

社会福祉法人 こうほうえん

軽費老人ホーム

ケアハウスなんぶ幸朋苑

福祉サービス第三者評価報告書

平成 22 年 12 月 17 日

特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

東京都福祉サービス第三者評価機関

認証番号 機構 02-004

目 次

【1】 実施概要	1
【2】 事業評価結果	
I 組織マネジメント	3
II サービス提供のプロセス	15
III サービスの実施項目	21
【3】 総評	27

(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 22 年 6 月 2 日 |
| (2) 情報収集の実施（調査） | |
| ①利用者調査 | 平成 22 年 8 月 25 日 |
| ②職員自己評価 | 平成 22 年 6 月 9 日～30 日 |
| ③経営層自己評価 | 平成 22 年 6 月 2 日～7 月 20 日 |
| ④訪問調査 | 平成 22 年 8 月 26 日～27 日 |

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- | | |
|------------|----------|
| (1) 調査の方法 | 聞き取り調査 |
| (2) 調査対象者数 | 利用者 19 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 22 年 9 月 29 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 | 理事 | 鳥海 房枝 |
| (3) 連絡先 | 特定非営利活動法人メイアイヘルプユー事務局 | | |
| | 〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401 | | |
| | 電話：03-3494-9033/FAX：03-3494-9032 | | |

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○○●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○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
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(○●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○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
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○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

カテゴリー1の講評

「互恵互助」を活動の基準として周知に取り組んでいるが、利用者への周知に課題がある

理念・基本方針は法人として策定し、本施設内に掲示している。また開設以来、これらの具現化に向け、理事長が職員や関係者に周知してきた内容を平成18年に小冊子「互恵互助」に著し、全職員に配付している。この小冊子を活動の基準とし、毎夕方のミーティングなどで当番制で読みあげ、内容について討議するなどにより理解を深めている。利用者へは入居契約時の説明をしているが、他に意識的な取り組みは実施されていない。利用者調査では、理念や基本方針を聞いたことがないと回答した人は約47%であり、理解が深まる取り組みを期待する。

施設長の役割については、更なる表明が必要である

本事業所は、ケアハウスとして平成11年開設し、平成14年から特定施設入所者生活介護の指定を受け、現在は24人がその対象者であり、一般型は26人で、職員はこの2つのタイプを兼務している。施設長は全体を統括し、主任は現場指導を担当している。しかし職員自己評価では、施設長のリーダーシップについて分かり難さがあるとしている。施設長は今年6月赴任し、積極的に居室訪問をし、また法人内ケアハウス施設長による会議ではリーダーシップを発揮しているので、施設内の役割についても、職員が分かりやすいような取り組みを期待したい。

会議ごとに専決案件が定められ、検討、伝達の場としている

意思決定の手順とその報告は、本部・エリア・各事業所で実施される各種会議の議題、目標、役割を明確にしている。また今年度からケアハウスの施設長が参集する月1回の「ステップアップ会議」が定例化され、ケアハウスの特性を踏まえた課題が討議されている。現場では、毎日のミーティング、月1回の職員会議で実施上の課題を検討しているが、この会議に施設長は参加せず、職員自己評価では、現場の意向を法人に伝えるという視点で不安が出されている。利用者への報告は、懇談会で説明、掲示、回覧版等を活用している。

2 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(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●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
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●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、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●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
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇〇)		
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
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇●)		
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

カテゴリー2の講評

法人として守るべき規範・倫理を明示し、周知に取り組んでいる

福祉サービスに従事する者として、守るべき規範・倫理については、「互恵互助」、職員倫理綱領・就業規則に明示。また、新任研修では、介護保険制度、個人情報保護法の講義、現場では、新人教育のためのチェックリスト(エルダーチェックリスト)を活用し確認している。さらに職員には「利用者の権利・個人の尊厳を奪わないケア」として定められている17項目を配布、プライバシーに関する研修、内部研修として接遇、尊厳を奪わないケアについてはロールプレイを取り入れ、言葉遣い、態度、関わり方について意見交換をするなど多様な取り組みがある。

事業の透明性の確保を意識し、また法人・エリアとして地域貢献活動に参加している

事業の透明性を確保する一つの取り組みとして、平成12年から法人独自のオンブズマンである「ふれあいの橋の会」が、本施設を年2回訪問している。地域や関係者への活動の紹介・情報発信として、同エリアの事業所が発行する広報誌には年5回程度、本事業所の活動が紹介され、回覧板で地域住民や関係機関に配布している。事業所の特性・専門性を活かした独自の取り組みはないが、本施設が属する施設群・エリアとしての取り組みがあり、また地域包括支援センターの事業などに介護主任等が講師として協力している。地域活動への参加を課題としている。

幅広い地域資源とのネットワークの必要性があるとしている

ボランティアの受け入れは、施設群として取り組み、本事業所では委員を配置している。ボランティアの活動として、食堂で喫茶を提供すること、行事ボランティアが主であり、課題として日常的な関わりに広げたいとしている。地域の関係機関との連携は、地域包括支援センターを通し地域の公民館や自治体との交流、また介護保険制度の利用者視野については居宅介護支援事業所等との連携がある。しかし管理者層はこのような受け身的な活動から、ケアハウスの特性を考慮した、地域資源との関係づくり、地域ネットワークづくりを課題としている。

