

社会福祉法人 こうほうえん

特別養護老人ホーム

よなご幸朋苑

福祉サービス第三者評価報告書

平成 21 年 12 月 16 日

特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

東京都福祉サービス第三者評価機関

認証番号 機構 02-004

目 次

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

(添付資料) 職員自己評価・利用者調査 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 21 年 6 月 18 日 |
| (2) 情報収集の実施（調査） | |
| ① 利用者・家族調査 | 平成 21 年 8 月 19 日 |
| ② 職員自己評価 | 平成 21 年 6 月 18 日～7 月 17 日 |
| ③ 経営層自己評価 | 平成 21 年 6 月 18 日～7 月 17 日 |
| ④ 訪問調査 | 平成 21 年 8 月 17 日～8 月 18 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 | 聞きとり調査 |
| (2) 調査対象数 | 利用者 4 人 家族 10 人 |

4. 評価調査者

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

5. 評価決定合議日

平成 21 年 10 月 4 日

6. 本評価に対する問い合わせ・苦情等の窓口

- | | |
|--------------|---|
| (1) 評価責任者 | NPO法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津ふみ子 |
| (2) 本評価調査責任者 | NPO法人メイアイヘルプユー 鳥海房枝 |
| (3) 連絡先 | NPO法人メイアイヘルプユー事務局 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 | |
| | 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている | |
| | 評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(A) | |
| | 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 ○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 ○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 ○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) ○非該当 |
| | 【A+の取り組み】 ○あり ●なし | |
| | | |
| | 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(A) | |
| | 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 ○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 ○非該当 |
| | 【A+の取り組み】 ○あり ●なし | |
| | | |

評価項目3

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

評点（ A ）

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|-------|
| ◎あり ○なし | 1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている | ○ 非該当 |
| ◎あり ○なし | 2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している | ○ 非該当 |
| ◎あり ○なし | 3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている | ○ 非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

カテゴリー1の講評

法人理念の周知・理解・実践に向けた多様な取り組みがある

理念・基本方針は法人として策定し、本施設の玄関などに掲示している。また開設以来、これらの具現化に向け、理事長が職員や関係者に周知してきた取り組みを、平成18年に小冊子「互恵互助」に表し、全職員に配布している。職員への周知として「互恵互助」を朝礼で読み合わせ、会議では施設長の経験も踏まえての解説、また事業計画策定時は部門目標に生かす、新人研修での活用などがある。利用者に対しては、入居時の説明、家族会での報告、広報誌（毎月）への記載などがあるが、さらなる改善として継続性のあるアプローチ不足を挙げている。

施設長は法人の理念を熟知し、その実践にリーダーシップを発揮している

施設長など経営層の役割、職務分掌に権限が明示されている。また、職員各自が職務・役職に応じ期待される役割行動を前提に、年2回自分の活動状況を評価し、課題に取り組むという人事考課制度を活用している。施設長は、本事業所の運営管理者として、法人・理事長の方針を現場が理解できるように伝えること、現場の職員が「ケアの効果」を感じ、自信を持って活動できるような「仕掛け」を作ることであるとし、その実践に取り組んでいる。さらなる改善として、リーダー層の役割・責任を現場の状況に応じ、より具体的に明示することだとしている。

法人、施設（事業所）における重要な案件の意思決定は明確である

意志決定の手順とその報告については、本部・エリア・各事業所で実施される各種会議の位置づけを明確にし実施している。本施設では主任役職者以上を構成メンバーとする「施設内経営会議」で課題・改善事項を協議、現場の課題は「ユニットリーダー会」、各ユニットの課題は「チーム会」で検討、ユニットリーダーを通し情報を共有している。利用者への周知は、介護保険制度の変更やユニット体制に関することなどを広報誌、家族会を活用し、またユニット毎に利用者の生活状況を定期的（毎月から年2回と幅がある）に報告する時にも同封している。

カテゴリー2

2 経営における社会的責任

サブカテゴリー1

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

評価項目1

社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている

評点(A+)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ●あり ○なし

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

サブカテゴリー2

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

評価項目1

事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など) | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している

評点(B)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など) | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

地域の関係機関との連携を図っている

評点(B)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ○あり ●なし | 1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリ-2の講評

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、規範・倫理に関しては「互恵互助」、職員倫理綱領・就業規則に明示している。また新人研修では、介護保険制度、個人情報保護法について講義し、さらに現場では新人教育のためのチェックリスト(エルダーチェックリスト)の活用、「利用者の権利・個人の尊厳を奪わないケア」として17項目を定め、その中から毎月3項目を取り上げ、日常の行動を振り返る機会としている。また、DCMを活用し、利用者中心の関わり方について客観的評価を行ない、ケアの見直しに役立っている。

事業の透明性の確保と地域貢献を課題とした取り組みがある

事業の透明性を確保する取り組みとして、平成12年から法人独自のオンブズマンである「ふれあいの橋の会」が、本施設を訪問し課題を提起している。また法人の方針として第三者評価を取り入れ、ホームページで公表している。広報誌は毎月発行し、家族以外に自治会、行政、関係機関に200部程度配布している。地域に役立つ取り組みとして、物品の貸し出しや栄養士の講師派遣、実習生の多数受け入れ等の取り組みがある。広報誌には毎月「ご相談日」があることを掲載しているが、現状は入院相談が主であり、位置づけと方針について検討を期待する。

ボランティアの活用や地域の関係機関との連携に課題がある

地域の福祉に役立つ取り組みとして、本評価では社会的な責任としてボランティアを受け入れること、地域の関係機関との連携を図り、地域の一人として活動することを期待している。本施設では、ボランティアを積極的に受け入れたい意向はあるが、現状は行事の時や夏休み体験ボランティアの受け入れに止まり、体制づくりは今後の課題である。また地域の関係機関との連携は特になく、法人内事業所間の交流が中心である。最近、高齢者が住みやすい地域づくりの一つとして、「出店」の取り組みに関与し出している。今後の取り組みに期待する。

カテゴリ-3

3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリ-1

利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している

評価項目1

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

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

評点(B)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ○あり ●なし | 1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリー3の講評

法人として「苦情」の重要性を明確にし、苦情対応の確実な実践に努めている

法人の大切にしたい価値観の一つとして「苦情は財産」を明示し、多様な方法で利用者の意向・要望・苦情を把握している。苦情受付窓口や第三者委員を重要事項説明書への明示と施設内掲示、意見箱の設置、法人直通のフリーダイヤルに加え、本施設独自の取り組みとして、6か月ごとに「苦情解決制度についてのお知らせ」を家族に送付している。意見・苦情を把握した場合は、「なんでも報告書」に記載、内容により、「リーダ会」「ユニット会」で検討し、家族には手紙や家庭訪問により説明している。

