

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 メイアイヘルプユウ

② 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム にしまち幸朋苑	種別：指定介護老人福祉施設	
代表者氏名：施設長 岸 清志	定員（利用人数）：30名	
所在地：鳥取県鳥取市西町5-108		
TEL：0857-25-6517	ホームページ：https://www.kohoen.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2012（平成24）年 7月 2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： 26名	非常勤職員： 3名
専門職員	医師	1名
	看護師	5名
	介護支援専門員	5名
	介護福祉士	18名
	社会福祉士	1名
	管理栄養士	1名
	歯科衛生士	1名
施設・設備の概要	ユニット個室型施設 居室30室（定員30名）	

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
こうほうえんをめざします

●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

○ターミナルケア

- ・入居時に指針を説明し、家族・利用者に看取りの意向を聞いている
- ・ケア開始時は、事業所で作成した「心の準備ノート」を使用して、家族が利用者と共に安らぎの時間が過ごせることを説明し、家族と一緒に看取れる環境をつくっている
- ・常勤医師と共に多職種のカンファレンスを持ち、自然な死を迎えてもらう体制がある

○介護ロボットを活用したノーリフトの推進

- ・リフトの使用や移乗の研修会を実施している
- ・トランスファーボードやスライディングシートなどの使用する用具やその方法について検討し、利用者・リハビリ職員と一緒に評価している

○認知症介護実践研修(実践リーダー研修・実践者研修)修了者や認知症ケア専門士の配置

- ・認知症介護実践研修（実践リーダー研修・実践者研修）を受講して、利用者の状態や、利用者との関わりについて、毎月のユニット会議で検討している
- ・研修の修了者は、チーム会や個々に認知症ケアのOJTを行っている

○DCM、ユマニチュード技法の導入

- ・DCM（認知症ケアマッピング）を定期的に行い、職員の関わりや環境の改善につなげている
- ・ユマニチュードの勉強会や研修を行い、その手法を使って対応している

○インターライアセスメントの活用

- ・課題に対し、多職種で支援内容を検討している
- ・状態の変化時や、3カ月おきにモニタリングを行い、計画の見直しを行っている

○キャリア段位制度、アセッサーおよび段位取得者の配置

- ・キャリア段位制度で職員のケアを標準化し、新人チェックリストにも反映させて、新人教育を行っている

○喀痰吸引等研修の修了者の配置

- ・医師の指示を受け、看護師の指導のもとにOJTを行っている
- ・喀痰吸引等研修の修了者を日中・夜間に配置し、喀痰吸引を行っている
- ・介護ロボットを活用し、ノーリフトを推進している

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年12月 2日（契約日）～ 2020年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥ 総 評

◇特によいと思われる点

1. 2つのユニットをひとつの「チーム」と位置づけ、その役割を明確化してサービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいる

各階にある2つのユニットをひとつの「チーム」と位置づけ（ショートステイを含め 事業所全体で2つのチーム）、「チーム会」の取り組みによってサービスの質の向上に努めている。

チームの活動に関して年間の目標を定めて、2019年度は「9つの介護基準に基づくケアの見直し」「6S活動」（整理、整頓など）「ノーリフティングの定着による介護者の負担が少ないケアの実践」と「防災マニュアルの理解」を掲げている。

これら目標の達成に向け、毎月それぞれ「チーム会」を開催し、取り組みの振り返りや確認を行っている。また、ヒヤリハットや事故に対する再発防止策の効果の検証、ISOの監査結果や利用者からの要望等に基づく改善活動の検討、研修参加者の研修報告等にも計画的に取り組んでいる。

そのほか、チーム内の2つの各ユニットの年間目標の検討や当事業所が2019年度に取り組んでいる「時間外勤務の削減」に向けてチームごとに現場の実態把握を行うなど、2つのユニット間の取り組み格差の緩和に努めている。

ユニットの枠を超えたチームとしての役割を明確化して、サービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいる点において評価できる。

2. 「個の尊厳」を最重要視した体制づくりと、そのための具体的な取り組みがある

法人としてサービスを提供する上で標準化が必要であると判断した項目については、ISOの基準により文書化されている。この文書化の一つに「9つの介護基準」があり、支援現場において欠かせない介護を9項目定め、その実践に取り組んでいる。

9つの介護基準は、排泄・食事などの生活支援から、行動制限のない具体的な支援、尊厳を奪わないコミュニケーション上のかかわりなどの具体的な内容であり、利用者の尊重やプライバシー保護の視点からも留意点が記載（文書化）されている。

そのなかでケアプランではこの「9つの介護基準」を重要視し、それに準じた内容で作成することを基本としている。そして、利用者一人ひとりに対する取り組みの現状を、ユニット会議（各ユニット）およびチーム会議（フロアごとに2ユニットで合同開催）で確認し、評価している。

そのほか、介護の質の向上を目指す取り組みとして、職員それぞれが利用者に対して「尊厳を奪わない・否定しない支援」が実施できているか否か評価するためにDCM（認知症ケアマッピング法）を取り入れ、これに各ユニットで年1～2回取り組み、改善に活用している。

また、各介護分野のマニュアルを作成する際には、小冊子『互惠互助』に記載されている法人として大切にしたい価値観をマニュアルの内容に反映させ、その上でマニュアルに則った実践に取り組んでいる。

さらに「法人本部研修」や「エリア・内部研修」では、年間の研修計画を作成して、身体拘束・虐待防止、接遇など、利用者の人権問題に大きく関連する研修を実施している。

このような多様な取り組みにより個の尊厳を最重要視し、その取り組みとして「一人ひとりの人格、人間性、価値観を尊重する」実践を目指している。

3. 医療面のかかわりについてバックアップ体制を整え、利用者の日常の健康管理から終末期ケアにまで対応している

当事業所は、施設長として医師を常勤配置している。そして、施設長である医師は毎日居住フロアを巡回し、看護師・介護士等から情報を得ながら利用者の健康状態の把握に努めている。

その体制があるため、褥瘡発生の予防から治療まで、適切な取り組みができています。特に褥瘡の早期発見とその治療については、専門的な指標（DESIGN-R）を用い、発症リスクおよび対応の適切性を判断している。そして、使用する福祉用具の選択と用具の使用の確認、利用者の栄養状態を把握しながら補助食品を加えることなどまで、その意味を職員全体で共有し、適切に対応できるように努めている。

さらに、介護職員が喀痰吸引・経管栄養に対応できるようにするために、看護師が指導者研修を受講して介護職員を現場で指導する体制を整えながら、事業所としての対応手順を備えている。

これらのことに当事業所で取り組めた背景として、各利用者の状態を把握しながら24時間の連絡・相談体制を築き、緊急時に対応できる医師（施設長）の存在も大きい。その延長線上に、事業所内での看取りがある。当事業所では、入居時から看取りについて説明し、その時期が近づくと、再度見通しを説明している。この説明も、医師・看護師・介護士などで行っている。ちなみに、2018年度の退所者全員を当事業所内で看取っている。

また、常勤配置されている歯科衛生士も、入居直後から看護師・介護士と協働して口腔ケアを行い、利用者それぞれの必要に応じて歯科医師に往診を依頼し、随時に診察や治療を受けられるようにしている。

このように、当事業所では医療面のバックアップ体制を整えながら、利用者の日々の暮らしを支えている。

4. 家族と連携しながら、利用者の暮らしを豊かにする取り組みを工夫している

当事業所ではケアプラン作成時のカンファレンスに家族の参加を呼びかけ、その参加率は100%に近い。これは、家族に対してカンファレンスの意味と開催時期を事前に知らせ、家族の都合も斟酌して開催日時を調整している結果である。

今回の評価と併せて実施した家族アンケート調査でも、①ケアプラン作成時の家族要望の聞き取り、②ケアプランについての説明の有無、③ケアプランについての説明のわかりやすさの3点について、その肯定的回答率は80.0～93.3%と高率であった。

法人の理念として、「地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される」を掲げている。この理念を基本にして、家族とともに利用者の暮らしを支えることを重視している。つまり、利用者や家族との関係性を継続させ、家族にも事業所の運営に関心を持ってもらうことである。

開設して8年目を迎える事業所であるが、家族の面会を月1回以上受ける利用者が大部分になっている。事業所としても、家族に対して利用者の状況を伝えるための「家族ノート」を居室に備え、また家族に参加を呼びかける行事も年4回開催し、広報誌も発行している。

さらに、特技を生かして、共有スペースであるリビングに、折り紙細工の装飾を行う家族も出てきている。

事業所としては、家族の意見等を収集するための場づくりとして「家族会の立ち上げなども検討していきたい」としている。さらなる取り組みを期待する。

【さらなる改善が望まれる点】

1. 地域に向けた情報発信と、地域との交流を広げるための取り組みを充実させていくことを期待する

当事業所の情報は、法人の各事業所について、役割、特徴、活動内容などを紹介するホームページで提供されているほか、県内でサービス提供を行っている法人内事業所を紹介したパンフレット『ヘルスケアタウンとっとり』や、当事業所の併設事業所と紹介するリーフレット『にしまち幸朋苑』がある。これらのパンフレットやリーフレットの配布先は、地域の公民館、町内会、見学などの来訪者のほか、行事などの場でも配布している。

事業所情報の提供内容は、制度の変更時などには、適宜最新のものになるように見直すとしているが、現状はパンフレットもリーフレットも、どちらも変更されていない。また、提供している情報の質・量ともに、さらなる充実が求められ、加えてパンフレットや広報誌の配布先についても、改めて検討することを期待する。

地域と事業所の連携については、2018年度から地域や町内会の人と連携して避難訓練に取り組み、町内会の20軒の住民に対して当事業所の避難訓練の実施について実施を回覧し参加者を募ったところ2～3名の参加が得られている。今後の計画的・継続的な取り組みと、その充実を期待する。

法人が当地域で高齢分野のサービスに取り組んだのは1995年のことで、25年前になる。そして、当事業所は2012年に開設されている。事業所では「歴史ある法人であり、地域にも知られている」と語っているが、よりよい支援の実践を課題として、さらにきめ細かい取り組みと修正を行うように期待する。

2. 利用者の満足度を高めるための取り組みの充実を期待する

第三者評価の評価項目には「利用者満足度の向上」「利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方」に関する項目がある。それに対する事業所の合議結果と職員自己評価結果はともに肯定率が低く、課題として認識されていることがわかる。

