

## 福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

### ① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー
---------------------

### ② 施設・事業所情報

名称：よなご幸朋苑	種別：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	
代表者氏名：施設長 高岡 久雄	定員（利用人数）： 74 名	
所在地：鳥取県米子市上後藤3-7-1		
TEL：0859-30-0123	ホームページ：https://www.kohoen.jp/	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成5年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 こうほうえん		
職員数	常勤職員： 60 名	非常勤職員： 12 名
専門職員	医師 2名（うち嘱託医1名）	
	介護福祉士 41名	
	看護師 5名	
	管理栄養士 3名	
	歯科衛生士 1名	
	社会福祉士 1名	
	あん摩マッサージ指圧師 1名	
	介護支援専門員 12名	
施設・設備の概要	ユニット型個室 84室（うち「短期入所生活介護」10室）	共同生活室 8室、 浴室 6室（一般浴、特殊浴槽等） 共同トイレ 12カ所 洗面所 11カ所 医務室 1室

### ③ 理念・基本方針

〈理念〉

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

〈基本方針〉

わたくしたちは サービス業のプロとして 正しい情報を伝達し 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

- ・地域福祉の連携拠点としての活動、施設職員を有効活用し（看護師・介護士）、定期巡回、随時対応で地域に展開。出前授業等の活動を通じた担い手の育成、世代交流、地域資源との連携、社会参加の促進を図っている。
- ・DOM受審（マッパ資格者：4名）、ユニットケアリーダー実地施設評価（他法人、他県からの見学実習生の受け入れによるサービス改善、見直しの機会を重視）、研修体制・エルダー制度の取り組み、介護職員初任者研修の委託による受講後の人材確保。
- ・抑制ケースゼロを維持、抑制ゼロ達成後はオムツ外し、個人の尊厳を低めない更衣の改善に取り組み、利用者の尊厳を奪わないサービス提供を実践している。排泄ケアにおいては、超音波尿量測定器（ゆりりん）を使用したアセスメントを行い、自排尿・排便を目指したサービス提供を行っている。テープ止めおむつ使用者は1名である。
- ・積極的な障がい者雇用
- ・家族会主催の研修勉強会
- ・大学・企業との共同研究  
：2010（平成22）年度、慶應義塾大学との共同研究により、介護現場におけるノウハウをITにより見える化し、客観的なケアの質の向上に結び付ける事業に参画した。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年7月3日（契約日）～ 平成31年 1月 10日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成21年度）

## ⑥ 総 評

### ◇特に評価の高い点

#### 1. 法人・エリア・事業所にまたがる重層的な職員育成体制の構築と当事業所のきめ細やかな工夫により、職員の育成に務めている

法人として職員を「財産」(人財)と位置づけて求める職員像を明確に示し、職員育成を体系的に行う組織体制と研修計画を整備している。

法人による新規採用者から管理者等にいたる経験年数や役職等に応じた研修、リスクマネジメント研修などのテーマに応じた研修、そのほか研究発表会や他の社会福祉法人との合同研修会など、多くの研修の機会を設けている。そのほか、よなごエリア内での研修、さらに当事業所内では重要課題としているテーマを設定した施設内研修にも取り組み、法人からエリア、事業所に至るまでの重層的な職員育成体制を構築している。

一人ひとりの研修課題については、人事考課の目標設定の際に職員が参加したい研修を表明して「教育研修管理記録」に明示し、その受講履歴も把握している。さらに新人職員対象にエルダー制度を実施し、エルダーだけでなく他の専門職も協力して定められたチェックリストに沿った業務の習得を支援している。また、エルダー会および新人会を開催して相互に課題等を情報共有するなど、より効果的に取り組めるよう工夫している点も評価できる。

外部の研修実施機関にも非常勤職員も含めテーマに応じて職員を参加させている。

法人による職員育成に関する方針、組織体制と計画、さらに当事業所でのきめ細やかな工夫において高く評価したい。

#### 2. ケアプランの策定に関する体制が確立し、適切なプロセスにより取り組みが行われている

事業所の役割・責務は、利用者の状態や特性を把握し、必要な支援・ケアの提供であると言っても過言ではない。当事業所では、アセスメントからケアプラン作成、そしてケアの提供まで、確実に適切な取り組みがある。

入所時は、多職種で家庭訪問などにより把握した情報を、「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。その後、当事業所が採用しているアセスメント手法により、入居1ヶ月を目途に状態を把握し規程のアセスメント様式に記載してケアプランを作成する。各利用者に担当介護士を決め、アセスメント項目に対応した専門職からの意見を聴取してケアプランの原案を作成し、その後主任介護士とケアマネジャーが確認している。モニタリングは3か月ごとに実施、担当者が個人としてそれを実施するのではなく、ユニットの職員や各専門職の意見を聴取している。そして、利用者の状況に変化がなければ6カ月後に再度アセスメントをしてケアプランを更新している。更新時は赤字で修正する。

作成したケアプランは、家族を交えたカンファレンスで報告、家族の意向を把握する機会としている。またこの時には、介護士とケアマネジャーの他に専門職として、看護師、栄養士、歯科衛生士、機能訓練指導員が参加し、専門的な視点からプラン内容の説明などを実施する。家族からの意見、要望については検討し、ケアプランの修正をすることがある。ケアプランの共有は、ユニット会議、毎日のミーティングで共有、確認している。

ケアプランの実施は、「24時間シート」により、時間ごとに必要なケアの提供が記載される。その視点は、生活リズム、意向・好み、自分でできること、サポートが必要なことである。この24時間シートの実施状況は、「生活総合記録票」に記載し、ユニットにおける利用者支援情報・特記事項は「介護日誌」に記載し、申し送りで共有している。

さらに、記録の書き方は、ISO介護管理記入要領及び介護管理記録・生活総合記録の書き方を見本に作成し、標準化を図り、新人には記入の仕方について研修を実施している。ケアプランの短期目標と支援内容には番号をふり、実施状況が分るようになっている。

このような取り組みは、実際の支援・ケアに活かされている。

### 3. 多職種が協働して基本的なケアに取り組み、生活支援の充実を図っている

当事業所は利用者が家庭での生活を継続できる支援を目指し、多職種が協働してそれに取り組んでいる。その実現に向け基本的な生活行為となる、食事・入浴・排泄への支援の方向を、人間の生活行為として解剖生理から捉え、利用者の力を引き出す支援から看取りにまで取り組んでいる。まず、食事については、利用者の咀嚼・嚥下機能をアセスメントして食形態を決定し、摂食姿勢や使用する食器などまで適切に調整している。また、利用者個々の食欲を刺激するような環境への配慮などにも気づかいをしている。さらに口腔ケアについても食後のみならず、利用者の状態により食前にもそれを行う等の取り組みは、歯科衛生士との協働によって個別ケアとして実施されている。これらの取り組みのためにユニットという小集団の利点、介護士・看護師・栄養士・歯科衛生士との連携・協働によって取り組んでいる。

入浴は仰臥位で入浴する特殊浴槽での入浴方法を廃止し、家庭での入浴に近い座位姿勢入浴を行っている。座位姿勢での個人浴槽入浴は利用者の羞恥心にも配慮しやすく、換水も一人ずつで行うため清潔も保てる。さらに職員と利用者とは1対1での入浴になるため、認知症の利用者をはじめ利用者が落ち着ける入浴になるよう時間調整もしやすい。そして利用者の身体機能を利用した入浴にするため、理学療法士を中心に介護士・看護師とで介助方法を検討して3種類の浴槽形態から適切な浴槽を選んでいる。

排泄は「下剤に頼らない排泄」を標榜し、十分な水分摂取と食物繊維の多い食物の摂取を工夫している。また、排泄しやすい姿勢、すなわち端座位姿勢への誘導に取り組んでいる。そして、介護士・看護師・栄養士が協働して「ノム、ダス、ハカル」を実施し、適切な排泄支援に取り組んでいる。

移動の支援については、理学療法士が利用者の身体機能をアセスメントし、適切な移動用具の選定、及び日常ケアの中でできる生活動作を通したリハビリテーションメニューを具体的に助言している。それを活かして、介護士・看護師は、歩行訓練などに取り組んでいる。また安全な移乗・移動の介護方法についての学習会も事業所内で行っている。

協力医療機関、配置医師との連携により事業所内看取りに積極的に取り組んでいる。事業所として「看取り指針」を定め、協力医療機関とは委託契約を取り交わし、配置医師とは「利用者急変時における当事業所との取り決め」事項を文書で交わしている。そのため、配置医師には24時間連絡でき、指示・助言が得られている。

## ◇改善を求められる点

### 1. ホームページにおける当事業所の情報発信についての方針の明確化と、その公開情報の内容充実が課題である

法人の「大切にしたい価値観」の一つに「地域への情報発信」を掲げ、地域に選ばれ続ける法人となるようホームページ、広報誌の発行、第三者評価の受審、見学者の受入れなど多様な機会やツールによって情報公開に努めている。当事業所でも法人ホームページの「活動報告」欄の記事掲載や広報誌（エリア「こうゆう」・事業所「よなご幸朋苑通信」）の発行を行っている。

しかし、当事業所の関係記事の更新は頻回ではなく、その内容は行事報告が中心である。その点について当事業所でも公開情報の充実等を課題としているところであり、当事業所における情報発信の方針の明確化と計画的な取組みの実施が求められる。

法人のホームページは、レイアウトや表現（「数字で見るこうほうえん」等）にも工夫してわかりやすい情報発信に努めているが、「苦情解決制度」は苦情受付の体制に関する記述にとどまり、苦情・相談の内容や、それに対する改善状況は掲載していない。さらなる取組みに期待する。

### 2. 利用者の個性を生かした豊かな生活を課題としたボランティアの活用、また、家族会の活用などにより、利用者の生活が豊かになる取組みを期待する

利用者の重度化が進む中で、利用者の生活は施設内の活動と職員からの支援、交流が中心になりがちである。当事業所では、ボランティアの受け入れは、定例的な行事活動が中心になっている。利用者の個別の趣味や楽しみなどに関するボランティアの関わりは乏しい。食事、排泄、入浴などの基本的な介護は確実に実施しなければならないので、重点化して取り組みやすい。しかし、趣味活動など生活の豊かさへの支援は、特別な目標と方策が必要になる。ボランティアの活用について検討を提案する。