毎年法人アンケートを実施し、サービスの向上に活用している

利用者の意向の把握として、法人が毎年「利用者アンケート」を実施し、その結果と対策を広報誌に掲載している。現場では、この結果を検討し、チーム(ユニット)目標に落とし込み、改善に取り組んでいる。また、「ふれあいの橋の会」や実習生からの意見についても同様に改善する方針で取り組んでいる。このような取り組みをしてから10年になるが、利用者などから寄せられる意見や苦情を前向きに受け止め、職員間で討議すること、改善に生かすことが定着してきたとしている。

地域の福祉ニーズの把握について課題がある

地域の福祉ニーズに関する情報は、法人内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などから提供される。しかし、本施設としては、法人が掲げる目標:「地域との密着度」を高める仕組みと実践は弱く、改善課題として挙げている。福祉事業全体の動向に関する情報収集は、法人本部が体制を組み積極的に把握し、法人の新規事業や事業方針を決定する「経営会議」や制度対応のためのプロジェクトチームで分析し、そこで協議・検討された戦略事項は各事業所に伝達されている。

カテゴリ4

4 計画の策定と着実な実行

サブカテゴリ1

実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

評価項目1

取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 年度単位の計画を策定している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3
 着実な計画の実行に取り組んでいる

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ◎あり ○なし | 1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している | ○非該当 |
| ◎あり ○なし | 2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている | ○非該当 |
| ◎あり ○なし | 3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している | ○非該当 |
| ◎あり ○なし | 4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

サブカテゴリー2

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

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(B)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ◎あり ○なし | 1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している | ○非該当 |
| ○あり ◎なし | 2. 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している | ○非該当 |
| ◎あり ○なし | 3. 再発防止・予防対策の実践に向けて、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

カテゴリー4の講評

法人として計画策定の様式を定め実施している

法人として中長期目標を定め、各事業所(部門)の年度計画は、帳票:部門別目標管理記録に記載している。この帳票は、法人目標を達成するために改善しなければならない事業所の問題・課題を解決するための取り組み、その取り組み結果を確認する方法と結果の目標値を決め、その実施状況を評価し、次期に向けた改善点などがその内容である。この部門別目標を基に各チーム(ユニット)ごとに計画を策定する仕組みである。短期に生ずる課題についても、チームや課題別委員会で検討し、計画的な取り組みに努めている。

計画の策定にあたり、職員の参加、利用者アンケートなどを活用している

部門目標の策定に際し、昨年までは主任以上の役職者が策定していたが、今年度からユニットリーダーから課題や目標にしたいことを出してもらい、それを取り入れるようにしている。職員が目標を共有し、実践への意欲が高まることを期待している。また利用者アンケートの結果やヒヤリハット情報、さらには実習生からの提案も検討し、改善に向かう部門別目標を策定している。部門別目標は法人が主催する介護部門の責任者からなる「生活支援委員会」で全事業所の取り組みを共有している。また進捗状況は、「施設内運営会議」「チーム会議」で確認している。

安全対策は法人として対応策を定めているが、実施に関しては課題がある

安全対策として、防災・感染・事故・緊急時の対応をマニュアル化し、法人としてリスクマネジメントに関する体制を作り、現場での取り組み、エリアや法人レベルでの取り組みと責任を明確にしている。事故・ヒヤリハットに関しては、基本的にはユニットで検討し、「いろんなこと報告書」に状況・要因・予防対策を記載し、報告する仕組みである。しかし、事故が繰り返されている事例やヒヤリハットに関する報告書が上がってこない状況、また分析が確実に実施されていない、情報の共有が不十分などの課題を認識し、取り組みを開始している。

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1

事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる

評価項目1

事業所にとって必要な人材構成にしている

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

職員の質の向上に取り組んでいる

評点(A+)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ●あり ○なし

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

サブカテゴリ-2

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

評価項目1

職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリ-5の講評

利用者本位のサービスを実現すべく専門職の配置に積極的である

法人として人事制度に関する方針を明示し、人事考課制度、エルダー制度を導入し、定期採用を基本としている。入居者の重度化傾向によるニーズに対応するため、職員配置として、看護師体制を基準以上、常勤医師を配置し、またターミナルケアの充実に取り組んでいる。介護福祉士取得職員と介護支援専門員取得職員の割合も高く、また、シーツ交換や清掃などの間接業務には障害者雇用を、夜間当直にパート職員を採用するなど、人材活用に工夫がみられる。今後の課題として、リハビリに関する専門職が必要であるとしている。

法人として教育研修部を配置し、人材育成に積極的に取り組んでいる

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

職員の気づき、やる気の向上に取り組んでいる

職員一人ひとりの気づきや提案を活動に生かす取り組みとして、「チームノート」、ユニットミーティングなどを日常的に活用している。また自主研究会についても主体的に報告会を実施、エルダーによる発表なども実施している。職員のやる気の向上の一つとして就業状況を基準とした表彰制度「元気ハツラツ賞」、職員同士で感謝の気持ちを表現する「サンクスレター」、休暇を取りやすくする策として「リフレッシュ休暇」などがある。さらなる改善点として、研修成果の組織的な共有、人事考課制度の透明化、福利厚生の充実などを挙げている。

カテゴリー7

7 情報の保護・共有

サブカテゴリー1

情報の保護・共有に取り組んでいる

評価項目1

事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している

評点(B)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 個人情報の保護に関する規定を明示している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 開示請求に対する対応方法を明示している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

カテゴリー7の講評

職員のパスワードの設定などにより情報保護への取り組みがある

職員一人ひとりのパスワードを設定し、情報へのアクセス権限を明確にしている。本部から発信されるメール(情報)は、各階層や委員会ごとに配信され、重要な情報は職員個々のパスワードで管理している。紙ベースで伝達する情報は「部外秘」の扱いで、保管が必要な文書は課題別や分野別にファイルし保管している。文書類の更新は現場では介護主任が担当している。法人が主催する「施設長会議」の内容は基本的にはマル秘事項で、資料に部外秘の押印があり、現場で情報伝達するプロセスで伝達すべき内容の取捨を行っている。

個人情報については、研修などを実施しているが、その遵守に課題がある

個人情報保護法の趣旨を踏まえ「個人情報保護規定」を策定し、取り組んでいる。この規程には、個人情報保護基本方針・利用目的・開示請求が明示されている。また、個人情報保護基本方針を掲示、利用者には本文書を配布し、説明して同意を得ている。職員への周知として、新人研修を実施、実習生などには説明し、誓約書を取っている。しかし、ユニット内に保管する記録物については、管理上の不十分さがみられ、個人情報保護規定が遵守されていない現状があり、緊急の課題として取り組む方針をもっている。

カテゴリ-8

8 カテゴリ1～7に関する活動成果

サブカテゴリ-1

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

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている・
 ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」・
 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」・
 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」

