試みなので、精度の向上が課題である。また、利用者・家族を巻き込んだ訓練の検討が必要である。取り組みを期待する。</li> <li>・服薬に関する、備蓄の取り組みはない、検討を期待する。</li> </ul>	

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。

【40】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 43.3% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス分野における標準的な実施方法については、法人が作成しているISO「文書管理台帳」の項目に9項目の「介護基準」のほか、研修など全事業所に共通している事項がある。また特別養護老人ホーム部門を対象とした各種文書が作成されている。主な項目は、直接的な支援内容・項目、利用開始時の対応手順、医療的な側面に関する手順、サービス計画作成手順と記録分野、リスクマネジメント分野等の手順がある。</li> <li>・手順書の活用は、新人職員や中途採用職員を対象に行われる具体的な支援や、リスク対策をテーマとする講義のなかで活用することが掲げられている。</li> <li>・法人が作成する介護基準には「その人を中心とした尊厳を奪わない介護基準」が掲げられている。また、サービス提供時の留意点として、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護にかかわる姿勢などが介護基準に記載されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、「標準的な実施方法の検証・見直し」に関しては5割を切る。当事業所は常勤職員の割合は8割強であり、平均在職年数は約11年である。</li> <li>・一方、さらなる質の向上・標準化を課題として、今年度から主任の提案を施設長が受けとめ、「基本ケア委員会」を立ち上げ、①起きる ②食べる ③排泄 ④清潔・身だしなみ ④アクティビティについての適切性を期した検討を開始している。「基本ケア委員会」の取り組みの充実、そして実践などを通し、さらなる質の向上を図ることを期待する。</li> </ul>	

【41】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・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 33.3% c) 6.7% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・作成されている手順書については、その検証と見直しのために、項目ごとに「版」と「発行日」を記載している。法律改正時や組織・介護状況に変化があった際には見直しが行われている。当事業所では、本部から変更点の連絡があったときには、関係項目を管理者が選択して職員に伝え、見直したり、新規に作成した文書・手順書の内容の周知に取り組んでいる。</li> <li>・事業所としての意見などは、各分野によるステップアップ委員会が毎月開催され、見直しに取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、標準的な実施方法の見直しの仕組みに関しては、5割弱の肯定率である。現場での積極的な取り組みや課題などへの反映、活かし方についての検討を期待する。今年度から取り組んでいる「基本ケア委員会」の活かし方とも関連する事案であり、計画的な取り組みを期待する。</li> </ul>	

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。

[42]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。	a
	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>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 36.7% c) 0.0% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス開始までの事前訪問や面談は、主任相談員、主任介護士、看護師とで行っている。</li> <li>・入居前に得られた情報のうち、利用者の身体機能、認知機能、生活の状態および家族関係、趣味などについて、ユニット担当のケアマネジャーに「事前情報」として引き継いでいる。</li> <li>・ケアマネジャーは、ユニットごとに配置し、入居時の担当介護職員も決定する。</li> <li>・事前情報と入居時の身体機能や活動の状況等からアセスメントし、「入居時ケアプラン」をケアマネジャーと担当介護職員で策定する。概ね1ヶ月で本プランに移行する手順となっている。</li> <li>・アセスメント手法はインターライ方式を用い、初回作成されたケアプラン(計画書Ⅰ・Ⅱ)はプリントアウトして、職員が24時間シート(とともにいつでも見ることが出来るように個人ファイルに保管している。</li> <li>・ケアマネジャーは担当介護職員とともに、ケアプランの実行状況と不足等の有無をチェックしながらケアプランの実践状況を把握して、助言する役割を担っている。</li> <li>・アセスメントの結果ケア方法等に困難が予測できるケースへの対応には、事業所内の看護師や管理栄養士および常勤の医師の他に、外部の専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士)を交えた多職種で協議することもある。</li> </ul> <p>なお、ケアプランに基づいたケアが実施され、変化や不足の状況を担当介護職が把握する仕組みはある。職員自己評価の着眼点7項目のうち、様々な職種による横断的な検討の手順についての肯定率は4割台に留まる。さらなる取り組みの強化を期待する。</p>	