また、今回の第三者評価に際し行った利用者面接では「日常生活で必要な介護を受けられているか」「施設では自分のしたいことをして過ごせているか」についても尋ねている。なお面接できた利用者は10名（33.3%）である。この2項目の肯定的回答率はいずれも40.0%で、平均介護度4.4の利用者像からは想像できないほどの現実的なコメントが寄せられている。しかも「はい」を選択しながら、そのコメントは「外出する機会が少ない」「デパートに買い物に行きたい」「美容院で髪染めをしたい」等のように、内容は「どちらともいえない」と同様のものもあった。

さらに、利用者面接に対する感想はおおむね肯定的で、その感想は「分け隔てなく、気軽に話せた」「たまにこうした機会があるのはよいことである」「今後の参考にしてほしい」「自分の気持ちを聞いてもらえて大変よかった」など、聞いてもらえてよかったという意見として受け取れる。

「平均介護度が4.4であり、コミュニケーションが難しい利用者が多い」といった利用者像を持つのではなく、まずは一人ひとりの利用者の生活習慣、趣味、得意なことなどを知らうとする姿勢が求められている。また同時に、それらを家族だけから聴取するのではなく、まずは利用者に向き合う時間をつくり、利用者とのコミュニケーションすることが重要である。さらなる取り組みを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

にしまち幸朋苑は、平成24（2012）年の開設以来、初めて第三者評価を受審し、よい部分・改善点についての受審結果を受けて、普段の取り組みを見直すきっかけとなりました。どのように改善していくかの示唆も受け、一つひとつの課題を整理し、継続的な改善につなげていきたいと思えます。

また、施設として自信を持ち、取り組んでいることがよい評価を受けたことは、とても励みになります。

利用者面接で寄せられたご意見や家族アンケートの結果をしっかりと受けとめ、利用者との向き合い、残存能力を活かした目標を再考します。

押し付けや思い込みのサービスではなく、『この施設を選んでよかった』と、満足していただけるような施設を目指していきます。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～39）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)24.1% b)69.0% c)0.0% 無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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」なども併せて小冊子『互恵互助』に掲載するとともに、外部環境の変化に対応すべく、内容は順次改訂している(現在は第5版)。 ・法人の理念等を玄関、事務室、各フロアに掲示している。小冊子『互恵互助』は非常勤職員を含む全職員に携行させ、理念などは曜日を決めて朝礼で唱和しているほか、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。 ・利用者と家族に対しては、ホームページ、重要事項説明書、リーフレットで法人の理念や基本方針を周知している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、課題としている。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。さらなる取組みに期待する。 		

I-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。

I-2-1(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)6.9% b)65.5% c)13.8% 無回答)13.8%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情報提供される。短期的あるいは緊急な課題あれば課長級以上が参加する本毎月曜会(毎週月曜日)、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。 ・当事業所を含む「いなばエリア」では、事業所ごとの利用者数の推移、収支、稼働率等の情報は「エリア幹部会」(月1回:係長以上が参加)や「にしまち定例会」(月1回:当事業所と同じ建物内の事業所の主任以上が参加)で共有している。また、行政からの情報は地域包括支援センターを通じて入手する場合もある。</p> <p>■ 改善課題 ・事業所の経営をとりまく環境と経営状況の把握は、法人本部が主導的な役割を果たし、理事長や法人本部から直接に、あるいは諸会議を通じて当事業所などに周知・共有されるしくみである。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(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)10.3% b)69.0% c)6.9% 無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・経営課題の分析に基づく課題の明確化と具体的な取組の方向性の決定は、理事長および副理事長を中心に法人本部が行い、それを中長期目標や年度ごとの事業計画に反映させ、具体化させるしくみである。なお、経営状況や改善すべき課題は役員間で理事会等を通じて共有されている。 ・当事業所では法人の方針に基づいて、具体的な取組を進めている。</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規事業所の立ち上げや地域貢献活動などの新たな取組を進めている。 ・当事業所においては、法人の動きのなかで役割を果たしていくことが期待されるが、その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「経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている」という回答の割合は1割であった。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る。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。	b
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	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)37.9% b)37.9% c)10.3% 無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として2019年から2021年までを期間とする第5次中期目標を定め、期間中に重点的に取り組む具体的な活動内容や目標値などを明示している。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。 ・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> <p>■ 改善課題 ・法人として中期的な目標や重点的に取り組むことなどを明示している。 ・しかし、職員自己評価では、目標(ビジョン)の明確化や内容の具体性など、いずれの項目も肯定的な回答の割合は5割未満であった。取り組みを着実に具体化していく上で、職員の適切な理解は重要である。さらなる取り組みに期待する。</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。	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。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)24.1% b)48.3% c)10.3% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の中期計画や理事長の方針を踏まえてエリアおよび部門(事業所)ごとに「部門年度目標管理記録」(事業計画に相当するもの)を作成する。この書式では、法人の中期目標に沿ってエリアが目指す「3年後の姿」を掲げ、「財務」「顧客満足」「業務プロセス」などの枠組みごとに「エリアとしての活動」および「事業所の取り組み内容」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、実績や活動の評価を行う際にも用いている。 ・法人やエリアの目標を踏まえて、職員の個人目標を作成するしくみである。</p> <p>■ 改善課題 ・法人の中期目標の達成を目指して、エリアおよび部門(事業所)の目標や実施計画を定めるしくみは明確である。 ・しかし、それらの記述内容からは、当事業所の当該年度の具体的な取り組みの全体像を十分に読み取ることは難しい。事業所の当該年度のさまざまな具体的取り組みの全体像を何らかの形で事業所内外に示すことが重要である。さらなる取り組みに期待する。</p>		

I-3-3(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-3(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)6.9% b)55.2% c)17.2% 無回答)20.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「いなばエリア」の「エリア年度目標管理記録」は、エリア内の各事業所の係長級以上の職員で複数回の検討を行い、総合施設長の承認を得て作成している。 ・当事業所の「部門年度目標管理記録」は、主任が作成している。作成にあたってはエリア目標と前年度の取り組み状況を踏まえ、施設長の承認を得て原案をまとめる。職員には新年度当初にチーム会(一つのフロアを「チーム」と位置づけている)の議事録で示している。 ・計画の実施期間中にはチーム会で目標に対する達成度を振り返っている。そのほか、法人内で任命しているKPI(「重要業績評価指標」を意味する)オーナーからの評価も行われている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のしきみのなかで、単年度の取り組み計画、その実施状況に関する把握や評価などを行っている。 ・しかし「部門年度目標管理記録」(事業計画)の策定過程における職員の意向の把握やその計画への反映の取り組みは十分ではない。職員自己評価からも「職員の意見集約ができていない」あるいは「具体的なことはわからない」という旨の回答が複数あり、職員の参画や理解促進が十分でないことがうかがわれる。さらなる取り組みに期待する。 		

I-3-3(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	C
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)6.9% b)41.4% c)37.9% 無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族に対する周知の取組みは行っていない。 ・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、よりわ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。さらなる取り組みに期待する。 		

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)17.2% b)65.5% c)6.9% 無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各チーム会で、介護基準をもとにした介護の見直しを年間の目標に掲げ、協議している。各チームに食事、排泄、褥瘡などの課題ごとの委員(担当者)を決め、毎月のチーム会で、その委員が中心となって「9つの介護基準」に照らしてチーム内の介護の取組み状況を振り返り、改善に取り組んでいる。そのほか、チーム会では「6S活動」「ノーリフティング」「防災マニュアルの理解」を年間の目標に位置づけている。また、ヒヤリハットや事故の再発防止策の効果の検証にも取り組んでいる。 ・法人による家族アンケートが毎年に行われ、その結果は法人がエリアごとに集約し、各エリアに報告する。当事業所では内容に応じて定例会やチーム会やユニット会で検討し、改善に向けて取り組んでいる。 ・法人ではISOの監査(本監査、横断監査、内部監査、ミニ監査)を実施し、事業所では指摘があった場合には改善に取り組んでいる。また、法人の法務部による内部監査(会計、業務管理体制)に関する監査を年1回以上受けている。 ・いなばエリアの「ふれあいの橋の会」の委員(公民館館長、元教員などの地域住民)が、事業所を年間2回程度訪れ、事業所内の環境面などについて気づいた点を指摘している。主任以上の職員が直接それを聞き、定例会やチーム会で改善に取り組み、次回の委員訪問時に取組み状況を報告している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チーム会がサービスの質の向上のための組織的な取組みの機会となっている。 ・しかし、職員自己評価では「質の向上の取組みが組織的に行われ、機能している」という回答の割合は2割に満たなかった。今回、初めての第三者評価受審となったが、その結果の活用も含め、組織的継続的にサービスの質の現状と課題を明らかにする取組みの強化に期待する。 		

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)17.2% b)58.6% c)6.9% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人による家族アンケートの結果や「ふれあいの橋の会」からの指摘、法人によるISOの監査のほか、利用者・家族からの要望に対しては、主にチーム会で改善策を検討して実行している。 ・上記のような指摘に対する検討内容や改善の取組みの方針は、チーム会などの会議録に記録し、職員間で共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内外からの指摘に対して、主にチーム会で検討し、改善に取り組む体制となっている。 ・しかし、職員自己評価では「改善策や改善実施計画を立て実行している」という回答の割合は2割に満たなかった。今回の第三者評価受審の結果の活用も含め、職員の理解促進を図りながら、計画的な改善に向けた取組みを強化するよう期待する。 		