また、家族会はエリア内 2 カ所の入所施設が合同で実施しており、参加者は 3 割を切る。家族会には、8 割の家族が加入、また全職員が会員として加入しているが、家族会への参加はリーダー層が中心である。また家族会は、年 2 回程度家族向けの研修会にも取り組み、職員が自主的に研修に参加する時には補助金を支給するなど多様な活動がある。しかし、利用者の生活を豊かにする視点からの家族会の位置づけは弱い。家族会の位置づけ、そして活動についての見直しを期待する。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当法人では、大切にしたい価値観「ご利用者本位」において、ご利用者を真ん中に置き、ご利用者の目線でサービスを見直すと定めている。

今回の第三者評価の受審に当たり、提供する施設サービスに対し全職員が自己評価を行い（対象64名：アンケート回収率100%）、法人の運営・組織体制、当苑の取組等を職員一人一人がしっかりと考えることができた。

今回の結果を受け、介護サービスの質については一定の評価を受けることができた。今後も個別の暮らしを支える上で意向を重視し、柔軟な対応ができるよう各々の専門性を高め、スキルアップを果たしていきます。

一方で情報提供についての課題があきらかとなった。ご利用者に選ばれるサービスを提供するためには、プライバシー保護やサービスを知る権利・自ら選択できる権利について、施設からの情報発信のあり方を改善し、事業の可視化・透明性の確保への取組を深めていきたい。

## ⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～40）の通り、報告します。

## I 福祉サービスの基本方針と組織

### I-1 理念・基本方針

#### I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)51.6% b)39.1% c)0% 無回答)9.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念と基本方針等は小冊子「互恵互助」、ホームページ、パンフレット等に掲載している。法人では理念や基本方針に基づく「法人の目標」「大切にしたい価値観」などもあわせて明文化して掲載し、また、その内容は外部環境の変化に対応すべく順次改定してきている(現在は第5版)。</li> <li>・法人の理念等は事業所内に掲示している。小冊子「互恵互助」は非常勤職員を含む全職員に携行させ、朝礼等の場で1ページずつ唱和しているほか、エルダー制度における新人職員向けのチェックリストや人事考課の目標管理シートにも記載され、法人の目標と個々の職員の目標とが関連付けられるように工夫している。</li> <li>・利用者と家族に対しては、入居時に生活相談員が事業所のパンフレットで法人の理念や基本方針を説明している。また、今回の第三者評価の実施に伴う職員自己評価の結果を踏まえて、各フロアに小冊子「互恵互助」を配置して利用者が手に取れるよう改善した。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人の理念や基本方針等を明確に定め、事業所内の掲示や小冊子「互恵互助」の配布と活用など、法人および事業所をあげてその周知に努めている。しかし、当事業所では利用者や家族に対する「わかりやすい説明」については不十分で工夫が必要とし、課題とらえている。利用者や家族への周知は、事業所との信頼関係づくりや安心したサービスの利用の基盤として重要である。さらなる取り組みに期待する。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)37.5% b)35.9% c)14.1% 無回答)12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・社会福祉業界の動向など事業経営をとりまく環境については理事長および副理事長からテレビ会議やグループウェアによって直接的な指示や情報提供がある。そのほか、短期的・緊急な課題あれば課長級以上が参加する毎週定例開催の本部打合せ、法人の戦略や中長期的な課題であれば次長級以上が参加する経営検討会議(年数回)で意思決定し、法人連絡会議(係長級以上)を通じて各事業所に周知されるしくみである。                      ・当事業所では理事長や副理事長からの指示や情報提供のほか、利用者数の推移、事業所の収支、稼働率等を運営会議(毎月)で確認し、必要な情報はグループウェアやユニットリーダー会議(毎月)で周知している。</p> <p>■ 改善課題                      法人では会議や委員会の体制の見直しが段階的に進められている。その中において当事業所の管理者は、内外の急速な環境変化に対応していくためには法人本部と事業所(現場)との情報の円滑なやりとりやその共有が非常に重要と考え、そのための体制づくりを課題としている。より適切な経営判断の基礎となる事業所内での情報の共有や地域の福祉ニーズの把握なども含め、さらなる取組みに期待する。</p>		

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.6% b)48.4% c)9.4% 無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・経営課題の分析にもとづく課題の明確化と具体的な取組みの方向性は、理事長および副理事長を中心に法人本部が行っており、それを中長期目標や事業計画に反映させて具体化させるしくみである。                      ・当事業所では法人の方針に基づいて、ICT(情報通信技術)の活用、ノーリフティングの推進、地域貢献(「地域で一緒に暮らそう会」、高等学校等への「出前講座」など)に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題                      理事長以下法人本部のリーダーシップのもとで組織をあげて新たな取組みを進めている。しかし、経営状況や課題の分析に基づいた課題解決に向けた取組みを進めるためには職員の共通理解の構築が不可欠である。今回の第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では肯定的な回答の割合は3割に満たなかった。職員の主体的な参加を促す意味でも職員への周知と共通理解の構築は重要であり、さらなる取組みに期待する。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)53.1% b)20.3% c)7.8% 無回答)18.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人は第四次中期目標(平成28年度～平成30年度)を定めており、「社会福祉法人としての経営力の向上」、「2018年度に向けた地域包括ケアシステムの構築」、「『生産性向上』による利用者満足最大化」等を柱に掲げ、法人内の全事業所で計画的に取り組んでいる。この中期目標の内容に沿って「エリア目標」を設定し、年度ごとの事業計画の作成につなげている。大規模法人であり、鳥取県内を4つのエリアに分けて、共通課題を導き出して取り組んでいる。当事業所は「よなごエリア」に属する。</p> <p>・中期目標は年度ごとに検証されている。理事長および副理事長などが中心となって法人の経営統括部で検討され、次年度の方針等を理事長が発表する。</p>		

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	a
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.7% b)23.4% c)6.3% 無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人の中期目標を踏まえ、毎年度よなごエリアおよび当事業所において事業計画(当法人では「年度目標管理記録」)を策定している。</p> <p>・この書式では中期目標に沿ってエリアが目指す「姿」を10項目程度明示したうえで、当該年度において法人が统一的に定めた「利用者獲得」、「サービスの質の向上」、「生産性向上」等の課題ごとに、「エリアとしての活動」および「事業所の取組み内容」を明示し、それぞれについて「測定可能な指標」や「目標値」を明示している。なお、この書式は指標は実績や活動の評価を行う際にも用いている。</p> <p>・これに基づき、ユニット目標や個人目標を作成するしくみであり、法人の中期目標から職員一人ひとりの目標までが結びつけられている。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)21.9% b)53.1% c)9.4% 無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所の事業計画の原案はエリア目標を踏まえて各委員会や医務等で検討して目標をあげ、運営会議で部門目標として決定する。各委員会には非常勤職員を含めて全職員がどこかに所属していることから、全ての職員が計画策定にかかわるしきみがあり、各委員会に入っている主任級の職員が意見をとりまとめている。                      ・計画期間中には毎月のユニット会議で振り返り、議事録をユニットリーダー会議(毎月)で確認し、未達の課題は改善に向けて検討する。その際に他のユニットでの良い取組みを共有する。さらに半期ごとにユニット会議と各委員会がそれぞれ振り返りを行い、それを運営会議で共有して進捗状況を管理している。                      ・事業計画は各ユニットに配布してファイルしており、職員は閲覧することが可能である。また、各ユニット会議の議事録はパソコンのデスクトップに保存されており、全ての職員が見ることができる環境である。</p> <p>■ 改善課題                      事業計画はエリア目標を踏まえて各委員会や担当からのボトムアップで作成するしきみとなっている。また、進捗状況についてもユニット会議の議事録を誰でもパソコン上で閲覧することが可能な環境になっている。                      しかし、職員自己評価では肯定的な回答の割合は2割程度であった。特に、計画策定における職員の参画や職員に対する周知についての評価は低く、職員の参画や周知のしきみはあるものの職員には浸透していない可能性がうかがえる。その原因分析とさらなる取組みに期待する。</p>		

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.6% b)37.5% c)21.9% 無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      事業計画は本年度に再開した当事業所独自の「くよなご幸朋苑通信」(季刊A4版1枚の裏表印刷)に部門目標を掲載して全家族等に配布するとともに、事業所内に掲示している。そのほか、家族総会(当事業所の家族、米子市内の同法人経営の特別養護老人ホームの家族、ケアハウスの利用者で構成)で毎年度の事業計画を説明している。</p> <p>■ 改善課題                      事業計画は再開した広報誌とその事業所内掲示、家族総会での説明によって周知している。                      しかし、当事業所では利用者や家族に対する周知の取組みは十分ではないとらえている。事業計画は利用者や家族にとってサービス提供に関係する重要な情報であり、より分かりやすい表現や内容となるよう工夫し適切に周知する取組みが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.3% b)34.4% c)7.8% 無回答)12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人による家族アンケートが毎年12月に行われ、その結果は法人がエリアごとに集約して各エリアに報告する。当事業所では運営会議で共有して改善の取組を検討し、次年度の目標に位置付ける。さらに広報誌で改善に向けた取組の方針を表明している。</li> <li>・法人によるISOの定期監査を受け、サービスの標準化を図っている。</li> <li>・来訪者(来客、ボランティア、実習生)からもアンケートをとり、居室・食事・排泄などに関する意見を集約してリーダー会議で共有して改善策を検討している。</li> <li>・第三者立場から意見を伺う体制として、「ふれあいの橋の会」がある。この活動は、エリアごとに6名前後のメンバーで構成され、毎月1回、エリア内事業所を訪問している。そして利用者・職員へのインタビューや施設環境面、職員の接遇等のついて第三者的な立場から意見をもらい、サービスの改善につなげている。訪問実施状況は、社内メールにアップされ、全職員で共有できる。また、家族会での意見集約のほか、ユニットケアの実地研修施設として登録していることで全国から年間約30名のユニットケア実践者を受け入れ、それにより全国各地のユニットケアの取組の情報を把握して当事業所の改善に生かすことに努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>当事業所では、経営の安定化を図るためにより質の高いサービスを提供することを重要課題ととらえている。そのために「外部からの視点」を重視し、各種のアンケートなど様々な機会を活用して意見を聞き、リーダー会議や運営会議においてその共有と改善策の検討を行っている。しかし、経営層は今以上のスキルアップが必要と考えている。さらなる取組に期待する。</p>		