A+ A B C

改善の成果

事業計画の策定など現場の意向を積極的に取り入れる活動の成果が見られる

①平成21年度から、年度計画(部門年度目標管理)の様式・内容を一部変更した結果、部門(施設)として取り組む課題がより具体的に表され、わかりやすくなっている。また、これまでの年度計画は、施設長と主任が策定していたが、今年度から法人として目標管理の方法を見直し、ユニットリーダーの意見を取り入れて、目標設定する方針に変更している。その結果、ユニット(チーム)として目標設定する時に、その目標が具体的になり、話し合う内容が明確になっている。②施設長自らの療養体験を踏まえ、職員と共に課題などを協議する場の重要性から主任役職者以上による定例の「施設内経営会議」の発足、ケア理念・ケア方針の共有のため、現場職員と施設長の懇談会の場を設定、食事の楽しみを大切に、食の見直しのためのプロジェクトチームの立ち上げなど、リーダーシップを発揮した具体的な取組みがある。

サブカテゴリ-2

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている・
 ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」

A+ A B C

改善の成果

職員の増員、自主研究会の取り組みなどにより活動が充実してきている

①ユニットケアの充実を課題として職員を増員させている。現在、直接支援に携わっている職員は、利用者一人当たり常勤換算で1.52:1である。職員調査では、人員配置の改善により、ケアが充実していると評価している。②職員がトランスファーに関する研究に自主的に取り組み、その成果を報告している。また、介護に対するマスキングのネガティブキャンペーンに対し、2人の職員が、「介護のおもしろさを多くの人に広めたい」という意欲を表し、施設長始め職員間で検討し、介護体験を高等学校の授業で話すなど職員の自主的な活動により、組織・施設全体の力が向上している。③ユニットリーダー研修の受け入れを平成19年12月に開始し、21年10月まで56人、延べ280日にのぼる。この受け入れは、施設職員全体で自施設の課題を整理する機会になっている。

サブカテゴリ-3

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面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」

A+ A B C

改善の成果

食事の形態見直しのプロジェクトチームの発足と在宅ターミナルケアへの取り組み

①利用者の嚥下機能を踏まえた食事形態の在り方検討のためのプロジェクトチームを、外部からSTも招き検討委員に加えて発足させている。この検討により超刻み食を廃止し、ソフト食への変更が9月から可能の見込みとなっている。②施設からの介護支援があれば家で看取りたいという家族の要望に応え、利用者本人を外出させ、本施設の医師と看護・介護職が家庭訪問をして在宅でのターミナルケアを実践している。本施設の理念を実践する先駆的な優れた実践であり、本施設の医療体制の充実がそれを支えている。

サブカテゴリー4

事業所の財政等において向上している

評価項目1

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

A+ A B C

改善の成果

省エネの取り組みなどにより財政状態が安定している

①リーダー会議で、毎月の稼働状態、収支状況などについて報告し、職員がコスト意識を持つような取り組みをしている。空きベッドの活用による稼働率の向上、電気の無駄遣いをやめること・省エネ意識の醸成による資質の削減が得られている。

サブカテゴリー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ーで評価される部分において改善傾向を示している・
・カテゴリー3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

A+ A B C

改善の成果

苦情解決制度の周知に関する積極的な取り組み

①平成20年5月より、「苦情解決制度についてのお知らせ」を、利用者家族に6か月毎送付するとりくみを開始している。「苦情は財産」を掲げる法人の方針に取り組む、積極性を評価した。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

| No. | 共通評価項目 | |
|-----|--|---|
| | サブカテゴリ1 | |
| 1 | サービス情報の提供 | |
| | 評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している 評点(A) | |
| | 評価 | 標準項目 |
| | <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要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している <input type="radio"/> 非該当 |
| | 【A+の取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | |
| | サブカテゴリ1の講評 | |
| | <p>事業所情報をタイムリーに利用者(市民)に提供している</p> <p>利用者等へのサービス状況に関する情報提供は、広報誌「こうゆう」やホームページで紹介している。毎月定期発行の広報誌「こうゆう」の作成には現場のスタッフも関わり、現場の様子をタイムリーに写真入でわかりやすい内容にしている。この配布先は、公民館・社会福祉協議会・地域包括支援センターや行政機関などである。施設の玄関先にも事業所情報に関する冊子が置いてあり、訪問者などへの情報提供に取り組んでいる。ホームページは法人本部が作成しており、携帯電話からのアクセスを可能にするため検討中とのことである。</p> <p>利用者特性を考慮したパンフレットを作成している</p> <p>本施設を紹介するパンフレット「介護老人福祉施設よなご幸朋苑」には、法人理念と法人の運営基本方針が施設の写真と共にわかりやすく1ページ目で紹介している。また、どのような介護サービスを提供しているかについても具体的で簡潔に示している。さらに利用料金表や申し込み方法・見学と問い合わせ先・苦情申し立て窓口まで紹介しながら、パンフレット全体の文字を大きくするなど工夫している。</p> <p>利用問い合わせや見学については対応担当者を定めている</p> <p>利用に対する問い合わせや見学の窓口は通常は生活相談員が担当し、不在の場合は誰が対応するのかまで定め、相談者の都合に合わせて迅速に対応できるようにしている。相談・見学を受ける際には、施設の特徴や施設内における医療(病院との違い)の限界、利用料金などについても必ず説明するようにしている。また見学者を案内する時は、利用者にもその都度了解を得るようにして、可能な範囲で居室にも案内している。</p> | |

サブカテゴリ-2

2 サービスの開始・終了時の対応

評価項目1

サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している

評点(A+)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ●あり ○なし

ターミナルケアへの取り組みとして、まず、1年ごとに更新する「ターミナルについての確認書」で意思を確認し、利用者の状況に合わせ、施設で出来ることや自宅を選んだ場合の支援内容まで具体的に説明している。そして、ターミナルを迎える場所として利用者(家族)が在宅を望む場合、1週間程度の期間で、介護職を始めとして、看護師・医師が家庭訪問するなど、それを可能にする体制を整え実施している。利用者(家族)が望む場所でのターミナルケアの実践を高く評価する。

サブカテゴリ-2の講評

利用開始にあたり事前に利用契約の説明・同意を得ている

利用申し込み時に重要事項説明書に基づき利用料金やサービス内容の説明などを行っている。またこの時、入所判定会議に必要な利用者情報は所定の様式で把握している。利用開始前の利用者面接は、施設ケアマネージャーと看護師が利用予定者の待機場所(自宅・老人保健施設・病院など)を訪問し、利用予定者を前にして再度重要事故説明書などの内容を説明・同意を得ている。その際に現在の利用者状況を把握し、入所当日のケアや暫定プランへの要望を聞き、「入居時アセスメント記録・暫定生活支援計画書」に記載するなど丁寧な取り組みをしている。

入所1か月後を目途にケアプランを作成している

利用開始直後の環境変化に対する利用者の不安やストレス軽減のために、暫定生活支援計画書を作成し、これに基づいて職員が利用者に対応できるよう利用当日までに内容を周知するカンファレンスを実施している。特に入所に当たっては「馴染みのものの持参」や嗜好を含む生活習慣など、これまでの暮らしで大切にしてきたものを尊重するようにしている。そして、入所1か月の間に、生活支援計画書24時間ソートの作成に取り組み、家族へのアセスメント面談で把握した事項なども入居時アセスメント記録に追加し、ケアプラン作成時の情報にしている。