[43]Ⅲ-2-(2)-② 定期的な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の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>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.7% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス実施計画(ケアプラン)の見直しを行う時期、検討の手順等については、組織的な仕組みをISOの「施設サービス計画書作成手順」「施設サービスモニタリング手順」で定めて実施している。</li> <li>・ケアプランの見直しは、介護認定更新月に合わせてプランの期限とする。長期目標は1年、短期目標は半年で作成し、3カ月ごとにモニタリングを実施して、アセスメントを行うこともある。</li> <li>・ケア内容に変更が必要になった場合は、その計画をフロアの日常の申し送りや記録が供覧できるファイルで保管して常時職員が見られるようにしている。そして職員は確認・サインをする。この確認状況をチームリーダーが把握する仕組みで運用している。</li> <li>・ケアプランの評価・見直しは、担当の介護職員とフロア担当のケアマネジャーで検討している。</li> <li>・サービスを十分に提供できていない内容については課題として取り出し、計画の変更を行う。なお緊急性の高い場合は、職員が毎回見る記録用紙に赤字で書き加えたものを供覧するようにして、修正・変更したプランは、追って差し替えるようにしている。</li> <li>・ケアプランが更新されたり再アセスメントが行われた場合は、最新の「ケアプラン他書類」をプリントして初回と同様に職員が供覧できるようにしている。これについても確認した職員はサイン欄に記名する。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>利用者が入居する際に担当となる介護職員のアセスメントスキルには個人差があるため、担当ケアマネジャーが補い、作成する。福祉サービスの実施、評価・見直しへの体制や手順は整備されているが、利用者を受け持たない職員も含めると、課題分析とケアの理解度には差があることが、職員の自己評価から伺える。検討を期待する。</p>		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 20.0% b) 66.7% c) 3.3% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体状況等は、法人で定めている介護ソフト「ワイズマン」のケア記録支援ソフト「すぐろく」に記録している。</li> <li>・「24時間シート」で、身体状態、食事・排泄など、実施したケア記録が生活一覧として把握できる。</li> <li>・記録の仕方はチームリーダーがISO「生活記録記入要領」をもとに指導し、職員によって記録内容や書き方に差異が生じないよう、「記録要領の作成について」のテーマで内部勉強会など行って質の向上を図っている。</li> <li>・職員自己評価では記録の内容の精度や情報の的確な活用、横断的な情報の共有に関する項目の肯定率が3割台と低く、自由記載には職員の記録内容の個人差についての意見も書かれている。</li> <li>・リーダー会議の定期的な開催等で、ケアの問題等を検討して新たな対策や変更などがあった場合の情報共有は、サイボウズメールの活用でユニット内および関係職員に伝達するようになっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>ケアの実施記録が共有できる体制は稼働しているが、記録を行う職員の経験値や表現力に個人差があることを職員も認識している。表記の均一化など記録内容の誤差が少なくなるような記録の工夫に期待したい。</p>	

【45】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程が定められ、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程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程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.7% b) 26.7% c) 0.0% 無回答) 16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のISO文書「個人ファイルファイリング要領」「個人情報管理規定」と法人が定める「個人情報保護基本方針」により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。法人としての記録管理責任は法人理事長としているが、実際には各事業所の管理者が責任を持つ。</li> <li>・「個人情報管理規定」「個人情報保護基本方針」に基づいた記録の管理等については、不適正な利用や漏えいを防止するための職員教育を入職時に行っている。その後は定期的な研修や法令遵守の確認、補足教育をユニットのリーダーが行っている。</li> <li>・職員自己評価では「個人情報管理規定」および「個人情報保護基本方針」についての法令遵守は60%の肯定率である。なお、記録管理の責任者の設置と個人情報保護に対する職員研修についての職員自己評価の肯定率は4割台に留まる。</li> <li>・利用者や家族には、個人情報の取り扱いについて、サービスの開始時に「重要事項説明書」の内容とともに説明し、「個人情報保護規定」について同意を得ている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>利用者の記録管理について個人情報保護の観点から計画的に職員教育を実施しているが、職員自己評価の肯定率は半数以下と低いことから、個人情報保護についての職員意識を向上させるための教育の工夫が必要と思われる。</p>	

