

## 福祉サービス第三者評価結果の公表

### 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：新しいなば幸朋苑	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：岡部篤夫	定員(利用人数)：	50名
所在地：鳥取県鳥取市浜坂222-1		
TEL：0857-39-8665	ホームページ： <a href="http://www.kohoen.jp/inaba.html">http://www.kohoen.jp/inaba.html</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成12年9月		
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：35名	非常勤職員：8名
専門職員	(専門職の名称)名	准職員 介護/看護
	介護福祉士 31名	
	看護師(7名)・准看護師(1名)	
	管理栄養士 2名	
	介護支援専門員 2名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)
	ユニット個室	全室トイレつき

### ③理念・基本方針

理念：わたしたちは 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

・法人は、鳥取県及び東京で130にわたる事業所を設置する大規模法人である。「人財と苦情が2大財産」として捉え法人経営をしている。当施設は、ヘルスケアタウンいなばのエリアに所在し、敷地内に老人保健施設、ケアハウスをはじめ複数の在宅サービスを設置し、事業所の管理者などによるエリア会議を開催し事業を推進している。

・法人内研究発表会をはじめ、サービスの質の向上に力を入れており、「ISO9001」の取得、2014年には鳥取地区が「日本経営品質賞」を受賞している。

・50個室を3チームに分け、固定チーム体制を定着させ、チームリーダーを中心に責任

と継続あるケアを実践のため、介護士のみでなく看護師・栄養士・歯科衛生士もチームの一員としてチーム活動を支えている。

・利用者目線でのケアの質の向上を目指し”おむつゼロ“”拘束廃止“”ノーリフティング“宣言を行い日々ケアの実践をおこなっている。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 11 月 28 日（契約）～ 平成 29 年 4 月 22 日（評価結果確定）
受審回数（前回の受審時期）	2 回（平成 18 年度）

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

#### 1、法人の「大切な価値観」等を小冊子にまとめるとともに、環境変化に応じて見直している

法人の基本的な考え方（価値観）を「互恵互助」と題する小冊子にまとめて全職員に携行させ、それを内外の環境変化等に応じて数年ごとに見直している（現行は平成28年4月改訂の第5版）。

法人では、「互恵互助」とは「お互いが助け合い、お互いが幸せを分かち合う精神」であって、保健、医療、福祉に携わる職員に必須の資質であると同時に、地域から信頼される「法人の原点」とも位置づけている。

小冊子では、法人の「理念」「基本方針」とともに「大切にしたい価値観」として「個人の尊厳」「変わる勇気、変える勇気」など8項目を示し、また、職員を「法人の財産」と位置づけたうえで「求める人財像」として『感性、思いやり』のある「人財」、『技術、知識、人間力』を備えている人財」など5項目を示している。

これらは、法人が積み重ねてきた価値観の集大成であって、常に新たな挑戦を続ける当法人の根源的な考え方を表現している。しかも、それを定期的に見直しており、その不断の姿勢と取組みは高く評価できるものである。

#### 2、終末期への対応、特に看取り後の振り返り(デスクンファレンス)を重要視している

平成18年の介護保険の一部改正で、特別養護老人ホーム（以下特養）に看取り加算が認められた。これを大きな契機に各事業所は、看取りの指針や手順書を作成して終末期から看取りケアに取り組もうとしている。ちなみに、施設内看取りに対応している特養は7～8割程度と言われているが、退所者のうちの死亡退所には入院先での死亡も含まれ、施設内での看取り率について示すものはない。従って、現在のところ看取りに取り組んでいるか否かが注目され、取り組み方や看取り率には事業所により差があることが推察される。

このような状況を踏まえ当事業所の終末期への対応を見ると、平成12年の開設時から看取りに取り組む、看取り介護マニュアルを策定し手順を明確にしていること、看取り研修の実施、ケアプランの新規・更新カンファレンス時に家族に看取りの方針や対応

を説明し、急変時や終末期の意向確認書に記入してもらっているなどの取り組みがある。また、看取り後の振り返りカンファレンス（デスクンファレンス）を重要視している。その時、各職員は看取りを経験して感じたこと、今後に活かせることなどまで含めてレポートし、それをカンファレンスの席で話し合っている。この取り組みにより職員は利用者の死を肯定的に捉えることができる。このような確実な取り組みにより、27年度は13名の退所者のうち10名が死亡退所で、その10名すべてを施設内で看取っている。

### **3、介護基準を明確にし、チームとしてその実践、評価に取り組んでいる**

法人が主催する「生活支援委員会」では、現場のリーダー層が委員となり、実践レベルのサービスの標準化を検討している。その一つに「生活機能向上に向けた9つの介護基準を基にケア見直す」があり、現場、実践レベルで活用する介護基準を文書化し、当事業所では毎月チーム会で実践状況を評価している。9つの介護基準はマニュアルとして「ISO」でも認めている。9つの基準は、排泄や食事など生活支援から行動制限のない具体的な支援や尊厳を奪わないためのコミュニケーション上のかかわりなど具体的な内容になっている。介護基準の内容は行動レベルで文書化されており、新人職員を始めとして、サービスの質の標準化に寄与している。また、この介護基準は定期的な見直しを基本としており、日ごろの活動を反映させ、より質の高い介護内容にする事を目指している。今後も、現場の活動に加え介護業界等が提案するサービスに関する基準を参考に、その適切性を確認しながら活用し、より充実した介護基準となることを期待する。

### **4、自立的排泄支援に取り組み、「オムツゼロ」の成果を出している**

本事業所では「生活支援委員会」が生活機能向上にむけた9つの介護基準の中に、「自立に向けての排泄介護基準」も掲げ、積極的に取り組み、具体的内容として5項目の介護基準を挙げている。その中でも、残尿量・排尿量・水分摂取量等の測定は、利用者個々で客観的データを把握して、適切な排泄支援プランに反映させている。この取り組みは、利用者個々の排泄インターバルに応じたトイレ誘導になることはもとより、必要以上に下剤を使用しないことにもつながっている。これは、誘導のタイミング、腹圧をかけやすい排泄姿勢の確保も効を奏しているものと推測できる。併せて、トイレ誘導することが事業所として当然の排泄支援として標準化されたため、排泄用品の選択にもそれが影響している。結果的にオムツが不要になり、更に紙パンツからパットホルダーパンツの使用へと変化し、パンツと併用使用する尿取りパットも適切な容量のものになり、大容量吸収のパット使用はない。さらに、尿路感染症の予防を目的にした確実な陰部洗浄の実施も、具体的方法まで決めて取り組んでいる。利用者が医療機関受診を要する原因になるものとして発熱がある。発熱の原因も様々あるが、その原因として介護現場で挙げられるものとしては誤嚥性肺炎、上気道感染、尿路感染がある。事業所としてこれらを予防する取り組みは、利用者の受診や入院日数の減少につながり、稼働率の維持と利益率の確保にも影響する重要な取り組みと位置付けられる。

#### ◇改善を求められる点

##### 1、重度化した利用者への機能訓練の充実に向けて、環境、福祉用具の見直しを期待する

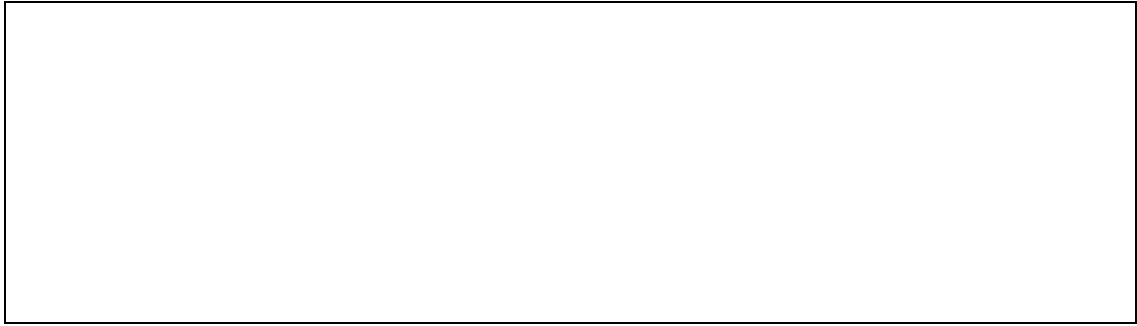
平均年齢と平均介護度の上昇、さらに認知症症状を有する利用者割合の増加により利用者が自主的にリハビリテーションに取り組むことは困難になってきている。そのため当事業所は生活リハビリテーション(以下生活リハ)を中心としたリハビリに取り組んでいるとしている。生活リハとは、人としての営みである食事・排泄・入浴・更衣等の日常生活動作と、それを行うための移動動作が、リハビリテーションになるという考え方である。そして生活リハは日常生活動作を通して行うものであるからこそ、職員の支援技術と利用者の残存機能を引き出す福祉用具や環境整備が重要になる。