入院退所となる見込みの利用者や在宅ターミナル希望者への支援を実施している

大部分の利用者の退所理由は「死亡」である。ちなみに昨年度退所者31人の内、死亡退所者は29人(93.5%)である。そのうちターミナルを在宅で迎えたいという希望があった1名については、施設職員がその時までを訪問して支援している。その他、病院入院で退院の目途がつかず入院退所となった利用者については、その家族と入院中もユニットのスタッフが情報交換ノートを作り、退所後のサービス利用や施設再入所についての相談などをして不安軽減を図っている。

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

評価項目1

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

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

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

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--------------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| 評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している | | | 評点(A) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 | |
| 【A+の取り組み】 | | | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし |

サブカテゴリー3の講評

事業所独自の生活支援計画表に基づきアセスメントを実施している
 アセスメントの実施からプラン作成、モニタリングまでの手順は、生活支援計画作成手順として文書化されており、それに基づいて6か月ごとにケアプランを作成している。そして、生活支援計画書はアセスメント項目としての基本情報と本人(家族)の望みや思い、具体的な支援項目とその方法、評価・今後の支援まで記入する様式(A3版3頁)になっている。また、それをまとめて利用者への支援と個別の望ましい生活像を24時間シートとして図表で描き作成しているため、利用者(家族)と職員双方にとって具体的でわかりやすいケアプランになっている。

家族・本人の参加を促し、生活支援計画の作成とその説明をしている
 家族意向を把握するアセスメント面談日を設定し、利用者・家族の意向確認をまず行い、それらを計画の中に記載する欄が大きく設けられている。重度化傾向にある利用者の状況ではあるが、施設方針として支援は利用者(家族)の意向を大切にしながら進めるとしている。利用者面接の際に出合った家族の全てが、生活支援計画について説明を受けていると回答している。また、認知症で説明内容が詳細に伝わらないようでも、可能な範囲で利用者にもそこに参加してもらうようにするなど、利用者意向を尊重する取り組みとして評価したい。

支援の経過はミーティング・記録により、ユニット間でも共有できる体制がある
 利用者に対する支援の経過は生活記録と介護管理記録に記載している。また毎日14時からミーティングを実施して利用者の変化などの情報共有を図っている。このミーティング記録を活用し、他ユニットの利用者の状況変化を共有できるよう取り組んでいる。この情報共有により、2ユニット1人体制の夜勤帯でも職員の協働体制が図れている。毎月実施している生活支援計画に対するモニタリングはチーム会でを行い、利用者の状況変化を職員が共有できるようにしている。

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

| | | | |
|--|---|---------------------------|--|
| 評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している | | | 評点(A) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 利用者に関する情報(事項)を外部和りとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている | <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 | |
| 【A+の取り組み】 | | | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし |

| | | | |
|--|--|--|----------------|
| 評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している | | | 評点(A) |
| 評価 | 標準項目 | | |
| ●あり ○なし | 1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている) | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている | | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている | | ○非該当 |
| 【A+の取り組み】 | | | ○あり ●なし |
| サブカテゴリ5の講評 | | | |
| <p>個人情報・プライバシー保護要綱を法人本部が整備し取り組んでいる</p> <p>利用者に関する個人情報を外部とやり取りする範囲については、入所契約時に説明し、個人情報同意書を得ている。また、実際にその必要性が生じた時には改めて説明するようにしている。また、個人情報・プライバシー保護要綱を定め、それらを新規職員研修で渡している。中途採用者に対しては職場で手渡しなど、その徹底を図っている。利用者の羞恥心への配慮としては、排泄・入浴支援の際の1対1介助や、利用者の意向に沿って同性介助を行っている。また、居室へ入る時、ノックと同時に戸を開けないよう注意している。</p> <p>利用者の尊厳を守った介護実践展開に向けた多様な取り組みがある</p> <p>職員が「利用者の権利・尊厳を奪う17項目」を文書で示して掲示するなど、あらゆる機会に職員の目に触れるようにしている。なお、この17項目は、職員の言葉による利用者への抑制的態度についても、注意喚起を促す内容で構成されており、チーム内でも権利・尊厳を奪う17項目についての読みあわせを行っている。また、法人内でDCM研修の受講修了者(マッパ―資格取得者)が8人おり、そのチームが施設を訪問して6時間にわたり、現場のケアを観察するDMCを実施している。これは職員の利用者に対する言動や態度を振り返る良い機会になっている。</p> <p>個人の意志を尊重した介護への取り組みを重要視している</p> <p>利用者の重度化傾向が進み、利用者自身の言語による意思表示は困難になっている。その中で虐待発生の予防と適切な介護をめざし、小さな傷や職員の不適切な言動などまで「いろんなこと報告書」に記載する仕組みになっている。特に、プライバシーの尊重と言われる介護現場は利用者1対1の関係という密室性の高い仕事であるため、常に利用者の意志の尊重を職員が意識化する重要性を管理者は重視している。万一、虐待被害などが発生した場合は、法人としてリスクマネジメント委員会での検証と行政へ報告するとしている。</p> | | | |

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(A)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|---|------|
| ●あり ○なし | 1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目2

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

評点(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(A)

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ6の講評

業務の一定水準の確保に向けた手順書はISO規定で備えている

業務の一定水準確保のための手順書・マニュアルは、ISOで規定しているものを勤務室に置き、業務点検の際などに活用している。また、それらに基づいた手引き書は毎年見直し職員に手渡しているが、見直しをする専任職員を配置していないため、見直しとその変更が遅れがちなことを、経営層は今後の課題と考えている。サービスが基本事項や手順書に沿って実施されているかの点検は、法人内内部監査・サーベランスで行われている。

研修などにより、利用者の安全を確保する取り組みがある

利用者の重度化がすすむ中で、安全を確保するために「いろんなこと報告書」の分析を行なっている。研修も多く企画しており、消防署の救急隊に依頼して、救急法の実技研修(心肺蘇生・心臓マッサージ)も実施している。また、誤嚥時への対応も検討した結果、2ユニット毎に吸引器を1台配置し、医務室には酸素ボンベも備え、吸引器の操作などの研修も看護師を中心にして実施している。職員のケア技術の獲得向上を目指した取り組みとしては、エルダー制度や主・リーダーの役割を明確にして相談助言を受けやすくしている。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