## ●内容評価基準

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

#### A-1-(1) 生活支援の基本

【A1】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工夫していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 23.3% b) 70.0% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の年齢に応じて身体機能やADLを把握した上で、施設での暮らしをどのようにしたいか、本人および家族の意向を確認する。そのときに聞き取った意向等を含めたアセスメント情報をもとにして、施設での生活を24時間シートに反映させている。</li> <li>・利用者の自立に配慮した支援の方法を具体化するために、現在の日常生活の活動性と、この先に「ぜひやりたいこと」を聞き、できる範囲の自立支援目標を定める。</li> <li>・利用者個々の心身の状態に合わせ、それに適した作業として「タオルたたみ」「新聞折り」「草花の水やり」などのアクティビティへの参加を促している。</li> <li>・ユニット全体で企画するイベントとしては、夏祭り・地域で催す花火鑑賞・長寿を祝う会・クリスマス・餅つき大会などがある。今年は1月に福引の「大抽選会」を開催した。</li> <li>・活動の企画は、主任介護士、看護師、介護職9名で構成する「アクティビティ委員会」が計画を推進している。なお、アクティビティに関する職員自己評価の肯定率は20%と低率である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>利用者ひとり一人の施設での暮らしに合わせた活動は、アクティビティ委員会が企画し推進することになっている。しかし「企画の数は少ない」とする意見が職員自己評価で複数人から寄せられている。また職員は、食事や排泄・入浴など、日常生活に必要な支援で時間はいっぱいとなり、個々の利用者に合わせて活動の支援は不十分となっている。「基本ケア委員会」では、「アクティビティ」についても課題としているので、今後の改善を期待する。</p>		

【A2】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>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.7% b) 53.3% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者担当の介護職員をはじめとする職員は、日々のケアに当たりながらさまざまな場面でコミュニケーションを図って、利用者の思いや希望を把握するように努めている。また各場面で得られた利用者の意向は「24時間シート」に記載して職員間で共有を図るようにしている。</li> <li>・コミュニケーションの方法や支援の向上を図るためにミーティングで検討するなどして、職員間で支援の差が出ないように工夫している。</li> <li>・職員は認知症症状のある利用者との意思の疎通が難しい場合に十分な時間を取ったり、話す場所を考て対応しているが、職員の力量差もあり、職員の自己評価の肯定率も30%台と低い。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>利用者とのコミュニケーションを図る際に、特に認知症の症状のある利用者の行動や発言の意図がわからず、対応に苦慮する場面がある。これについてミーティング等で情報共有するなどの対策はあるが、その取り組みは不十分となっている。また、職員自己評価でもコミュニケーションの方法や支援に職員差があるとの認識あり、支援方法の共有や認知症の研修などの強化が必要と思われる。</p>	

A-1-(2) 権利擁護

【A3】A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.7% b) 0.0% c) 23.3% 無回答) 20.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の権利擁護については「虐待防止規定」のもと「身体拘束等適正化・虐待防止」委員会が不適切ケアの共有と虐待防止に向けて検討する役割を担っている。</li> <li>・指針・マニュアルを整備し、職員の理解を図るために内部勉強会などで検討する機会を定期的に設けている。また利用者および家族に「重要事項説明書」の「利用者の皆さまへの約束とお願い」のなかで「お約束」として利用者の権利擁護について明記している。</li> <li>・権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取り組みとして、法人が施設単位ではなく「よなごエリア」で職員がGoogleフォームで回答できる「15項目のセルフチェック」を12月に試行している。併せて施設内での勉強会も行っている。</li> <li>・年2回「虐待の芽チェック」を行って、職員の意識化を図っているが、職員自己評価の肯定率は3～4割台にとどまり、不十分と無回答とする回答者も40%強を占めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>権利擁護についての規定や研修があるにもかかわらず、職員自己評価の肯定率は30%と低い。その理由として、認識を実践に結び付ける取り組みが不十分であることが推察できる。利用者の権利擁護という本評価項目についての判断基準はa)またはc)のため、評価結果を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