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)20.7% b)44.8% c)17.2% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・管理者(施設長)の役割と職務は法人の職務権限表等に定められ、職員はそれらの内容をパソコンで閲覧できる環境である。 ・管理者は医師であり、同じ建物内にある診療所等の所長を兼務し、当事業所の多くの利用者の主治医でもある。事業所内における管理者の役割は明示していないが、日常業務は事実上は2名の係長に任せている。事業所の最終責任者として、特に何らかの問題が生じた際にはその役割を發揮している。 ・管理者は、エリアの幹部会に参加して法人の動きを把握し、事業所内に伝えている。また、毎日フロアを巡回して現場の状況把握に努めるとともに、定例会に出席し、事業所内の業務の進捗状況を把握している。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者が兼務であることに伴う係長との役割分担や不在時の権限委任の内容等については、職員に対して必ずしも明確に表明していない。職員自己評価では「積極的に取り組んでいる」という回答の割合は約2割であり、そのなかで「役割と責任を明確にしていない」旨の意見が複数あった。管理者の役割と責任の明示は、職員との信頼関係に基づくよりよいサービスの提供の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)31.0% b)48.3% c)3.4% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人において法令遵守は非常に重要な課題であり、制度改正の機会や理事長からの指示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。年間を通じて複数回開催される指導者管理者研修では、法令遵守、身体拘束禁止、働き方改革の現状と課題、ハラスメントなどが周知され、管理者はその研修への参加などを通じて遵守すべき法令等の理解に努めている。 ・管理者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。 ・管理者は、法令遵守に関して職員に周知すべき事項が生じた場合には、幹部会で周知している。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者自身が遵守すべき法令等に関しては、常に適切な理解に努めるとともに、それを職員の理解促進につなげていく組織的な体制づくりが求められる。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)27.6% b)51.7% c)3.4% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は毎日フロアに行き、医師としての立場からも含めて何か気がついたことがあれば、そのつど介護者に助言している。 ・管理者は、ユニットケアのなかで「いま以上に、一人ひとりの利用者の状況に応じてケアを提供することが重要」と考えている。固定チーム制を採用していることで、きめ細かく対応できるメリットがある一方で、異なる視点が入りにくいことを課題としている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、医師としての立場からも、提供しているケアの質に関心を寄せ、必要に応じて直接的に介護職に助言等を与えている。 ・しかし、職員自己評価では「指導力を発揮している」という回答の割合は3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、職員の理解をより促し、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。 		

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)17.2% b)51.7% c)13.8% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、法人本部から指示や情報提供を受け、また「運営会議」「幹部会」で情報共有(稼働率など)を図ることなどにより、事業所の年度目標の達成度等の現状を把握している。 ・事業所の収支バランスは厳しい状況が続き、管理者として苦慮している。そのため、介護保険制度上で加算が得られる事業は、できる限り実施している。しかし、それにもかかわらず、現状の職員の勤務体制は厳しいものであることを認識している。 ・管理者は、職員にとって職場が働きやすい場所であり、働いたことが適切に評価され、充実した職業生活が送れることが重要であると考えている。そのため、職員との面談や定例会を通じて職員の意見を聞き、特に今年度は人事考課面接とは別に「職場の環境」について全職員との面接を提案し、取り組んでいる。また、人事面では係長の意見を尊重し、対応している。なお、有給休暇の取得はしやすい職場であると認識している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のしくみによって業務改善に向けた取組みが行われ、管理者としても情報の把握に努めている。 ・しかし、管理者は「経営の安定化や職員が安心して働けるための努力が十分でない」としている。職員自己評価では「指導力を発揮している」という回答の割合は2割に満たなかった。管理者には人事、労務、財務等の現状についての把握と、職員が働きやすい職場づくりに向けて、指導力を発揮することが求められる。また、職員に同様の意識を形成するための取組みも重要である。さらなる取組みに期待する。 		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-1(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)6.9% b)65.5% c)10.3% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、求める人財像を「『感性、思いやり』のある人財」など5項目にまとめ、小冊子『互恵互助』に掲載し、全職員に周知している。 ・法人として職員の採用を担当する「人財部」(今年度から部を設置)と、職員の育成を担当する「研修部」を置き、体制を整備している。人財部では中途採用を含めた常勤職員の採用活動を行い、また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、各事業所の施設長(管理者)に事実上の決定権がある。 ・職員の採用活動では、法人本部が中心となってさまざまな就職イベントに参加するとともに、職員による「紹介制度」の活用、法人主催の「介護職員初任者研修」の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。 ・当事業所では、ハローワークの取組みに参加した介護職を目指す無資格者の実習を受け入れ、就職を働きかけている。採用後には実務経験を積ませて介護福祉士資格の取得を促している。 ・産休・育休の取得、夜勤免除など、働きやすい環境づくりに取り組み、そのことなどが離職率の低下につながっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として人材確保の体制を整備してさまざまに取組み、また当事業所でも実習生への働きかけなど行って工夫に努めている。しかし、学卒者や専門学校生の減少などにより、人材確保は難しい状況が続いている。さらなる取組みに期待する。 		

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)17.2% b)69.0% c)6.9% 無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、求める人財像として「『感性、思いやり』のある人財」などの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、法人の研修や各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。 ・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ている。自らのキャリアビジョン(目指したい職業人としての自己イメージ)を明示させた上で「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、サービスの質の向上と職員処遇(賞与、昇給、昇格等)に反映させるしくみを構築している。 ・また、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、面接を行って評価を行い、時給の昇給などに反映させている。なお、人事考課制度の手引きの作成や考課者研修の実施によって、適切な制度の運用に努めている。 ・職員処遇の水準については法人が一元的に管理し、改善の必要性などは「人財マネジメント委員会」が検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として期待する職員像を明確にした上で体制を整備し、常勤職員および非常勤職員に対して評価・処遇(報酬等)等を総合的に行っている。 ・なお、法人として手引きの作成や考課者研修は実施しているものの、当事業所では「考課者の力量の向上」が課題であると考えている。 ・また、職員自己評価では「総合的な人事管理を実施している」という回答の割合は2割に満たなかった。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。 		

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)20.7% b)69.0% c)0.0% 無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、今年度からは、年度当初に職員ごとに「個人別年次有休取得計画」を作成して計画的な休暇取得を促すとともに、公休を108日から120日(公休119日、誕生月休暇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(健康対策室長宛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の取り組み、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。また、ワークライフバランスに配慮し、フレックスタイム制の導入、短時間勤務や育休・産休の実施にも取り組んでいる。 ・事業所の勤務時間の管理は、主任と係長が「始末時間管理表」で把握し、職場全体の状況は定例会などで毎月把握している。特に、今年度は「時間外勤務の減少」を組織の目標として位置づけ、各チーム会で時間外勤務の業務内容の実態把握を行っている。 ・今年度、管理者の提案により、人事考課面接とは別に全職員を対象に、離職防止も目的の一つとして「職場環境に関する聞き取り調査」を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として組織体制やしきみを整備し、職員の就業状況や意向を定期的に把握して、その改善に努めている。 ・当事業所でも、職場全体と各職員の勤務状況の把握に努め、また「時間外勤務の改善」を組織目標に掲げ、取り組みを始めている。なお、職員自己評価では「働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる」という回答の割合は2割であった。さらなる取り組みに期待する。 		

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。	b
	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)31.0% b)58.6% c)0.0% 無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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」(目指したい職業人としての自己イメージ)を描き、その達成度などは「目標管理シート」(期間中の個人目標と実効計画)や「目標・実行計画の進捗と達成度評価シート」等によって半期ごとに自己評価を行うとともに、考課面接の実施により、目標の修正やその達成度について確認している。 ・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、必要な研修参加等につなげる努力をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてしくみを整備し、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理に取り組んでいる。 ・しかし、職員一人ひとりの目標設定に関しては「目標水準が明確でない」とし、事業所では課題とらえている。さらなる取組みに期待する。 		

II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)27.6% b)55.2% c)3.4% 無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では研修部を置いて専任職員を配置するとともに、研修委員会を置くなど体制を整備している。「求められる人材像」の明示をはじめとして、職員の育成に関する基本的な考え方を明確に定めている。それを小冊子『互恵互助』に明示して全職員に配布し、各種の会議や研修を通じてその周知に努めている。 ・キャリアパスを明示するとともに、年度ごとに「法人年間教育研修計画」を策定し、法人内研修(1年、中堅、事業所全体の統括部門の責任者、経営層など)、各エリア共通研修、指導者管理者研修などのほか、エルダー制度、法人研究発表会、海外研修を実施している。 ・当事業所を含む「いなばエリア」では、教育研修委員会を置き、年度ごとに「年間研修計画」を策定して、月ごとの研修テーマ、研修内容、担当講師(教育研修委員会委員が分担して担当)を明示し、実施するとともに、同委員会で取り組みを振り返っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として体制を整備して計画的に職員の教育・研修に取り組んでいる。 ・しかし、職員自己評価では「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」という回答の割合は3割に満たなかった。なかでも研修計画や研修内容に対する「評価と見直し」に関する項目では、肯定的な回答の割合は約1割であった。さらなる取組みに期待する。 		

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。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)24.1% b)69.0% c)0.0% 無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事管理ソフトによって各職員の取得資格状況などを把握管理している。 ・法人による採用時の研修に加え、中途採用の正職員を対象とした「中途採用者研修会」も新たに始めている。 ・外部研修の情報は研修案内を掲示し、内容に応じて管理者、係長、主任の間で研修参加者を決めて参加を促している。できる限り全職員が年1回は研修に参加できるように心がけ、職員の研修履歴を確認している。また、伝達研修は必ず行うこととし、チームごとに研修報告を行っている。なお「教育研修管理記録」によって一人ひとりの職員が年度ごとの受講予定の研修を明記し、受講履歴を記録している。 ・新人職員対象には「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3年くらい先輩の職員を任命し、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している。なお、エルダーに対する指導は行っていないが、前年度から「エルダー会議」をエルダーだけが参加する場にし、相互に悩みなどを共有できるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では法人による職員研修のしくみを活用し、研修履歴の確認や伝達研修の実施などによって、できる限り一人ひとりの職員に研修の機会が保証できるように努めている。一方、事業所として「エルダーに対する教育の機会づくり」を課題としている。また、職員自己評価では「職員一人ひとりの教育・研修機会の確保され、適切に教育・研修が実施されている」と回答した割合は、2割強であった。さらなる取組みに期待する。 		