| | | | |
|---|--|--|---------|
| 1 | 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している | | 評点(A) |
| | 評価 | 標準項目 | |
| | ●あり ○なし | 1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている | ○非該当 |
| 【A+の取り組み】 | | ○あり ●なし | |
| 評価項目1の講評 | | | |
| <p>利用者を中心にした具体的な生活支援計画を作成・実践している</p> <p>生活支援計画を具体化させるため1日の支援を、共通サービス・個別サービス・望まれる生活として24時間シートで示している。また、そこに利用者の意向を反映させるため、「生活・関わりのポイント」として利用者(家族)の生活全般に関する思いと望むこと、それを踏まえた援助方針も示している。支援に当たっては利用者の出来ることと、どこまで支援してほしいのかを聞きながらケアすることを重視している。なお、重度化傾向にある利用者が居室で過ごす時間が長く、関わりが少なくなる傾向があり、管理者はそれを今後の課題としている。</p> <p>その人らしい生活づくりに取り組んでいる</p> <p>生活支援計画で「望まれる生活」が示されており、共通サービスから個別サービスを通して、そこに到達する支援になっているか否かが分かるよう工夫した様式になっている。そして望ましい生活を作りだすため、身だしなみ・好きな色・好きな服などから社会性や情緒面まで生活習慣とともに把握し、それらを継続させながら、その人らしく生活できるための支援に取り組んでいることが伺える。また、対人関係と意思疎通についてアセスメントを実施し、コミュニケーションの方法をユニットで共有して支援に当たるようにしている。</p> <p>関係職員が適切に連携して支援できる仕組みがある</p> <p>利用者への支援は食事・排せつ等に関する5つの基本ケアと、利用者の主体性を尊重した支援17項目を常に考え、利用者と思疎通を図りながらケアに当たるとし、これを利用者に関わる際の姿勢として全職員に求めている。利用者の日常生活を支援する職員としては、介護職員・CM・生活相談員・看護師・栄養士を位置付け、生活支援計画作成時のカンファレンスに参加するなど情報の共有を図っている。また、看護師をユニット担当制にしていること、栄養士も利用者の食事状況を見るためにユニットを巡回するなど連携した支援を展開している。</p> | | | |
| 2 | 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している | | 評点(B) |
| | 評価 | 標準項目 | |
| | ○あり ●なし | 1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 3. 利用者が選択できる食事を提供している | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 5. 食事を楽しむ工夫をしている | ○非該当 | |
| 【A+の取り組み】 | | ○あり ●なし | |

評価項目2の講評

利用者の状態に応じた食事提供には更なる取り組みを期待する

利用者の重度化の進行により、経管栄養の利用者割合は17人(23%)を占めている。利用者の嚥下機能を踏まえた食事形態で提供しているが、施設として刻みや超刻み食などに課題があると認識し、食事に関するプロジェクトチームを3か月前に発足させ、9月には超刻み食を廃止しソフト食へ移行する予定など、食事の改善に取り組んでいる。利用者面接でも、「形がなく何を食べているのかわからない」という声もあった。プロジェクトチームの成果を大いに期待したい。

職員が一体になって食事場面に関わっている

昼食時には栄養士が必ずユニットに出て、利用者の食事の状態を見るようにしている。また、厨房のスタッフもユニットを廻り、食事中の様子を見たり利用者から意見を聞くなどしている。そのため、生活支援計画書で事前に把握している利用者の好みだけでなく、実際の摂取状況に応じた代替食への変更はタイムリーに行われ易い仕組みになっている。医師・栄養士・看護師・代表の介護職で構成する栄養ケアマネジメント会議を毎月開催し、毎回3人程度の利用者の食事について検討している。

食事を楽しむ工夫に取り組んでいる

昼食を選択食としているが、実際に選べる利用者は、ユニットで1人程度である。そのため、ユニットで炊飯と盛り付けを行う、個人の食器利用、ユニットキッチンで利用者の好みを聞き副菜をつくるなど、利用者の状況に合わせた様々な工夫にユニット毎に取り組んでいる。利用者面接で利用者本人からは「話をしながら食べられる人がいない、楽しいほどではない」という声の一方で、「仲間がいるので楽しい」という回答もあった。家族からは本人の皿・茶碗を使っていることを評価する声があった。

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(B)

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|------------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 健康上の理由等で入浴できなかった利用者には代替方法をとっている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 入浴の誘導は利用者には負担がかからないように考慮し、行っている | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目3の講評

利用者の機能に応じた入浴を可能にするため3タイプの浴槽を備えている

浴槽タイプは3種類あり、利用者の身体状況と入浴習慣、本人の希望等に応じて使い分けている。それらを使い分けた安全な入浴介助の技術習得のための研修会にも職員を参加させている。また、マンツーマン対応での入浴に3年前から取り組み、利用者の好みに応じ決して急がせず、そして待たせることのない入浴と、同性介助希望者の要望にも出来るだけ対応するようにしている。また、夜間入浴や、利用者の意向に添い入浴回数も週3回までに増やしている。

入浴は利用者には負担がかからないよう工夫している

発熱などで入浴が出来ない場合は、清拭や更衣を行い保清に努めている。また、食事直後の入浴は避け、入浴誘導の前に利用者の意向を確認している様子も利用者面接から伺えた。入浴拒否の場合もどこにその原因があるかを検討するようにしている。この過程で入浴嫌いと考えられていた利用者の拒否の理由が、チェアインバスタイプの浴槽入浴にあり、入浴方法を変更すると拒否がなくなった事例もあるとのことであった。

一部の風呂場の環境整備を期待する

3階の風呂場については、職員から「特別浴槽があるが汚い」という意見が寄せられている。利用者面接でも「夏は良いが冬場は体を洗っているうちに寒くなる、早く浴槽に入りたくなる」という意見があった。訪問時に風呂場を視察したが、風呂場全体が広く室温を上げにくい構造にある。また、浴槽が複数設置されており、その仕切りが不十分で、入浴時の利用者のプライバシーの確保にも工夫を要するのではないかと気になった。具体的改善への取り組みを期待する。

| | | | |
|---|---|---|----------------|
| 4 | 評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | 評点(A) |
| | 評価 | 標準項目 | |
| | ●あり ○なし | 1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 2. 利用者の状況に応じた排泄目標を設定している | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている | ○非該当 | |
| 【A+の取り組み】 | | ○あり ●なし | |
| 評価項目4の講評 | | | |
| <p>排泄目標を明確にした取り組みを実践している</p> <p>安易なおむつ使用を避け、適切にトイレ誘導する資料とするため、新規入所者に対しては、入所日から3日間にわたり「ノム・ダス」チェック表を作成し、排泄誘導時間の検討や使用するパットなどの選定をしている。なお、トイレ誘導の対象者は、端座位以上の機能を有する利用者として排泄目標を設定している。利用者面接時の家族の意見でも、「入所前はおむつへの排泄だったがおむつをはずしトイレ誘導になれたことに感謝している」の声を聞いた。その一方で、「コールを遠慮する、すぐ対応してもらえない」との利用者の声もあった。</p> <p>排泄動作の自立と安全に配慮し環境整備への取り組みがある</p> <p>ベッドからポータブルトイレに安全に移乗できるよう移動用バーを30台設置するなど、利用者の身体機能を生かせる排泄動作とするための環境整備を図っている。なお、トイレ誘導・居室でポータブル便器利用や、どのようなパットなどを使用するかなどの検討は、ユニット会議に排泄委員が情報提供して決定している。ポータブル便器は使用の都度洗浄し臭いの発生予防に努めている。利用者面接では、「臭気を感じることはない」との回答である。</p> | | | |
| 5 | 評価項目5 移動、整容の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | 評点(A) |
| | 評価 | 標準項目 | |
| | ●あり ○なし | 1. 利用者の状態にあった移動方法を検討している | ○非該当 |
| | ●あり ○なし | 2. 服装や整容は利用者の好みを反映した支援を行っている | ○非該当 |
| | 【A+の取り組み】 | | ○あり ●なし |