【A4】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。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.7% b) 60.0% c) 0.0% 無回答) 13.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々過ごしているユニットやフロアなどのスペースの清掃や環境整備は外部委託で行い、居室やデイルームの快適性を保つようになっている。</li> <li>・自力移動が困難な利用者が増えており、利用者30名のうち27名は移動に車いすが必要になっている。そのうち重度の利用者は多機能型の車いすを使用しているため、食事などで集まるデイルームは手狭となっている。</li> <li>・2つのユニットをワンチーム化したことに伴い、デイルームを1カ所に変更した。その結果、従来のデイルームの広さの確保が困難になり、ユニットごとのテーブル配置は手狭になっている。</li> <li>・一方、ユニットごとのデイルームを隣接するようにしたことで、職員が見守りやすく、食事の準備や体操など各ユニットの職員が協力して行えることが増えた。</li> <li>・もとの食堂にはソファを設置し、「くつろぎスペース」として1日中自由に使えるようにしており、利用者が外を眺めたりして過ごすこともあるが、それに関する利用者の意向は確認していない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>フロアの2ユニットを合わせて1日のスケジュールを決めるため、支援や活動の際には、状況によっては時間をずらしたり、その人に合った案内をしているが職員自己評価での肯定率は低い。工夫は十分なのか、デイルームの変更が利用者の快適性に繋がっているのか、あるいは不便な点などについて検討する機会の計画化とその活用を期待する。</p>	

A-3 生活支援

A-3-1 利用者の状況に応じた支援

【A5】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 63.3% b) 30.0% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の状況や入浴に対する意向を踏まえて支援方法を検討・確認しながら入浴支援を行っている。基本は週に2回の入浴スケジュールを組み、一対一の入浴介助を実施している。</li> <li>・浴室はリフトを備えた個浴と機械浴の2種類で、利用者のADLに応じてどの浴槽を利用するかの判断は、利用者担当が機能訓練の専門職の意見も参考にしながら決定する。</li> <li>・利用者の意向に沿って、入浴時間や予定日の変更などには柔軟に対応し、例えば入浴を拒否する利用者には、時間や順番を変えるなどの工夫をしている。</li> <li>・男性利用者の入居者割合25%に対し、介護職員は男性の職員数が約4割のため、女性利用者への同性介護に応えるのは難しい状況にある。そのため一対一の同性介助の希望が明確にある場合は、可能な限り応じるようにしているが、変更や勤務状況によっては困難な場合もある。</li> <li>・介助なしの一人での入浴や夜間の入浴の希望には、安全性を優先して対応できないとしている。</li> <li>・入浴支援に対する職員自己評価は、着眼点の項目毎に肯定率は60～70%となっている。</li> </ul>	

【A6】A-3-1-② 排せつの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) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 排せつの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) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 53.3% b) 40.0% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄は自然な排泄を促すことを基本にして、利用者が排泄を自力でできるように支援している。</li> <li>・排泄行動に必要な身体の機能をアセスメントするために、専門職からの指導や意見を取り入れている。排泄時の立ち上がり力や拭くなどの行為が自力でできるように支援することを基本に、理学療法士などの意見も取り入れている。</li> <li>・排泄の状態は「ノム・ダス・ハカル」の指標を用いてアセスメントし、排泄補助器具なども活用して自立支援を図っている。</li> <li>・トイレは各居室にあるため、利用者は自室のトイレで自力で排泄行為ができる。</li> <li>・車いすからの移乗などが全介助の場合や、トイレの便座の方向など構造上車いすからの移乗が困難な場合には、トイレ内にポータブルトイレを置く例もある。</li> <li>・自然な排泄を目指し、排便補助器具「トイレでふんばる君」の導入を試みたり、オリゴ糖や食物繊維を摂取するなどして自然な排便を促すなど、多様な取組を行っている。職員自己評価の肯定率は60～70%となっている。</li> <li>・これらの取り組みにより、入居時にはおむつ使用だった利用者が、トイレでの排泄が可能になった事例もある。</li> </ul> <p>なお、その一方で、排泄誘導よりも、おむつ交換での支援をする事例があるとの職員自己評価の記述、利用者面接でも便・尿意があるがおむつへの排泄に慣れたという意見もある。これらはごく少数ではあるが、さらなる取り組みを期待する。</p>	

