

社会福祉法人こうほうえん

軽費老人ホーム（ケアハウス）

ケアハウス新しいなば幸朋苑

福祉サービス第三者評価報告書

2011年12月16日

評価機関：特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

鳥取県認証評価機関

認証番号 福祉サービス第三者評価（第8号）

目 次

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

(添付資料) 職員自己評価・利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成23年6月22日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①利用者調査 平成23年8月16日・17日
 - ②職員自己評価 平成23年6月22日～7月15日
 - ③経営層自己評価 平成23年6月22日～7月31日
 - ④訪問調査 平成23年8月18日・19日

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 聞き取り調査
- (2) 調査対象者数 37名

4. 評価調査者

新津 ふみ子（組織マネジメント項目担当）
鳥海 房枝（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）
小原 十紀子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）

5. 評価決定合議日

平成23年10月11日

6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO法人メイアイヘルプユー 鳥海 房枝
- (2) 評価責任者 NPO法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津ふみ子
- (3) 連絡先
NPO法人メイアイヘルプユー事務局
〒141-0031 東京都品川区西五反田2-31-9 シーバード五反田401
電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
	8/9	
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している	
	評点(○○○●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している
	○あり ●なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
	○あり ●なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている
●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)	
評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている		
評点(○○)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	
●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	
評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		
評点(○○○)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	
●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	
●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	

カテゴリー1の講評

職員に対しては、「互恵互助」を周知しているが、利用者への周知に課題がある

理念・基本方針は法人として策定し、本施設内に掲示している。これらの具現化に向け、職員としての行動基準を理事長が小冊子「互恵互助」に表し、全職員に配付している。理念などは毎日唱和、また「互恵互助」の1項目を取り上げ毎月の会議で読み合わせをしている。そして現場の課題を検討、方向性を決める時に、判断の根拠になるとしている。利用者等への周知は、入居の契約時に説明、しかし利用者調査では、「聞いたことがない」と回答した人が、62.9%であり、掲示物などについても感心なさが認められる。周知のための工夫が必要である。

現場指導に関し、一般型と介護型に分け責任を明確にしている

本事業所はケアハウス(一般型)41人、特定施設入居者生活介護(以下「介護型」)29人の施設である。施設長は、「いなばエリア」として取り組む事業や渉外分野を担当し、ケアハウスの相談員を兼務している。介護型は主任が担当し、職員育成の責任者である。また施設内のケアは、3チーム(一般型1チーム、介護型2チーム)による固定チームで担当し、チームリーダーを置き、主任はリーダーの相談役である。職員自己評価では、チーム間の連携とコミュニケーションの良さが認められる。人事考課面接や会議などの機会を使い、職員指導に努めている。

会議ごとに専決事項が定められ、検討、伝達の場としている

重要な案件とその意思決定の場・手順と報告は、法人として明確にしている。本部・エリア・各事業所で実施される各種会議がある。現場では、毎日のミーティング、ケアハウス会議(3チーム合同)、毎月のチーム会があり、議事録を回覧している。一般型チームは、介護型の一つに属しているが、介護型とは異なる課題を持っているはずであり、それを計画的に取り上げ検討する機会の充実を期待する。利用者に対しては、家族会(特養とケアハウスで構成)、毎月の利用者懇談会、掲示、個別配付等で報告している。

カテゴリ-2		
2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

法人として守るべき規範・倫理を明示し、周知に取り組んでいる

福祉サービスに従事する者として、守るべき規範・倫理については「互恵互助」、職員倫理綱領・就業規則に明示。抑制廃止宣言、個人情報保護規程を掲示している。また人権や倫理、プライバシーや接遇に関する法人研修を受講した職員による伝達研修を実施している。さらに法人として「利用者の権利・個人の尊厳を奪わないケア・17項目」を定め、毎月のチーム会で支援内容を振り返る視点としている。'個人の権利・尊厳'という支援者の姿勢や価値観に関わる内容であり、時間配分にも配慮し、丁寧に取り組むことを期待する。

事業の透明性を意識した取り組みがある

事業の透明性を確保する一つの取り組みとして、平成12年から法人独自のオンブズマンである「ふれあいの橋の会」による訪問が月1回、1時間程度ケアハウス内を巡回し、その後感想・気になった点などについてフィードバックがあり、改善課題としている。また行政から派遣される「あんしん介護相談員」の訪問が年6回である。地域や関係者への活動の紹介・情報発信として、広報誌はエリアとして発行し、本事業所の活動紹介は年5回程度である。広報誌の配布は、利用者全員、同法人が経営する在宅系事業所を通して町内会、公民館などである。

地域貢献活動は充実しているが、関係機関とのネットワークづくりに課題がある

地域福祉に役立つ取り組みは、エリアとして委員会「地域展開プロジェクト」の取り組みに特徴がある。本事業所の施設長が責任者であり、積極的に取り組んでいる。認知症サポーター養成講座、社協と共催による講座、介護の日には独自にイベントを開催等である。また鳥取砂丘の清掃・除草には、年2回多くの職員がボランティアで参加している。ボランティアはエリアとして受け入れている。地域の関係機関とのかかわりは、利用者が利用している介護保険サービス事業者との連携はあるが、ケアハウスに関する課題を取り上げた連絡会等は未実施である。