II-2-2(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-2-2(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)17.2% b)72.4% c)3.4% 無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・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。また「施設実習手順」をISOの基準に則って整備している。 ・当事業所では、看護師実習や介護職員初任者研修の実習生、喀痰吸引等研修会の受講生の演習などを受け入れ、職歴や資格などにおいて適切と思われる専門職種間で役割分担し、指導している。なお、実習指導を行う職員には、看護実習指導者講習会や介護福祉士実習指導者講習会などを受講させている。 ・指導にあたっては、実習元の指導要領等に従って、養成校と必要な連絡や会議参加などを行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・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け入れを明示して、当事業所でも受け入れ自体に積極的である。 ・しかし、職員の共通理解の構築などに課題がある。職員自己評価では「積極的な取組を実施している」とする回答の割合は2割に満たず、なかでも「専門職種の特性に配慮したプログラムの用意」「指導者に対する研修実施」は2割の肯定率であった。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(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)-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)24.1% b)55.2% c)3.4% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・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「いなばエリア」内では「いなば幸朋苑」の当事業所が当事業所のイベント報告を中心に掲載している。 ・印刷物によるものでは、エリアの広報誌『はまなす』（毎月発行）に、主にエリア内各事業所のイベント報告を載せ、当事業所では公民館、小学校などに配布し、地域の自治会でも回覧してもらっている。 ・苦情などの体制は、ホームページの「お問い合わせ」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。 ・「ふれあいの橋の会」（いなばエリア）の委員が、当事業所を年2回程度訪れ、率直な提案を行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・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。 ・しかし、ホームページでは、当事業所に関する情報発信は頻回ではない。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については掲載されていないなど、運営の透明性を確保する観点からは、取り組みは十分とは言えない。事業所としての方針を明確にするとともに、今回の第三者評価の受審結果や改善の取組みに関する公表なども含めて、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)17.2% b)51.7% c)6.9% 無回答)24.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として経理規程等に基づき、事務、経理、取引等に関するルールを定め、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職員に周知している。また、監査法人による監査を実施している。職員は、各種規程をグループウェアで必要に応じて閲覧することができる環境にある。 ・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、内部監査を行うなど法令遵守の体制を整備している。さらに、ISO内部監査、会計監査、法令遵守監査などを行っている。 ・なお、体制は整備されているものの、職員自己評価では「公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組み」について「十分ではない」という回答の割合が5割以上であった。職員への周知徹底を課題として指摘しておきたい。 		

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)17.2% b)65.5% c)6.9% 無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「地域との共生」「地域との連携」を事業の柱として位置づけている。 ・事業所では、毎月、チーム単位で何らかのレクリエーションを企画し、利用者が外出するように努めている。また、個々の利用者の状況に応じた外出支援などを職員やボランティアが担うことはしていないが、公民館で行われる「敬老会」や小学校の「学習発表会」などには、外出可能な数名の利用者が出かけている。 ・小学生が「餅つき」の行事に訪れている。 ・一昨年から、町内会に協力してもらい、当事業所の火災を想定した「避難訓練」に参加者を得ている。また、非常食の試食を実施している。 ・事業所と同じ建物内の事業所で、年5回程度「にしまちリハビリ室」を開放(みんなの空間)している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「地域とのかかわり方」に関する考えや方針は明確である。しかし、当事業所では「利用者が活用できる社会資源情報の提供や社会資源の利用の促進に向けた取り組みは十分ではない」としている。同じ建物内で「みんなの空間」の取り組みも始まっているが、利用者と地域との交流のあり方に関する方針は明確ではない。今後の取り組みの強化に期待する。 		

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)20.7% b)51.7% c)13.8% 無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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ている。 ・事務の係長がボランティアの受け入れを担当し、小学生による歌の披露、また数名の近隣住民のボランティアが利用者の話し相手となることや、紙芝居、折り紙などの取り組みが日常的に行われている。 ・受け入れにあたっては、個人情報保護などに関する誓約書を取り交わし、入所者の状況などを伝えている。 ・学校教育に対しては、小・中学生の「職場体験学習」に協力している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての基本的な姿勢は明確であるが、事業所として行う「ボランティア活動」や「学校教育への協力活動」に関する方針は必ずしも明確ではなく、受け入れ姿勢も受動的である。 ・ボランティアに期待する役割の明確化なども含めて、さらなる取り組みに期待する。 		

II-4-4(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-4(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。	C
	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)10.3% b)44.8% c)31.0% 無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・医療機関、行政、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。</p> <p>■ 改善課題 ・事業所では「地域の社会資源に関する把握と連携が十分ではない」としている。例えば、地域包括支援センター、行政、医療機関、教育関係機関、ボランティア組織、自助組織など、利用者へのよりよいサービス提供に向けて必要となる社会資源を当事業所内で体系的に把握し、職員間で情報共有したり、定期的に会議を開催したりするなど、適切な連携体制を構築することが求められる。さらなる取り組みに期待する。</p>		

II-4-4(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-4(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)20.7% b)65.5% c)3.4% 無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として、公民館などからの要請に応じて「出前講座」と位置づけ、当事業所の医師(施設長)、歯科衛生士、栄養士が自らの仕事の内容や魅力などを周知する取り組みに努めている。 ・町内会に参画し、行事に参加するほか、町内会とは「災害発生時の一時避難所」としての協定を結んでいる。 ・「みんなの空間」は、同じ建物内の事業所の認知度を地域において高めようとする取り組みである。年5回程度、地域住民等を対象に「健康相談」や「バイタルサインのチェック」などを行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・事業所の有する専門性などを活用し、それを地域に還元していく取り組みについては十分ではない。法人の動きのなかで役割を果たしていくことが期待されるが、職員の共通理解の促進も含め、さらなる取り組みの強化に期待する。</p>		

II-4-4(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)6.9% b)55.2% c)20.7% 無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・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、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。 ・当事業所では「ふれあいの橋の会」において地域住民との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。</p> <p>■ 改善課題 ・法人では組織体制を整備し、さまざまな公益的活動に取り組んでいる。 ・しかし「地域包括支援センター」等とのかかわりを通じた情報収集の機会はあるが、地域の福祉ニーズの把握の取り組みは受動的な範囲にとどまっている。法人の動きのなかで役割を果たしていくことが期待されるが、事業所内におけるその取り組みの位置づけの明確化、職員の共通理解の促進なども含めて、さらなる取り組みに期待する。</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。

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。 b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)41.4%、b)44.8%、c)3.4%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。職員のあるべき姿として「個の尊厳」をはじめとした8項目を定め、具体的に解説している。この小冊子『互恵互助』を毎朝の朝礼で読み合わせ、また各種会議でも利用者本位のサービスを考える際には再度その内容を読み合わせることにしている。 ・支援の現場では、その人の尊厳を奪わないことを課題として「9つの介護基準」(ISOとして基準化)を定め、利用者一人ひとりに対する取り組みの現状を、ユニット会議やチーム会議で確認している。 ・職員が、利用者に対して「尊厳を奪わない・否定しない支援」ができていくかどうかを評価する機会としてDCM(認知症ケアマッピング法)を導入し、各ユニットにおいて年1~2回ほど取り組み、改善に活用している。 ・「ISO」の基準に順じて、各種の介護分野などのマニュアルの作成時には、小冊子『互恵互助』に記載されている内容を反映させるようにして、介護実践に取り組んでいる。 ・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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数の取り組みをしているが、職員自己評価では、肯定率は高くない。 ・例えば、朝礼に参加する職員は限られていること、また「課」によっては小冊子『互恵互助』の読み合わせを実施していないこと、また「倫理綱領」「基本的人権」などの理解が不十分であることなどについて要因分析を行い、対策を図っていくことが求められる。 		

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。 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。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)24.1%、b)65.5%、c)0.0%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「9つの介護基準」には、プライバシー保護の視点から支援時の留意点を記載し、支援にあたることとしている。 ・虐待防止等権利擁護では、法人として「抑制廃止宣言」を行い、いかなる理由でも身体拘束せず、ケアで改善する方針である。そして、この分野の研修を毎年実施している。法人では関連する2つの掲示物を作成している。職員の支援時の約束である「利用者の皆様へーお約束とお願い」は玄関に掲示し、重要事項説明書にも内容を掲載している。その内容は、約束としては「個人情報保護、プライバシーを尊重すること」を示し、さらに「お願い」も示している。なお『拘束廃止宣言』の掲示も行っている。 ・不適切な事案、すなわち個人情報や権利擁護、その他すべての事故に関する事案は、事業所内のリーダー会議で報告・共有し、再発防止策を検証している。また、エリアで「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し、協議している。重大事案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。 ・プライバシー保護等の権利擁護に関する利用者・家族への説明は、入居時の重要事項説明時に行っている。 ・生活環境は全個室で、入浴も個別対応である。在室時は扉を閉めている。居室内にトイレを設置し、重い扉で仕切る構造であるが、重い扉で仕切ると閉塞感が強く、容易に開閉できないため、重い扉で仕切って見えなくしている利用者は少数である。利用者がトイレに座ったときは膝かけで外部からの視線をさえぎる支援をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申し送りは、利用者が食事したり、活動に使う「共同室」で行い、利用者に関係する記録物の一部もこの共同室に置いてある。プライバシー保護の視点から検討が必要である。職員自己評価では「利用者や家族への周知に関する取り組みの周知」「不適切な事案が発生した場合の対応方法」について肯定率が低い。「プライバシー等の権利擁護」に関する理解を深めるための取り組みが求められる。 		

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

Ⅲ－１－(2)－① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)27.6%、b)58.6%、c)0.0%、無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所を紹介する内容については、法人のホームページで、事業所の役割、特徴、活動内容などが掲載されている。また、県内で取り組んでいる事業所を紹介するパンフレット『ヘルスケアタウンとっとり』があり、さらに当事業所に併設されている事業所を紹介するリーフレット『にしまち幸朋苑』という紙媒体もある。パンフレットやリーフレットの配布先は公民館、地域の町会、見学者などの来訪者であるが、行事などに際しても、参加者に配布している。 ・見学者への対応は、生活相談員が窓口となっている。当事業所は診療所が併設され医療面のサポートが充実していることや、個室対応であることなどを説明し、さらに事業所内を案内している。 ・見学者からの質問は、利用料金に関する内容が多いため、料金については表に示し、説明している。また、入所の問い合わせについては、医療機関、居宅介護支援事業所からのものや、ロコミ等を聞いた人からの直接の問い合わせなどがある。 ・特別養護老人ホームのサービスは体験利用ができないため、利用希望者に対しては「ショートステイ」のサービスを利用することを提案し、入居申し込みの判断の参考にしてもらっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では「サービス選択に必要な情報提供にあたっては、制度の変更時などには適宜最新の内容となるよう見直している」としているが、パンフレット、リーフレットともに、現状としては変更されていないので、今後は提供する情報の質・量ともに充実させることを期待する。 ・さらに、パンフレット、リーフレットなどの配布先についても、検討することを期待する。 		