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行している。	b
	b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)31.3% b)35.9% c)10.9% 無回答)21.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人による家族アンケートや来訪者のアンケートの結果はリーダー会議と運営会議で共有して改善の取組を検討し、案件によっては次年度の目標に位置付け、広報誌で改善に向けた取組の方針を表明している。</li> <li>・改善策は各ユニットの取組に落とし込み、ユニットの目標管理の中で振り返っている。過去には指摘を受けて、研修会のテーマに設定したり、新人職員のチェックリストの項目を変更したりした例もある。</li> <li>・法人によるISOの定期監査を受け、サービスの標準化を図っている。</li> <li>・今回の第三者評価の結果に対しては改善課題を整理し、報告会を開催するとともに短期中期での改善計画を検討する予定である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>アンケート結果やISO監査、第三者評価受審結果などを分析して改善計画を立て、それをユニットでの実践において具体化させる体制がある。しかし、当事業所では改善にむけた組織的・計画的な取組としては十分ではないととらえている。職員自己評価では肯定的な回答の割合は3割程度であった。職員の参加と共通理解の構築の取組を含め、さらなる取組に期待する。</p>		

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

#### II-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

II-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)34.4% b)32.8% c)17.2% 無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割と職務は法人の職務権限表等で定められ、職員はそれらをパソコンで閲覧することができる環境である。</li> <li>・管理者は法人の「大切にしたい価値観」を実践し、利用者や地域の期待に応える地域での連携拠点としての先駆的なモデルを率先して実現したいと考えている。自らは法人の意向や施策を現場に伝えて具体化させる役割と、現場がどういう状況であるかを法人トップにまで伝えていく役割があるとしている。</li> <li>・当事業所を含めたよなごエリアの総合施設長としての考え方を広報誌(こいう)の1月号に「新年のあいさつ」として掲載して表明するとともに、日常的には朝礼、ミーティング、諸会議でエリアや部門の目標、理事長や法人による社会情勢等の情報の周知に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>管理者として役割と責任を認識し、それに基づいて日常的に職員への周知を行っている。しかし、職員自己評価では肯定的な回答の割合は3割程度であった。今以上に職員との信頼関係を高めていくことが、より良いサービスを提供していく基盤として重要である。さらなる取組みに期待する。</p>		

II-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)48.4% b)26.6% c)4.7% 無回答)20.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法令遵守は法人にとって非常に重要なテーマであり、制度改正の機会や理事長からの指導を受けて法人の研修部が研修を企画するなど、法人主導で進められている。</li> <li>・管理者としては各種法令の改正内容の理解をはじめ、労務管理等について法人の内部監査や担当部署との連携によって適正な理解と運営に努めている。</li> <li>・法人での指導者管理者研修で確認したり事業所内研修で取り上げて職員に周知し意識啓発を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>管理者自身は研修参加や法人本部との連携・指導によって法令遵守を心がけているが、職員への周知に関しては課題があるとしている。管理者には自ら法令等を適切に理解するとともに、そのリーダーシップを発揮して職員に対して周知徹底を図る積極的な取組みが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

Ⅱ-1-1(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)48.4% b)28.1% c)7.8% 無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は事業計画(部門目標管理記録)によって定期的に取り組みを振り返り、法人が整理して提供する入居稼働率、入院率、服薬状況、排泄など数値化されたデータによってサービスの提供状況の把握に努めている。</li> <li>・法人は「やってみようとする人材」を求めており、理事長の方針のもとにそういった文化や風土があり、各種委員会やユニット会議や運営会議など、ボトムアップさせていく仕組みがある。</li> <li>・当事業所では大学と共同し、状態把握(気づき)システムを活用することで、介護の質の向上と業務効率を改善した「介護サービスモデル」、熟練度に基づく「人材育成モデル」の実践に取り組んできた。管理者はその活用によって業務効率化を図ることができると考え、職員が自信をもって仕事ができるようになってきていると感じている。</li> <li>・法人アンケートなどの結果や利用者・家族から寄せられた意見に基づき、サービス改善に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>管理者は福祉サービスの質の向上に意欲的であり、法人の方針や方策に則って取り組んでいる。しかし、職員自己評価では肯定的な回答の割合は5割に満たなかった。管理者には福祉サービスの質の向上を図るための課題を明らかにし、その解決に向けた体制づくりを行うための指導力を発揮すると同時に、より職員の理解を促し、職員の意見を反映するなどの取組みが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ-1-1(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)25.0% b)46.9% c)9.4% 無回答)18.8%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は理事長や副理事長からの直接的な指示や情報提供により、あるいは年度ごとの目標や運営会議(毎月)での情報共有(稼働率など)により、事業所の年度目標の達成度などの現状を把握し、事業所内への情報発信や共有に努めている。</li> <li>・法人ではサービスの質の向上を図るため、法人内の同種の施設職員で構成する「ステップアップ委員会」を設けている。当事業所は特別養護老人ホーム等の職員で構成する委員会に参加してノウハウの共有や業務手順の見直しに取り組み、管理者はその議論の内容を議事録の確認や各専門職からの報告などによって把握に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人の様々なしくみによって業務改善に向けた取組みが行われ、管理者としても新たな活動の導入にも積極的に取り組み、問題意識をもって情報の共有と職員への指導に努めている。しかし、職員自己評価では肯定的な回答の割合は3割に満たなかった。管理者はエリアの総合施設長として法人業務の遂行やエリア内の他事業所を管理する立場でもあるため、やや困難な側面はうかがえるが、業務改善を効果的に進めるには職員の十分な理解が重要である。さらなる取組みに期待する。</p>		

## Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

### Ⅱ－２－(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ－２－(1)－① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)34.4% b)40.6% c)7.8% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では職員を法人および地域の財産であるとして「人財」と表現している。「求める人財像」は『感性、思いやり』のある人材」など5項目にまとめ、小冊子「互恵互助」に掲載して全職員に周知している。</li> <li>・法人として職員の採用には「人財部」(今年度から部を設置)を、育成には「教育研修部」を置いて体制を整備し、人財部では中途採用を含めた常勤職員の採用活動や各事業所に必要な専門職種や人数などを管理している。なお、非常勤職員については各エリアの総合施設長に事実上決定権がある。</li> <li>・職員の採用活動では、法人本部(人材部)が中心となって様々な就職イベントへの参加、職員による「紹介制度」、法人主催の介護職員初任者研修参加者への働きかけ、福祉系学校の実習生への働きかけなどを行っている。また、当事業所では就労支援を行うNPOと連携した障害者雇用にも取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人として人材確保に向けて体制を整備して様々な取組みを行い、また当事業所でも関係機関と連携して障害者雇用を進めるなど工夫に努めているが、労働人口の減少等により、「必要とされる人財の獲得は困難を極めている」(管理者)という状況である。さらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)35.9% b)37.5% c)7.8% 無回答)18.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「求める人財像」として『感性、思いやり』のある人材」など5項目にまとめ、小冊子「互恵互助」に掲載して全職員に配布するとともに、法人の研修や事業所内での唱和などによって周知している。また、人事については法人の人財マネジメント委員会が人事考課制度の実施や検証などを行っている。</li> <li>・職員に必要な能力などは就業規則、職務規定などに明示し、その内容は全職員が閲覧できるしくみである。人事考課制度は、全ての常勤職員を対象に実施し、自らのキャリアビジョン(めざしたい職業人としての自己イメージ)を明示させたうえで目標管理シートなどの様式を使用し、考課面接によって仕事の成果や貢献度を評価している。非常勤職員については、別に所定の評価基準を設け、目標を設定して面接を行って評価を行い、時給アップなどに反映させている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人として期待する職員像を明確にしたうえで体制を整備し、常勤職員および非常勤職員に対して評価や処遇(報酬等)等を総合的に行っている。なお、法人として考課者に対する研修は実施しているものの、当事業所ではその力量の向上を課題と考えている。また、職員自己評価では、肯定的な回答の割合は3割程度であった。より適切な人事管理の実現に向け、さらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)37.5% b)37.5% c)10.9% 無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・法人の健康管理室でメンタルヘルス研修などを実施し、安全衛生委員会では就業状況、有給休暇取得状況、時間外労働時間など労務に関する情報を集約している。また、今年度から公休を108日から120日(公休119日、アニバーサリー休暇1日)に増やしている。                      ・法人では職員向け「ホットライン」(相談窓口)の設置(健康対策室長あての直通電話とメールアドレスの周知)、全職員対象の無記名式アンケート調査による職員満足度の把握とその改善、リフレッシュ休暇制度(有給休暇3日と公休1日を合わせた4日連続の休暇)、職員旅行制度(海外・国内)、忘新年会の補助、元気ハツラツ賞(無遅刻無欠席者)の授与など、福利厚生制度を整備している。                      ・当事業所では運営会議において就業状況、有給休暇の取得状況、時間外労働時間の把握等に努めている。</p> <p>■ 改善課題                      法人および当事業所では組織や委員会等を設置して職員の就業状況や意向を定期的に把握し、その改善に向けた取り組みを行う体制を整備している。                      当事業所では「いろいろな制度を実施しているが、職員満足度が向上しない」(管理者)としている。今回の職員自己評価では、肯定的な回答の割合は4割に満たなかった。自由意見では法人の取り組みを肯定的に評価する意見や「年間の休日が増えて希望する日に休みやすくなった」という意見が複数ある一方で「有給休暇を取りにくい」という声も複数あった。さらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	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。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)56.3% b)23.4% c)4.7% 無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・人事考課制度において、法人の中期目標からエリア目標、部門目標を踏まえて職員個々の個人目標を設定するしくみとなっている。個人目標は、一人ひとりの職員が自らの「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)を描き、「目標管理シート」(期間中の個人目標と実効計画)「目標・実行計画の進捗と達成度評価シート」等により半期ごとに自己評価を行うとともに考課面接によって目標の修正やその達成度を確認している。                      ・当事業所では上司との対話や考課面接の機会を通じて職員個々のスキルを把握し、必要な研修参加などにつなげるように努めている。</p>		