その視点から本事業所の取り組みを見ると、トイレの手すりは便器からの立ち上がり誘導する位置にない。入浴は1名を除く49名がシャワーインバス利用で入浴を生活リハの機会として活用できていない。更衣は家族からの要望としており実施率は約半数程度に留まっている。更衣動作はROM訓練の良い機会になり、ROMが保たれていれば更衣支援も容易になる。さらにリビングで過ごす利用者に足台を活用していたが、足底に荷重できていない姿勢も見受けられた。加えて体幹が傾いた車いす利用者に対して側面からバスタオルなどで調整しているが、姿勢が定まっていない様子も目にした。

利用者の介護度の進行を受けて、生活リハに重点を置いた関わりは重要になる。ただしそれを具体化するためには、排泄・入浴・食事・更衣等の動作時に利用者の残存機能を活用、あるいは引き出す介護技術が求められる。さらに適切なシーティングによる良い座位姿勢の確保とROM訓練は終末期まで可能である。今後これらをさらに充実させるために、利用者の身体機能のアセスメント、生活リハビリを展開させる介護技術の修得、現在整備されている福祉用具と環境整備の見直しなどに専門職を参加させて取り組む体制整備が必要と考える。特に、福祉用具や環境整備は予算を伴うものであるため、優先順位を定めて改善に取り組まれることを期待する。

#### ⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント

①入浴を生活リハビリの機会にするため、普通浴槽で身体機能と浮力を活用した入浴方法についての指摘については、利用者のADLを再度アセスメントし、更衣時のROM訓練も含め普通浴に変更する利用者を増やしていきたい。また拘縮をきたさないケアに取り組んでいる中で、“ROM訓練は終末期まで可能である”との指摘から、専門職を含めた介護技術の習得や福祉用具の活用を実践してゆきたい。②排泄環境については、トイレでの排泄、下剤削減など取り組みについては評価を得たが、残存機能を引き出すための手すりの位置の指摘に対しては、現場のスタッフからの意見もあり、設備の改善を申し出た。③環境の指摘については、利用者の生活習慣や好みを把握するために、ヒストリーシートの活用に加え、以前暮らしていた自宅・部屋などを訪問し、快適な環境づくりの参考にする。今回の第三者評価の結果を真摯に受け止め、職員全員で改善しケアの質を向上させ、利用者・家族の満足度を高めたい。



⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 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。		評価
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。		
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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 54. 8%、b) 38. 1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として理念、基本方針等を定めてホームページ、パンフレットなどに掲載し、また玄関に掲示している。職員に対しては小冊子「互恵互助」に記載して配布し、それを「全体朝礼」で唱和している。また、法人の部門目標や、人事考課制度の職員の「個人目標」の基本として位置付けて職員への周知に努めている。</p> <p>■ 改善課題 ・法人の理念等は明文化されて職員への周知に努めている。しかし、利用者や家族への周知が十分ではないと判断し評価を「b」とした。 ・理念等はホームページなどに掲載しているものの、利用者や家族に対して法人や事業所の方針等を周知する機会は設けておらず、玄関の掲示程度にとどまっており、「重要事項説明書」への記載も十分ではない。また、利用者家族との接点である家族会(ケアハウスと合同)は事業所が事務局機能を担っているが、加入や運営は役員の自主性に任せており、事業所として特段の働きかけはしておらず、方針等の説明は行っていない。 ・理念や基本方針を利用者や家族への周知は、法人および事業所が提供する福祉サービスに対する基本的な考え方や姿勢を示すことであり、より組織への安心感や信頼の醸成に繋がるものとして重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

### I-2 ② 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		評価
I-2-1(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40. 5%、b) 40. 5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 社会福祉業界の動向については理事長から情報提供が行われ、それを踏まえて法人の「エリア戦略会議」(※)で経営状況の共有と課題への対応策が協議され、それらを「法人連絡会議」から「エリア内調整会議」(主任以上)を経て、事業所内の三つの「チーム会議」で職員に周知している。「法人連絡会議」等では、制度改正の動向などのほか、「売上、前年対比、利用者数、稼働率」などの経営に関するデータが共有され、現状分析が行われている。 (※)当法人は鳥取県と東京都に拠点を置き、さらに事業所の所在地によって「さかい」「よなご」といった「エリア」と称する集合体を形成し、法人全体、各エリア、各事業所による重層的な事業展開を進めている。</p> <p>■ 改善課題 ・法人として経営環境の変化等に対して的確に把握と分析を行い、諸会議を通じて各事業所へ周知するしくみが整備されている。しかし、法人からの情報提供や方針の提示に対する当事業所の姿勢は受動的と言わざるを得ない。経営層はこの評価項目に関して、今回の第三者評価の実施に伴って実施した「職員自己評価」において不十分という認識を示しており、施設長自身も課題と考えている。 ・当事業所が位置する地域での需要の動向、潜在的利用者に関するデータ等は長期的視野に立った事業経営において重要である。施設長を中心に、経営層が主体的に経営状況を把握して経営に資するよう、さらなる取組み強化に期待する。</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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 16.7%、b) 64.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・理事長や法人本部が中心となって、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえながら経営環境に関する現状分析を行い、経営課題を明確にしている。                      ・明確化した課題を解決するため、「中期目標」(平成28年～30年)と年度ごとの「重点項目」を明確に定め、その進捗管理を含めて組織をあげて計画的に事業展開を図っている。年度の中期目標は、毎年理事長が主任以上が参加する「目標説明会」で、社会福祉法人を取り巻く制度などの状況、医療・福祉を取り巻く最近の状況、重点項目などのついても資料化して説明している。</p> <p>■ 改善課題                      ・理事長のリーダーシップのもと、法人として経営課題を明確化し具体的な取組みを計画的に進めている。しかし、職員への周知が十分ではないと判断し評価を「b」とした。                      ・今回のヒアリングにおいて経営層は、事業所での当該年度の取組みや目標値等を定めた「部門年度目標管理記録」に対する認識は十分ではなく、また、職員自己評価の「経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている」の各項目においても、一般職員の肯定的な回答の割合は2割から3割であった。法人としての取組みや「目標説明会」の内容が職員に伝わっていない状況があるとも思える。                      ・経営状況の把握と分析に基づいて取組を進めるうえでは、サービス提供の担い手である職員への周知は重要な課題である。事業所内での情報共有と理解促進を図り、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。		評価
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。		
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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 61.9%、b) 26.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      法人として制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえ、第4次中期目標(平成28年～30年)を定めている。そこでは「社会福祉法人としての経営力の向上」「2018年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の最大化」「良質な人財の確保と育成」を掲げ、項目ごとに具体的な施策を位置付けている。</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。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 42.9%、b) 42.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・法人として、「第4次中期目標」を基準にして「エリアとしての活動」「事業所の取組み内容」「測定可能な指標」「目標値」の順に位置づけて策定するしくみである。                      ・当事業所では平成28年度は、「事業所の取組み内容」として、「エリアとしての活動」の「財務」「顧客」「業務プロセス」「職員教育」の項目ごとに定めている(部門年度目標書式:平成28年度部門年度目標管理記録)。そして、具体的な取組みは「チーム目標」として実践レベルで落とし込んでいく。</p> <p>■ 改善課題                      ・法人として中期目標を起点に、エリア、各事業所で取り組む内容を具体的に位置付けるしくみは明確である。しかし、事業所内での情報共有や職員への周知が十分ではないと判断し評価を「b」とした。                      ・当法人では「部門年度目標書式:平成28年度部門年度目標管理記録」において当該年度の「事業所の取組み内容」と、取組みごとの「測定可能な指標」「目標値」等を明示している(これが「事業計画」に相当するものと考えられる)。しかし、これらは経営層を含めて事業所内で十分に位置づいておらず、理解が浸透してない。それは職員自己評価の結果からもうかがえる。事業所が行う取組みや目標に対する職員の共通理解の構築は、計画の達成に向けて欠かせないものである。その原因分析と取組み強化に期待する。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		評価
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。		
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 19.0%、b) 57.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・「部門年度目標管理記録」(事業計画)は二人の主任が各ユニットリーダーに相談しながらまとめており、その内容は各職員が年度当初に「個人目標」を設定する際に主任が伝えている。                      ・事業所内での進捗管理方法としては、主任がチーム会の会議録から取組み状況を把握し、月初の入居部会で報告、それに対してKPI(※)責任者(当事業所では課長)がコメントを付して主任に戻し、その結果を常勤職員には事業所内メールで、非常勤職員には印刷物で周知している。                      (※)Key Performance Indicator 重要業績評価指標の略</p> <p>■ 改善課題                      前年度の「部門年度目標管理記録」(事業計画)は、チーム目標化されており、毎月のチーム会で取り上げ実施状況を評価し、即座に改善にとりくむ項目もある。ここで職員の意見は反映され、年度末には総括し各チームは施設長、理事長に報告する。このような報告を受けて、法人としての年度計画を策定している。今回の評価では職員は、策定過程での職員の参画、意見集約、反映のしくみについて、自分たちの取組みが理解できにくかったとおもわれる。法人の取組み、体制について職員へのわかりやすい説明が期待される。</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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 28.6%、b) 33.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 エリアの事業報告は決算書とともにホームページや玄関に掲示しているが、部門年度目標管理記録(事業計画)は特段に利用者および家族に周知していない。</p> <p>■ 改善課題 ・事業所内の掲示やホームページなどでの掲載はあるが、利用者および家族を念頭においた周知は特には行っていない。家族に対する情報提供の機会の一つとして当事業所では「家族会」が考えられるが、事業所からは事業計画を含めて積極的な情報提供は行っていない。 ・事業計画は、利用者への当面のサービス提供に関する重要な事項がとりまとめられている。それを利用者や家族に周知して理解を促すことは非常に重要であり、また、利用者や家族が理解しやすいように内容や表現を工夫することも求められる。利用者および家族に対する周知と理解促進の取組について、改善を期待する。</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。		評価
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。		b
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) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 52.4%、b) 33.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として、法人内各事業所での福祉サービス第三者評価受審を計画的に進めている。また、法人では「利用者アンケート」を毎年度実施している。法人本部が直接に利用者家族からアンケートをとり、事業所ごとの結果を各事業所にフィードバックし、各事業所が改善策を策定するしくみである。 ・事業所では毎年度「新しいなば特養チーム目標」を立て、その取組の一つとして「5S(整理・整頓・清掃・清潔・接遇)」の達成度を事業計画の目標値にも位置づけ(平成28年度は85%)、「5Sチェックリスト」で達成度を毎月測定している。その結果を「チーム会議録」に記述し、リーダー会(毎月)で検証している。</p> <p>■ 改善課題 サービスの質の向上に向けて、自己評価の実施や第三者評価の受審、苦情相談などに基づく改善活動が、組織的・継続的に行われるための基礎となる「体制整備」が重要である。今回の第三者評価の受審結果の検証も含め、職員参加のもとで組織的かつ継続的に改善が行われるよう、さらなる取組みに期待する。</p>	