評価項目5の講評

利用者の状態にあった移動方法や福祉用具の選定は、専門業者に相談する仕組みがある

移動方法や福祉用具(ベッド・車椅子など)の選定に際し、まずベッドについては法人内の福祉用具事業所および契約業者と検討し、多種メーカーから選び決定している。必要に応じて移動手段・介助方法・車椅子上の姿勢・ベッド上での適切な体位等について、理学・作業療法士の指導・助言を受けている。なお、ベッドについては本年度にマットレス幅の広いタイプを新規購入の予定であるが、車椅子については今後順次整備する必要があると管理者層は認識している。

利用者の好みの尊重と生活習慣の継続を意識している

生活支援計画作成時に、身だしなみに関する習慣(化粧・服装・こだわり等)や、好きな色、好きな服なども把握している。それらに基づき利用者の好みの服装でいられるよう配慮している。また理・美容についても利用者の好みを聞き、パーマやカラーリングまで出来るようになってきている。数人は施設外の理美容院まで出向き、その送迎もしている。なお、利用者調査では、これらへの支援が不十分という意見があった。管理者層も整髪と更衣支援に課題があると認識している。

評価項目6

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(A)

6

| 評価 | 標準項目 | |
|---------|--|------|
| ●あり ○なし | 1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている | ○非該当 |

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目6の講評

常勤医師を配置、また看護師も施設基準以上に配置している

常勤医師を配置、看護師も施設配置基準以上おり、日勤帯で4人(土・日は2人)の勤務者で、ユニット担当を定め、ユニットチーム会議に出席するなど、他職種との協働を図っている。看護師の役割は、状態観察の必要性のある利用者の判断とそれへの対応、看護師が作成した資料に基づく介護職への研修などである。外部から歯科衛生士を招き、口腔ケアを重視する取り組みにより、誤嚥性肺炎による利用者の入院が減少している。なお、経営層は、理学療法士・作業療法士・言語療法士などからの研修も今後充実させたいと考えている。

健康にまつわる利用者・家族の相談連絡は看護師が対応している

体重減少や食欲の低下など利用者に体調変化が見られる時は、まず、担当看護師から家族に状況説明の電話を入れている。また、毎月発行の広報誌を配布する時にも、体調変化のみられた利用者については「医務室からのお便り」として、その後の経過などを記した文書を添付している。なお、夜勤帯は待機看護師を定めるオンコール体制を敷き、常に介護職との連絡が取れるようになっている。そして利用者の看取りや、急変時など看護師自身が必要と判断した時は出勤し、その回数は多い時で月4～5回になる。

誤薬防止のマニュアルを整備している

服薬に誤りがないよう服薬マニュアルを整備し、配薬業務は看護師のダブルチェック体制を敷くなど、誤薬防止に努めている。また、薬剤は鍵のかかる戸棚で保管するなど、薬の管理も徹底させている。その中でも時に誤薬事故があり、経営層は服薬マニュアルの更なる徹底の必要性を認識している。これについては、マニュアルの徹底に加え、なぜ誤薬が生じたのか、その原因を多角的に検証し、具体的な対策に結び付ける取り組みを期待したい。

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| 7 | 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている | | 評点(B) |
| | 評価 | 標準項目 | |
| | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 施設サービス計画に基づいて、利用者一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている | <input checked="" type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 3. 機能訓練指導員等の指導のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 4. 介護職員等が日々の介護の中で気がついたことを機能訓練指導員に返している | <input type="radio"/> 非該当 |
| <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 5. 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている | <input type="radio"/> 非該当 | |
| 【A+の取り組み】 | | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | |
| 評価項目7の講評 | | | |
| <p>全利用者に個別機能訓練計画を策定している 個別機能訓練計画は全利用者に策定している。なお、モニタリングは利用者の受け持ち担当職員とケアマネージャーとで、月1回実施している。</p> <p>日常生活動作を通じた機能維持について検討を開始している おむつへの安易な排泄を避け、排泄パターンを把握し、端座位以上の機能を有する利用者に対してはトイレ(ポータブルトイレ)誘導している。この支援も機能維持に向けた支援と位置付けている。これを積極的に推進するため、機能維持に有効な福祉用具の選定を、法人としても課題として取り上げ、生活支援委員会で開始している。そこで本年度は従来よりマットレス幅の広いベッド14台の購入を決定した。車いすなどについても計画的に整備予定である。これらの福祉用具の活用が、利用者の機能維持につながる支援として実施されることを期待したい。</p> <p>日常生活の中での機能訓練の充実を期待する 本事業所では日常的な機能訓練は、主に看護師が担当する形で進められており、機能訓練担当者はこれに直接関与していない。ここに専門職を加えるなど、更なる体制の充実を期待したい。安全確保のために定期的に点検する用具は、ベッド・車いす・移動用バーなどと決め、車椅子は入浴時、ベッドと移動用バーはシーツ交換時にチェック表を使い点検している。</p> | | | |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| 8 | 評価項目8 利用者の自主性を尊重し、施設での生活が楽しく快適で、自立的な日常生活となるような取り組みをしている | | 評点(B) |
| | 評価 | 標準項目 | |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 日常生活の中で楽しめ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. 娯楽・買い物などの外出の機会を確保している | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | 5. 居室や食堂などの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している | <input type="radio"/> 非該当 |
| 【A+の取り組み】 | | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | |
| 評価項目8の講評 | | | |
| <p> ユニットごとに楽しめる工夫を可能にするユニット費を予算化している ユニットごとで利用者が楽しむ機会を設けられるよう、昨年10月からユニット費を予算化している。楽しむ機会としては、買い物・食事外出や映画・歌声・手芸などのサークル活動、花見や夏祭り・紅葉狩りなどの行事もある。特にサークル活動の運営には、地域ボランティアが関わっている。また、家族と連携しての日帰り帰宅が実現できている利用者も10人程度いる。経営層は、重度化傾向にある利用者の楽しめる時間への取り組みは不十分と認識しており、アクティビティ委員会で検討している。 </p> <p> 落ちつける雰囲気作りへの取り組みがある 利用者の居室は個室であるため家族と職員とで話し合い、利用者のなじみの家具やこだわりのあるものを持ち込み居場所として落ち着けるよう配慮している。リビングや食堂などの共用空間の雰囲気作りはユニット職員にまかされており、意識的に1人で居られる場所作りをしているユニットもある。ユニットにより整理・整頓・飾りつけなどに差が見られ、「居間」としての雰囲気作りと整理・整頓に工夫が欲しいと感じるユニットもあった。喫煙や飲酒は場所と嗜み方を決めて自由であり、現在、晩酌を楽しむ利用者もいる。 </p> <p> 共用スペースの清掃に工夫を期待する 清掃は外部の委託業者が入り、居室フロアと共用箇所について毎日清掃している。また汚れに気づいた職員はその都度清掃するとしているが、食後のテーブル拭きや床の食べこぼし掃除などが徹底していない状況がある。安全と快適性を保つための環境チェック項目が、介護管理記録の中にあるものの、誰がいつそれを実施してチェックするかを決めてないため、その徹底が不十分になっていると経営層は考えている。早急な対応を期待する。 </p> | | | |
| 9 | 評価項目9 施設と家族との交流・連携を図っている | | 評点(A+) |
| | 評価 | 標準項目 | |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 1. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 2. 家族が参加できる施設の行事を実施している | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 3. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している | <input type="radio"/> 非該当 |
| | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | 4. 利用者の日常の様子や施設の現況を定期的に家族に知らせている | <input type="radio"/> 非該当 |
| 【A+の取り組み】 | | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | |
| 送迎などの支援があれば利用者の日帰り帰宅が可能との家族の意向を受けて、介護職員が付き添いそれを可能にしている。家族の高齢化や1世帯当たりの構成人数の減少などにより、家族介護力が低下する状況に対応したこの取り組みを高く評価したい。 | | | |