カテゴリ-3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ-1 (3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●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
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●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
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇●)		
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
カテゴリ-3の講評		
<p>苦情を言い易い状況を作ることに努めているが、活用に向けた取り組みを期待する</p> <p>法人の大切にしたい価値観の一つに「苦情は財産」を明示し、利用者の意向を積極的に把握している。苦情受付窓口を重要事項説明書に掲載、また施設内に掲示している。ご意見箱の設置、ふれあいの橋の会の訪問、法人直通のフリーダイヤルなどもある。施設長は居宅訪問に努め、意向を聞く機会としている。また月2回「何でも相談日」を設定し、施設長と介護主任が対応しているが、利用は乏しい。意見・苦情を把握した場合は、「なんでも報告書」に記載し、即座に検討する方針であるが、利用者調査では、相談機能についての周知度は低い。検討を期待する。</p> <p>毎年法人アンケートや利用者自治会を活用し、サービスの向上に取り組んでいる</p> <p>利用者の意向の把握として、法人が年1回「利用者アンケート」を実施し、その結果を広報誌に掲載している。現場では、このアンケートの結果や利用者懇談会で出された意見を、職員会議で検討し改善に取り組んでいる。課題として、一般型の利用者が参加できる活動が少ないことを認識し、月2回の「クリーンデイ」には共有部分の掃除の際に、利用者働きかけたところ、参加者が増え、また掃除後は参加者による団欒が持たれるなど交流の機会ともなっている。</p> <p>ケアハウスの特性を意識した地域の福祉ニーズの把握に関し、計画性を期待する</p> <p>地域の福祉ニーズに関する情報は、同建物内の地域包括支援センターを、地域関係機関・者などが訪問する機会も多く、自然に得られるとしているが、意識的・計画的とは認めがたい。福祉事業全体の動向に関する情報収集は、法人からの情報、行政や福祉関係機関などから送付される資料、法人内外の研修会へ参加するなどにより得られる。今後を展望した分析は、法人として、事業所のあり方や事業方針を決定する「経営会議」があるが、今年度から定例化した「ステップアップ会議」では、ケアハウスに関する課題が検討されており、今後の充実が期待される。</p>		

カテゴリー4		
4 計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリー1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
評点(000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(0000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
評点(000●)		
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

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

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

カテゴリ-4の講評

法人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)の年間計画は、様式「部門別目標管理記録」に記載している。この様式は、法人目標を達成するために改善しなければならない事業所の問題・課題、これを解決するための取り組み、そしてその結果を確認する方法と結果の目標値を決め、その実施状況の評価し、次期に向けた改善点からなる。また部門目標計画を受けて職員は、個人別目標を作成し、目標管理をする仕組みである。行事や年度中における取り組みは、計画的な取り組みを明記した起案書を作成し、実施している。

計画策定は利用者アンケートなどを活用、推進にあたり更なる取り組みを期待する

部門目標の策定にあたり、昨年度までは現場の意向を反映させ、施設長が策定していたが、今年度からは直接現場の職員で検討する方針に変更し、職員会議で検討、施設長に報告するというプロセスにしている。進捗状況については、毎月のエリア会議で報告し、部門(本施設)としては半期ごとに評価して、次期に向けた改善点を明らかにする仕組みである。計画の推進にあたり、利用者アンケートを反映させているとしているが、先進事例などを把握して、全国レベルのケアハウスの活動内容等についても積極的に把握し、活用することが望ましい。

ケアハウスの特性を再検討し、安全対策に取り組むことを期待する

安全対策とし、災害・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、現場での取り組みを明確にしている。また事故・ヒヤリハットは「いろんなこと報告書」に記載し、予防対策に取り組んでいる。しかし、自立度が低下している利用者の居室の管理として、水回りやベッド等の福祉用具と安全性の関係など環境面については、現状では取り組みが弱い。最近、災害時対策として、居室内の安全対策について利用者と一緒に検討を始めているので、安全対策を課題とし計画的な取り組みを期待する。

5			カテゴリ-5	
5			職員と組織の能力向上	
			サブカテゴリ-1(5-1)	
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			8/8	
評価項目1			事業所にとって必要な人材構成にしている	
			評点(000)	
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	
評価項目2			職員の質の向上に取り組んでいる	
			評点(00000)	
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. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している		○非該当	
●あり ○なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している		○非該当	
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている		○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	
			サブカテゴリ-2(5-2)	
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			7/7	
評価項目1			職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	
			評点(000)	
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	

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

カテゴリ-5の講評

特定施設の指定を受けている事による課題を認識している

法人として人事制度に関する方針を明示し、人事考課制度、エルダー制度を導入している。本施設の特性として、ケアハウスとしては介護職員配置は2人であるが、特定施設入居者生活介護の指定を受けているため、特定施設配置の職員も兼務で支援に携わっている。兼務の問題点として、具体的なサービスを必要とする特定施設の利用者にかかわる時間が多く、一般型の利用者への対応が疎かになるとしている。この点に関し部門目標に明示し改善に取り組んでいる。一方、複合施設であるため、医療面において緊急時の協力が得られるなどの強みがある。

内部研修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」と表し、本部に教育研修部・専任者を配置し、年間教育研修計画の策定など人材育成に積極的に取り組んでいる。時代の要請と法人理念の具現化を目指し、新人教育をはじめとし、修業年数別・職責別研修や課題別研修、また法人内研究発表会、海外研修、他法人との合同研修など多様な取り組みがある。職員個別の能力向上の取り組みとして、人事考課制度を取り入れ、職員個別の年間教育研修計画を策定している。内部研修は主任と介護リーダーで検討し、月1回、職員が講師となり実施するなど積極的である。