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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り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、組織として取り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、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 47.6%、b) 42.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・法人による「利用者アンケート」の結果から、当事業所では「利用者の身だしなみ」と「季節感のある食事」について指摘があり、改善に努めた。このような利用者アンケートへの対応については、主任会が中心となって、「部門目標」に位置づけて改善に取り組むか、日常業務の中で意識的に実施するにとどめるか、を判断している。                      ・「新しいなば特養チーム目標」における「5S」の達成度は「チーム会議録」に記述し、リーダー会（毎月）で検証して改善に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題                      サービスの質の向上については、利用者アンケート、自己評価、第三者評価等の結果を踏まえて組織的に取り組むことが重要である。そのためには、職員参加によって現状分析、課題の明確化、改善計画策定等が行われ、それらを明文化して職員間で共有し、計画的に取り組むことが必要である。今回の第三者評価の受審結果の検証を含め、職員参加のもとで現状分析や改善計画策定を行うなど、さらなる取組みに期待する。</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) 管理者の責任が明確にされている。		評価
II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 31.0%、b) 45.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・施設長の権限は法人として定めており、ISOでの「職務権限表」に記載されている。                      ・施設長は法人の意向をリーダー会などで事業所内に周知するとともに、自らの役割を「職員が働きやすい職場にすること」とし、そのことが結果的に利用者の幸福に繋がるのではないかと考えている。そのため、営繕や物品などの環境整備といった業務も率先して担っている。                      ・また、職員に対しては、福祉職である以前に一般社会で通じる常識を持った社会人として利用者の立場に立って欲しいと考えている。</p> <p>■ 改善課題                      ・施設長は、法人内の他事業所の次長職から当事業所の施設長に就任して7年目である。施設長として法人の諸会議に参加することで、経営の一翼を担っている。                      ・また、事業所内においては、自らは事務系の実務経験者であるために現場のことは現場に任せ、自らは周辺環境を整備することで職員が働きやすくなることを期待している。                      ・施設長は自らの役割等について「表明・周知はしていない」としている。施設長のリーダーシップのあり様は事業所の状況や施設長の個性に応じて様々であるが、いずれにしても、職員に対して自らの役割と責任を文書や会議の機会などによって周知が図られていることが求められる。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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 47.6%、b) 35.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・法令遵守に関しては、法人から適宜情報が提供されている。                      ・施設長は、特に事業所の「運営基準」、「安全衛生」、「個人情報の保護」などにおいて法令遵守が重要と考えている。そのため、リーダー会などの場で、法令等を遵守すべき事項の周知に努めている。</p> <p>■ 改善課題                      ・適宜、法人からの情報提供が行われているが、施設長によれば、法人では施設長になるにあたっての特段の研修や会議等はなく、また、就任時での前任者からの引き継ぎは十分ではなかったという。そのため、施設長として遵守すべき法令等を全体的に理解する機会は少なく、自らの経験や法人内外の諸会議等での情報収集の中から理解を得てきている。                      ・施設長には、社会福祉関係法令はもとより、多分野にわたる遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けた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。		評価
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。		b
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) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 38.1%、b) 47.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      施設長はリーダー会(月1回開催:ショートステイ、ケアハウス等の主任以上による)に出席し、特に事故や苦情などがあった場合には必要な助言を行っている。また、職員の研修参加の促進や人員配置へ配慮、サービスの質の向上に繋がるような物品購入等に関する意見に対しても、可能な限り即応し、職員の働きやすさと質の向上に努めている。</p> <p>■ 改善課題                      施設長は、職場を職員にとって働きやすい環境にしていけることがサービスの質の向上に繋がると考えており、職員の研修参加促進や物品等の環境整備などに意図的に取り組んでいる。しかし、職員自己評価では「福祉サービスの質の向上に意欲をもち指導力を発揮している」の各項目について、一般職員の肯定的な回答の割合は3割から5割程度である。                      施設長には、事業所のサービスの質の向上に指導力を発揮して責任と役割を果たすことが求められる。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み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みに十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 26.2%、b) 47.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      施設長は「法人連絡会議」等に毎月参加し、当事業所を含む法人全体の財務諸表、職員の勤務状況、入退職管理等を行っている。また、職員から必要物品の購入の意見があればサービスの質を向上させる観点から可能な限り即応し、業務の実効性を高めようと努めている。現在、事業所の事業拡大に対応するために「厨房の改装」を予定しているのも、その一例である。</p> <p>■ 改善課題                      施設長は事務系の経験が豊富なことから、営繕や物品の購入等による環境整備に率先して取り組み、経営の改善や業務の実効性の向上に努めている。しかし、職員自己評価では「経営改善や業務の実効性を高める取組みに指導力を発揮している」の各項目について、一般職員の肯定的な回答の割合は2割から5割程度である。                      施設長には、人事・労務・財務の視点から常に検証を行い、効果的な業務の実現に向けた具体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－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。		評価
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。		
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。	a
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 19. 0%、b) 52. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の自己評価の結果は上記のとおりであるが、法人による人材の確保と育成に関する全体的な取組み状況を判断し、評価を「a」とした。</li> <li>・法人は職員を「財産」と位置づけ、「人材」と表現している。求める職員像は小冊子「互恵互助」などに具体的に明示し、介護福祉士の採用や資格取得支援など計画的な職員採用に取組み、採用後はキャリアパスを示して体系的な職員育成を行っている。</li> <li>・職員採用は、新卒・新規採用は本部が一括して行い、中途採用については正職員か非常勤職員かを問わず、事実上はエリアで決定している。介護職は介護福祉士国家資格取得者か、未資格者には介護職員実務者研修を修了させて資格取得を支援しており、当事業所の介護職は平成27年度から全員が介護福祉士となっている。</li> <li>・介護職は「入所者：介護職員＝1. 7：1」、看護職は「配置基準以上」の人員配置を行っている。施設長は、最低限は現在の職員数の確保が必要と考えており、業界全体の人手不足の状況からすると、今後は無資格者の採用が増えていくのではないかと考えている。</li> <li>・なお、職員自己評価の「人材確保・定着に関する具体的な計画と取組み」に関する各項目では、一般職員における肯定的な回答の割合が約3割であったことは、課題として指摘しておきたい。</li> </ul>	