Ⅲ－１－(2)－② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	b
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)44.8%、b)37.9%、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"> ・サービスの開始時には、生活相談員が「重要事項説明書」に基づき説明し、同意を得ている。また、個人情報の利用や提供に関する説明を行い、同意を得る。さらに「医療への意向」について、医師や終末期医療に関する意向は、看護師が説明を行って把握し、署名を得ている。多くの場合、説明する対象は家族になるが、料金表や食形態別の献立写真を使って説明している。なお、特に料金の説明については、わかりやすい内容であることを心がけている。 ・サービスの開始に至る過程については、申し込み、見学を行った後に「待機者名簿」に登録をしている。事業所では、この名簿の優先順位が上位の待機者から順に声をかけ、サービス開始の予定者には生活相談員と看護師の2名で実態調査を行って生活状況等を把握し、「暫定生活支援計画書」(暫定ケアプラン)や「入居時・アセスメント記録・生活支援計画書」を記載・策定している。入居の当日(サービスの開始日)は、暫定ケアプランを活用して「カンファレンス」を開催し、家族に説明して了解を得ている。説明するにあたっては、わかりやすいように意識している。また、利用者本人には入居後の環境に慣れ、安心してもらえることを大切に、まず自室で休んでもらい、その後、食堂、トイレなどのフロアを案内するようにしている。 ・制度や料金の改定時は、改定前後の内容を明記し、説明・同意を得ている。 ・ISOで「入居時対応手順」を定め、入居回答から受け入れ時の対応、ケアプラン作成のプロセスなどについて文書化している。 ・現在、成年後見制度の利用者から入居の申し込みがあり、対応中である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られているか」という視点について、肯定率が低い。利用者の意思決定能力に関する支援側の判断(アセスメント)をはじめとし、話しやすい雰囲気づくりなどに向けて、検討することを期待する。 		

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) 20.7%、b) 55.2%、c) 3.4%、無回答) 20.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に「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。当事業所では、施設退居時の「退居時対応手順」を定め、対応の適切性に配慮している。 ・法人独自の取り組みとして『利用者の皆様へ—お約束とお願い』を作成して明文化し、当事業所の玄関に掲示するとともに、重要事項説明書に掲載している。その内容は、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」などの6項目を示し、お願いとして「暴力行為・暴言・誹謗中傷・過度の飲酒などの目に余る行動のあった入居者については退所またはサービス提供を断ることがある」などの4項目を明示するものである。 ・入院などのほか、他事業所への変更や自宅での看取りを希望して入居者が退所する場合には、生活相談員が中心となってその後の対策を検討し、対応の適切性を期している。具体的には、サマリー「介護・看護連絡表」の送付や連絡帳の活用などの取り組みがある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ISOで「退所時対応手順」を定め、退所調整に取り組んでいる。一方、退所後（サービス終了後）も生活相談員が窓口となって対応しているが、それについてのマニュアル化はされていない。 ・地域で活用できる社会資源などの情報提供についても、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。そのことを鑑み、さらに積極的な取り組みを行うよう期待する。 		

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) 17.2%、b) 58.6%、c) 00.0%、無回答) 13.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部の「利用者満足に関するアンケート調査」は、年1回、エリアごと、サービス種別ごとに実施されている。当事業所としては、アンケートの集計結果を「チーム会」で報告し、改善に取り組んでいる。アンケート調査の結果を受けて、レクリエーションの充実などを図っている。 ・当事業所として「家族会」の開催はないが、家族の意見・意向を聞く機会は、さまざまに設けている。具体的には、年2回のケアプラン説明のカンファレンス時に、家族との意見交換の手段として「家族ノート」を活用している。この家族ノートは、利用者の居室に置き、家族と職員の意見交換に役立っている。また、職員は、ユニットごとの配置で利用者担当制を取り、家族が意見や意向を出しやすい環境となるように配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の面会は多く、また、カンファレンスへの参加も100%である。 ・一方、今回の第三者評価では、利用者10名への聞き取り面接調査と、家族アンケート調査（回収率50%）を実施した。その結果を見ると、総合的な満足度は高いが、さまざまな率直な意見が寄せられている。そのなかで「第三者に対しては気軽に話すことができた」等のコメントが寄せられ、調査がコミュニケーション能力の活性化の機会でもあったことが判断できる。今回のような取り組みや結果を今後活用していくことを期待する。 ・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った。施設長は「家族会のような取り組みの必要性」を意識している。その実現にあたり、家族と利用者が、気軽に思い切り話せるような機会にするための工夫を行うよう期待する。 		

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。

Ⅲ－１－(４)－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)34.5%、b)51.7%、c)6.9%、無回答)6.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・苦情解決の体制は「重要事項説明書」に記載している。法人の総合相談・苦情窓口、当事業所の担当者、外部の関係機関窓口、第三者委員(4名)を明示し、施設内に掲示している。各フロアの入口には「意見箱」も設置している。また、苦情把握の手段として、居室に置いてある「家族ノート」に記載された内容を取り上げることもある。 ・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、チーム会で原因を分析して再発防止を検討する。また、エリアの苦情解決委員会(第三者委員も出席する)に報告し、検討している。法人として「苦情解決第三者委員会」を年2回程度開催し、その場でも報告している。</p> <p>■ 改善課題 ・当法人は、サービスの質の向上と改善に向けて「苦情は財産」と位置づけている。この方針のもとに実践するためには、まず利用者・保護者への周知徹底が必要と言える。例えば「重要事項説明書」などに基本方針と苦情解決のプロセスをわかりやすく記載することや、契約時に確実に説明することなどが求められる。 ・職員自己評価でも「掲示物の掲示」「苦情内容の検討と対策」「利用者・家族へのフィードバック」等で肯定率は低い。苦情への周知も重要である。ちなみに、今回の家族アンケートでは「利用者(保護者)調査」の設問項目「行政や第三者委員にも相談できることを知っているか」に対して「はい」と肯定的に回答した割合は46.7%にとどまる。 ・今日では、苦情を申し出た利用者等に、その後の対応の経過や改善結果を説明すること、および申し出た利用者等に不利益にならないよう配慮した上で公表することが、運営主体の社会福祉法人に対して求められている。今後は、そのための体制づくりに向けた検討にも期待する。</p> <p>* 評価の判断根拠:ガイドラインでは、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとされている。</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、そのことを利用者に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、そのことを利用者に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)17.2%、b)65.5%、c)3.4%、無回答)13.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・重要事項説明書に「苦情の受付」について記載されている。その内容を見ると「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」との記載がある。 ・当事業所では、個室や相談室をはじめとして、利用者等から「相談したい」との意向があれば、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アンケートでは「不満や要望を職員に気軽に言うことができるか」の質問に対する「はい」の回答は66.7%である。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では「相談や意見を述べやすくするための取り組みが不十分である」という結果であった。掲示の工夫などによって「わかりやすさ」に配慮し、さらに「意見を述べやすいコミュニケーション機会の確保」「落ち着いた環境づくり」などについても取り組むことを期待する。</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。	b
	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)27.6%、b)51.7%、c)3.4%、無回答)17.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・意見箱の設置のほか、法人として「利用者アンケート調査」を実施している。 ・また「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分類した上で、その対策については「相談対応マニュアル」などに従って検討している。その場で対応することが困難な場合には、上司に報告・相談し、対応することなど、迅速な対応に努めている。そして、毎日のミニカンファレンス、ユニット会、チーム会議で話し合いをしている。 ・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」の質問に対する「はい」の回答は30.0%であった。また、家族アンケート調査では「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(対応してくれそうか)」との質問に対する「はい」の回答は80.0%である。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では「利用者や意見に対する組織的な取り組み」に関しては、全般的に肯定率は低い。組織としての取り組み体制の構築や、状況の周知、また「利用者が相談しやすく意見を述べやすい関係づくり」などについて、さらなる検討を期待する。</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。

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と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)48.3%、b)44.8%、c)0.0%、無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・ISOで「安全管理マニュアル」を定め、組織、介護事故と介護予防体制、災害と防災安全体制についての具体的な取り組み、研修などについて幅広く記載している。 ・ヒヤリハットや事故の報告は「いろんなこと報告書」に記載している。エリアとして「リスクマネジメント委員会」を毎月開催し、ヒヤリハットや事故の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の情報等が共有できるので、当事業所としての予防対策に活用できるように、チーム会で報告・検討している。 ・事故発生時は、発見者および上司を交えてユニットレベルでミニカンファレンスを実施し、翌日にユニット会議を開催して対策を検討している。そして「いろんなこと報告書」に記載し、チーム会でも報告・検討している。「いろんなこと報告書」への記載時には、エリアとしての事故要因分析のしやすさを意図して、3つの要因に対する「トリガーリスト」(具体的な要因)を作成し、活用している。 ・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。また、エリアとして、2018年度から「RCA分析(根本原因分析・なぜなぜ分析)」の勉強会を開始している。事業所では「意見が出るようになった」と活用に関して評価している。 ・「いろんなこと報告書」で報告した案件の再発防止策については、一定期間後に再発防止の効果を確認している。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。 ・法人として、外部者の意見・指摘を受ける機会として「ふれあいの橋の会」を設置している。この会は、年2回現場を視察し、環境面から危険箇所などの指摘をしている。これを受けて、当事業所として改善に取り組み、その成果を報告している。</p> <p>■ 改善課題 ・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、職員自己評価では「事故防止対策の実施状況や実効性」「定期的に評価・見直している」などの点について、肯定率が低い。さらなる取り組みを期待する。</p>		