職員の気づき、やる気の向上を課題とし、取り組みを開始している

やる気の向上に関し、現場指導を担当する主任は、職員の個性や個別の能力を判断し、それに応じた支援をする方針で取り組んでいる。職員が内部研修講師となって取り組んでいる内部研修は、職員のやる気の向上につながっていると評価している。法人としては、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。またメンタルヘルスケアへの取り組みとして、法人本部に相談窓口を設置している。

7			カテゴリー7	
情報の保護・共有			サブカテゴリー1(7-1)	
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当	
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		○非該当	
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当	
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)	
評価	標準項目			
●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	
カテゴリー7の講評				
職員個別のパスワードの設定などにより情報保護への取り組みがある 職員一人ひとりのパスワードを設定し、情報のアクセス権限を明確にしている。また使用目的により、アクセス制限がされている。本部から発信されるメールは、各階層や委員会ごとに配信され、重要な情報は職員個別にパスワードがあり、管理されている。紙ベースで伝達する情報は「社外秘」として取り扱っている。保管が必要な文書は、紙ベースで課題別や分野別にファイルし、保管している。情報の更新は、文書管理規程に準じ実施している。				
個人情報保護については、研修などを実施している 個人情報保護法の趣旨を踏まえ「個人情報保護規程」を策定し、取り組んでいる。この規程には、個人情報保護基本方針・利用目的・開示請求が明示されている。また、個人情報保護基本方針を掲示、利用者には本文書を配付し、説明して同意を得ている。職員への周知として、制度「個人情報保護法」開始時に全職員を対象に説明、また新人研修で説明、ボランティアなどへも説明し、誓約書を取っている。				

カテゴリー8	
8	カテゴリー1～7に関する活動成果
サブカテゴリー1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
施設長は、法人内でケアハウスの課題を検討する会議の充実に取り組んでいる 法人として5か所のケアハウスを運営しているが、ケアハウスの特性を踏まえた課題を検討する会議は、不定期になることがあったが、今年度から、本事業所の施設長がリーダーシップを発揮し会議の定例化に取り組んでいる。第三者評価の結果を活用し、改善に取り組みたい意向がある。	
サブカテゴリー2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
内部研修を定期化し、人材育成に取り組んでいる 本事業所では、3年前から主任が責任者として、内部研修を実施している。昨年度は隔月に1回であったが、今年度から毎月実施している。この時に職員が互いに講師になり、この取り組みは職員の意欲の向上にもつながっている。また3カ月に1回、看護職が講師となり感染症対策研修をしている。一方、支援として一般型利用者のニーズの把握の弱さを認識し、事業計画化し取り組んでいる。	
サブカテゴリー3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリー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 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
利用者が楽しめる機会や活動に参加できる機会を増やしている 利用者の誕生日にその人がしたいことを叶える取り組みをはじめ、週1回だったレクリエーション活動を毎日実施、メニューの工夫をしている。歌、体操は積極的な参加がある。また月2回の「クリーンデー」には、働きかけにより参加者は増え、終了後には交流会を持ち楽しんでいなど、利用者の楽しみや主体性を発揮する機会が増えている。	

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

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

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

改善の成果

空室日数の短縮化に取り組み、利用者延べ人数が増加している

昨年度は空床が続き稼働率が予定より落ち込んだが、今年度は、新規希望者、待機者情報などの照会等について地域包括支援センターと連携し、新規利用者の相談を早め実施し、入居に結び付け、空室日数を短縮させた。今年度の5～9月の5か月間の利用者延べ人数を昨年度と比較すると、3904人から3943人へと増加している。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
 ・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

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

改善の成果

「何でも相談日」、懇談会や利用者アンケートを継続している

月2回施設長と主任による「何でも相談日」、利用者懇談会、法人主催の利用者アンケートを継続的に実施、意向の受け止めと反映、改善に取り組んでいる。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3, 6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ-1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>サービス情報を法人の広報誌に掲載するなどして提供している</p> <p>事業所のサービス内容は法人として取り組んでいる、ホームページや毎月発行のエリア別の広報誌に写真入で掲載している。また、本事業を紹介する独自のリーフレットは、利用料金などまで分かり易く掲載しているものの、併設事業所としてある1階の地域包括支援センターの窓口に置くに留まっている。地域包括支援センターが様々な教室などを地域で開催していることからその機会を利用し、地元公民館や地元自治会などに配布するPR活動などを管理者は今後の課題としている。</p> <p>見学希望者には利用者のプライバシーに配慮しながら、随時対応している</p> <p>見学者への対応は、生活相談員の役割としている。入居を前提にした見学者で、事前に見学を受け付けた本人・家族については、空室があれば居室も見てもらおうなど、概ね1~1.5時間程度をかけてパンフレットを使いながら、利用料金などまで説明している。この時、相談受付票も作成している。</p>		
サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇●)
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

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している			評点(○●●●)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている		○ 非該当