II-2-1(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。	a
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.7% b)23.4% c)3.1% 無回答)18.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人が求める職員像は小冊子「互恵互助」やホームページなどでも明示している。また法人本部に研修部を設置して専任職員を配置し、研修委員会において新規採用者、初任者・中堅層、管理者など経験年数や役職等に応じた研修、リスクマネジメント研修などのテーマに応じた研修、そのほか研究発表会や他の社会福祉法人との合同研修会など、多くの研修の機会を設定している。</li> <li>・上記のほか、よなごエリア内部研修として「看取り」「食中毒」などの研修、さらに当事業所内では、毎年度に特に強化したいテーマを取り上げ、インターライ、排泄、褥瘡などの研修計画に反映させている。</li> <li>・非常勤職員に対しては、法人研修で対象が明確になっているものを除き、テーマと必要性に応じて参加させている。</li> </ul> <p>・なお、上記のとおり職員の教育・研修は計画的に実施されているが、職員自己評価では、特に研修計画や研修内容に対する「評価と見直し」に関する項目で肯定的な回答の割合は4割未満であった。課題として指摘しておきたい。</p>		

II-2-1(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。	a
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.3% b)29.7% c)6.3% 無回答)18.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「教育研修管理記録」によって、人事考課の目標設定の際に個々の職員がステップアップのために参加したい研修を明示し、面接を通じて決定し、受講履歴の書式としても活用している。</li> <li>・研修情報は事業所内に掲示して周知する。研修への参加者はテーマに応じて課長と主任が検討して選考するが、研修テーマが各委員会が所管する課題に合致していれば、その委員になっている職員を参加させるなどの配慮をしている。</li> <li>・新人職員対象にエルダー制度を実施している。当事業所ではエルダーには2年目の職員がなり、定められたチェックリストに沿って新人職員の業務の習得状況を確認する。またエルダーだけでなく、ユニット内の他の職員や看護師、歯科衛生士なども指導にあたる。平成29年度からはチェックを色分けし、新人職員の業務の習得状況が他のユニット内の職員でも共有できるように工夫している。また、対象となる職員でエルダー会および新人会を開催して相互に課題等を情報共有している。</li> </ul>		

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

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.6% b)42.2% c)1.6% 無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は地域に開かれた法人であることを理念に掲げ、実習生を積極的に受け入れることを明示している。</li> <li>・当事業所では実習生(介護福祉士、看護師、医師、栄養士、社会福祉士など)は学校側からの要請に基づいて受入れ、実習プログラムは学校のカリキュラムに沿って実施している。現行のマニュアルは古くなったために活用していないが、担当者を定め、利用者や家族に対しては利用契約時に実習生の受入れについて説明し、了解を得ながら取り組んでいる。実習生に対しては法人概要のDVDを視聴させて法人に対する理解を深めるように周知し、各ユニットには実習内容を伝え協力を促している。</li> <li>・介護に関する実習指導を行う職員は「介護実習指導者研修」に参加させている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>地域に開かれた法人の理念に基づき実習生の積極的な受入れを明示しており、当事業所でも受入れ自体には積極的である。しかし、やや受動的で学校側へのPRや受入れ体制の標準化、職員の共通理解の構築などにも課題がある。</p> <p>専門職の教育という使命はもとより、将来の人材確保の観点からも実習生の受入れは重要である。現状分析とさらなる取組みに期待する。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)48.4% b)23.4% c)7.8% 無回答)20.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページは全体的には法人が管理し、当事業所の取組みについては当事業所を含む「よなごエリア」内で担当者を定め、不定期ではあるが「活動報告」として主にイベント報告を掲載している。</li> <li>・印刷物によるものでは、エリアでの広報誌(こよう・毎月発行)で主にエリア内各事業所のイベント報告を載せ、公民館、自治会に郵送や持参で配布している。そのほか、当事業所独自に「よなご幸朋苑通信」(季刊A4版1枚の裏表印刷)を発行し、職員紹介、利用者アンケート結果への対応、食中毒や脱水などの注意喚起などを掲載して「こよう」と一緒に発送している。</li> <li>・苦情などの体制はホームページの「お問い合わせ」の中に事業所内外の各連絡先を「苦情解決制度」として掲載している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人および当事業所ともホームページ、広報誌などによって情報公開に努めている。</p> <p>しかし、ホームページでの当事業所に関する情報発信は頻回ではなく、内容は行事報告が中心である。また、苦情・相談の体制は公開されているが、苦情・相談の内容やそれに対する改善状況は掲載されていない。当事業所ではホームページや広報誌で公開する情報の充実やその実施体制の明確化などを課題としており、今回の第三者評価の受審結果に対する取組みなども含め、さらなる取組みに期待する。</p>		

II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)32.8% b)32.8% c)6.3% 無回答)28.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所における事務、経理、取引等に関するルールおよびそれらの実施に伴う職務権限等は、法人においてISO規格に基づいた手順や規定を定めており、職員は必要に応じて閲覧することができる環境である。</li> <li>・監査体制は、法人本部に常勤監事を専任で置くとともに、法務課を設置して内部監査を行うなど法令遵守の体制を整備し、ISO内部監査、会計監査、法令遵守監査を行っている。</li> </ul> <p>・なお、体制は整備されているものの、職員自己評価では肯定的な回答の割合は3割程度であった。職員への周知徹底を課題として指摘しておきたい。</p>		

## Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

## Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)43.8% b)31.3% c)4.7% 無回答)20.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスのケア理念を「人間・自然・地域統合」とし、当事業所を「暮らしの場」と位置づけ、基本的にはいつでも外出して良く、各ユニットで工夫して取り組んでいる。具体的には利用者の希望に応じて地域のスーパーやコンビニエンスストアへの買い物、外食、なじみの美容室に行く機会などの支援をしている。また、その結果をユニット会議の議事録に記録している。</li> <li>・地域の広報誌を閲覧でき、また地域で開催される行事(囲碁大会など)を直接あるいはポスター掲示などにより利用者や家族にお知らせ、できる限り参加できるように調整している。</li> <li>・事業所の行事予定を地域にも情報提供し、地域住民と利用者との交流の機会を設けている。</li> <li>・平成27年度から「地域で一緒に暮らそう会」を始め、当事業所を含む法人内の各事業所と地域住民やボランティアとの協力関係の構築を目指し、交流や情報交換などに取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人の方針に基づき、外出支援や施設での行事開催などの機会を通じて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。しかし、事業所では地域で利用できる社会資源や情報を集め、それを分かりやすく利用者へ知らせる取組みについてまだ十分ではないとしている。「地域で一緒に暮らそう会」など、新たな取組みにも着手しており、今後のさらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.6% b)28.1% c)10.9% 無回答)20.3%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、地域に開かれた存在であることを理念に掲げ、多くのボランティアが訪れて「地域の方々に活動の場として使われている」状態を目指していることを明示している。ボランティアの受入れ方法等については「ボランティア受入れ手順」を定め、当事業所においてもそれに則って取り組んでいる。</li> <li>・当事業所を含む「よなごエリア」での平成29年度のボランティア受入れ実績は、音楽療法、祭りや餅つきなどの行事、習字、傾聴などの諸活動に延べ787人である。</li> <li>・学校教育に対しては、中学生の職場体験学習や、中学校および高等学校のカリキュラムに位置付けられた「出前授業」に当事業所の看護師・介護士・栄養士が講師として出向いたりすることで協力している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人としての基本的な姿勢は明確で、ボランティア活動の担当者や受入れ方法などを定めて組織的に取り組み、年間を通じてボランティアを受け入れている。また、学校教育への協力も当事業所の専門性を生かして取り組んでいる。しかし、ボランティア活動の受入れは定例的な行事や趣味活動など固定的で、受入れ姿勢も受動的である。また、当事業所としてボランティア活動や学校教育への協力活動をどのように位置づけて取り組んでいくのかについての方針は必ずしも明確ではない。当事業所においても取組みの固定化や内容の標準化などに課題意識を持っているところでもあり、各ユニットの体制や個々の利用者ニーズ等に応じたボランティア受入れの検討なども含め、さらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 25.0% b) 34.4% c) 15.6% 無回答) 25.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関(主治医、歯科医、歯科衛生士など)が中心とした連携があり、利用者の受診や入院時においてかかわりを持っている。そのほか、行政やケアマネジャーと個々の利用者の状況や必要性に応じて連携を図っている。</li> <li>・地域の共通課題への取り組みとして、当事業所では「御下賜金」を得たことを契機に、平成27年度末から「地域で一緒に暮らそう会」を開催している(年2回)。これはこれまで以上に地元自治会、民生委員などの関係者(機関)との協力体制を強化しようというものである。地域で取り組まれている活動や課題等を共有することで「安心・安全に暮らせるまちづくり」を進め、在宅で暮らせる環境を作り上げることにつなげようという取り組みである。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>入所施設であることから、医療機関やケアマネジャー等との関わりを中心に利用者の状況に応じた関係機関との連携に努めている。また、「地域で一緒に暮らそう会」は、現状では意見交換が中心ではあるが、地域の理解者・協力者を増やす意味でも重要である。それらの拡充とともに職員の理解浸透など、さらなる取り組みに期待する。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)32.8% b)43.8% c)0% 無回答)23.4%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の高等学校や公民館などからの要請に応じ、「出前講座」と位置付けて当事業所の看護師、介護士、管理栄養士が自らの仕事の内容や魅力などの周知に努めている。</li> <li>・「地域で一緒に暮らそう会」の取組みは、当事業所を含むよなごエリア内の5か所の地域で地域住民が独自に「ささえ愛マップづくり」や「サロン活動」、NPOによる「ごみ捨てお助け隊」などに取り組んでいることに加え、当事業所によるバックアップで5か所の地域関係者、地域包括支援センター職員等が集まり、各地域の活動について情報交換等(年2回)を行っているものである。</li> <li>・地域の自治会や消防署と連携して防災訓練を定期的に行っているほか、市の「災害等対応協力団体」に登録し、当事業所のある地域において災害が発生した場合に、介護が必要な高齢者の受入れや避難所での高齢者介護等に協力する協定を締結している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>地域に対して当事業所が有する機能の発揮に計画的に取り組んでいる。</p> <p>なお、当事業所のスペースを地域住民に活用して交流する取組みは、適切な場所がないことを理由に行っていないが、当事業所では「検討の余地はある」としている。また、職員自己評価の結果は肯定的な回答の割合は3割程度であった。職員の参加促進や共通理解の構築にも課題があり、「地域で一緒に暮らそう会」の充実も含め、さらなる取組みに期待する。</p>		