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。	b
	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)37.9%、b)44.8%、c)3.4%、無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人は、ISO基準として「感染症を起ささないための介護基準」(ファイル)を作成し、感染症の基礎知識、ケアにおける感染症予防対策、感染症発生時の対応、感染症等発生時の報告として具体的な内容を記載している。マニュアルの見直しは、法人の専門職チーム(看護師)が担当している。 ・職員間での情報共有として、情報共有システムでファイルを管理し、全職員が閲覧可能である。また、スタッフルームにファイルが設置され、介護士・看護師は常に閲覧可能である。 ・感染症については、専門職である看護師チームが担当し、新人職員研修およびエリア内年間研修で取り上げている。当事業所内では、看護師が責任者となり、手指消毒などスタンダードプリコーション(標準防護策)の実施に取り組んでいる。 ・汚物処理の「ツールBOX」を各ユニットに設置して使用し、吐物処理のデモンストレーション、居室の消毒場所、排泄物の処理方法を記載した紙を貼り、統一した方法で実施している。 ・家族や面会者に対しては、エレベーター前、ユニットごとに手指消毒剤を設置し、マスクを着用することを案内している。また、インフルエンザ感染者が利用者に出た場合は、同フロア全員の家族に「面会禁止」の旨を看護師が連絡している。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、感染症に関する研修会の開催および感染症対応マニュアルの定期的な見直しについては、肯定率が低い。またマニュアルはあるが、予防策の適切性、発生時の適切性についての肯定率は66.2%である。感染症の予防や発生時の対策には、確実性が求められる。取り組みの充実を期待する。</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)34.5%、b)58.6%、c)0.0%、無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のISO基準として「災害対策マニュアル」を策定している。また、当事業所では「防災委員会」が防災計画を策定し、また毎月、同委員会を開催している。チームごとに配置されている防災委員は、チーム内における消火器の使い方、火災発生時の報告の方法などの検討と周知に組み、また火災を想定して消防署職員を交えた避難訓練等を年2回継続的に実施している。 ・安否の確認や緊急時連絡のために「職員名簿」および「連絡メール」について明確化している。災害緊急メールは、避難訓練時(年2回)には全職員に送信している。なお、職員に対しては、定期的に登録確認を行っている。 ・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。そして「備蓄食料使用マニュアル」も策定し、普通・刻み食、ゼリー食、胃瘻に対応する食品と調理方法を明確にしている。 ・全利用者への連絡対応として、各チームに一つずつ配置している「非常持出バック」に、全利用者の「連絡先リスト」を入れている。 ・昨年度から、地域・町会の人たちと連携した避難訓練に取り組み、町内会の20軒に回覧し、2～3名の参加が得られている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時の対策は、現在、火災に関する取り組みにとどまり、地震や津波などの災害を想定した取り組み、訓練には至っていない。また、地域・町会との協力・連携についても、取り組みを開始したところであり、さらなる充実が求められる。 ・職員自己評価では「立地条件を意識した各種災害への取り組み」、また「利用者および職員の安否確認の方法とその周知」に関し、肯定率が低い。災害時を想定した行動ができることを課題とした取り組みの充実を期待する。 		

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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)34.5%、b)48.3%、c)3.4%、無回答)13.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「サービスを提供する上で標準化が必要」と判断した項目は、ISO基準により文書化している。規程、具体的なサービスの提供内容、記録、会議・委員会、機器・用具の管理などの多様な項目について、マニュアル、手順、規程、基準等によって文書化されている。特に、当事業所として支援の現場で活用している介護基準は9項目にわたり、利用者の尊重やプライバシー保護の視点からも留意点が記載されている。 ・新人教育体制として「エルダー制度」を取り入れているが、OJTにおいては、介護基準に沿った「エルダーチェック表」を活用し、教育内容の標準化を図っている。 ・エリアとして「ISO委員会」があり、年間計画を立案して活動している。ISO文書は、職員はパソコンからオンラインで確認することができる。また、感染症に関する手順書などは、コピーして現場に設置している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「標準的な実施方法に関する研修や指導による周知」「実施されている内容が標準的な実施方法に基づくものか」という視点について、肯定率は低い。要因分析と対策を期待する。 		

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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)20.7%、b)41.4%、c)13.8%、無回答)24.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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いて手順を遵守し、見直しにも取り組んでいる。それらのことは、ISO委員会が担当している。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。 ・「9つの介護基準」の見直しは、法人の看護師会が中心となって取り組んでいる。 ・ISO文書のなかで、規程などに関しては、年3回の法人の監査で検証し、見直しをしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「標準的な実施方法の見直しにあたり、日常的に提供している利用者への支援やケアプランの実施状況」「見直しに職員や利用者の意見が反映されているか」という視点について、肯定率は低い。標準的な取り組みは、言い換えれば「過去の経験から生まれたもの」と言える。現場の経験を生かす視点、また活用する視点から、見直し時の具体的な取り組みを明確化することが求められる。 		

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。	b
	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)24.1%、b)55.2%、c)0.0%、無回答)20.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居時は、生活相談員と看護師が事前家庭訪問などにより状況を把握し、利用者ヒストリーシート「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、当事業所が導入しているアセスメント手法(インターライ)により、1カ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(ケアマネジャー)が確認する。このとき、同敷地内の通所リハビリテーションセンターの理学療法士等に、専門的な見地からの意見を求めることができる体制があり、活用している。 ・ケアプランは「9つの介護基準」を重視し、それに準じた内容で作成することを基本としている。 ・モニタリングは3カ月ごとに担当介護士が実施し、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してケアプランを更新している。プラン内容に変更が生じた場合は、そのつど修正している。 ・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し、家族の意向を把握する機会にしている。このとき、担当介護士とケアマネジャーのほかに、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ている。栄養士は栄養計画、機能訓練指導員は機能訓練計画を作成し、説明している。家族からの意見・要望を検討し、ケアプランを修正することがある。 ・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確認している。 ・支援が困難なケースについては、家族との積極的なかわりや専門職への相談などを促進させ、取り組んでいる。 ・カンファレンスには、約100%の家族の出席がある。今回の家族アンケートでは「ケアプラン作成時、要望をよく聞いてくれるか」の質問に対する「はい」の回答は86.7%であった。また「ケアプランについての説明を受けたか」の質問では、93.3%が「はい」と回答している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「ケアプラン作成時の多職種の参加による横断的な合議」「利用者の意向の把握と同意」「モニタリングの適切性の確認」「支援困難ケースへの対応」について、肯定率が低い。適切性を高め、充実を期した検討を行うことを期待する。 		

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。	b
	b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画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)27.6%、b)62.1%、c)0.0%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当介護士は、モニタリングを3カ月ごとに実施している。ケアプランの項目に準じたモニタリング表が活用されている。 ・ケアプランの見直しは「6カ月ごと」を基準として、家族と多職種の参加によるカンファレンスで行っている。また、利用者の状態の変化によって緊急性を要する場合には、アセスメントを実施し、そのつど見直しをしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、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はないか等の視点で、肯定率が低い。検討を期待する。 		

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。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)34.5%、b)55.2%、c)0.0%、無回答)10.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの実施結果は「生活総合記録」に記載する。この記録は2つのタイプに分かれ、一つは時間に準じた記録として、24時間にわたって1時間ごとに提供したケア・支援の内容が記載されている。その視点は「12項目のカテゴリー」に分類され、支援分野・内容をわかりやすくしている。もう一つの記録用紙(生活記録)は、主にケアプランの短期目標と、その目標に対応した支援内容を記載するものである。 ・ユニットにおける利用者支援情報・特記事項は「介護管理記録」に記載し、申し送りで共有している。 ・情報の共有は、毎日のミーティングをはじめとして「ユニット会議」で行っている。 ・歯科衛生士、栄養士などは、各ユニット会議、チーム会議などに参加し、利用者の情報を共有して検討を行っている。また、毎日のミーティングやケアプラン作成時にも情報を共有している。そして、記録用紙記載時には、職種別にボールペンの色を変えて識別している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「組織における情報の流れ」「情報が的確に届くしくみ」などについて肯定率が低い。現状としては、パソコン上のネットワーク、共有メール、職員メールなどがあるが、さらなる取り組み、充実が求められる。 		

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。	b
	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)31.0%、b)58.6%、c)0.0%、無回答)10.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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情報漏洩に関する規定については「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、その責任者を明示している。 ・記録の管理などに関する職員教育としては、個人情報保護に関する研修、コンプライアンス研修(全職員対象)などを実施している。また、全職員を対象に、個人情報の漏洩等の禁止について誓約書に署名を求め、厳守と徹底を期している。 ・利用者には、個人情報保護基本方針や個人情報の利用目的などについて、契約時に書面をもって説明し、同意を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「個人情報保護規程などの理解と遵守」「個人情報の取り扱いに関する利用者・家族への説明」について肯定率は低い。周知の充実が求められる。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 17.2%、b) 62.1%、c) 10.3%、無回答10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・平均介護度4.4という状況で、利用者に合った活動を計画し、利用者に参加を勧めることが難しいなかで、家族の参加・協力のもとに取り組んでいる。ただし「参加できる活動が現在のところ少ないので、工夫が必要である」と事業所は課題視している。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者それぞれに応じた過ごし方については、本人や家族の意向を踏まえてケア計画を立案しているものの、職員数や食事時間の制限などによりその実施が難しい状況にある。食事については、現在設定している1時間という提供時間内に収まらない場合の対応を具体的に協議し、職員・利用者ともにゆったりとした食事にすることが望まれる。食事の委託業者を交えた検討を期待する。 ・利用者が日常生活のなかで役割を持てるように、残存機能を活用して行えるメニューを検討しているが、利用者が自らの役割を理解することが困難な状況である。これについては、利用者にわかる「役割」と内容を再度検討する必要がある。 ・利用者が生活のなかで楽しめるような行事として、月1回の「イベント食」を実施しているが、事業所は「回数が少なく不十分である」と判断している。利用者の状況を踏まえて、行事として提供できるメニューの種類等を考えると、その日、その場で臨機応変に対応できる内容で行う必要がある。実施する行事のメニューから再検討することを期待する。</p>		