サブカテゴリ2の講評

入居の契約にあたっては本人の見学を前提に、丁寧な説明をしている
 入居前の本人見学を原則にし、そこでリーフレットや重要事項説明書などを用い利用料金まで含め、本人(家族)が入所後の生活をイメージできるよう丁寧に説明している。その際に対応する職員は施設長・主任が担当し、概ね1～1.5時間程度かけ、本人が納得したうえで入居できるようにしている。この時、本人・家族の意向なども確認しているというものの記録はされていない。サービス提供の上で重要な事項となるため記録化することを期待する。

入所直後の利用者の不安軽減に努めている
 サービス開始時までで作成する書類は、相談受付票と施設申込書の2種類である。相談受付票の記録事項として、現況・希望などの欄があるが、何を記録するかが明確になっていないため、現状は支援・援助に必要な事項の把握は不十分な状況にある。また、施設申込書も介護保険の認定に関する事項の記入のためのため、情報把握の手段としては弱い。管理者は今後の課題として受け止めている。利用開始直後の不安軽減策としては居室への訪問回数を増やす、意識的な声掛けなどに努めている。

サービス利用前の暮らしの継続支援や、終了時の支援は不十分な状況にある
 サービス利用前の暮らしの継続支援は、介護保険サービス利用者について担当ケアマネジャーが主催する会議に参加し情報共有に努めている。しかしながら、これを受けて本事業所として介護計画を作成する取り組みはない。また、介護保険サービスを利用していない利用者については、継続的な暮らしに向けた話し合いも不十分な状況にある。サービス終了の理由が、同一フロアの特設施設への転居が多いため、退所者への支援を改めて取り上げ検討する仕組みが作られてない。早急な取り組みを期待する。

サブカテゴリ3

3 個別状況に応じた計画策定・記録 サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 **1/11**

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(●●●●)
評価	標準項目		
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○ 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している 評点(●●●●)		
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たうえで、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

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

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(○●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当

サブカテゴリー3の講評

利用者の課題把握・個別支援計画の策定は不十分な状況にある

職員のかかりの中で把握した利用者の状況は個人記録として保管している。しかしながら、利用者それぞれのニーズや課題を明らかにするアセスメントは不十分な状態にある。介護保険サービスを利用している利用者については、担当ケアマネジャーからの情報、例えば「○○さんの状態が…なので…してください」といった要望を受けて動いている。利用者の心身の状態を踏まえた個別支援計画の策定は、事業所として未着手の状態で大きな課題と管理者も認識している。

利用者への支援の経過は申し送り・日誌への記録などで共有している

利用者への支援の経過記録の内容は、職員の気づきに任されている。その理由の第一は個別支援計画が策定されていないため、策定過程で行う意図した情報収集がなされていないためと考える。また、個別支援計画がないため、記録すべき事項の共有化が困難になっている。その中で職員それぞれで気づいたことを利用者ファイルや日誌に記録して申し送っている。なお、気づいたこととして記録している主な内容は、利用者の身体上の変化と行動障害である。この範囲での情報共有に留まっている状況を管理者も課題としている。

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 サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 6/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(000)	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている ○ 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 ○ 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 ○ 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(000●)	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている) ○ 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している ○ 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている ○ 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている ○ 非該当
サブカテゴリー5の講評	
法人の定めるルールに従って利用者のプライバシー保護を徹底している 個人情報の利用範囲は法人規程で定めており、その内容は、施設内での氏名等の表示や写真の取り扱い、保証人以外の家族への対応など、極めて具体的に文書で示し入所時に説明して同意書を得ている。また、文書で同意を得ている範囲であっても、特に外部事業者等と利用者個人の情報をやり取りする必要があるときは、改めて利用者の了解を得ている。また郵便受けに督促状などが放置してある状況を把握した時は、利用者に処理能力がなくなつたと判断して、利用者と一緒に開封して処理するなどの支援をしている。	
利用者の意思を尊重する支援を心掛けている 職員が利用者にならかの支援をするときには、必ず意向を確認してから行動するようにしている。ただし利用者の中には自らの気持ちを表現せずに我慢するタイプ、自分が最優先というタイプなど様々だという。そのため、利用者を傷つける職員の言葉や態度については、利用者懇談会や利用者それぞれのその時々への反応に加え、職員自身が相互に気になることを言える環境づくりが何より重要と管理者は考えている。なお、虐待等の被害が発生した時の対応は、法人と行政への報告の仕組みとしてISOの規定で明確になっている。	
利用者の価値観や生活習慣の把握が不十分な状況にある 利用者の価値観や生活習慣の把握が不十分な状況にある。そのため管理者はこれらの把握不足により、利用者・家族との行き違いも生じていることから、今後の課題として認識している。	

サブカテゴリ6

6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	12/12
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(0000)	
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	
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(000)	
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	
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(00000)	
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	

サブカテゴリ6の講評

業務の一定水準確保に向けた手順書はISOの規定により整備している

業務の一定水準確保に向けた手順書・マニュアルは、ISOで規定しているものを職員センターに置き、業務点検の際などに活用している。中でも使用頻度の高いものは、入居受け入れマニュアル、感染症マニュアルなどである。また、ケアハウスの独自性を踏まえ独自に「緊急時マニュアル」を作成した。さらに、入居時の利用者への説明資料を大きな文字にするなどの工夫もしている。