【A7】A-3-(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。	a
	b) 移動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) 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.7% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体の機能をアセスメントしたうえで「出来ること、やりたいこと」について利用者の意向を確認する。</li> <li>・移動の支援は、3カ月に1回、隣接するリハビリテーション病院から理学療法士・作業療法士が当事業所を訪れ、利用者の身体機能に見合った福祉用具の選定や、移動についてのアドバイスがあり、それらをケアプランに反映させて支援に活かしている。</li> <li>・「ノーリフティング」委員会を主任介護士とフロアスタッフ3名で構成し、安全な移動介助について検討している。各利用者には3カ月ごとに車いすや福祉用具について適切性を評価している。</li> <li>・利用者30名のうち車いす使用者は27名で、うち自走で移動ができる利用者は6名、多機能型の車いすを使用している利用者は10名である。特にフロア内を車いすで自走できている利用者については、その機能を維持できるように支援している。</li> </ul>	

### A-3-(2) 食生活

【A8】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。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.3% b) 50.0% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は隣接するリハビリテーション病院の厨房で調理されたものが届けられている。そのため、行事食などはあるが、利用者の意向を日常の献立に反映させることはできにくい状況にある。</li> <li>・食事の環境としての雰囲気づくりとしては、デイルームにテーブルを配置して気の合う利用者同士と食事ができるようにする、食事の時間に音楽を流すなど食事が楽しく進むように工夫している。</li> <li>・管理栄養士はISOの「施設栄養士管理手順(細菌検査・日常)」に基づいて衛生管理を実施している。</li> <li>・病院の厨房で献立作成がなされているため、事業所での選択食は行っていないが、朝食にパンの選択はできるようにしている。また、利用者の嗜好を取り入れるため、事業所内で工夫できる「味の調整」や「こぶや佃煮」など、利用者個々に合わせて準備している</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>食事の環境は、デイルームを移動したため職員の動線が確保できず、配膳の手順は効率的だったが、その一方で、ユニット毎のテーブル配置は手狭になった。その結果、相性のよい利用者同士が席を一緒にして食事ができる反面、限られた空間のため利用者個々が自由に動きにくい難点が生じている。デイルーム変更の評価とともに、利用者の快適性や満足度についても再度確認する必要があると思われる。検討を期待する。</p>	

【A9】A-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。	a
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 66.7% b) 26.7% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の食事摂取への支援は法人の「ISO「9つの食事基準」に従い、食事委員会メンバー（主任介護士・看護師・管理栄養士・介護士）で検討し、言語聴覚士の参加も得て、よりよい食事支援ができることを課題として取り組んでいる。</li> <li>・利用者全員の「栄養ケア計画」の策定は管理栄養士が行い、食事の摂取状況や水分摂取量、咀嚼や嚥下についての観察情報は「すぐろく温度版」に介護職員が入力して共有している。また、定期的に嗜好調査を行い、その結果を可能な範囲で献立に反映させるように努めている。</li> <li>・自力で食事摂取するための自助皿や自助スプーンなどを選び、適切な姿勢を保つために足置き台を活用するなど専門職と協働して実施している。</li> </ul> <p>食事摂取に全介助を要する利用者及び経管栄養（胃瘻）の利用者には、安全な食事介助の手法を確認しながら支援している。経管栄養の利用者は3名いて、看護師の指導と管理のもとで、痰吸引の認定資格を取得している介護職員が、吸引とチューブの接続および口腔ケアを行う。</p> <p>なお、食事の支援についての職員自己評価結果は、食事の提供、自立支援、経口摂取の取り組み、事故防止、栄養ケアマネジメントなどの各項目で60～70%の肯定率である。職員は自由意見で様々な取り組みを記載しているものの、安全や適切な食事の提供だけでなく、選択食やイベント食など「楽しみ、喜び」につながる食事の提供について十分とは言えないと捉えている。隣接する病院から食事を運ぶという条件はあるが、事業所独自でできる取り組みをさらに強化することを期待する。</p>	