評価項目9の講評

自宅への帰宅支援などへの積極的な取り組みがある

家族の都合に合わせた利用者の一時帰宅や、送迎サービスがあれば可能などの家族意向を受け職員が付き添っての一時帰宅など、施設入所後も家族と住み慣れた自宅(地域)との関係を途絶えさせない支援に積極的に取り組んでいる。利用件数は月2~3件ではあるが、家族会や広報誌などを通してこの支援を知らせ、帰宅できる利用者の増加を図っている。利用者面接では、この一時帰宅を楽しみにしているという声があった。家族と利用者の関係をつなぐ重要な支援といえよう。

施設行事への家族参加に努めている

家族に参加を呼びかける行事としては、開苑セレモニー・夏祭り・敬老会・ユニット毎の食事会などがあり、事前に予定を周知して開催している。利用者面接では、家族から「いろいろな工夫をしてくれ感謝している」という声もあった。なお、利用者家族の家族会加入は任意としており、加入家族は約半数で家族総会などへの参加は加入者の2~3割とのことである。

利用者の現況は毎月の広報誌と共に報告している

利用者の状況は、毎月発行のエリア通信誌「こうゆう」送付の折に、医務からのお便り・ユニットからのお便りも同封し、家族に利用者の様子が伝わるよう工夫している。また、面会時やケアプランのカンファレンス時など利用者の暮らしについての家族要望の把握に努めている。利用者の居室に「家族との連絡ノート」を置き、職員・家族が書き込んでいる事例もある。経営層は、県外に住んでいる家族や、面会に訪れる回数の少ない家族への働きかけを今後の課題としている。

評価項目10

地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点(B)

| 評価 | 標準項目 | |
|-------------------|--------------------------------|------|
| ●あり ○なし | 1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している | ○非該当 |
| ●あり ○なし | 2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している | ○非該当 |
| ○あり ●なし | 3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている | ○非該当 |
| 【A+の取り組み】 ○あり ●なし | | |

評価項目10の講評

地域情報を提供し利用者の生活感を刺激する取り組みがある

利用者への地域情報としては、自治体の広報誌や地方新聞、そして新聞の折り込み広告などである。利用者の重度化によりこれらを楽しめる人数には限りがあるが、新聞の折り込み広告は季節感や物価、何を買いたい等の話題に発展させることもできる。それにより次の外出先に結び付けることもあるとのことである。

出張スーパーマーケットなどへの外出の機会を作っている

隣接する高齢者の施設へ、市内のスーパーマーケットに出張出店を依頼したため、車いす利用者も品物を見て買い物ができる機会が増えている。また、同一法人が経営する近隣レストランで、親戚も集い利用者の誕生会をする家族も見られる。経営層としては、利用者が施設内で職員以外の人々と接する機会を増やすため、ボランティアの継続的な受け入れシステムを作りたいと考えている。地域に根差した運営は経営理念としても掲げていることであり、その取り組みを期待したい。

地域資源の利用を経営層は今後の課題としている

地域資源を利用する機会は、一時帰宅したおりの外食や買い物などであり、利用者の外出の機会は少なくなっている。地域の理美容院へ行って利用した利用者も以前はいたが、重度化傾向が影響してか現在は希望者はいない状況である。地域を視野に入れた法人経営の具現化の1つとして、利用者が地域資源を活用し、地域住民と交わり、日常生活を豊かにできる取り組みを期待したい。

【 総 評 】

よなご幸朋苑総評

＜特に優れている点＞

1. 職員の主体性と参加を大切にした組織運営

施設長は、本事業所の運営管理者として、法人・理事長の方針を現場が理解できるように伝えること、また現場の職員が‘ケアの効果’を感じ、自信を持って活動できるような‘仕掛け’を作るという方針を持ち実践している。その成果として、職員が組織運営に参加する機会が増えたこと、また、職員の主体的、意欲的な活動として表れている。

具体的な例として

- ① 法人の方針として事業所が作成する年度計画の様式・内容を一部変更し、現場の課題を具体的に表しやすくしたことをきっかけに、年度計画の策定のプロセスを改善している。これまでの年度計画は、施設長と主任が策定していたが、ユニットリーダーの意見を取り入れて目標設定するプロセスに改善している。その結果、ユニット毎の目標設定において討議する内容が明確になり、目標が具体的になりかつ進捗状況の確認がしやすくなっている。
- ② 職員の主体的で積極的な取り組みとして、介護に対するマスコミのネガティブキャンペーンに対し、介護の面白さを多くの人に広めたいという職員の意向を受けて近隣の高校に持ちかけ、授業で介護体験を報告する機会を得ている。また、職員の自主研究としてトランスファーに関する勉強に取り組み、その成果を報告するなどがある。
- ③ 平成20年度より「苦情解決制度についてのお知らせ」を、6ヶ月ごとに家族に送付し、積極的に利用者の意向を把握する取り組みを開始している。
- ④ その他にも、職員と協議する場として、主任役職者以上で構成する「施設内経営会議」の開始、施設長として現場職員と懇談する場の設定、施設入居者にとっての食事の楽しみを再検討するプロジェクトの発足などである。