手順書などの見直しに現場の意向を反映させる仕組みがある

手順書の見直しはISOの規定により法人内で決められている。なお、見直しに向けた現場の意向の反映は、利用者懇談会・職員会議→ステップアップ会議(主任以上の職員で構成)を通すという仕組みになっている。また、管理者はこのステップアップ会議に一般職員が参加していないため、それらの職員の意向を反映させるよう配慮したいとしている。事業所として手順書等を見直しや追加に気づいたときは、原案作成して試行し、その妥当性を検証後にステップアップ会議で検討した後、法人としてのマニュアルに広げる仕組みになっている。

業務の一定水準確保に向けた取り組みをしている

業務の一定水準確保のための取り組みとしては、ISO改定文書一覧表・ミーティングノートの回覧がある。法人の年間研修計画にそっての研修参加や内部研修として3年以上の経験のある職員を、同一建物内にある特養・老健へ1日研修として派遣し相互交流する仕組みもある。またケアハウス独自で職員の自主研修(救急対応・AED操作・職員が講師を引き受ける相互学習等)を企画するなど職員が学べる場は多い。さらに法人が制度化しているエルダー制度は、職員がわからないことがあった時フォローし合える制度でもある。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 28/35	
1 評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(○○●●)			
評価	標準項目		
○あり ●なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
○あり ●なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画の策定は不十分な状況にある。</p> <p>個別支援計画は介護保険サービスを利用している利用者については、在宅サービス担当のケアマネジャーが立案しているものに止まっている。そのため事業所独自の個別支援計画策定には未着手の状況にある。利用者とのコミュニケーションは、聴覚障害や視覚障害のある利用者もおり、そこには配慮している。また、高齢で視力低下のある利用者も少なくないことから、大きな字で居室に必要事項を掲示するなどの工夫もしている。</p> <p>その人らしい暮らしを支援するための情報が不足している</p> <p>入所前の暮らしの情報把握が不足している。また、個別支援計画の策定が未着手のため、利用者に何を支援するかといった原則的支援の方向性が職員間で共有できていない。まずは個別支援計画の策定が急がれる。なお、介護保険サービス利用者については、担当ケアマネジャー主催のカンファレンスに参加しており、訪問介護・通所介護サービスなどのサービス提供事業所と連携した支援をしている。</p>			
2 評価項目2 食事は、利用者の状態や要望を反映したサービスを行っている			
評点(○○●●●)			
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている		○非該当
○あり ●なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○非該当
○あり ●なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している		○非該当
●あり ○なし	4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○非該当
○あり ●なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている		○非該当

評価項目2の講評

利用者の状態に応じた食事を提供している

入居時の情報に基づいて食事形態を工夫して提供したり、嗜好調査なども実施し献立に反映させている。しかし利用者への面接調査の結果では、食事が「おいしい」という回答率は26.3%で肯定的回答割合は低い。また、テーブルの高さが約70cmあり、高すぎて献立が見えにくい、シルバーカーからテーブルにお盆を持ち上げる時に汁物をこぼすので量を少なめするという利用者もいた。選択食として、月2回「麺の日」を設けているが、それを楽しみにしているという声は利用者面接で聞けなかった。食事については利用者の関心も高いので検討を期待したい。

食事時間は利用者の都合などにより柔軟に対応している

外出予定のある利用者には可能な範囲で食事提供時間を早める、あるいは取り置きするなどしている。また、食事時間にも1時間程度の幅を持たせている。しかしながら食事を準備して並べてある場所が食堂奥の窓際のため、廊下から食堂に入り食事を持って席に着く利用者動線が悪い。また、窓際で日当たりが良いため、盛り付けられた食品の表面が時間とともに乾燥しやすい。職員がついて声掛けすることも時間を経て少なくなる傾向があり、これを「配給を受けているよう」と表現した利用者もいた。動線の見直しなど早急な検討を望む。

利用者が食事を楽しむ工夫は不足している

利用者同士の相性などから、食事の席にまつわる不満を少なくする対策として、3カ月ごとに席替えをしている。これを食事を楽しむ工夫の1つと管理者は捉えている。利用者面接の折にも、「3カ月の辛抱」という声があるものの、定期的な席替えへの不満も多い。自立度が高い利用者が多いケアハウスという特徴もあると考えるが、定期的な席替えが、現状では利用者が食事を楽しむ工夫になっていない。また、年2回の行事食を企画しているが、利用者特性を踏まえ、利用者が献立を考え職員が支援する食事会など、多様な楽しみ方を検討・実現してほしい。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目3の講評

利用者の希望に沿った入浴ができるよう準備・提供している

利用者用の個人浴槽が4か所あり、いつでも入浴できるように準備している。ただし、通所介護利用者の中には、サービス利用時の入浴で満足と答えているものもいる。管理者は、利用者の身体機能低下により、浴槽壁をまたぐのが困難になった利用者もいることから、重度化にも対応できる浴槽の整備が必要になっていると考えている。なお、入浴に支援が必要になった利用者については、介護保険制度の訪問介護・看護を利用して入浴できるよう配慮している。

入浴時間は利用者がわかりやすい工夫をしている

身体や認知能力の低下に合わせ、それぞれの入浴時間などは必要に応じて居室に大きな字で掲示するなどの工夫をしている。また、浴室や脱衣室の清掃を職員がこまめにしており、洗い場の冠水清掃や足ふきマットなども、転倒予防と清潔面から交換している。なお、居室のシャワーを使用する利用者は少数であり、ほとんどの利用者はシャワー室を物置にしている。そのため異臭などの原因になっている部屋もあった。早急な対策を期待する。