【A10】A-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 43.3% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の口腔機能の保持・改善に向けて、食事前には口腔体操、食後に口腔ケアを行っている。言語聴覚士の嚥下アセスメントに基づいて、利用者の口腔機能の維持を主眼に支援している。</li> <li>・同エリアの施設に所属する歯科衛生士が月2回当事業所を訪れて、口腔ケアの実施状況を確認したり、手技の指導を行っている。歯科衛生士は1回の訪問で4～5名を対象にし、利用者の口腔内の状態を3カ月ごとに確認している。</li> <li>・歯科衛生士が事業所内で勉強会を実施し、口腔ケアの手技指導を行っている。歯科衛生士から口腔ケアの手技チェックや助言を受けることについて、職員自己評価では肯定率が8割になっている。また、自由意見としても、歯科衛生士から手技のチェックを受けていることを肯定的に挙げている。</li> <li>・利用者の口腔ケア計画は歯科衛生士との協働で「24時間シート」に記録して、職員間で共有している。</li> <li>・口腔内の清掃は、利用者自身の食後の口腔清掃と、不十分な場合の支援、さらに全介助を要する利用者などがいる。その支援は食後毎回実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>利用者の口腔内の清掃状況は見守りながらも点検し、磨き残しがないかを確認して時には補う必要がある。当事業所においても職員の手技に個人差があるため、積極的に職員の手技チェックを続けている。なお、現在は3食後ごとに全利用者に口腔ケアを行っている。咀嚼機能の低下している利用者や粘稠度の低い唾液の分泌が少ない利用者は、リスクの面からも重点的に口腔ケアが必要な利用者として対応する必要がある。この視点から、各利用者への口腔ケアの支援方法を検討されることを期待する。</p>	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

【A11】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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.7% b) 46.7% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡対策はISO「9つの介護基準」に整備され、法人共通の「褥瘡を作らないための介護基準」「表皮剥離をつくらないための介護基準」に基づいて、褥瘡予防を行っている。なお、直近1年間の褥瘡処置者は「0名」である。</li> <li>・褥瘡予防対策については「基本ケア委員会」でも話し合い、また褥瘡予防として3カ月ごとに褥瘡スクリーニング計画書を作成し、進めている。食事面から褥瘡予防を図る観点で、管理栄養士の栄養アセスメントのもとに低栄養には補助食品の補強などを行う。</li> <li>・褥瘡が発生した場合には褥瘡評価スケール「DESIGN」を用いて、評価、観察、治療に向けたケアを実施する手順となっている。</li> <li>・褥瘡ケアの研修は、米子エリアの研修会や自主研修に参加した職員が報告して事業所全体で情報共有する。</li> </ul> <p>なお、職員自己評価で5割前後の肯定率となっているのは、栄養管理・皮膚観察・ポジショニングなどの予防の取り組みを行っているが、まだできることがあるのではないかと職員自身の自己評価の厳しさによるものと推察する。褥瘡発生の予防策を総合的にとらえる視点、さらにそれらの知識について周知徹底する取り組みなどについてさらに強化することを期待する。</p>	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