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) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 33. 3%、b) 52. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の自己評価の結果は上記のとおりであるが、法人による総合的な人事管理の取組み状況を判断し、評価を「a」とした。</li> <li>・法人が求める職員像は小冊子「互恵互助」に明示して全職員に配布し、ホームページ等にも掲載している。</li> <li>・法人に「人材マネジメント検討委員会」(委員長は副理事長)を置いて体制を整備している。同委員会では、これまでの人事考課制度を見直し、平成28年度からは、職員の意欲や能力開発を促進し、職員処遇(賞与・昇給・昇格等)に反映するしくみとして改めて整備した。全職員を対象に人事考課を行い、自らのキャリアビジョンを可視化し、「目標管理シート」と「達成度評価シート」で個人目標の進捗を振り返り、さらに「仕事の成果」「態度・意欲」等を自己評価するとともに、人事考課面接を行って評価結果をまとめている。そのほか、同委員会では「職員の処遇の提案」なども検討している。</li> </ul>	

II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
II-2-2(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。		
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 14. 3%、b) 71. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・事業所では職員の始業時間と終業時間をよりの確に把握するため、平成28年10月から新たに「勤務表・終始業時間表」を定めた。その表に職員は出勤時と退勤時に時刻を記入するもので、残業時間もその表で一元的に確認でき、「チーム会」で職員の残業時間等の傾向を分析し始めたところである。                      ・職員の心身の健康と安全確保のために法人に「心の健康作り委員会」を設置しているほか、法人本部へのホットライン設置、リフレッシュ休暇(有給休暇と公休日を合わせて4日間連続の休暇)の取得奨励、産休・育休の取得奨励などを行っている。</p> <p>■ 改善課題                      法人および事業所として働きやすい職場づくりに取り組んでいるものの、施設長は「時間外勤務の減少に向けた取り組み」を課題としている。職員自己評価の「職員の就業状況への配慮」に関するほぼ全ての項目においても、一般職員における肯定的な回答の割合は1割から3割程度であった。その原因分析とさらなる取り組みに期待する。</p>	

II-2-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		評価
II-2-2(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	a
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 57. 1%、b) 33. 3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      互恵互助およびエリア目標・部門目標等を基準にした「個人目標」を設定している(4月)。個人目標は、人事考課制度によって、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)」、「重点目標」(部門目標・チーム目標に関連した個人目標)、「キャリアアップ・スキルアップのための目標」(能力開発・研修計画・資格取得等)を所定のシートに記入し、半年ごとにそれらについての自己評価を行うとともに上司との面接で達成度を確認している。</p>	

II-2-2(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準		
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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 50. 0%、b) 38. 1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・法人として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、法人本部に「研修部」を置いて専任職員を配置している。また、エリアにも「教育研修委員会」を設置して、法人研修への参加状況把握のほか、エリア内事業所で重点的に取り組む研修テーマごとの推進メンバーを明確にしている。                      ・経験に応じ、エルダー制度、階層別研修、介護福祉士などの職種別研修、テーマ別の研修など、職員の経験年数や職種等に応じた研修体系を構築している。また各事業所や職種を超えた法人研究発表会も毎年実施している。                      ・年度ごとの「法人年間教育研修計画」と個々の職員の「個人別教育訓練計画」を策定して研修受講の計画的に進めている。</p>	

II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 35.7%、b) 52.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 各職員のスキルアップの目標(能力開発・研修計画・資格取得)は、人事考課制度における「自己管理表」の作成時に定めている。各職員に対してはユニットリーダーがその習熟度に応じて指導し、特に新人職員には「エルダー制度」によってスキルを身につけさせている。また、一人ひとりの職員に「個人別教育研修計画」を定め、外部研修や法人内研修についての各職員の参加予定の明確化と研修履歴の把握を行っている。研修に関する情報が入った場合には施設長発信の回覧のほか、主任が口頭で各職員に周知し、希望者を優先して参加させている。そのほか、主任が各職員の個人目標やスキルのレベルを勘案して受講を促す場合もある。</p> <p>■ 改善課題 事業所では研修参加をあまり希望しない職員がいるなど、職員ごとの参加状況には「格差がある」とし、また、各職員の習熟度に応じて参加させられる研修が少ないことも課題と考えている。しかし、職員育成の基盤的な機会は「職場」であり、むしろ職場内研修の充実とOJTの計画的な推進が課題である。外部研修や法人内研修を活用しつつ、事業所内における一人ひとりの育成課題に応じた職員育成の取り組み強化に期待する。</p>	

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		評価
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。		a
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) 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いおらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 31.0%、b) 52.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・職員の自己評価の結果は上記のとおりであるが、法人による組織的な取り組み状況を判断し、評価を「a」とした。 ・実習生の受入れ手順はISOに則った「実施基準」に基づいて行っている。実習プログラムは依頼先の学校の意向に沿って作成するが、「排泄ケア」については独自のプログラムを用意している。また、介護福祉士の実習受入れにあたっては、二人の主任が「介護福祉士実習指導者講習会」を受講し、実習に必要な知識の習得を行っている。そして、実習生を受け入れる現場では、実習計画書を共有し、また日ごとの実習プログラムの内容も共有して実習生に対応している。 ・なお、職員自己評価では「実習生等の研修・育成が適切に行われている」の各項目について、一般職員の肯定的な回答の割合は2割から5割程度であったことは、課題として指摘しておきたい。</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。		評価
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。		a
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) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を講評しているが、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講評していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 52.4%、b) 35.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・ホームページや広報誌の発行によって、法人・エリア内各事業所の事業や財務状況等に関する情報を計画的に発信して情報公開を行っている。ホームページの全体的な管理は法人が行い、エリアに置かれている担当者がページの割り当てを定め、各事業所と調整して情報更新を行っている。更新する情報について具体的な方針を明示していないが、事業所では地域貢献の取り組みなどを中心に発信したいと考えている。なお、平成28年度中にホームページの全面的なリニューアル実施を計画しており、IT委員会が検討している。 ・エリアで広報誌「はまなす」を毎月発行し、各事業所の情報を掲載している。当事業所では公民館、「ふれあいの橋の会」メンバー、利用者家族に配布している。</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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 42.9%、b) 31.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として事務・経理当に関するルール等はISOに則って整備され、職員は必要な規程等をパソコンで閲覧することができる環境である。また、法人の内部監査(年2回)の実施や必要に応じて顧問弁護士に相談できる体制など、適正な経営・運営に努めている。</p>	