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)31.3% b)34.4% c)10.9% 無回答)23.4%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では互恵互助の精神に基づき、公益的な活動として「地域総合支援室」を設置して総合相談事業、就労支援、学習支援、触法者支援等に計画的に取り組んでいる。</li> <li>・当事業所では「ふれあいの橋の会」や「地域で一緒に暮らそう会」において地域住民や民生委員等との交流や意見交換の機会を持ち、地域の福祉ニーズの収集などに努めている。</li> <li>・毎月1回「なんでも相談日」を設けてその相談日を広報誌(こうゆう)に掲載し、また「よなご幸朋苑通信」に不定期ながら自宅での脱水予防や転倒防止などの記事を掲載して地域住民への啓発に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人では組織体制を整備して様々な公益的活動に取り組んでいる。当事業所でも法人の方針に基づき地域住民との交流の機会を設けることで情報収集や情報発信などに取り組んでいる。</p> <p>しかし、「なんでも相談日」の取組みに関する事業所内の体制整備は十分ではなく、広報誌での周知内容も明確ではない。また、職員自己評価では肯定的な回答の割合は3割程度であった。職員間の共通理解の構築を含め、さらなる取組みに期待する。</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 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ-1-1-1-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 53.1%、b) 26.6%、c) 1.6%、無回答) 18.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念・基本方針を実行すべく、大切にしたい価値観を小冊子「互恵互助」にまとめている。この中では、「個の尊厳」を支えるサービスとして、一人ひとりの人格、人間性、価値観の尊重について具体的な内容で明文化している。この「互恵互助」を毎朝の朝礼で読み合わせ、また各種会議においても利用者本位のサービスを確認する際に確認することになっている。</li> <li>・ケアの実施に際しては、「ISO」の基準に順じ、各種介護分野などのマニュアルを作成時に、「互恵互助」に記載されている内容を反映させ、実践に取り組んでいる。「倫理綱領」は策定し、ISO手順に落とし込みサービスに反映させている。</li> <li>・法人本部研修、エリア・内部研修では、年間研修計画を作成し、身体拘束・虐待防止、接遇など、人権問題に大きく関連するなど研修を実施している。</li> </ul> <p>なお、職員自己評価では、無回答が18.8%であった。基本姿勢として、「互恵互助」及び「倫理綱領」の理解を深めることへの取り組みの充実を期待する。</p>		

Ⅲ-1-1-1-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
	b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 56.3%、b) 21.9%、c) 6.3%、無回答) 15.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2008年に、法人の委員会が「プライバシー保護要綱(人権擁護が基盤)」を策定して基本方針を定め、プライバシーと個人情報の違いを明確にし、支援の場面や連絡等におけるプライバシー保護の内容を明示している。また、これらのプライバシー保護は、法人の個人情報保護管理規程・個人情報基本方針に沿って実施するとしている。「ISOステーション」上にアップされ全職員が閲覧できる。</li> <li>・虐待防止等権利擁護については、法人として「抑制廃止宣言」をし、いかなる理由があっても、身体拘束はせずケアで改善する方針で取り組んでいる。また、この分野に関する研修を毎年実施している。</li> <li>・生活環境は全室個室であり、入浴も個浴対応である。在室時やトイレ使用時等でも扉を閉めることなどを徹底している。また、利用者個人々々に対する24時間のケアをシート化しており、この中で、たとえば声の大きさなどについても個人ごとに留意点として記載している。</li> <li>・不適切な事案、すなわち個人情報や権利擁護、その他がすべての事故に関する事案は、事業所内の運営会議で報告・共有し、再発防止策の検証をしている。</li> <li>・身体拘束廃止等適正化委員会を3カ月ごとに開催し、虐待、身体拘束・抑制等について確認や協議を行っている。</li> <li>・重大事案については、各リスクマネジメント委員会(エリア内、法人内)でも検証している。</li> </ul>		

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

Ⅲ-1-1(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)48.4%、b)32.8%、c)3.1%、無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況          ・法人のHPで各事業所の役割や特徴、活動内容などを紹介している。当事業所の取り組みとしては、パンフレットを作成しサービスの内容や生活環境、そしてサービス料金、見学・問い合わせ、苦情申し立て窓口などを掲載している。大きい文字でわかりやすいが、その一方で配布先を公共機関などとしており、確実性は不明である。また、昨年度から当事業所が所属するエリアとして広報誌「こうゆう」を再開し、季刊の発行で家族や地域の公民館、自治会、民生委員、小中学校などに配布している。「こうゆう」では事業計画や法人のエリアに属する事業所の活動を紹介している。          ・利用希望者には、体験入所(ショットステー)の利用を勧め、体験の上で入所を選択してもらうようにしている。窓口は生活相談係りが担当している。</p> <p>■ 改善課題          情報の提供内容は、制度変更時など、適宜最新のものになるように見直しをしているが、情報の質・量ともに課題であるとしている。また、パンフレットや広報誌の配布先についても検討を期待する。</p>		

Ⅲ-1-1(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)53.1%、b)29.7%、c)1.6%、無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況          ・サービスの開始時は、重要事項説明書を基に説明し同意を得ている。多くの場合、説明する対象は家族になるが、特に料金についてはわかりやすさを心がけている。また、「特別養護老人ホーム」は暮らしの場であり、機能訓練が目的ではない事、苦情の受付については、なるべく専門用語を使わず、平易な言葉で説明するようにしている。          ・入所当日は、家庭訪問などで把握した事前情報を活用して暫定的にケアプランを策定、この時にカンファレンスを開催して家族に説明して了解を得ている。利用者本人には、環境に慣れて安心してもらう事を大切に、まず自室で休んでもらい、その後食堂やトイレなどのフロアを案内する。          ・サービス変更は、介護報酬の変更時などであり、特に利用料変更時は家族会総会で説明、また文書を送付している。          ・意思決定が困難な利用者の中には、成年後見制度を利用している人もおり、説明の機会を設けている。また、本人の反応を観察し、意志決定の機会を作るようにしている。</p>		

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	b
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)34.4%、b)32.8%、c)7.8%、無回答)25.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書にて、施設を退居していただく場合(契約の終了について)として、契約者からの申し出と事業者からの申し出について明示し、説明している。そして、施設退居時の退居時対応手順を定め適切性に配慮している。</li> <li>・法人独自の取り組みとして、「利用者の皆様へ—約束とお願い」を明文化し、当事業所の玄関に掲示し、重要事項説明書に掲載している。内容は、お約束として、利用者の人権の尊重や個々に応じたケアを受けることができるなど6項目、お願いとして暴力行為・暴言・誹謗中傷・過度の飲酒など目に余る行動をされた方には退所又はサービス提供を断ることがあるなど4項目を明示している。</li> <li>・入院などによる他事業所への変更や自宅での看取りを希望して退所する場合は、生活相談員が中心となり対策を検討し、適切性を期している。具体的にはサマリーの送付や連絡帳の活用である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス終了後も生活相談員が窓口となり対応しているが、それについてマニュアル化はしていない。また地域で活用できる資源や情報などを含む情報の提供についても計画的な取り組みは見られない。高齢社会において、利用者そして家族が持つ多様な問題への対応はすべての事業所の課題であることを鑑み、積極的な取り組みを期待する。</li> </ul>		

### Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)23.4%、b)50.0%、c)10.9%、無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足に関するアンケート調査は、年1回法人本部が、エリア毎でサービス種別ごとに実施している。集計結果は運営会議・リーダー会議で共有し、改善にとりくんでいる。そして改善内容は広報誌に掲載している。</li> <li>・当事業所としては、家族からは年1回の家族会総会で意見を聞く機会があり、また行事の参加時にも意見を聞くようにしている。</li> <li>・利用者懇談会はないが、職員はフロアごとの配置であり、また利用者担当制を取っているため、利用者の意向や満足度を意識する機会は豊富にある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人が実施する利用者アンケートの回収率は低い。その要因として、回収した意見と回答は年1回広報誌への記載に止まり、それ以外の機会はないために、意見を言う意欲にはつながっていない事、また、法人が運営する複数のサービスを利用している利用者にとっては、各事業所からアンケート用紙が届くために負担感を与えているのではないかと考えている。更なる要因分析と改善策を期待する。</li> <li>・家族会はエリア内2カ所の入所施設が合同で実施しており、参加者は3割を切る。家族会には、8割の家族が加入、また全職員が会員として加入しているが、家族会への参加はリーダー層が中心であり、一般職員が体験する機会は乏しい。また家族会は、年2回程度家族向けの研修会にも取り組んでいる、職員が自主的に研修に参加する時には補助金を支給するなど多様な活動がある。このような活動状況が影響してか、職員自己評価では、利用者の満足度を把握する機会としての位置づけは乏しい結果である。検討を期待する。</li> </ul>		