4 評価項目4 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている		評点(00000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	2. 精神的なケアが必要な利用者に対して支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 日常生活上で介護予防につながるような働きかけや工夫をしている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当

評価項目4の講評

利用者の健康管理の担当者を明示し個別相談の体制を整えている

健康管理の担当者を明示し、主任がその任に当たっている。なお、主任は看護職であり適切な配置と考えるが、利用者に主任が看護職であることを積極的にPRしていない。専門職がいてその任に当たっていることを利用者の安心材料として周知すべきと考える。精神的なケアが必要と判断した利用者については、家族・ケアマネジャーがかかりつけ医師と連携して対応するようにしている。

介護予防につながるような活動を行なっている

日常生活を通して介護予防につながるよう、歌・体操は日曜日を除く週6日実施している。また年間行事も計画し、月2～3回は開催している。これらの楽しみながらのレクリエーションとは別に、クリーンデイの日を決め、利用者と職員で簡単な清掃をする日を月2日設けた。利用者面接でも、「少しは役に立ちたい」「ぞうきんを持って集合」など、役割を持ったうれしさを語る利用者もいた。利用者をサービスの受け身にしない取り組みを評価したい。

急変時などに対応できるよう利用者のかかりつけ医師を把握している

利用者の体調変化に対応するため、利用者個々のかかりつけ医を把握している。そして体調変化が見られた利用者については、そのかかりつけ医に相談して指示を仰ぐことを原則的な対応としている。

5 評価項目5 日常生活では、利用者の状態や意思を反映した支援を行っている(食事・入浴以外)		評点(0000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じて、身の回りのことができないときには支援する体制がある	○非該当
●あり ○なし	2. 掃除や更衣など身の回りのことを自分で行うのが難しくなった利用者には外部サービスの利用ができるよう支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 区市町村・福祉事務所等と連絡をとり、必要に応じ利用者への情報提供・手続き等の援助を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者同士の人間関係を良好に保つ工夫をしている	○非該当

評価項目5の講評

必要に応じて介護保険サービス利用に結び付ける体制がある

利用者の身体・精神状況の変化に応じて、速やかに支援できるよう体制を整えている。その第一は介護保険サービスの利用であるが、それが提供されるまでの間は職員が支援を代行提供する仕組みになっている。また、介護保険サービス利用者については生活の変化に気づくと、速やかにケアマネジャー・家族に連絡し、適切なサービスが提供されるよう連携している。

行政への連絡など、利用者が適切にサービスを利用できるよう支援している

行政との日常的な関係としては、まず、要介護認定調査時の立ち合いがある。また、ケアマネジャーへの情報提供も日常的に行っている。利用者同士の関係を良好に保つための場として、利用者懇談会を毎月1回開催している。そこには10名程度の利用者が参加している。しかしながら、そこで利用者同士で意見が対立すると、食事の場面にまで持ち込まれるなど、その調整に悩むことも管理者としてあるという。現に、利用者面接でも、他利用者とのトラブルから「懇談会には出ない・食堂での食事辛い」と訴える利用者もあり、調整の難しさを感じた。

6 評価項目6

利用者の生活が健康で明るくなるよう、施設の生活に工夫をしている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○非該当
●あり ○なし	2. 施設内で利用者一人ひとりに応じた役割や生きがいを見出せるよう支援している	○非該当
●あり ○なし	3. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○非該当
●あり ○なし	5. 食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○非該当

評価項目6の講評

ボランティアを導入し利用者が楽しめる機会を作っている

日常的に毎日何らかの行事を開催するようにしている。また喫茶コーナーの運営や料理教室(年2回)、映像を使つての観光ガイドなどは外部からボランティアが入り、それを利用者は楽しみにしている。さらに、台布巾を配る、花や野菜作りのための畑の提供など、利用者が役割や生きがいを見いだせるよう支援している。利用者面接でも畑で収穫した野菜を見せてくれる利用者もあり、生きがいになっている様子が伺えた。利用者が職員と一緒に清掃する‘クリーンデイ’も、利用者は自らの役割と認識している。

施設での暮らしは外出・外泊も含め自由としている

施設内の売店でアルコールも販売している。喫煙だけは火傷や火災の危険があるため、喫煙コーナーを設け一定の制限をしているが、その他は他の利用者への迷惑を及ぼさない範囲で「自由」としている。現在、利用者からインターネット活用の希望があり、管理者は環境を整えたいと考えている。居室で食事を作ることから外出・外泊まで、利用者の暮らしを制限するものは特にない。

食堂・廊下などの共用スペースに置物や絵画等を飾り落ち着ける雰囲気作りをしている

食堂に観葉植物や置物、廊下には絵画、また利用者それぞれの居室の入り口には棚が設けられており、利用者それぞれが個性的に活用している。食堂・談話室を常時開放し利用者が集えるようにしている。なお、食堂は1日3回、共用トイレは1日1回定期清掃、汚れに気づいたときは随時職員が行っている。利用者面接では、食堂の床清掃がたまに行き届いていないことがある、洗濯場の汚れが気になるという声があった。