## II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		評価
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。		
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 54.8%、b) 31.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人は「地域との共生」「地域との連携」を事業の柱と位置づけている。当事業所を含むエリアに「エリア地域活動推進委員会」を設置し、事業所と地域との交流の機会づくりの体制を整備し、秋祭り、介護の日、文化祭などの機会を通じて利用者と地域との交流を図っている。また、当事業所では幼稚園児が来苑して当事業所の利用者に歌を披露する機会や、クリスマス会には利用者から幼稚園児にプレゼントを贈るなどの交流を図っている。また、小中学生の「体験学習」を受け入れ、利用者との交流する機会を設けている。</p> <p>■ 改善課題 現状では定型的なイベントを中心とした機会提供が中心とはいえ、法人の理念に則って取り組んでいる。事業所の立地条件等の制約もあるが、可能な限り個々の利用者のニーズや状況に応じて地域との交流の機会を設け、生活空間を広げていくことが重要である。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け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け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け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け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け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け入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.5%、b) 35.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 「エリア地域活動推進委員会」を設置して体制を整備し、ボランティアの受け入れについてはISOによる「手引書」を定め、手続き等を明示している。事業所として社会福祉協議会に登録し、要請に応じてボランティアを受け入れている。また、ウクレレ、音楽療法、ピアノ演奏、フラメンコ踊り等友人の知り合いを通じてボランティアの受け入れている。さらに地域の小中学生の「体験学習」への協力を行っている。</p> <p>■ 改善課題 法人として体制を整備して取り組んでいるが、事業所でのボランティアの受け入れ姿勢は、社会福祉協議会への登録はしているものの受動的で、要請に応じて対応している状況である。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。		評価
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。		
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 33. 3%、b) 26. 2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人および同じエリア内に複数の多様な事業所があり、サービス提供に必要な情報共有や連携は行われている。また、生活保護費を受給している利用者に関しては、所管する福祉事務所のケースワーカーと日常的なやりとりを行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・地域の医療機関から在宅サービス関係の事業所による会議等の案内はあるが、事業所としては参加しておらず、また、同業の事業所による「連絡協議会」のような場もない。 ・利用者により良いサービスを提供していくためには、行政はもとより、病院・学校・地域内の他の事業所などの様々な機関や団体の情報把握と連携が必要である。当事業所内では法人内の他事業所や福祉事務所などとは連絡調整を行っているものの、必要な社会資源に関する事業所内の共通理解は十分には形成されていない。経営層における自己評価でも不十分という認識である。利用者に対するサービス向上や地域全体の課題の解決に向けて、より積極的な関係機関・団体との連携構築に向けた取り組み強化に期待する。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
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。		
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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 38. 1%、b) 50. 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・エリアとして介護関係の各種研修会講師としての職員派遣、介護認定審査会委員など介護に関する役職への就任、重点実施事業の一つと位置付けている「出前講座」(公民館、老人クラブ、企業などで実施)の開催、「介護の日イベントでの講演会、相談・体験」などを行っている。 ・事業所は鳥取市と「地域防災協定」を締結し、「福祉避難所」に指定されている。また、地元町内会の「要援護者の避難場所」に指定されて、定期的な避難訓練の実施や地域に火災が発生時に地域住民と助け合うことなどを定めている。・そのほか、中学生への「学習支援」の取組みとして事業所内の会議室を提供している。</p> <p>■ 改善課題 研修講師としての職員派遣、地域との災害等に備えた地域での役割の明示など、積極的に事業所の機能を地域に提供している。しかし、職員自己評価ではそれらに「積極的に取り組んでいる」という回答は4割弱であった。職員への周知と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) 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40. 5%、b) 28. 6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人に「地域総合支援室」を置き、「総合相談事業」「総合支援事業(就労支援、学習支援、生活支援、触法者支援、ひきこもり支援など)」等を行っている。また、エリアおよび事業所でもその活動に参加することなどにより「出前講座」、中学生に対する「学習支援」、「認知症サポーター養成講座」などを実施している。</p> <p>■ 改善課題 法人として福祉ニーズの把握を積極的に行って公益的な事業・活動を開発し、当事業所もそれらに参加している。公益性を有する組織として、地域の福祉ニーズの把握と、それに基づく公益的な事業・活動の実施において、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(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		評価
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。		
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。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)57.1%、b)31.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念、基本方針を実行すべく小冊子「互恵互助」は職員の行動指針を明示した内容であり、福祉サービスの提供に関する具体的な内容になっている。この小冊子を「全体朝礼」で唱和している。</li> <li>・支援の現場では、その人の尊厳を奪わない「9つの介護基準」を定め、その中に「その人を中心とした尊厳を奪わない介護基準」があり、具体的に「利用者の権利・尊厳を奪わない17項目に該当する行為(ケア)」を掲げ、実施状況をチームで毎月協議・検討をしている。全職員対象の「法人内研修」や「新人研修」でも、常に互恵互助を基本に据えた職員の対応について講義などを行っている。</li> <li>・特設「倫理綱領」は定めていないが、この「互恵互助」を基本に据え、介護基準に具体的に取り込むなどがあり、a)と判断した。</li> </ul>	
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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)71.4%、B)16.7%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人が「ISO」に定める「個人情報保護管理規程」の整備、またその人の尊厳を奪わない「9つの介護基準」を定め、チーム会では実施状況を点検し、常に共通認識を持つことを課題としている。また、掲示物として、「拘束廃止宣言」、「利用者の皆様へ・お約束とお願い」には、利用者のプライバシーの尊重、個々に応じたケアなどを受ける権利などを記載し、またこの掲示物は重要事項説明書にも記載し、入所契約時に説明している。身体拘束として、平成13年度に厚労省が定めた11項目にさらに、サイドレールを使った拘束を加え15項目とした「こうほうえん基準」を定め、日々の支援に取り組んでいる。</li> <li>・全室個室であり、挨拶など基本的なマナーなど接遇研修、また身体拘束と虐待に関する研修などに取り組んでいる。</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。		評価
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。		
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)52.4%、b)38.1%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所に関する情報は、ホームページ、リーフレットなどに表し、地域包括支援センターには常備、また法人関係施設・事業所に配布している。また事業所内にも掲示しているが、わかりやすい。広報誌「はまなす」を毎月発行し、家族や関係機関に配布している。</li> <li>・見学は常時受け入れているが、体験入所はない。見学者には生活相談員が対応することが多く、パンフレットなどを使い説明している。見学後に入所を希望による待機者には、3か月ごとの定期的な連絡により状況を確認している。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <p>一般職員は、当事業所に関する対外的な情報提供への取り組みについての肯定率は5割を下回る。利用希望者に提供している情報の内容や方法について職員が知っておくことは、当事業所を利用したい市民のニーズに対応するためにも必要である。全職員が当事業所の広報を担当する視点から、周知の充実を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)69.0%、B)19.0%であった。</p> <p>■取り組み状況                  ・サービスの開始の過程は、申し込み(相談受付表で相談内容や家族状況などの概要を把握)、見学の後、待機者名簿に登録する。そして入所可能になった時には、待機者に声をかけ、約3週間前に生活相談員の他介護士、看護師が同伴して、基本的には自宅を訪問して実態調査をし暫定プランを策定している。                  ・重要事項説明書は当日家族に説明している。また、暫定プラン及び危篤な状態に陥った時の対応として「看取り介護同意書」を説明し、意思の確認をしている。</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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)40.5%、B)33.3%であった。</p> <p>■取り組み状況                  27年度の退所理由は、状態の悪化による入院3名、当施設での死亡10名である。医療機関への入院の際は、医師のよる情報提供書、及び利用者の既往歴や服用内容、身体状況と生活状況などを記載する帳票「介護・看護連絡票」を送付している。</p> <p>■改善課題                  サービス終了後も相談員、担当介護士、看護師は随時に相談にのることがあるが、対応方針や体制づくりは今後の課題である。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		評価
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)38.1%、B)50.0%であった。</p> <p>■取り組み状況                  法人として、年1回、利用者・家族にアンケート調査を実施、この結果を受けて当事業所ではチーム毎に改善に取り組む体制である。要介護度が高く、利用者から直接的に満足に関する意向の把握、面接などをする機会はなく、家族を対象として6か月ごとに「ケアプラン説明カンファレンス」の際や面会時等随時に問うようになっている。</p> <p>■改善課題                  家族会は定期的には開催され、生活相談員が参加しているが、特段満足度の把握の機会とはしていない。今回の利用者面接では、少数ではあるが利用者本人及び家族と面接をし、当事業所の支援に関する意見を聞くことができた。食事内容や具体的な支援などについて意見を持っていた。意見を聞き取る機会の充実を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		評価
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		
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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)59.5%、B)28.6%であった。</p> <p>■取り組み状況 苦情解決の体制は、事業所内に苦情窓口や第三者委員の掲示し対応の方針を明らかにしている。また、重要事項説明書にも明記、意見箱も設置されている。法人の方針として、苦情及びそれへの対応は当事者に回答、また事業所内に苦情内容とそれへの対応を掲示し、公表に取り組んでいる。さらに、当事業所として苦情対策委員会を設置し、エリアとして第三者委員を交えて検討する体制である。</p> <p>■改善提案 当事業所では数年は苦情は寄せられていない。第三者委員の登場を依頼した事例もないことも影響してか、職員自己評価では、苦情解決の仕組みのわかりやすさと資料などを利用者への配布・説明において、職員の自己評価は4割の肯定率である。「苦情は財産」掲げる法人の方針の実践に向け職員への周知が必要である。また利用者アンケートでは、「困った時に職員以外の相談者を知っているか」の問いに対し、肯定率は39.0%である。入所時の説明に留まらず、周知に向けた取り組み、検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	a
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)23.8%、B)57.1%であった。</p> <p>■取り組み状況 相談窓口は、重要事項説明書に明記している。当事業所の窓口担当者の他、法人窓口、第三者委員の明示がある。しかし要介護度4.6と高く、利用者から直接相談を受けることはない現状である。今回利用者調査では、「不満や要望を職員に気軽に話せるか」75.6%、「不満や要望にきちんと対応してもらえそうか」85.4%であり、この結果を評価し、a)と判断した。</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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)61.9%、B)31.0%であった。</p> <p>■取り組み状況 要介護度が高く利用者から直接意見を寄せられることはないが、家族からの意見に対しては丁寧で迅速な対応を方針としている。家族からは、居室に設置している「家族ノート」(家族向けに担当職員が利用者の状況などを報告・記載)に家族の意見が記載されていることがあり、内容によりユニットやチーム会議で検討、または上司へ報告し対応している。家族からの要望などで、即座に対応できない場合はその旨を伝え後日に必ず対応するとしている。</p>	