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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 20.7%、b) 65.5%、c) 3.4%、無回答) 10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・日々の支援場面では、必ず声かけてから行うようにしている。意思疎通が困難な利用者については、職員の都合や家族の要望などが中心になりがちである。その一方、意思表示できる利用者については、利用者・家族から意向を聞き取り、それを日々の支援につなげている。 ・コミュニケーションの方法や支援についての振り返りと検討は、毎月のユニット会で取り上げ、改善に向けた話し合いをしている。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者とのコミュニケーションの手段として、ユマニチュードの技法を取り入れたところである。その具体的取り組みによって、職員のなかで「利用者」と視線を合わせては浸透し始めた。しかし、慣れが馴染みになり、言葉づかいや対応に不適切な面も見られることがあるため、そのつど注意している。 ・適切な対応とは何か。利用者のなかには、友人のような言葉づかいを望む者、敬意を払った言葉づかいを望む者など、さまざまいる。さらに踏み込めば「利用者からその職員がどう見られているか」によって、言葉づかいは違ってくる。そのような視点から、適切な言葉づかいのあり方について、さらに検討を深められることを期待する。</p>		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)37.9%、b)55.2%、c)0.0%、無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護に関する事業所の姿勢・対応については「重要事項説明書」を用い、入居契約時に説明している。 ・権利侵害につながる言葉による抑制を含む身体拘束や虐待については、ユニット会議などで振り返り、改善策を検討している。また、やむを得ず身体拘束する場合の手續きと実施方法は文章化し、研修会で周知している。さらに、所管行政への虐待の届け出・報告の方法については「手順書に基づいて生活相談員が対応する」としているが、これまでの期間では、それに該当する事例はない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価項目では、取り組みのポイントとして、着眼点が6項目示されている。この着眼点のうち、職員自己評価の肯定的回答率が8割に近かった項目は「身体拘束を実施する際の手續きに関するもの」1項目のみで、その他の項目では、肯定的回答率は2～3割であった。 ・事業所としては「虐待の芽チェックシート」等を使用しているが、その活用方法も十分に決まっていなこともあって、取り組みは不十分である。 ・この評価項目では「事業所の取り組みをより徹底させた取り組み」を基準にしている。その趣旨に照らし、総合的に判断して評価を「c」とした。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)37.9%、b)55.2%、c)0.0%、無回答)6.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・清掃業務を委託した外部業者とともに掃除を行い、清潔の維持に努めている。清掃の状態については、利用者調査でも「隅々までは行き届いていない」とする1名を除き、ほぼ満足という回答を得ている。 ・各居室にエアコンが設置されているため、利用者それぞれの好みに応じた温度設定ができています。また、絵画や季節に合った作品を飾ったりして、生活空間の明るい雰囲気づくりに努めている。居室については、利用者の好みを反映させられるように馴染みの家具の持ち込みなどを勧め、落ち着いた環境づくりを家族の協力を得て行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向を反映させた環境づくりには、居室担当職員を中心にして取り組み、定期的にチーム(同一フロアの2ユニット)でも検討し、改善に取り組んでいる。 ・なお、居室面積の狭さもあり、ベッドを置く位置などが制限される。そのなかで、特に意思表示できない利用者については「殺風景にならないよう、さらなる取り組みが必要である」と自己評価している。取り組みの強化を期待する。 		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a)58.6%、b)31.0%、c)00.0%、無回答)10.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者の身体状況により、入浴方法を選択している。そして、安全に入浴できるように、人体図を使って注意点を利用者ごとに「入浴手順書」として作成し、職員が統一したなかかわりができるようにしている。この手順書は、職員が利用者役になって介助する上での危険(リスク)を写真撮影して、使用する用具についても具体的に・視覚的に伝達できるようにしている。 ・入浴は個別対応をするとともに、腰部をタオルで覆うことなど、羞恥心に配慮している。 ・入浴を拒否する利用者に対しては、案内する職員を替えたり、時間をずらす、曜日を変える等するとともに、無理な入浴誘導は控えるようにしている。入浴方法の適切性、および入浴の可否については、看護師に相談して判断してもらう。 ・利用者の入浴予定表を作成している。</p> <p>■ 改善課題 ・入浴日は週7日の毎日としているが、夜間や早朝の入浴希望には応じていない。また、週2回の入浴で、3回以上の希望にも応じられていない。1日あたりの入浴人数は5～6名である。 ・風呂の構造は、普通浴槽の一部にリフトを設置した構造で、現在はリフト浴槽として使っている。関節の拘縮などを理由に、リフト浴槽使用が困難になった利用者は、ストレッチャーでのシャワー浴になっている。これについて、職員は自己評価で「利用者の身体機能に合った浴槽設備の不足」をあげている。 ・現状の入浴は、リフト浴とシャワー浴になっているが、その理由を「介護度の進行による重度化」としている。しかし、普通浴槽への入浴も、端坐位で足を送り込む方法を検討することで、リフトが不要になる場合もある。入浴介助方法に利用者の残存機能を利用する視点から、再検討してみることを期待する。</p>		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)58.6%、b)20.7%、c)0.0%、無回答)20.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・排泄の基本を「トイレで便器に座って排泄すること」とし、居室にトイレを設置している。 ・入居3日目ぐらいいまでに排泄アセスメントを行い、残尿量のチェック等により、誘導のタイミングや使用するパッド類を決定している。トイレ誘導の身体基準を「端坐位姿勢の保持」としているため、約7割がその対象になっている。このとき、誘導間隔と座る時間についても検討している。また、端坐位姿勢の保持については、理学療法士がその機能を再評価している。 ・自然な排泄を目指して、合理的な排泄姿勢を確保できるようにしている。当事業所では、便器に座った端坐位姿勢で足底全体を床に付け、腹圧をかけられるようにするために、便座の高さを利用者の体型によって「足台」等で調整している。排泄支援の方法については、ユニット会で常に見直し、検討している。 ・なお、利用者の約3割がおむつ使用となっている。これら3割の利用者については、定期的なアセスメントを行い、便・尿汚染している時間を短くするために、随時のおむつ交換に努めることを期待する。</p>		

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) 27.6%、b) 62.1%、c) 0.0%、無回答) 10.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体機能に見合った移動方法を検討し、手引き歩行や車いすでの自操等を支援している。 ・利用者がその機能を発揮しやすいように、ベッド、移動用バー(L字バー)、車いす、歩行器等を選定・提供するとともに、リフトやスライディングシートを活用するなど「ノーリフト」の介護を推奨して、職員の「力」に頼る移動介助はしていない。また、適切に活用できるように、用具類は点検箇所を決めて定期的に点検している。 ・安全なリフトの使用方法や移乗に関する研修会を開催している。利用者それぞれに応じた支援方法については、職員間、ユニット会、チーム会等で見直している。 ・ベッドからの移乗やトイレまでの動線を確認し、利用者が安全に動けるように、家具等の配置は移動の動線を意識して整えている。また、廊下や共同生活室も、車いす等での移動が安全にできるように、整理・整頓を心がけている。 ・なお、移動用具をはじめとする福祉用具は、現在備えられているなかから選んでいるが、事業所としては「利用者それぞれの体型・機能に見合った用具を提供できるように、今後さらに整備に努めたい」としている。取り組みを期待する。 ・職員自己評価の肯定率は27.6%であったが、この評価項目では着眼点が7項目あげられ、そのすべてが肯定率は52～72%の範囲であった。この結果と、事業所としての自己評価結果を総合し、評点を「a」とした。 		

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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 44.8%、b) 37.9%、c) 10.3%、無回答) 6.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ毎月の行事食、季節を感じられる「おやつ」の提供等で、食べる楽しさを感じてもらえるように努めている。 ・食事は、適時適温状態で提供できることを目指し、温冷配膳車を使用している。食事の時間はテレビを消して、穏やかな音楽を流し、落ち着いた雰囲気づくりをしている。 ・行事食のときには、地元の魚や野菜等を提供している。特に、利用者も参加して調理する「かに汁」や「焼きそば」を献立にしたときには、利用者の食欲や摂取量が増え、笑顔も見られたので賛同の声も多かった。事業所としては「今後、このような機会を増やしていきたい」と考えている。 ・食事供給体制における衛生管理については、委託業者と連携して「大量調理施設管理マニュアル」に沿って実施している。 ・主食、飲み物、副食については、利用者ごとの嗜好に応じて、代替食を提供している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が食事を選べる、いわゆる選択食としての提供には取り組んでいない。 ・また、通常提供している食事には季節が感じられず、缶詰や冷凍食品の使用が多い。「見た目の新鮮さがない」など、食事に関する意見が職員自己評価でも複数名から寄せられている。予算も伴う案件とは思われるが、さらなる改善に向けた取り組みを期待する。 		

A-3-3(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。	b
	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)51.7%、b)37.9%、c)0.0%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者の摂食・嚥下状態に応じた食事形態となるように、口腔内の溜め込み、むせが見られる場合は、言語療法士が摂食機能についてアセスメントし、提供する食事の形態を多職種で検討している。なお、当事業所では「嚥下調整食学会分類 2013」に基づく形態で食事提供している。 ・また「自力で摂取することが誤嚥を防ぐ食事にもつながる」として、摂食時の姿勢づくりを行うとともに、食器選びについても自立性を高める視点から工夫している。摂食のペースも、利用者それぞれに合わせて、介助時の注意事項については言語療法士も加わって検討している。そして、最初から介助するのではなく、介助の必要性を見極めて対応することを重視している。 ・経口で食事できることを支援するため、摂食状況や体重の増減等についてアセスメントし、モニタリングを行っている。なお、これらの実施は、低リスク者では3カ月ごと、中リスク者では月1回、高リスク者では2週間ごととし、栄養ケア計画に反映させている。 ・誤嚥や窒息などの食事中の事故への対応方法については、リスク委員が中心になり、吸引器の取り扱いとそのシミュレーション、他部署で発生した事故の内容についても共有できるようにしている。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者が自立的に食事するためには、摂食姿勢が関係する。そして、適切な摂食姿勢を保つためには、テーブルの高さと椅子の座面高を利用者の体型に見合った高さにする必要がある。当事業所におけるテーブルの高さは一律で、大柄の体型の利用者用である。また、椅子も2種類で、利用者の体型で使い分けることはできない状態にある。見直しと改善を期待する。</p>		

A-3-3(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)41.4%、b)48.3%、c)0.0%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・通所リハビリテーションとの兼務で配置されている歯科衛生士が、利用者個々の口腔ケアの手順書(ケア実施の内容要点)を作成し、職員にOJTを実施している。また、利用者が主体的に取り組めるように、歯科衛生士、言語療法士、看護師、介護士などの多職種で支援方法を検討している。 ・新規利用者には、入居から1カ月以内で歯列の状態を踏まえてケアの手順書を作成している。咀嚼嚥下機能についての定期的なチェックは、口腔機能維持加算の算定要件(月2回実施)に沿って、歯科衛生士が実施している。 ・口腔機能を保持改善するために、必要に応じて歯科医師の往診を積極的に受け入れている。また、嚥下体操も実施し、口腔機能の維持に努めている。ケア計画に「毎食後の口腔ケア」を掲げて実施し、さらに必要があれば、それ以外の時間にもケアを実施している。 ・歯科衛生士は、食事スピードが遅い利用者、口腔内に食物残渣が目立つ利用者を意識的に見るようにしている。気になる事項については、そのつど伝え、さらにユニット会、チーム会でも伝えるようにしている。 ・なお、この評価項目では、評価の着眼点として6項目があり、そのうち「口腔ケアに対する職員への研修」について職員自己評価は55.2%の肯定率であるが、これについては歯科衛生士が必要に応じてOJTを実施している。その他の5項目の肯定率は62.0~82.2%の肯定率であった。それらと事業所としての自己評価結果を踏まえて、総合的に判断して評点を「a」とした。</p>		