Ⅲ-1-1(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-1(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	b
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)43.8%、b)34.4%、c)7.8%、無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・苦情解決の体制は当事業所内に掲示、また重要事項説明書に掲示している。当事業所での担当者、外部の関係機関窓口、第三者委員を明示している。また、各フロアには入り口に意見箱を設置している。                      ・ご意見や苦情への対応は、ISOで手順化している。「いろんなこと報告書」に記載し、リーダー会や運営会議で原因分析・再発防止を検討する。昨年度は、苦情のフィードバックまでのプロセスが徹底されたいないことが問題となり、確実性を期すことで意見が集約されている。</p> <p>■ 改善課題                      ・苦情内容については、基本的には、原因と再発防止について家族に報告しているが、内容により困難なこともある。また、苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た家族等に配慮した上で公表することが望ましいとされているが、取り組みは今後の課題である。</p>		

Ⅲ-1-1(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)18.8%、b)57.8%、c)4.7%、無回答)18.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・重要事項説明書には、「苦情の受付」について、意見箱の設置について、ご意見・ご要望・お褒め・お叱り等、何でもご自由に投函・ご活用ください、と記載している。また、法人アンケート、苦情相談の窓口等も掲示している。さらに、個室、相談室を始めとし、相談の意向があればさまざまなスペースを相談の場所として確保できる環境にある。                      ・今回の第三者評価で実施した家族面接では、「不満や要望を職員に気軽に言うことができるか」の質問に対し、約6割が「はい」と肯定的回答をしている。</p> <p>■ 改善課題                      ・職員調査では、もう少し利用者へ焦点を当て相談しやすい対策が必要だとする結果である。さらなる検討を期待する。</p>		

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。	a
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)51.6%、b)29.7%、c)4.7%、無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「いろんなこと報告書」では、ご意見の分類を「要望」「苦情」「クレーム」に3分類し、「相談対応マニュアル」などに従って対策を検討している。その場で対応が困難な場合は、上司に報告・相談して対応するなど迅速な対応に努めている。そして、ユニットリーダー会議、運営会議などで改善課題として検討している。</li> <li>・利用者が相談しやすく意見を述べやすい関係づくりを課題とし、コミュニケーション手法の研修を実施し、日頃から利用者目線でのサービスができるように努めている。</li> <li>・今回の第三者評価で実施した、利用者面接では、「利用者への不満や要望は対応されているか」の質問に対し、回答が分かり難かった人を除き全員が「はい」と回答、また家族面接では「あなたや利用者の不満や要望にきちんと対応してくれるか」との質問に対し、全員が「はい」と回答している。</li> <li>・なお職員自己評価では、「対応マニュアル」の定期的な見直しについて肯定率が低いが、対応マニュアルである「こうほうえん安全管理マニュアル」では見直しを実施されていることが確認できた。</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。

Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)46.9%、b)35.9%、c)1.6%、無回答)15.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所レベルでリスクマネージャー資格取得者がおり、エリアとしてリスクマネジメント委員会を毎月開催し、ヒヤリハット、事故報告をまとめて発信している。他のエリアで発生した事故等を共有できるので、予防対策に活用できる。また、昨年度は、当事業所独自に「事故関連マップ」として日中対応と夜間対応に分けて具体的な対応のプロセスを明示するなど、落ち度がないような取り組みをすることを目指している。</li> <li>・ヒヤリハット、事故は「いろいろなこと報告書」に記載し、上司を交えてフロアレベルで必ず対策を検討している。そしてリーダー会議や運営会議に報告する状態は事故のレベルを決めて対応している。</li> <li>・リスクマネジメントに関する研修は、法人、エリアレベルで定期的実施している。</li> <li>・いろいろなことの再発防止は、一定期間後に再発防止の効果を確認、また大きな事故については、ISO内部監査によるレビューも行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リスクマネジメント、事故対策に関する体制は構築されているが、要因分析や十分な対策の検討の充実を課題としている。また、研修についてもより実践的な取り組みを期待する。</li> </ul>		

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)68.8%、b)17.2%、c)1.6%、無回答)12.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状態</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として、ISOで「感染症を起ささないための介護基準」「感染症対策指針」を作成し、常に閲覧できる状況にしている。マニュアルの見直しは、専門職チーム(看護師)が担当している。また、当事業所独自に「看護テキスト」を作成し、感染症を取り上げ、嘔吐時の対応や排泄時の対応等の手順を具体化している。このテキストは各ユニットに配置してある。</li> <li>・感染症については、専門職である看護師チームが担当して、事業所内でも年1回は研修を実施している。</li> </ul> <p>・なお、感染症の予防策に関し、手洗い場が少ない事や予防対策の徹底において不十分であることがコメントとしてあげられている。重ねて検討を期待する。</p>		

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)37.5%、b)35.9%、c)12.5%、無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自治体や自治会とは防災協定を結び、当事業所を災害時の地域資源として提供する事とし、地域との協力関係を構築している。</li> <li>・法人として「防災安全対応マニュアル」を策定し、ISOでいつでも確認できる。また当事業所独自に「火災避難訓練マニュアル」も作成し、職員トイレ等に掲示し、それに関する防災訓練は、年2回継続して実施している。そして、月1回のペースで、近隣自治会の避難B所を巡回し、確認を行っている。</li> <li>・食料や備蓄品のリストを作成し、防災管理責任者が取りまとめている。食料は各ユニット毎で備蓄している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時の対策は、現在、火災に関する取り組みに留まり、地震や津波などの災害を想定した取り組み、訓練には至らず、現在事業所独自のたたき台を作成中である。</li> <li>・利用者及び職員の安否確認は、緊急時の連絡網を作成して緊急メールの確認を実施したところであるが、確実性を期した更なる充実が求められる。</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。

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。	a
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 48.4%、b) 28.1%、c) 3.1%、無回答) 20.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・サービスを提供する上で必要と思われる項目は、ISOにより文書化されている。具体的なサービスの提供内容、記録、会議や委員会、機器や用具の管理など、事業を実施する上で標準化が必要と共われる項目である。また当事業所では、ISOで承認された文書、マニュアルの他に独自に作成したマニュアルがあり、活用している。各マニュアルには、利用者の尊重やプライバシー保護については触れられていないが、個人に関するプライバシー保護、権利擁護に関しては情報管理規程にまとめられている。</p> <p>・標準的な実施方法については、各種研修会で検討され、それらは社内メールから確認できる。また標準的な実施方法に基づき実施は、ISO監査により手順化されたサービスの実施状況でチェックし、新人職員などに関しては、エルダーチェック制度で実施状況を確認している。</p> <p>なお、「標準的な実施方法」という言葉については、職員間でバラツキと理解不足が見られる。理解促進のための取組みを期待する。</p>		

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。	a
	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、組織的な懸賞・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 49.9%、b) 26.6%、c) 4.7%、無回答) 21.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・ISO品質管理の要求事項に沿って定められた実施マニュアルに基づき手順を遵守し、見直しについても取り組んでいる。また法人が主催する各種委員会が、見直しについて責任を持ち取り組んでいる。利用者や職員の意見は、当事業所独自のマニュアル作成に活かされ、それを各委員会にも反映させている。</p> <p>・なお、見直しに当たり職員や利用者の意見の反映については、職員にわかりやすく説明する事が必要である。そして職員が常に改善に向かう姿勢に価値がある事を伝え、事業所として一丸になって取り組む事が求められる。</p>		

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

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	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>■ 職員自己評価の結果は、a)56.3%、b)26.6%、c)0.0%、無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所時は、生活相談員、介護士、看護師が家庭訪問などにより状況を把握し、「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。その後、当事業所が採用しているアセスメント手法により、1ヶ月を目途に状態を把握し既定のアセスメント様式に記載してケアプランを作成する。各利用者に担当介護士を決め、アセスメント項目に対応した専門職から意見を聴取してケアプランの原案を作成し、その後主任介護士とケアマネジャーが確認する。モニタリングは3か月ごとに実施、担当者が個人としてそれを実施するのではなく、ユニットの職員や各専門職の意見を聴取している。そして、利用者の状況に変化がなければ6か月後に再度アセスメントをしてケアプランを更新、プラン内容に変更が生じた場合は、その都度赤字で修正している。</li> <li>・作成した、ケアプランは、家族を交えたカンファレンスで報告、家族の意向を把握する機会にしている。またこの時には、介護士とケアマネジャーの他に専門職として、看護師、栄養士、歯科衛生士、機能訓練指導員が参加し、専門的な視点からプランの説明などを実施する。家族からの意見、要望については検討しケアプランの修正をすることがある。</li> <li>・ケアプランの共有は、ユニット会議、毎日のミーティングで行って確認している。</li> <li>・支援が困難なケースについては、家族との積極的な関わりや専門職への相談などを促進させて取り組んでいる。</li> </ul>		

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	a
	b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)51.6%、b)23.4%、c)6.3%、無回答)18.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランの見直しは6カ月を基準とし、家族と多職種の参加によるカンファレンスで見直している。また、利用者の状態変化により緊急性を要する場合は、アセスメントを実施し、その都度見直しをしている。</li> <li>・なお、ケアプランの見直しに際しては、ケア内容の見直しのレベルでよいのか、あるいは標準的な実施方法に反映すべき事項、現状ではサービスが十分に提供できないこと事はないか等、について考える機会にすることが提案されている。検討を期待する。</li> </ul>		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 64.1%、b) 17.2%、c) 1.6%、無回答) 17.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランの実施は、「24時間シート」により、時間ごとに必要なケアの提供が記載される。その視点は、生活リズム、意向・好み、自分のできる事、サポートが必要なことである。この24時間シートの実施状況は「生活総合記録票」に記載し、ユニットにおける利用者支援情報・特記事項は「介護日誌」に記載して申し送りして共有している。</li> <li>・記録の書き方は、ISO介護管理記入要領及び介護管理記録・生活総合記録の書き方見本を作成し、標準化を図り、新人には記入の仕方について研修を実施している。ケアプランの短期目標と支援内容には番号をふり、実施状況が分るようになっている。</li> <li>・情報の共有は、毎日のミーティングを始めとし、ユニット会議で共有している。</li> </ul>		