7 評価項目7 施設と家族との交流・連携を図っている			評点(○○○●●)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族との接し方について本人や家族等の意思を確認している		○非該当
○あり ●なし	2. 家族が参加できる施設の行事を実施している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している		○非該当
●あり ○なし	4. 緊急時に家族等と連絡が取れる体制を整えている		○非該当
○あり ●なし	5. 家族からの相談に対応する体制を整えている		○非該当
評価項目7の講評			
<p>家族のだれに連絡するか、またその内容についても利用者の意思を確認している 利用者に関する家族への連絡は、利用開始時に連絡する家族を確認して同意を得ているが、連絡する内容によりその都度、利用者の意思を確認するようにしている。特に、金銭に関する内容では、利用者自身の考えと家族のそれが一致しない場合もあり慎重に対応している。家族に参加を呼び掛ける行事に夏祭りがあるが、施設から直接お知らせする手法は取らず、あくまでも利用者を通して家族が知るとい形になっている。そのため家族の参加は少ないとのことである。今後の検討課題とすることを期待する。</p> <p>家族と利用者がゆったり過ごせるよう配慮している 全室個室であるため家族は直接利用者の居室に入り、そこで過ごすことが多い。施設としては食堂・談話室を家族面会時に使えるよう開放している。ただし、食堂に面した畳コーナーが、利用者にも十分活用されていない。このコーナーの空間づくりを工夫すれば、さらに居心地の良い設えに近づくのではないかと考える。利用者の日常の中でも畳コーナーの活用方法、そのためにどのような設えに工夫するかなどの検討を期待する。</p> <p>緊急時の家族連絡方法は利用開始時に文書で確認している 利用者に緊急事態が生じたときの家族への連絡は、1番目に連絡を入れる家族、そこで連絡が取れない場合には2番目と順位づけて文書で確認し、その連絡先を勤務する職員がわかるように保管している。家族からの相談を受ける「なんでも相談日」を月2回設けているが、その開催日は館内に掲示してあるだけで、家族への周知は直接していない。相談するかどうかは家族が決めることではあるが、その体制があることを家族に知らせることで、家族には安心感も生まれると考える。周知方法の検討を期待する。</p>			
8 評価項目8 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている			評点(○○○)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている		○非該当

評価項目8の講評

地域の情報を利用者に提供している

地域情報の提供として、毎月発行される市報を利用者全員に配布している。また小学校便りや公民館便りを等を掲示し、地域の運動会や公民館祭り、文化講演会等の市民講座、介護者教室などを案内・紹介している。ただし利用者面接では、これらに関心を持ち参加しているという利用者は少ない。利用者特性を踏まえ、個々の利用者にあった情報提供を強化する必要がある。利用者が外部の人と交流する機会としては、「ふれあいの橋」の訪問者、喫茶、料理、フラワーアレンジメントのボランティアとの交流がある。

地域資源の活用の機会をさらに増やしたいと管理者は考えている

利用者の身体機能の低下に伴い、利用者の暮らしがケアハウス内に収まりがちになっている。それへの対応として、ケアハウスが車を準備して、「買い物ツアー」の日を月3回設けて外出しやすい環境を作っている。利用者調査では通院が多いものの、外出の機会があるという割合は9割を超している。更に外出の頻度に関する意向としては、「今のままでよい」とする利用者も7割程度で、外出の「足」が確保できればもう少し増やしたい、楽しみたいとのことである。管理者としては、利用者が馴染みの店で食事を楽しめるような機会も増やしたいと考えている。

【 総 評 】

社会福祉法人 こうほうえん
ケアハウスなんぶ幸朋苑

特に優れている点

【職員が講師になるなど意欲の向上も加味した内部研修に取り組んでいる】

本施設は平成 11 年に定員 50 人で開設している。その後、平成 14 年に特定施設入居者生活介護の指定を受け、その定員が 24 人で一般型は 26 人である。職員は一般型と特定施設入居者生活介護を兼務している。現場指導の担当者として主任（看護職）が配置され、内部研修は介護リーダーと検討している。内部研修には 3 年前から取り組み始め、昨年度は隔月であったが、今年度から毎月 1 回開催している。内部研修は職員が講師になって実施しており、この方法は職員の意欲の向上に寄与していると経営層は評価している。時々の課題を取り上げているが、感染症については 3 カ月に 1 回看護師が講師となり、また接遇に関する研修では、尊厳を奪わないケアについてロールプレイを取り入れ、言葉遣いや態度、関わり方について意見交換を行うなど工夫をしている。また、総合施設群（エリア）の特徴を活かし、特別養護老人ホーム、老人保健施設、通所介護等の事業所に職員研修として出かけており、他事業所での体験から、新しい気づきを得ていると経営層は評価している。

法人の価値観に、「人財は大切な財産」と「互恵互助」に明記し、本部に教育研修部・専任者を配置し、年間教育研修計画の策定、その他多様な研修の機会を計画している。職員自己調査の結果にも研修に恵まれているという意見が多数寄せられている。本施設のように職員がお互いに講師になり、内部研修に取り組んでいる事は、法人の価値観が現場職員に浸透していることの表れでもあるといえよう。今後は、本施設が課題としている、自立度の高い利用者に対する支援についても積極的に研修されることを期待する。

【利用者が生活者として役割や楽しみを持てるような取り組み】

本施設は特定施設入居者生活介護の指定を受け、その介護支援をしている。そのため一般型への入居者、すなわち自立度の高い利用者に対する支援が不足していると経営層は認識し、計画的に取り組みを開始している。