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。		評価
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。		
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。	a
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)66.7%、B)28.6%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・エリアとして「苦情対策・リスクマネジメント委員会」を設置し、活動指針に基づき目的と方針を定め毎月開催している。研修会の実施、エリア内各事業所から提出される事故報告書の検討による再発防止を取り組んでいる。</li> <li>・事故及びひやりハット時は「いろんなこと報告書」に記載し、原因を特定して再発防止策を検討、再発防止策を2週間後に検証、事業所内で共有している。</li> <li>・「9つの介護基準」の中に、リスクマネジメント委員会で他部署の情報を収集し、予防処置・危機管理を行う事を課題として取り上げている。</li> <li>・職員調査では、研修の実施に関し、5割の肯定率である。現状の取組みの他に職員のニーズの把握が必要と思われる。</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		
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	a
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)73.8%、B)19.0%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・エリアで「感染症・褥瘡対策委員会」を設置、活動指針に基づき目的と方針を定め毎月開催している。研修会の企画、マニュアルの見直しなどを課題としている。見直しは、法人看護師会で実施、その内容はISOに規程されている。</li> <li>・法人として、食中毒を含んだ「感染症マニュアル」を作成、年1回の感染症研修を実施、全職員が実施できるように実技研修（手洗い・嘔吐処理など）の実施、手洗いチャッカーの活用をしている。</li> <li>・職員のみではなく、家族等来訪者が手指ができるように、必要力所に手洗い器や消毒アルコールを設置している。</li> </ul>	

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		
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)47.6%、B)40.5%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時におけるハザードマップの整備、エリアとして備蓄の確保、近隣地域との防災協定の締結して相互に防災訓練に参加している。また</li> <li>・災害時の安否の確認は、職員連絡網、利用者家族一覧で連絡している。</li> <li>・経営層は、災害時でも活用できると考えていることは、エリア内他事業所の利用者が離苑したときに、捜索するために緊急連絡網を回し、職員が70名程度集合して捜索に携わった。このような連帯感が災害時にも生かせると思っている。</li> </ul> <p>■改善提案</p> <p>職員自己評価では、災害時の安全対策として環境面からの安全対策についての肯定率が4割であり、また経営層（リーダー層）による合議の結果は、利用者及び職員の安否の確認の方法が定められ、全ての職員に周知されているという点において取り組みが不十分であるとしている。重要な課題であり、適切な方法で周知徹底することが求められる。</p>	

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。		評価
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。		
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)47.6%、B)38.1%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・法人として、法令・規制要求事項を見直し、標準化されたサービスを一貫して提供するという方針で、「ISO」を取入れている。エリアとして「ISO委員会」を設置、内部監査報告を受けた改善の検討、「いろんなこと報告書」の再発防止策の効果確認などを担当している。                      ・マニュアルは、安全管理面、介護・支援面、健康管理面などにわたる。これらのマニュアルは、新人職員には配布、OJT(エルダー制)で活用している。また職員休憩室に置いてある。                      ・「9つの介護基準」では、実践レベルでの行動・支援内容を文書化し、毎月この取り組みを点検、評価を「主任会」で実施している。</p> <p>■改善提案                      職員自己評価では、マニュアルや基準に基づいて実施しているかどうかの把握、仕組みについて、肯定率が4割程度であり、また経営層の合議では実施状況が不十分だと判断している。「9つの介護基準」に関しては、実施状況を毎月確認しているが、その他のマニュアルなど標準的な実施方法を文書化したものについては、取り組みが不十分な状況だと思われる。検討を期待する。</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。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な懸賞・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)52.4%、B)33.3%であった。</p> <p>■取り組み状況                      マニュアルの見直しは、日々のケアの中から職員が発する不備な点の指摘を受けて取り組んでいる。また、標準的な実施方法の見直しは、「ISO実施手順書」に基づき実施している。また各種委員会の役割として、担当分野に関する見直しの責任を課している。「9つの介護基準」は、毎年主任会で見直しをしようとしている。</p> <p>■改善課題                      標準的な実施方法などに関する現場からの意見はISO委員会に提案することはできる。しかし、職員自己評価では、意見や提案が反映されるような仕組みについて肯定率が4割程度である。検討を期待する。</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。		評価
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。		
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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)52.4%、B)38.1%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所前の実態調査で様式「入居時アセスメント記録・暫定生活支援計画書」を使い、アセスメントと暫定支援計画を作成している。その後入所時に家族に生活歴の記載を依頼(利用者本人生活歴やエピソードなどを記載)。入所後は、この暫定支援計画を実施しながら、利用者の状況を把握、1カ月間を目途に、様式「生活支援計画書」(以下ケアプラン)を活用する。この様式は、利用者の状態(アセスメント)とそれに対応した支援内容を同時に記載する様式である。利用者情報として、ADL、身体・健康面、関係・社会面(家族関係やこれまでの社会とのかかわりなど)、情緒(性格など)を把握、また項目ごとに本人・家族の思いを把握する帳票である。ケアプランとして、24時間の支援内容が、共通サービスと個別サービスの視点から記載する様式を追加している。</li> <li>・入所後の利用者の状態の把握・アセスメントとケアプランの作成者(現案の作成)は担当介護職員である。利用者の状況把握に際し、看護師、栄養士からの情報、あるいは併設事業所のリハビリスタッフに評価を依頼することがある。そしてユニットリーダーに相談、主任が確認するプロセスである。</li> <li>・作成したケアプランは、カンファレンスで報告する。この会は家族への説明の機会であり、職員としては、担当介護士、看護師、栄養士、そして相談員、ケアマネジャーが参加する。計画は6カ月ごとの見直しをし、その都度カンファレンスを実施している。1回20分～60分程度に時間を要している。</li> <li>・利用者アンケートでは、ケアプラン作成時の要望の把握、説明などについて肯定率は高い。</li> <li>・職員自己評価では、着眼点:支援困難ケースに対する取り組みに関し、肯定率が低いが、当事業にはこのような状態の人はいない状況であり、a)と判断した。</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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)47.6%、B)35.7%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランに準じ毎月モニタリングを実施している。生活支援計画・ケアプランの項目に順じたモニタリング表になっている。また、モニタリングの結果ケアプランの修正を必要と判断した場合は、その箇所に関するアセスメントの見直しをして赤字で修正を加えているが、アセスメント全体の見直しをして、新たに記録することを期待する。</li> <li>・職員自己評価及び経営層の合議では、着眼点:ケアプランの見直しにおいてサービスを十分できない内容について明確にする事、について肯定率は低かったが、当事業所では常に十分なサービスを個別に提供する取り組みを方針として実施している現状から、a)と判断した。</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。		評価
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。		
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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)66.7%、B)26.2%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>・様式「生活総合記録」は利用者の個人記録であり、カテゴリー別(食事、排泄、身だしなみなど11項目)についての支援を記載することにし、職員間で差異が生じない工夫であるとしている。また、様式「介護管理記録」は、ユニットでの利用者の概要、清掃や施設、巡回、及び利用者全員の状況を時間ごとに記載する書式である。そして利用者に対するケア方法の変更や医務連絡なども記載する書式でありをユニット全体の1日の活動を把握できる。この様式はユニット職員で供覧、閲覧チェックを設けている。すなわちケアプランの実施状況は、介護管理記録で毎日チェックする体制である。</p> <p>・生活支援計画・モニタリング表は、生活支援計画の項目と同様であり、計画の実施による成果・変化・新しいニーズなどを記載するこの帳票である。</p> <p>・実施状況は、日々のミニカンファレンスや毎月のユニット会議の議題として、モニタリング・支援内容に反映する仕組みである。</p>	