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ、適切に管理が行われている。	a
	b) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規定が定められていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 54.7%、b) 26.6%、c) 4.7%、無回答) 14.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、また不適切な利用や漏えいに関しては、個人情報管理規程に網羅されている。また、記録の管理については、法人が個人情報管理委員会を設置し、責任者を明示している。</li> <li>・記録の管理などに関する職員教育は、個人情報保護に関する研修を実施、そして、全職員には個人情報の漏えいなどの禁止について誓約書に署名、徹底を期している。</li> <li>・利用者には、契約時に個人情報保護基本方針、利用目的などを書面をもって説明同意を得ている。</li> </ul> <p>・なお、記録の管理責任者に関しては、職員への周知が不十分であり、さらなる取り組みを期待する。</p>		

## A-1 生活支援の基本と権利擁護

### A-1-(1) 生活支援の基本

A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
	b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 34. 2%、b) 46. 9%、c) 1. 6%、無回答) 17. 2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の機能を踏まえながら希望に応じた生活ができるように24時間シートを作成し、役割が持てる生活になるように提案している。</li> <li>・利用者が快適な生活リズムを整えられるようにユニット内のスタッフ間で随時話し合っている。</li> <li>・利用者個々の楽しみを把握して、ユニット内で食事会や外出などを企画して取り組んでいる</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の希望は聞いているが複数の活動メニューの提供や社会参加への配慮については、経営層の自己評価で取り組みが不十分としており、職員自己評価でもこの項目について肯定的回答率が低い。また日中の活動や役割を持つことについても利用者の重度化が進み、参加できる人数が少なくなる傾向にあることを課題とし、事業所全体での活動に加えてユニットごとなど小規模で活動するような取組が始まっている。これらの充実に期待する。</li> </ul>		

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) 48. 4%、b) 37. 5%、c) 0. 0%、無回答) 14. 1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言葉だけでなくアイコンタクト、筆談などを活用したり場所を変える、さらに非言語的コミュニケーション手法まで用いる等して利用者それぞれの特性に応じた意思疎通が図れるようにしている。</li> <li>・コミュニケーションの方法や支援についての見直しは、日々の引き継ぎや毎月のユニット会などで話し合っている。</li> <li>・利用者が話したいことを話せるように、例えば大勢の中では話せないような内容については2人で話せる場所をつくるなどの配慮をしている。</li> <li>・ケアを行う際には必ず声を掛け、利用者を驚かせたり不安にさせないことを重要視している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の尊厳に配慮した対応を考えた時、言葉遣いが馴れ馴れしくなってしまうことがある。これについては施設内の職員の目につきやすいところにOKAMEポスター、言葉の抑制ワースト10、利用者の権利・尊厳を奪わない17項目を掲示するなどして注意喚起している。事業所としてはこのような取り組みをしているものの不十分としている。職員の自己評価においてもこの項目については肯定率が低い。リーダー層の合議結果と職員自己評価の結果が、この項目については更なる取り組みが必要という考え方で一致している。</li> </ul>	

## A-1-(2) 権利擁護

A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 46.9%、b) 32.8%、無回答) 20.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「行動制限のない介護基準」「身体拘束等適正化に関する指針」を玄関に設置・掲示し、全職員が身体拘束等に関する研修を前期、後期ごとに年2回受講している。また、権利侵害の防止と早期発見に向けて「自己チェックリスト」を3カ月に1度、全職員が実施して自らを振り返る機会にしている。</li> <li>・重要事項説明書の中に虐待防止についての項目を設けて、発見時の市町村報告について記載している。</li> <li>・ユニット会・リーダー会で権利侵害防止について定期的に話し合いをし、権利侵害が発生した場合の再発防止策の検討などの仕組みは、「こうほうえん安全管理マニュアル」で定めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・権利侵害防止のための内容や事例収集、それらの利用者への周知は不十分である。</li> <li>・本項目については「権利侵害の防止等への取り組みの徹底」が求められている。その視点から当事業所の取り組みを見ると6項目ある着眼点は全て取組まれているものの「徹底」されていない。また職員自己評価の結果も各着眼点の肯定率は2～3割台に留まっている。自由意見の中には「良く分からない」といったコメントもある。それらを総合的に判断して「C」と評価した。</li> </ul>		

## A-2 環境の整備

### A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	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。	
<p>■ 職員の自己評価は、a) 45.3%、b) 40.6%、c) 1.6%、無回答) 12.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所建物の構造上1階部分は暗い感じがするが、その中で排泄物のおいが残らないように排泄物を新聞紙に包んで破棄することを徹底させている。さらに朝夕の換気にも取り組んでいる。</li> <li>・清掃は専門業者が共用スペース、各居室の床まで毎日行っている。加えて食堂は食べこぼしなどがあるため、夕食後に職員が必ず床清掃している。</li> <li>・利用者の馴染みの家具の持ち込みを勧めたりして、自宅で暮らしていた環境に可能な限り近づけるようにしている。家具を始めとする品々で持ち込みが家族で難しい場合は職員が取りに行く例もある。入居前の暮らしを知り、利用者・家族の意向を聞き取り、それを尊重して環境を整えるようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅に近い生活環境にするため自宅からの家具の持ち込みなどを勧めているが、清掃が行き届かず清潔感が乏しくなる例がある。更に清掃基準が不明確なことや節電の方針もあり、廊下がうす暗く感じる場所がある。職員の自由意見として、清掃が行き届いていない、家具等を持ち込みその利用者らしい環境づくりが一部の利用者に出ていない例がある、「エコ」と節電などの方針により、温度管理や照明が十分にできないというコメントが複数人から寄せられている。さらなる検討と対応が望まれる。</li> </ul>		

## A-3 生活支援

### A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価結果は、a)64.1%、b)23.4%、c)0.0%、無回答)12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仰臥位で入る特殊浴槽利用の入浴を廃止し、家庭に近い座位姿勢での入浴をしている。そして、利用者それぞれの機能に応じた浴槽を3種類から選択している。その際、理学療法士を中心に利用者個人の機能を検討して介助している。</li> <li>・入浴の介助手順を備え、新規入居者の最初の入浴には必ず介護主任が同席して入浴方法を検討している。また、入浴の声掛けは、大声やあからさまな声かけをしないよう工夫している。また尊厳や羞恥心に配慮して入浴は1対1対応で行っている。</li> <li>・体調不良時は介護・看護職で入浴可能かどうかを判断し、入浴日の変更や清拭で行うなど柔軟に対応している。</li> <li>・利用者個々で浴槽の湯を入れ替え、なおかつ感染症がある場合には入浴の順番を最後にしている。</li> <li>・入浴日以外でも必要時や利用者の意向に合わせてシャワー浴などを行っている。</li> </ul>		

A-3-(1)-② 排せつ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) 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)65.6%、b)21.9%、c)0.0%、無回答)12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室にトイレがないため共同トイレもしくはポータブルトイレを使用しているが、ポータブルトイレが居室でむき出しにならないようにカバーをかけている。また、落ち着いて安全に排泄できるように、ポータブルトイレ使用の場合は家具とトイレの置き場所を工夫し、掴まれるところが多くなるように配置している。</li> <li>・下剤に頼らない排泄にするため、水分摂取量が増えるように飲み物を工夫したり、食物繊維の多い食品を取り入れるようにしている。また、便尿意を訴えられない利用者についても、個々の排尿パターンを把握するために、ノム、ダス、ハカルを実施して適切な排泄支援に努めている。</li> <li>・排泄の支援方法が利用者の状態に見合った内容になっているかを常に検討・見直しをおこなっている。</li> </ul>		

A-2-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせておこなっているが、十分ではない。	
	c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 64. 1%、b) 20. 3%、c) 0. 0%、無回答) 15. 6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が持てる機能を発揮できるように、協力医療機関の理学療法士（以下PT）とも連携しながら用具の選定をし、車いすを自操できる利用者に対しては、体型と障害に見合った車いすを使えるように配慮している。</li> <li>・看護師・介護士は転倒リスクを考慮しながらPTの助言を得て、安全な歩行距離を決める等して歩行訓練などに取り組んでいる。</li> <li>・職員が安全な移動介助方法を修得するために手技の確認や学習会を行っている。また使用している用具の点検は、点検箇所(チェック表)を決めて行っている。</li> <li>・事業所内はバリアフリーとなっており、居室内や廊下は利用者が動きやすいような環境整備を心がけている。</li> </ul> <p>・なお、クッションは利用者負担で準備するとしているが、現在のところ、利用者の身体機能に見合った車いす、歩行器については、必要な台数に整備が追いついていない状況にある。</p>		

### A-3-(2) 食生活

A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
	b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 59. 4%、b) 21. 9%、c) 0. 0%、無回答) 18. 8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事を美味しく食べる工夫として、調理したものをすぐ食べられるようにユニットで調理、またレンジや冷蔵庫を使って利用者の「食べたい」時間に合わせて適温で提供できるようにしている。さらに献立表をダイニングの各テーブルに置き、利用者がいつでも見られるようにしている。</li> <li>・利用者が多くの時間を過ごすダイニングが食事の場を兼ねるため、食事の際にはランチョンマットを敷いたり、音楽を流したりして雰囲気づくりに努めている。</li> <li>・選択メニューを準備し、希望すればそれに変更できる。また、ユニットの冷蔵庫に冷凍食品などを準備し、現場の職員の判断でそれらを利用者の状況に合わせて提供できるようにするなど、柔軟に対応している。</li> </ul>		

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) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)68.8%、b)15.6%、c)1.6%、無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に提供する食事形態は3種類で、利用者の咀嚼・嚥下機能に合わせて提供している。また、摂食量も献立や体調など、利用者個々の状態に合わせて提供量を現場で調節している。</li> <li>・摂食姿勢や食器などを観察して、気になることがあれば看護師に相談したり、栄養士が主催している毎月のNCM委員会での検討対象にしている。</li> <li>・食事動作の自立と可能な限りの経口摂取を目指して、食事形態、摂食姿勢、使用する食器などを工夫している。</li> <li>・誤嚥等の食事に伴う事故に対応できるように、利用者が食べている時には職員が常にデイルームにいる、またそこに緊急対応のための吸引器も備えている。</li> </ul> <p>なお、摂食姿勢を保ち自立的食事動作に関連するテーブルの高さについては、事業所として検討不足とリーダー層は認識している。今後の更なる取り組みを期待する。</p>		