【A12】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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 66.7% b) 26.7% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・喀痰吸引の必要な利用者は「胃瘻増設者」で3名いる。実施手順はISO「吸引(口腔内・鼻腔内)手順」「経管栄養(胃瘻)手順」が整備され、勤務する介護福祉士は全員が喀痰吸引の認定資格を取得し、実施している。</li> <li>・喀痰吸引および経管栄養は常勤医師の指示書に基づき、手技の指導および状態の確認は看護師がおこなって実施している。</li> <li>・胃瘻造設者の栄養注入は1日2回、9時と16時30分開始で、介護職員が実施する。その際、看護師には利用者の状態の確認と注入の可否判断を求める。このように、介護・看護師協働のもと、注入前の口腔ケア、吸引、胃瘻の接続、終了の始末を実施している。なお、注入時間は看護師の勤務時間内で2回実施するように主治医に相談して決めている。これは、注入中にいつでも看護師に相談できるようにするための設定である。</li> <li>・「研修担当」は喀痰吸引・経管栄養に関連した研修の計画を立て、法人主催で知識の補強や新たな情報学習などを図っている。</li> </ul> <p>・なお、肯定率が66.7%であった理由については、本評価の実施時点で、喀痰吸引の研修未受講者が4名いたためと推察する。今後、介護に携わる全職員が所定の研修を受けることを期待する。</p>	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

【A13】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は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.0% b) 60.0% c) 3.3% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活維持のための、機能低下を抑える予防的な訓練を検討してケアプランに組み込んで実施している。リハビリテーションの視点は、生活の活動にリハビリテーション機能を組み込んだ訓練とすることとしている。</li> <li>・利用者の身体機能の評価は隣接するリハビリテーション病院から理学療法士と作業療法士が来所し、個々の利用者30分程度の面談ヒアリングを行って、3カ月ごとに評価できるように計画化し、実施している。個別計画の実施状況は「24時間シート」に記載して、職員間で共有する。</li> <li>・利用者の判断能力の低下や症状の変化への対応は事業所常勤の医師がいるため、迅速な相談と必要時には医師が医療機関へ連絡して適切な対応につなげやすいことが施設の強みになっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の強みは、理学療法士、作業療法士、状況により言語聴覚士から専門的な助言が得られることであるが、来所日は勤務するリハビリテーション病院が優先になるため、時間の遅延が生じたり、担当介護職員が必ずしも直接相談することが難しい。ただし、メールでやり取りしたり、必要時には依頼をすれば対応してくれる体制にはなっている。このような体制にもかかわらず、職員の自己評価結果の肯定率が30%と低率である理由は何か、検討・改善を図ることを期待する。</li> </ul>	

A-3-(6) 認知症ケア

【A14】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 23.3% b) 66.7% c) 0.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活能力や機能を把握するために、入居前の生活情報や入居後の行動観察などからアセスメントを行っている。BPSDについては、医師・看護師との連携による分析をもとに、アセスメントに反映させ多職種で検討している。</li> <li>・認知症に関する研修を受ける機会があるため、職員は学習できる環境がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・BPSDのある利用者に配慮した支援、認知症利用者が落ちついて過ごせる環境づくり、チームによる継続的な支援についての肯定率は30~40%と低い。認知症ケアは、利用者の行動の観察とその受け止め方が重要になる。それらを理解するための研修なども開催され、職員には受講する機会もあるが、「認知症ケアへの取り組みは不十分」と事業所および各職員ともに認識している。なお、認知症ケアのスキルの個人差については、経験による差だけでなく、知識と感性の差も影響していると事業所は受け止めている。</li> <li>・当事業所では、認知症ケアのスキルを高めるために、認知症ケアの一つの方法である「ユマニチュードケア」を取り入れた研修を計画している。取り組みと、その実践を期待する。</li> </ul>	