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		
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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)64.3%、B)26.2%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>・法人が「ISO」に定める「個人情報保護管理規程」に基づき、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、記録管理の責任者、また個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策と対応方法などについて定めている。一方、職員に対しては入職時に誓約書で確認しているが、記録の管理について、個人情報保護の観点からの職員研修は2年前に実施し、それ以降の取り組みはない。計画的な取り組みが必要と思われる。</p> <p>・個人情報の取り扱いに関する利用者説明は、法人が定める「個人情報保護方針」に従い、個人情報の保護・開示について、重要事項説明書に記載し、入所契約時に説明している。</p>	

A-1 支援の基本

A-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。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)57.1%、b)35.7%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・「利用者のADLを始めとする心身の状況や生活習慣等の把握」は入所前訪問で行い、それらをケアプランに反映させ、この計画に基づいて支援している。職員自己評価でもこれらの着眼点についての肯定率は8~9割弱を占める。また、毎月開催しているユニット会議、チーム会議では日々のケア内容を検討し、改善している。                      ・基本的支援でもある食事はデイルームで摂り、排泄は詳細なアセスメントを実施して、利用者毎で誘導時間を決めてトイレでの排泄支援に取り組んでいる。併せてオムツ使用を排して、利用者の排泄状況に合わせたパットと布パンツを使用して快適性を高めている。</p> <p>■改善課題                      ・自立に向けた取り組み、社会参加に関わるプログラムの導入、趣味活動や嗜好品等、生活に楽しみがあるような工夫については利用者の平均介護度の進行なども関係し、取り組みは不十分な状態にある。                      ・生活のメリハリをつけるための着替えは、実施基準を家族希望として約半数の利用者に行っている。これへの取り組みは生活のメリハリだけでなく、介護度の進行した利用者にとって関節の可動域訓練の機会にもなる。また、「自立、活動参加への動機づけ」については、介護度の進行で対象者がいないとしているが、利用者それぞれでできることを探し出して支援することもこれに含まれると考える。さらなる取り組みを期待する。</p>	

A-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>■職員自己評価の結果は、a)54.8%、b)38.1%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・利用者の思いや希望を聞き取ったり読み取ったりしてその内容をケアに生かしている。ケアプラン作成前に本人・家族の意向を聞き取り、日々のケアに取り入れている。                      ・ケアの前後で必ず声を掛け、これからどのようなケアを実施するのかを認識してもらったり、ケアが本人にとってどうだったのかを確認している。                      ・言葉の抑制ワースト10を張り出し、利用者への言葉遣いの注意点を意識化できるように努めている。また、月1度、チーム会で言葉遣いの振り返りも行っている。</p> <p>■改善課題                      ケアの前後などに声を掛けてから手を触れる等の配慮をし、利用者を驚かせないような工夫をしているが、これらは職員が働きかける時に専ら行っている。逆に、利用者が話したいことを話せる機会を作ることは不足している。「利用者がどんなことを話したいか」をキャッチするためには、利用者のこれまでの趣味や生活習慣、得意だったことや関心のあること等を知っておくと、職員も話を切り出しやすくなると思う。そのため、事前調査などで、このあたりの情報収集を今後より積極的に行うことを期待する。</p>	



A-2 身体介護

A-2-1) 入浴介助、清拭等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) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	b) 入浴介助、清拭等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) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)81.0%、b)14.3%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・プライバシーに配慮したり、体調に応じて柔軟に入浴日を変更するなどしている。また、必ず見守り担当の職員を配置するなどして安全の確保にも努めている。</p> <p>■改善課題                      ・3種類ある浴槽は4通りの入浴方法があるが、現在使用している浴槽は2種類である。その1つである普通浴槽利用者は、立位で浴槽壁を跨げる1名のみで、残る49名は入浴用椅子を使用して端坐位姿勢で浴槽に入るシャワーインバス利用になっている。入浴を生活リハビリの機会にするためには、普通浴槽で利用者の身体機能と浮力を活用した入浴方法が有効になる。一方、シャワーインバスは利用者の機能を活用できる部分が少なく、利用者を「入浴させてもらう」受け身にさせやすい。より自立的な入浴をめざし、入浴動作を良いリハビリテーションの機会とするためには、専門職を導入して、利用者の身体機能レベルをアセスメントし、普通浴槽利用者の身体機能レベルを標準化すること、併せて普通浴槽の浴槽壁の越え方など、介護技術の習得にさらに取り組む必要がある。                      ・より自立的な入浴を考えた時、普通浴槽の活用方法の検討を期待して、評点をb)とした。</p>	

A-2-2) 排せつ介助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) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 排せつ介助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) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)76.2%、b)19.0%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・事業所として、自立的な排泄支援を課題とし、生活機能の向上にむけた9つの介護基準(以下介護基準)の中の1つに位置付けて取り組んでいる。                      ・入所直後から残尿量測定を実施するなど、客観的データの把握に基づいた排泄支援のもととなるアセスメントに取り組み、オムツや紙パンツの使用を避け、布パンツ(パットホルダーパンツ)にパットを組み合わせて使用して快適性を保っている。                      ・必要以上に下剤を使用せず、水分摂取・整腸剤で便通を調整している。また、トイレ誘導は、利用者毎の排泄インターバルに合わせて、さらに利用者の身体機能により、職員の1人誘導、2人誘導を区別している。                      ・ただしトイレの手すりは、利用者の立ち上がりを誘導する位置にない。適切な位置への手すりの設置(体を預けられるテーブルの活用も含む)は、利用者が便器に座る、便器から立ち上がる動作を誘導する、即ち残存機能を引き出せるため、職員の介助量を軽減させる。その視点からの取り組みも期待する。</p>	

A-2-3) 移乗、移動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) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 移乗、移動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) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価結果は、a)69.0%、b)26.2%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・事業所として、利用者の行動を制限せず、併せて快適な姿勢保持ができるよう介護基準を独自に定めている。そして、移乗・移動に関わる用具は、利用者の障害と体型に見合ったものを選定し、利用者の自立度を向上させるように努めている。また福祉用具の安全性を確保するため、各用具の点検箇所を定めて担当者を決めて定期的に点検チェックしている。                      ・移乗・移動の支援は利用者の安全性と職員の身体を守るために、ノーリフトの介護を宣言し、スライディングシート・ハーティングローブを活用した取り組みを行っている。なお、それらの取り組みの成果を、法人内の研究会で発表している。</p>	

A-2-(4) 褥瘡の発生予防を行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防を行っている。	a
	b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。	
	c) 褥瘡の発生予防を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)83. 3%、b)11. 9%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・事業所として褥瘡を作らないための介護基準を定め、体位変換、同一座位姿勢の時間ごとでの変換等をしている。さらに、ギャジアップ等で発生しやすい応力による皮膚のずれの発症予防のために、背抜きの頻度などを具体的に定めて取り組んでいる。                      ・日本褥瘡学会在宅褥瘡セミナー、日本褥瘡学会学術集会、皮膚・排泄ケア認定看護師による研修会等に参加し、その内容を毎月の感染・褥瘡委員会などで伝達している。</p>	

A-3 食生活

A-3-(1) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
	b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)47. 6%、b)45. 2%であった。</p> <p>■取り組み状況                      月1回の選択メニューや咀嚼・嚥下機能に見合った食形態、また適時適温での食事の提供に努めている。</p> <p>■改善課題                      ・本事業所は複合総合施設の中の1つとしてあり、提供している食数も400食程度に上り、本事業所の利用者に見合った食事作りには課題があることをリーダー層は認識している。具体的には、副菜を引き立たせる食器ではない、量が少ない、味付けも一定でないなど、食事に関しては一般職員、リーダー層共に課題視している。                      ・現在食事を作る厨房スペースが狭く、必要な備品の設置が困難などの課題も抱えている。改善には厨房の面積や設備なども関係するとして、来年度設備の改修を予定している。職員の努力が報われるよう、職員の意向も取り入れた設備改修になることを期待する。</p>	