このような取り組みは、施設長の療養体験が生かされているともいえ、利用者個々人の意向やケアのあり方について、職員と共に考えて行こうという方針に裏づけされている。

2. ターミナルケアへの積極的な取り組み

ターミナルケアについては、「逝く場所と逝き方」を利用者本人と家族が理解し、十分納得していることが何よりも重要とされている。そのため介護保険

施設においては利用者（家族）の意向確認を文書で求めている。これについて本施設では、1年ごとに「ターミナルについての確認書」を更新するという現実に即した意向確認をしている。具体的には、利用者の心身状況により家族の意向も変化することを当然の事として捉え、毎年、利用者の状態に応じて、施設で出来ることや自宅を選んだ場合の支援内容まで具体的に説明する進めかたである。なお、昨年度の全退所者が死亡退所で、その約8割は自宅・施設内死亡になっている。そして、ターミナル期に入ったと施設が判断した時、「逝く」前に一時帰宅を盛り込んだケアプランを、可能な範囲で家族と話し合うという取り組みもある。これは家で看取りたいと考える家族がその意志を固める機会になり、例えそれが困難でも家に帰れたという利用者・家族の思いの実現を支援することにつながると思う。さらに自宅看取りについても、施設からの継続支援を展開している。これら看取りに関する一連の取り組みを、施設一丸となって家族と連携しながら進めていることを高く評価したい。

3. 利用者中心の生活支援計画の策定とその実践

生活支援計画策定前に、家族の意向を確認する日時を設定し、そこで得られた情報を計画の中に記載する欄が大きく設けられている。また、重度化傾向が進む利用者状況がある中でも、本施設の方針はあくまでも利用者を中心に置き、認知症で支援内容の詳細は伝わり難いと考えられる利用者についても、可能な範囲で計画説明の席に参加してもらうようにしている。支援計画は、施設独自の工夫が見られるが、とりわけ1日の24時間を円で示し、共通サービス・個別サービス・望まれるサービスを同心円で描く24時間シートは、職員はもとより家族にも分かり易い書式になっている。そして、計画がどのように実践されているのかの記録・モニタリング・再アセスメント・計画の策定など、生活支援が具体的に展開され、更にその見直しまでが一連の仕組みとして機能していることを評価したい。

4. 家族との連携体制

家族との連携により利用者の暮らしを支えていく姿勢を施設は貫いている。それを具体的に示すものとして以下のものがある。

- ① 利用者調査面接で出会った10名の家族全員が、ケアプランについて職員と話し合え、わかり易い十分な説明を受けられたと答えている。さらに、ケアプラン会議に出席する際には、事前に家族で話し合うと答えた家族もいた。これらは、家族と共に利用者の暮らしと、必要な支援を考える施設の姿勢を示すものとする。また、入所前はオムツへの排泄だったが、トイレでの排泄が可能になったことを感謝していると答えた家族が多数いた事も特筆したい。

- ② 利用者と家族・地域との関係をつなぐ支援として、一時帰宅を可能にする取り組みを積極的に行っている。具体的には家族の都合に合わせた利用者の一時帰宅や、送迎サービスがあれば可能などの家族意向も受けながらの一時帰宅など、施設入所後も住み慣れた自宅（地域）との関係を途絶えさせない支援に積極的に取り組んでいることを評価したい。
 - ③ 施設運営に家族の関心を向ける工夫として、家族に参加を呼びかける行事がある。様々な行事開催については、計画的にその開催日時を周知してその参加を図るようにしている。また、利用者の状況は毎月発行の広報誌送付の折に、各セクションからのお便りも同封し、家族に利用者それぞれの状況がわかるように工夫している。
- これらの取り組みは、職員自身も自己評価のなかで高く評価しているところである。

<改善を期待する点>

1. 研修成果の共有化や研修方法の検討

法人が大切にしたい価値観の一つに「職員こそ大事」と明示し、法人本部に教育研修担当責任者を配置し、人材育成に積極的に取り組んでいる。新人研修、階層別研修、課題研修などのほかに、他法人との合同研修、海外研修、法人内研究会がある。またエルダー制度の導入、人事考課面接などを活用して職員の意向を把握、人材育成に関する職員個人別課題を明確にし、評価するなど、計画的な取り組みがある。

しかし、職員自己評価では、このような法人としての組織的な取り組みを肯定的に受け止めている一方、忙しい現場から研修に参加し、残って現場で働く職員の負担が大きいなか、その割には研修内容の共有化への取り組みが不十分であるという意見が目立つ。また、「職員のやる気の向上に取り組んでいる」という項目においては、現場職員の自己評価は、厳しい評価結果である。施設長はじめリーダー層の自己評価でも、改善点として、研修成果が組織的に共有化されていないことや人事考課制度の透明化の促進、考課者が適正な評価を行う指標の必要性が挙げられている。ユニットケアが進む中、少数の利用者を少数の職員で24時間ケアをするという職員配置は、研修への参加を困難にしている側面があろう。研修方法などについても工夫が求められる。本法人は先駆的に人材育成に取り組み、それは一つのモデルにもなっていることに鑑み、ユニットケア体制における人材育成のあり方について手本を示すことを期待したい。

2. 地域との連携のもとに、利用者の生活の幅を広げる取り組み

本評価では、利用者が地域の一員として生活する機会をサービス関係者が開発

し、施設生活により薄れていきがちな「地域で暮らしている」という利用者の意識を回復し、地域生活を支援していくことが期待されている。

しかし本施設では、利用者一人ひとりが地域の人と交流し、地域の住民として生活する機会をつくる取り組みは、緒に就いたところと言える。現状では、行事のときや夏休み体験ボランティアの受け入れ、一時帰宅した折の外出や買い物などであり、利用者の重度化傾向の中、外出の機会は少なくなっている。しかし最近、市内のスーパーマーケットに、近隣の施設に出張出店を依頼し、本施設からは車椅子で買い物に出かけるという機会が得られている。本施設としては、法人が掲げる目標：「地域の密着度」を高める仕組みと実践の弱さを改善課題としてとりあげており、計画性を持った積極性を期待したい。

3. 食事形態・美味しい食事提供についての更なる取り組み

提供している食事の形態について課題がある事を、施設としてもその必要性を認識しており、刻み食や超刻み食の見直しに向けたプロジェクトチームを発足させるなど、食事改善に向けた取り組みを開始している。食事については利用者面接の折にも「形がなく何を食べているのか分からない」という声も聞いている。また、職員自己評価でも、自由意見として改善の必要性が伺える内容が記されている。「安全性」と「おいしさ」を目指す取り組みに期待したい。

4. 浴室環境の改善、機能訓練の充実に向けての検討

一部の浴室について、利用者からも冬は寒いと言う声が面接の折に聞かれた。職員の自己評価でも同様の意見がある。これは浴室が広いという構造上の問題に起因すると考えられる。改善には予算を伴うが、その必要性を優先順位に位置づけ取り組まれることを望む。

機能訓練は主に看護師が担当する形で進められており、理学療法士など専門職の関与は少ない。職員の自己評価においても、これを更に強化する必要性を、経営層・リーダー層・一般職員が同じように認識している結果が見られる。是非とも積極的な取り組みを期待したい。