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。	a
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)67.2%、b)18.8%、c)0.0%、無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規利用者に対しては、食事の様子を観察し、特に咀嚼状態や口内食物残渣の左右差に注意している。</li> <li>・食前の嚥下体操や口腔ケア実施時に、口腔周囲の筋肉や舌を動かすようにしている。ここにマッサージ師が関わり、歯科衛生士も入って、利用者に応じた口腔ケア用具の選定に役立っている。</li> <li>・新人研修・エリア研修に加えて事業所内でも口腔ケアに対する研修に取り組んでいる。また、日常的に歯科衛生士が職員の手技確認を行っている。そして歯科衛生士からの助言・指導を受けながら、利用者の口腔状態・咀嚼嚥下機能を定期的にチェックしている。ケアの内容は24時間シートに介護士が記録している。</li> <li>・口腔内及び、咀嚼嚥下機能に問題がある場合はケアプランにそれを取り上げて対応についての評価・見直しをしている。</li> <li>・口腔ケアは毎食後に行い、必要に応じて「覚醒を促す」「美味しく食べる準備」等の目的で食前にも実施している例がある。口腔ケアは通常は介護士が行っているが、さらに月2回以上は歯科衛生士が行って口腔内と職員の手技をチェックする機会にしている。</li> </ul>		

### A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 62.5%、b) 20.3%、c) 0.0%、無回答) 17.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡の発生予防の指針を定めており、それに基づいた「褥瘡をつくらないための介護基準」によってケアに取り組んでいる。月1回看護師が全利用者の皮膚を確認している。また、褥瘡発生予防に向けた標準的な実施方法の普及を目的にして、事業所内で年1回研修会を企画・実施する他、リーダー会やユニット会等を通して発信し、その周知に努めている。</li> <li>・褥瘡の発生予防に向けて関係職員が連携してこれにあたるために、多職種が参加する褥瘡委員会を月1回開催している。</li> <li>・褥瘡発生時は多職種で発生原因や適切な対応を検討し、その経過を「褥瘡経過記録」として作成している。また、必要時には専門医(皮膚科医師)の診察を受け、対応の適切性について指導を受けている。</li> <li>・専門雑誌(エキスパートナース)の定期購読や研修会などに参加して、褥瘡に関する最新知識の情報収集に努め、それを日常のケアに取り入れている。</li> <li>・栄養面から褥瘡の発生を予防したり、発生した褥瘡の治癒に向け栄養管理を行っている。具体的には食事摂取状況の観察と、NCM委員会で検討するなどして、必要に応じて栄養ゼリーを提供するなどしている。</li> </ul>		

### A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し取組を行っている。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 73.4%、b) 9.4%、c) 0.0%、無回答) 17.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「介護士が行う痰吸引・経口栄養に関する説明書県同意書」を作成しており、これについて利用者本人または家族に説明して同意を得ている。また、実施計画書・報告書も作成している。そして喀痰吸引・経管栄養に介護職員が対応する際には、医師の指示書を得て、その内容を確認して実施している。</li> <li>・安全な実施体制とするために、喀痰吸引実施研修時にこれに纏わるヒヤリハット・アクシデント報告の評価項目まで周知徹底している。また、緊急時連絡要領も作成している。</li> <li>・当事業所の看護師は全員が指導研修修了者である。そして介護職員の半数がたん吸引等の基本研修・実務研修を終了しており、事業所としては今後、順次研修受講修了者を増やす方針である。現在、当事業所においては胃瘻増設者が4名いる。事業所の方針として、胃瘻増設者を新規利用者として迎えた際には経口摂取の可能性を探るとしており、この取り組みによって経口摂取に移行できた利用者もいる。</li> </ul>		

### A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。	
	c) 機能訓練や介護予防活動を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 39.1%、b) 45.3%、c) 1.6%、無回答) 14.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・協力医療機関の理学療法士(以下 PT)に随時相談できる体制になっている。新規利用者を迎えた際には、その利用者の機能評価と入居生活上の注意点などのポイントを、PTから写真や文書で解り易い助言を得て、それをユニット内で共有してケアを統一させている。                      ・介護士による利用者への関わり方としては、外気浴や散歩等の付き添いから、洗濯物量を依頼すること等まで幅広いが、利用者が生活の中でやりたいこと、やれることを見出して体を動かせるようにしている。この時に使用している車いすの適切性や、安全な動線確保の工夫などについては、その都度PTに相談して助言を得ている。                      ・介護支援計画書を基に個別機能訓練計画書を作成して3カ月毎に評価・見直しをしている。なお、状態が急激に変化した時などはこの時期を待たずに随時見直している。</p> <p>■ 改善課題                      出来ることは利用者自身が行おうとすること、その気持ちか動くことを待ち適切な言葉かけをすることを当事業所では重視し、「過介護」にならないように努めているが、不十分とリーダー層は課題としている。そして機能訓練に「生活向上連携」を組み込むことで、さらに生活に着目した支援に繋がりたいとしている。今後の取り組みの充実を期待したい。</p>		

### A-3-(6) 認知症ケア

A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
	b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 45.3%、b) 35.9%、c) 1.6%、無回答) 17.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・入居前の利用予定者への面談は介護・看護・栄養師と生活相談員とで行い、情報収集している。そのため収集した情報は日常生活能力や機能、生活歴などに留まらず多角的である。この情報で暫定プランを作成し、入居後はインターライ方式を活用したアセスメントを行っている。                      ・利用者に関わるあらゆる場面で職員は法人が独自に定めている「その人を中心とした尊厳を奪わない介護基準」に沿って援助している。そして日々のケアや記録を通して、利用者に変化を認めた時には多職種で検討してケア内容を変更させている。必要に応じて月2回往診来所している精神科医師にも相談・助言を求めている。                      ・新人職員への研修プログラムの中に、「認知症ケア」を組み込んでいる。また、認知症に関する新たな取り組み(パーソン・センタード・ケアやユマニチュード等)があれば積極的にそれを受講し、その都度事業所内でも研修会を開催している。                      ・認知症の利用者が落ち着いて過ごせるように、個別ケアの実践を行いながら、その利用者に合った環境づくりをしている。また利用者との関係づくりを重視し、職員配置はユニット固定にしてシフトを組んでいる。</p> <p>■ 改善課題                      利用者特性を把握し、それを活かした個人又はグループ活動の取り組みはまだ十分ではないことを事業所としても課題にしている。認知症に対する新たな知識を取り入れるなど認知症ケアの質向上に努める風土がある。今後の更なる取り組みに期待する。</p>		

### A-3-(7) 急変時の対応

A-3-(7) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a
	b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)65.6%、b)18.8%、c)0.0%、無回答)15.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力医療機関と委託契約書を取り交わしている。この協力医療機関に在籍する医師が当事業所の「配置医師」になっており、実質的には常勤医師とほぼ変わらない形で当事業所に出動している。また、この医師とは「利用者急変時における当事業所と配置医師との取り決め」を定めている。そして当事業所の看護師とは「緊急時連絡要綱」を定めている。なお、利用者の診療カルテは協力医療機関に置いている。</li> <li>・日々定期的に利用者の健康管理は看護師の役割としているが、利用者のいつもと違う反応に気づくのは介護士であることが多い。その時には迅速に看護師にそれを報告し、適切に対処できるように努めている。特に人員の配置をユニット固定にし、24時間シートに急変時の対応方法についても記載している。さらに新人職員に対しては、写真やイラストなどを多用した「看護テキスト」を用いて研修を実施している。</li> <li>・誤薬防止に向けた服薬マニュアルを基にして、服薬方法を確認している。具体的な服薬方法の確認は24時間シートを基にして実践している。</li> </ul> <p>なお、「高齢者の健康管理や病気、薬の効果やその副作用等に対する研修」について職員は、さらに強化したいとする意見が、職員自己評価で少なくない。更なる取り組みを期待する。</p>		

### A-3-(8) 終末期の対応

A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)70.3%、b)17.2%、c)0.0%、無回答)12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所として看取り介護指針、看取り介護マニュアルを作成している。医師、医療機関との連携体制については、協力医療機関と委託契約書を交わし、配置医師とは「利用者急変時における当事業所と配置医師との取り決め」も文書で明らかにしている。また、入居時に当事業所の看取り介護指針を利用者・家族に説明している。</li> <li>・終末期の判断は食事摂取量の減少、体重減少、覚醒時間の減少、原因不明の発熱などにより配置医師が行っている。これらの情報を用いて家族も参加したカンファレンスを開催している。</li> <li>・職員に対しては年1回「看取り」についての内部研修会を開催し、エリア内研修でもこれを取り上げている。</li> <li>・急変時や終末期における医療についての意向確認書を事前のサービス担当者会議で確認しながら、内容の変更は可能であることも伝えている。</li> <li>・看取りケアを行った時は、ユニット内で振り返りのカンファレンスを開催している。</li> </ul>		

## A-4 家族等との連携

## A-4-(1) 家族等との連携

A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)65.5%、b)23.4%、c)0.0%、無回答)10.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護計画を検討するサービス担当者会議を開催し、そこに家族の参加を呼びかけている。利用者家族の中には遠方に住まうもの、様々な事情で来苑できない家族を除いて多くの家族がこの会議に参加している。なお、参加できない家族には内容を電話で説明し、文書を郵送して押印後の返送を依頼している。また、利用者に体調変化があった場合は随時看護師から報告している。また、事故が関係する連絡の場合は「事故関連マップ」を基に連絡方法の統一を図っている。</li> <li>・家族が事業所に要望を寄せたり、サービス内容について確認することを、当事業所はケアの質を向上させる機会になるとして受け止める姿勢であることを、生活相談員が利用契約締結時から本人・家族に説明している。そして日常的に職員はいつでも要望・相談を受けており、その内容を記録に残している。</li> <li>・利用者と家族の関係の継続を支援するため、当事業所では利用者の自宅への一時帰宅を支援したり、事業所行事への参加案内文を家族に送付している。その際に、利用者の近況報告の文書を居室担当職員が作成して添えている。</li> </ul>		