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) 58.6%、b) 31.0%、c) 0.0%、無回答) 10.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡についての対応方針は、法人が定めるISO基準に定められた内容に基づいたものである。褥瘡のアセスメントは、ブレーデンスケールを用いて3カ月ごとに行っている。 ・褥瘡の発生予防対策については、褥瘡委員会で、多職種により検討している。褥瘡に対する対応は、そのつと要点を記した標準策を使用し、OJTにより看護師が担っている。これらは、定期的に担当介護士と看護師で確認し、チームの職員が共有するようにしている。褥瘡の発症予防に向けて、高リスクの利用者には、理学療法士も加わって適切なマットレスを選定している。 ・医師は、毎日のフロア巡回や褥瘡発症時、処置時などには診察して必要な助言をしている。褥瘡の発生後には、医師や褥瘡委員会からの助言を得て、褥瘡経過を評価する「DESIGN-R」のスケールを用いて、治癒に向かっていくかどうか、また対応の適切性について評価している。 ・現在、褥瘡発症者は1名いる。日々のケアに加えて、栄養士も参画してアルブミン値を参考にした食事などの提供に配慮したり、皮膚の生成を促進する薬剤として亜鉛を摂取できるようにするなどの対応を行っている。 		

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) 55.2%、b) 34.5%、c) 0.0%、無回答) 10.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施について、事業所の方針は明確にされている。その具体的な内容としては、介護職員の経歴のほか、研修内容も検討した上で喀痰吸引等研修に参加させ、演習は当事業所を含む法人で実施している。なお、その実施のマニュアルも定めている。看護師によるOJTも行われているため、喀痰吸引や経管栄養の実施方法は職員間に周知されている。 ・実際の喀痰吸引や経管栄養は、医師の指示を受けて看護師の指導の下に実施している。また、指導する看護師は、喀痰吸引等研修の指導者研修を受け、新人職員や異動してきた職員に対してマニュアルを用いて指導している。特に、これらの職員が夜勤に入る時にも看護師が個別指導している。同時に吸引を含む窒息等への対処方法についても研修を実施している。 ・当事業所では介護職員による吸引行為の範囲を、定時の口腔内に限定している。現在それを必要とする利用者は1名で、医師から指示書を得て看護師の指導の下に、食事前に「ゴロゴロ」した音が咽頭周囲から聞こえている利用者に行っている。 		

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)41.4%、b)48.3%、c)0.0%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規に利用者を迎えると、入居当日に介護職員が寝返りから食事摂取などのADL機能を評価し、その結果を所定の書類(機能訓練計画・評価)に記録して計画の原案としている。これに理学療法士が意見を書き込んで、機能訓練計画になる。なお、理学療法士の意見としては、上下肢の関節可動域、立ち上がり、座位保持から歩行器や車いすの必要性などを主にしている。機能訓練計画書は、介護職員や機能訓練指導員が理学療法士と協議して決定し、その後、3カ月ごとに評価・見直している。 ・機能訓練のメニューは、利用者の身体機能に応じて理学療法士の助言を得て作成し、実施している。また、日々の機能訓練としては、生活動作そのものを生活リハビリテーションと位置づけて、整髪、更衣、入浴時の衣類の脱着動作などを通じて行っている。介護職員はこの過程で、ベッド上で利用者の緊張を緩和する触れ方等について理学療法士に相談している。 ・利用者の判断能力や認知機能の低下等の早期発見は、利用者の変化に気づいた介護職員が、毎日居住フロアを巡回している医師に報告し、必要な対処を実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が主体的に生活の維持や介護予防に取り組めるような働きかけ方について、事業所は不十分と認識している。また、職員自己評価では、これについて「機能訓練や介護予防活動に取り組んではいるが、最善のものとは言えないと思う」との意見があった。さらなる取り組みを期待する。 ・事業所に整備されている車いすは、リクライニング型の2種類と、自操用の2種類から、より適切なものを選ぶ状態になっている。予算を伴うものではあるが、優先順位を設定し、さらに計画的に整備していくことを期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)20.7%、b)58.6%、c)10.3%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の日常生活能力や生活機能のアセスメントは、ヒストリーシートを用いて生活歴等を把握して実施し、それを踏まえて支援計画を作成している。 ・行動・症状(BPSD)のある利用者には、ユマニチュードの技法を取り入れた対応を行っている。また、職員のかかり方の適切性を観察するために、認知症ケアマッピング(DCM)を実施し、その結果を受けて、改善策をユニット会議で検討している。 ・認知症介護実践リーダー研修を受講し、その伝達研修をチーム会でやっている。 ・当事業所の常勤医師が、利用者個々の状態に応じて、必要があれば内服治療を開始し、その後も経過を見ながら薬の減量や中止をしている。なお、症状によっては専門医に紹介することもある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が落ち着けるように、季節やゆったりした時の流れを感じられるような環境づくりを工夫している。 ・その一方で、職員自己評価のコメントでは「ケアを職員主導で計画通りに進めようしたり、リスクを考慮するあまり、行動制限している場面もある」「業務が立て込んでくると、徘徊する利用者への口調が厳しくなる」などの意見が寄せられている。また「ユマニチュードの手法を取り入れているが、実施については不十分である」といった意見もある。 ・なお、事業所としても、利用者への対応をユニット会議等で確認して実施しているが「周知徹底が不十分で単発で終わっていることがある」と課題にしている。さらなる充実を目指した取り組みを期待する。 		

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。	b
	b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)34.5%、b)48.3%、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"> ・利用者の体調変化への対応は、手順書を作成し、チーム会などで説明している。利用者の体調の様子は、朝礼、ミニカンファレンスで報告している。夜間帯などの医療者が勤務していない時間帯に、利用者の体調変化が生じた場合は、まず第一報を看護師に、それを受けた看護師は必要に応じて医師の判断を得て、介護士に返事をしている。なお、状況により、事業所へ出向く場合もある。 ・利用者の日々の健康状態は、看護師も「介護日誌」に記録し、職員間で共有するようにしている。利用者の体調変化に気づくための工夫としては、トイレ誘導やパッド交換時に気づけることや、入浴時の観察事項などを看護師がOJTで日々行っている。日々の担当者が、利用者の状態に責任を持ってケアに当たれるようにしている。 ・誤薬防止をはじめとする薬剤管理は、服薬マニュアルに沿い、管理・確認(復唱、ダブルチェック)を実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規に入居者を迎えたときには、その利用者が罹患した疾病、服薬内容、およびそれらの薬剤の主作用・副作用を含めた効用について学ぶための研修をチーム会などで行う必要があるが、そのような取り組みは不十分である。 ・また「体調変化時の対応について学ぶ研修や、その周知徹底を図るための方策については、改善の余地がある」という合議結果(管理者およびリーダー層による)である。同様に、職員の自己評価結果も、この2点についての肯定率は低い。さらなる取り組みを期待する。 		

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。	b
	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)41.4%、b)48.3%、c)00.0%、無回答)10.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が終末期を迎えた時の事業所の対応について方針と手順を明文化している。入居時にはこの文書に基づいて説明し、利用者・家族の看取りに対する意向を確認している。さらにその時期が近付くと、改めて看取りカンファレンスを実施し、医師・看護師・介護職員からケアや対応について説明する。その時「臨終」に近い状況を冊子を用いて説明して家族の不安軽減を図っている。 ・当事業所には常勤医師が配置されているため、連携は十分に取れている。なお、自然な死を望む利用者・家族は多く、当事業所で最後まで過ごせることを希望している。ちなみに2018年度の退所者は14名で、その全員を事業所で看取っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員に対する看取り研修は、実際の場面を通してOJTの形で行っている。また外部の研修にも参加しているが、職員自己評価では「終末期ケア」に関する研修を望む声が寄せられている。また看取り後に職員同士で行う振り返りカンファレンス(デスクカンファレンス)が実施されていないことを指摘する声、加えて終末期ケアに携わる職員に対する精神的サポートの仕組みを希望するコメントも寄せられている。これらについては事業所としても今後充実させていく事項として認識している。更なる充実に向けての取り組みを期待する。 		

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。	b
	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) 41.4%、b) 41.4%、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"> ・利用者の家族とは定期的にカンファレンスを実施し、利用者の状況について説明している。さらに、利用者に変化があったとき、なかでも病状等で早急に伝える必要があると判断した場合には、電話等でそのつど迅速に連絡・説明するようにしている。 ・なお、薬剤の変更など、緊急連絡を要しないと判断したことについては、面会時に家族が必ず目を通す「家族ノート」に記載し、確実に家族に情報が届くように工夫している。「家族ノート」は、各利用者の居室に置かれ、職員と家族が情報を共有する手段として使われている。全家族が月1回以上面会に訪れているため、その際には直接、利用者の状況を伝えるようにしている。 ・家族に参加を呼びかける行事としては、新年会、敬老会、餅つき、喫茶、砂像見学等がある。これらの行事の予定は、家族が参加しやすいように前もって「年間予定」として知らせている。行事参加時の利用者・家族の様子、あるいは利用者の日々の様子などは、写真や「家族ノート」で伝えている。行事には、10家族程度が参加している。 ・なお、折り紙等をつくり、リビングに飾ってくれるなど、当事業所の協力者として役割を果たしてくれる家族も出てきている。今後はこのような家族を増やし、家族とともに利用者の暮らしを豊かにしていきたいという意向を事業所は持っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所としての自己評価、および職員自己評価では、家族と事業所が意向等を交換する手段として「家族ノート」を居室に置いていることを重視している。ただし、このノートを設置している目的、および「何を書くのか」等も含めて、明確になっていない。つまり「家族ノート」の活用に関して、標準化されていない。そのため、職員によって書く内容に差が生じている。 ・今回の第三者評価に際して実施した家族アンケート調査の結果でも、利用者の様子については「事業所を訪れたときに説明してくれる」というコメントは寄せられているが「家族ノート」に関するコメントはない。職員自己評価では「家族ノートで伝えている」という記述が目立つが、この使い方について、今後に向けてその目的を含め、再検討することを期待する。 		