A-3-(7) 急変時の対応

【A15】A-3-(7)-① 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.3% b) 50.0% c) 0.0% 無回答) 6.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の体調管理は、ISO「救急対応マニュアル」「緊急時連絡要領」に基づき行う。常勤の医師や看護師が事業所内にいるため、体調の変化や緊急事態には迅速に対応できる。常勤医師は必要に応じて外部医療機関と連携し、適切に判断して搬送などの対応をしている。</li> <li>・利用者の健康状態の異変に気づくのは介護職員であり、それを看護師に伝える。看護師は、利用者の状態を確認しながら必要な処置を行う。なお、経過の記録は、個人記録「すぐろく」に記録して職員間の共有を図っている。</li> <li>・利用者の状態観察と把握のために「眠りコネクト」を9月に導入した。これで利用者の夜間の睡眠の深さや動きを把握し、事故予防等に活用する取り組みを行っている。</li> <li>・常勤医師が週4回、利用者の居住フロアをラウンドし、全利用者の健康状態を把握している。看護師の配置人数も利用者30名に対して3名と手厚い。医療職の手厚い配置は、職員自己評価でも80%近い肯定率で、利用者の健康管理に対する職員の安心感が伺える。</li> <li>・夜勤の勤務者は2つのユニットを担当するため、「緊急時連絡要領」に基づいた利用者の緊急連絡先に関する書類をわかりやすい形でユニットに保管している。</li> <li>・利用者の服薬管理はISO「服薬マニュアル」「服薬業務手順」に沿って実施している。具体的には看護師が服薬管理を行い、実際の与薬はダブルチェックで誤薬予防している。</li> <li>・利用者の健康管理や病気、薬の効果と副作用、異変の兆候の発見について、介護職員が知識を獲得できるように研修が行われている。しかし、この取り組みに対する職員自己評価は、肯定率が40%台となっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤医師や看護師の配置体制は手厚く、それに対する職員の安心感が高い。その一方で、介護職員としての研修や知識の蓄積は不足していると認識していることが職員自己評価の結果から伺えた。介護職員の「よなごエリア研修」や、現任看護職員からの指導などで観察スキルや異変の発見にさらなる向上を目指す取り組みを期待する。</li> </ul>	

A-3-(8) 終末期の対応

【A16】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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 46.7% c) 0.0% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が終末期を迎えた場合の対応には、ISO「看取り介護指針」「看取り介護マニュアル」「看取り介護実施手順」を整備している。2023年度の退居者20名のうち18名を事業所内で看取っている。</li> <li>・終末期を迎えた場合の利用者・家族の意向の確認は、常勤医師が医務室で適時対応している。意向の確認は、ISO「看取り介護同意書・看取りケア計画書」に準じて、入居時および看取り期に再び説明し、同意を得て計画されている。また、新人職員は看護師から看取りの説明やケアについての指導を受けている。</li> <li>・事業所内での看取りを希望する利用者・家族の意向には、できる限り応じている。6種委員会の「看取り委員会」で、終末期にかかる要観察者をピックアップし、検討して体制を整えている。</li> <li>・事業所として、看取りについての方針を明らかにしている。この方針を家族に説明し、利用者・家族の意向を確認して、可能な限り、希望に対応している。この取り組みに対する職員の肯定率は70～80%と高い。</li> </ul>	

A-4 家族等との連携

A-4-1 家族等との連携

【A17】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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 53.3% b) 43.3% c) 0.0% 無回答) 3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の家族には、カンファレンス開催時や面会のタイミングを利用して、適時、利用者の状況を知らせている。</li> <li>・利用者に関する情報は、適時発信するとともに、家族から要望があった場合には、個人情報の扱いに注意しながらコピーなどを渡している。</li> <li>・施設の玄関脇に事務室があるため、家族が来所すると、まず相談員や施設長と顔を合わせる構造になっている。そのため、利用者を担当するユニットの職員から、家族が利用者に関する情報を知られる前に、その場が事前情報を把握する機会になっている。また、玄関口に近いところに医務室もあり、看護師から身体状態の説明なども受けられることが、家族にとっての安心感につながっている。</li> <li>・入居後の「認知症の進行」という不安を抱え、利用者に会わずに様子だけ毎日聞いて帰る家族もいる。このような家族には、その心情を受け入れながら、対面するタイミングを図るなどの配慮をしている。家族の相談や心配ごとには随時対応する体制を整えている。</li> <li>・利用者と家族がつながりを持てるようにするための取り組みとして「スカイフォン」などでの通話も4年前から取り入れている。特に遠方に住む家族に対してはこれを案内するなど、利用者と家族が関係を保つことができるようにする工夫をしている。</li> </ul>	