A-3-(2) 食事の提供、食事介助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、食事介助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、食事介助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、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)81. 0%、b)14. 3%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・提供している食事の形態は4種類で、入所時にはそれまでの食形態で提供するが、実際の摂食状態を介護、看護、栄養士、必要に応じてOT、PT、STなどにも入ってもらって観察し、食形態を決定している。結果的に入所前よりも形態は上がる傾向にあることを現場は実感している。食事形態を変更する時には、介護・看護・栄養士にSTも加わって検討している。                      ・咀嚼・嚥下機能に問題のある利用者については、STの評価を定期的に受けて経口摂取の継続支援に努めている。また、心身の機能低下などで摂食量が減少してきたときなどは、無理に介助して摂取させるのではなく、看護師が摂取量をコントロールして、介護士が安心して介助できるようにしている。                      ・なお、安全で自立的な摂食姿勢確保のために足台を用いているが、足台を使いながら仙骨座り姿勢の利用者、車いすでの体幹の偏り矯正に体の側面にバスタオルなどを入れるも姿勢が定まらない利用者を目にした。シーティングは目的を明確にして、利用者個々の状態に併せておこなう必要がある。さらなる取り組みを期待する。</p>	

A-3-(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。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)71.4%、b)23.8%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・食事前に口腔体操を利用者全員で行うことはしていない。しかしながら、舌を前方に出せない利用者に対しては、口腔機能の保持・改善に役立つ取り組みとして、口腔マッサージを重要と位置付けて取り組んでいる。                      ・「職員に対する口腔ケアの研修」は実施していないが、歯科衛生士から職員は担当する利用者の口腔ケアの方法を個別に指導を受けている。具体的には、月4回来所している歯科衛生士の助言を生活支援計画書に反映させて、毎食後の口腔ケアをルーチン化して取り組んでいる。</p>	

A-4 終末期の対応

A-4-(1) 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ている。	a
	b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。	
	c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順がない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)71.4%、b)21.4%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・「終末期ケアに携わる職員等への精神的なケア」については、これをテーマにした研修開催等の形では取組んでいない。その理由を、すでに長年看取りに取り組んでおり、精神的なケアと言うよりも振り返りのカンファレンス(デスカンファレンス)を介護・看護職で看取り後1週間以内実施しており、これにより利用者の死を肯定できると考えているためである。                      ・チームメンバーはデスカンファレンスの実施に当たり、看取った利用者の死に関わって感じたこと、今後に生かせること等をそれぞれで記入する独自の様式がある。これは他のメンバーの記録内容を見ることができ、利用者の「死」に関わって学べたことを共有化できる優れた手法と考える。                      ・入所直後の早い時期からどのような「逝き方」をしたいかを尋ね、さらにケアプラン更新時のカンファレンスでも繰り返し家族の意向を把握している。</p>	

A-5 認知症ケア

A-5-(1) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
	b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)54.8%、b)38.1%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・ケアプランの更新時に、認知症高齢者の日常生活自立度、及び障害高齢者の日常自立度を連動させて更新し、それを日常生活能力、残存能力の評価としている。周辺症状への対応としては、ケアプランの更新カンファレンスの実施前に、支援内容を担当看護師にチェックしてもらうようになっている。                      ・身体拘束については、法人独自で定めた「行動制限15項目」及び「言葉の抑制10項目」で、1日1回は各自で振り返っている。</p> <p>■改善課題                      「最新の知識・情報を得られる研修の実施」と「症状に合わせた個人、グループでの継続的な活動」については、取り組みが不十分と自己評価している。事業所が目標としているその人を中心とした尊厳を奪わない介護基準の中には、長谷川式・MMSEを用いた認知症の評価や中核症状・周辺症状の理解、ユマニチュードの理解と活用が上げられている。これらを日常の利用者支援にどのように取り込むか、この取り組みこそが最新の知識の獲得になるものと考え、さらなる取り組みを期待する。</p>	

A-5-(2) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。		評価
判断基準	a) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
	b) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っていない	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)59.5%、b)31.0%であった。</p> <p>■取り組み状況                  ・居室が利用者にとって落ち着ける空間になるように、ベッド周囲などの設えには自宅で使用していた愛着のあるものを持参してもらっている。また、自分の居室が分かるように、居室入口に本人が持参した人形を置くなどの工夫もしている。                  ・異食や火傷などの事故防止に向けて、触れたり食べたりすると危険性のある物(処置台、薬、液体の消毒薬・洗剤等)については利用者の手の届かないところで管理するようにしている。</p>	

### A-6 機能訓練、介護予防

A-6-(1) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。	
	c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)52.4%、b)42.9%であった。</p> <p>■取り組み状況                  ・利用者ごとに機能訓練プログラムを作成して評価・見直しをしている。入居1週間以内に個別機能訓練所を作成し、3カ月毎に評価・見直しをしている。その内容は生活リハビリ的な要素が強いとのことである。                  ・下肢の浮腫、筋緊張が高い等の症状があり、かつ本人(家族)の希望のある利用者15名程度にマッサージを実施している。</p> <p>■改善課題                  平均介護度の上昇と認知症症状を有する利用者が多いことにより、利用者が主体的に訓練を行える工夫は不十分な状態にある。その一方で、個別機能訓練プログラムは生活リハビリの意味合いを強くして作成、評価・見直ししているとのことである。身体機能の低下により、生活動作に支援を必要とする状態にある利用者に求められるリハビリテーションは何かを検討し、それをどの生活動作の時に実施できるのかを考え、動作を意味づけて行う、それが生活リハビリであろう。例えば更衣動作には関節可動域訓練(ROM)を取り入れやすい。また入浴動作も同様と言える。そしてこれらの取り組みで、どのような生活動作がより可能になるかを個別計画に盛り込む必要がある。生活リハビリを漠然としたものにしなないために、具体的な生活動作に結び付け、意識的な個別訓練に繋げられる取り組みを期待する。</p>	

### A-7 健康管理、衛生管理

A-7-(1) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。		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があるが、十分ではない。	
	c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)64.3%、b)28.6%であった。</p> <p>■取り組み状況                  ・各チームに看護師を配置して介護士が利用者の変化や、いつもと違う利用者の様子に気づいた時は、いつでも相談できるようにしている。また、誤薬防止にむけては、法人がISOで定めた服薬マニュアル文書に基づいて取り組んでいる。                  ・利用者の体調急変時や終末期における医療への意向確認書に基づき、医師、病院との連携方法などの体制を整えている。また、職員の知識を高めるため、新しい病気についての勉強会や、薬剤師による薬剤の効果・副作用についての研修会なども開催している。</p>	

A-7-(2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
	b) 感染症や食中毒の発生予防を行っているが、十分ではない。	
	c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)71.4%、b)21.4%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・法人が食中毒を含んだ感染症マニュアルを作成しており、それに基づいて取り組んでいる。また、職員(家族を含む)の感染も前提にして、感染を疑う症状が出た場合、速やかに受診して結果を主任に報告することを義務づけている。                      ・毎年感染症に関する研修(手洗い・嘔吐物処理の実技を含む)を実施し、新人・中途採用職員の受講を必須としている。また、職員のみでなく家族等の来訪者が手指消毒できるように、必要箇所に手洗い器や消毒アルコールを設置している。さらに職員とその家族が感染症に罹患した時の対応方法も決められている。</p>	

A-8 建物・設備

A-8-(1) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。		評価
判断基準	a) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b
	b) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)52.4%、b)40.5%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・法律で定められている項目については規程どおりの内容で取り組んでいる。また、ナースコールの点検は毎日、その他ベッドや車いすは点検箇所を決めて毎月実施している。その他、不具合が生じた時には主に施設長が随時対応している。                      ・ユニットのリビングスペースにソファを配置し、音楽を流したり季節ごとで装飾物を変えたりして、利用者の落ち着ける雰囲気づくりに努めている。</p> <p>■改善課題                      椅子、ベッドなどの家具は利用者の安全性や快適性の視点から見た時、改善の余地がある。介護度の進行もあり、利用者が思い思いにそれぞれ過ごさせているかどうかの判断は、利用者の生活習慣や好み等を把握し、言語のみで無く表情や体の動き等から察するような取組がさらに求められている。さらなる取り組みを期待する。</p>	

A-9 家族との連携

A-9-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
	b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族との連携を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価は、a)83.3%、b)11.9%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・家族が来所した時には最近の状況を報告している。また担当介護士は3カ月毎に利用者の状況を書面で家族に伝えている。なお、この間に体調不良があった時には、この書面を活用して看護師も書くようにしている。また、各居室に家族との連絡ノートを置き、行事日程の案内や利用者の行事での様子などを写真付きで知らせている。                      ・6カ月毎のケアプラン更新カンファレンスの時にも、参加した家族に利用者状況を伝え、意向の把握をしている。</p>	