○ クリーンデイによる利用者の役割づくり

利用者の「役に立つことをしたい」の声をきっかけにして、月2回のクリーンデイが設けられた。クリーンデイには利用者と職員とで食堂などの共用スペースの清掃をしている。利用者面接でも「職員も忙しいので雑巾を持って集合し、清掃に加わっている」と誇らしげに話す利用者もいた。また、クリーンデイへの参加をきっかけにして、食堂を居心地良くするために「置物や植物を飾ることが自分の仕事になった」と答える利用者の声もあった。利用者が自ら役割を持ち役に立っていることを実感できる機会を作っていることを評価したい。

○ 月3回の買い物ツアーの企画

ケアハウスは利用者自身が生活者として可能な限り自立して暮らす場所である。しかしながら本施設では外出などに支援が必要な利用者も増加している。その結果、利用者の暮らしがケアハウス内に収まりがちなため、その打開策として施設が車を準備した「買い物ツアー」を月3回企画している。利用者面接でも、これを楽しみにしている利用者の声と、もう少しゆっくり時間をかけられたらという声もあった。利用者の生活空間の拡大と同時に、様々な刺激が得られる外出の機会を設定していることを評価したい。

○ 利用者の誕生日に、その人のやりたいことを叶える取り組み

今年度からの新たな取り組みとして、利用者それぞれの誕生日に「やりたいことを叶える」試みをスタートさせた。利用者は何を叶えたいかを聞きそれを実現させている。実際に出る「やりたいことは」花見や外食など、少しの人員配置調整で取り組み可能な内容であるという。利用者一人ひとりが暮らしの中で主人公になれる機会を作っている。

改善を期待する点

【施設長の役割について、更なる表明が必要である】

本施設は、一般型と特定施設入居者生活介護の併設であり、施設長は兼務している。現場指導は、看護職である主任が担当し、施設長は職員と直接かかわる機会は少ない状況である。しかし法人・本部と現場をつなぐ役割は施設長の責任であり、職員自己調査には施設長から法人の意向が十分に伝えられているのかといった不安も寄せられている。施設長は職員会議には出席せず、主任を通し現場に意向などを伝達している状況である。今年度から法人内ケアハウス施設長による会議を定例化させ、本施設の施設長がそこでリーダーシップを発揮している。今後ケアハウスのあり方について、法人として積極的に取り組む方針があり、是非現場との交流を深めながらその任を果たしてほしい。

【個別支援計画の策定への取り組み】

○ ケアハウスとしての個別支援計画の策定

国は平成 22 年 5 月の「軽費老人ホーム(ケアハウス)の設備及び運営に関する基準」の改定で「記録の整備」を示し、提供するサービスに関する計画と、サービス内容の記録を求めている。これを受け都道府県によっては、指導検査で「個別支援計画」の策定状況をチェックする県も出てきている。本施設はケアハウスとしての個別支援計画の策定には未着手の状況にある。また、介護サービス利用者は 18 名で利用者定員の 69.2% に上り、支援は担当するケアマネジャーに任せられた状態になっている。一律的な住居と食事の提供だけでなく、全利用者に対して、その人らしいより良い生活を支援するため、また介護予防の視点から、ケアハウスとしての個別支援計画の策定が求められる。

【利用者の居室の安全性】

本施設ではケアハウスの特性から、利用者のプライベート空間である居室は、緊急事態の発生時などを除き職員は関与しないことを原則としている。これは利用者が日常生活を自律的に送れることを前提にした考え方である。今回の第三者評価では同意の得られた 19 名(73.1%)の利用者とそれぞれの居室で面接することができた。なお、面接

時間は1時間程度を要している。そこで気づかされたことは、多くの利用者が居室を安全で快適に整えることが困難になってきているということである。

その具体的な内容としては

- ・物置状態のシャワー室からの異臭や小蠅の発生
- ・西日があたり室温が高いものの調整していない
- ・黄ばんだ障子で張り替えもできてなく薄暗い室内
- ・床に物が置いてあり動線が確保されていない
- ・壁面に高く積み上げられた荷物
- ・清掃しているというものの汚れが目立つトイレ

など、安全と快適性の視点から支援が必要なのではないかと気になった。入居契約書の中で居室への立ち入りについて明記しているが、この範囲での介入では利用者の安全性を確保することが困難になっているのではないかと感じた。現状を踏まえた対応の検討を期待する。

【食事の提供のあり方についての見直し】

利用者面接の結果は、食事の美味しさと献立についての肯定的回答率は共に26.3%で、他の質問項目に比較して著しく低い。第三者評価で施設を訪れた3日間は利用者と昼食を共にした。

その時見た食事状況と面接で目立った利用者の声は

- ・食べ物をテーブルまで運ぶ時の利用者の動線が悪い
- ・食事を並べてある場所が窓際で日当たりが良すぎて、食物の表面が乾燥する状態
- ・職員の声掛けも少なく、並んでいる食べ物をとって席に着く状態を「配給を受けているよう」という利用者
- ・少し遅く食堂に行くとご飯がない、味噌汁の具が少なくなっていることがある
- ・テーブルの高さが高いので、シルバーカーに食べ物を乗せて運びテーブルに乗せるとき零しやすいので、汁物は少なめにしている

など、食事にまつわる具体的な要望も聞いた。

利用者の食事に関する関心は高い。これを機会に具体的な検討を行い可能なところから改善に取り組むことを希望する。