カテゴリ-3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ-1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-3の講評		
<p>意向の把握に努めているが、更なる工夫を期待する</p> <p>法人の大切にしたい価値観の一つに「苦情は財産」を明示し、利用者の意向の把握に努めている。苦情受付窓口を重要事項説明書に掲載、また施設内に掲示している。ご意見箱の設置、ふれあいの橋の会の訪問、法人直通のフリーダイヤル等もある。施設長は、文書類は直接居室に届け、コミュニケーションを取る機会とし、意向を言い易い関係づくりに努めている。また一人ひとりの意見を聞く機会として利用者懇談会があり、参加者は15から20人である。利用者調査では約5割が意見等を言い易いと回答している。更なる工夫を期待する。</p> <p>法人が実施する利用者アンケートや懇談会を活用し、サービスの向上に取り組んでいる</p> <p>利用者意向の把握として、法人が年1回「利用者アンケート」を実施し、その結果を広報誌に掲載している。この結果をまず、エリアの主任会で検討、その後、本事業所のチーム会で検討し改善に取り組んでいる。また利用者懇談会や意見箱から把握した意見についてもケアハウス会議・チーム会で検討し、改善内容については懇談会で回答すると同時に食堂に掲示している。懇談会で出され意見を受け止め、選択メニューを取り入れている。利用者調査では、苦情や意見への対応について、4割が肯定的な回答である。</p> <p>ケアハウスの今後の方向性等を見定めるための取り組みが不足している</p> <p>地域展開プロジェクトの活動は、地域の福祉ニーズの把握を課題としている。また地域のニーズの拾い上げとして、エリアにあるグループホームが町会に加入しており、会合などを通して得た情報の提供がある。ケアハウス事業を進めるにあたり、事業全体の動向などについての情報把握と分析が必要であり、この役割をケアハウスの施設長で構成される「ステップアップ会議」が担当しているが、定期的開催に至らず、活性化を期待する。</p>		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している 評点(000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(000●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

カテゴリ-4の講評

法人として計画策定の様式を定め、実施している

法人として中・長期計画を定め、各事業所(部門)の年間計画は、様式「部門別目標管理記録」に記載している。法人が定める目標をいなしエリアとして検討、方針と主な取り組みを決め、それを受けて事業所として改善すべき取り組みを具体化するプロセスである。事業所の年間目標は、一般型と介護型を対象にしているが、この内容は介護型に適応される項目が中心といえる。さらにチーム毎に、目標を定めている。行事や年度内における取り組みは、起案書を作成し実施している。

事業計画の策定、実行に際し、ケアハウスに関する情報を生かすことが必要である

事業所の計画は、施設長、主任などのリーダー層で検討している。様式「部門別目標管理記録」は、事業所の問題・課題、これを解決するための取り組み、確認方法と目標値、そして実施状況の評価と次期の改善点を記載する様式である。進捗状況は事業所内で毎月評価し、毎月のエリア会議に報告し、必要に応じ修正する仕組みである。利用者アンケートや法人内研修を参考に計画策定をしている。一方ケアハウス・一般型に関する計画の策定に関し、事業所内外の先進事例等を参考にしている取り組みは弱く、対策としてステップアップ会議の活性化が期待される。

安全性の確保対策に努めているが、さらにケアハウスの特性を踏まえた検討を期待する

安全対策として、災害・感染・事故・離園(搜索)・緊急時の対応をマニュアル化し、法人としてリスクマネジメントに関する体制を定め、現場での取り組みを明確にしている。事故・ヒヤリハットの基準を決め「いろんなこと報告書」に記載、危険予知訓練の実施等予防対策に取り組んでいる。ノロウイルス感染に対しては、実技を取り入れ対策の徹底に努めている。新たに積雪と地震対策を検討・マニュアル化し、また訪室により室内の危険箇所を点検している。しかし、外出が自由であるケアハウスでは、利用者が外出時に事故等にあった場合の対策が弱い。

カテゴリー5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(00000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリー5の講評		
<p>人事制度を明示し人材を確保しているが、相談機能への対処については検討を期待する</p> <p>法人として人事制度に関する方針を明示し、人事考課制度、エルダー制度を導入している。新規採用は法人が、中途採用はエリアが担当している。本事業所の看護師の配置は1人であるが、同敷地内の特別養護老人ホームに所属する6人の看護師と医務チームとして活動している。介護型では夜勤として看護師が特養に待機しており相談がしやすい。しかし一般型については、提供するサービスとして「相談及び援助」があり各種の相談に応じるとしているが、入居者の重度化に対し、生活相談員と看護師の役割の再検討を期待する。</p> <p>学習する組織風土が醸成されている。さらに一般型を対象にした研修を期待する。</p> <p>法人が大切にしている価値観の一つに「職員こそ大事」と表し、本部に教育研修部・専任者を配置、キャリアや経験年数などに対応した研修体系を構築し計画的に実施している。法人内研究発表会、海外研修など多様な機会を用意している。かつ本エリアでは専属の教育研修部長を配置し、エリア独自に課題を抽出し取り組んでいる。チームとして定めた年間目標に対応した個人目標を定めること、そして人事考課面接を通して個人別教育訓練計画を立案、評価している。学習する組織風土が醸成されているが、一般型の特性を踏まえた研修企画は弱い。</p> <p>法人及び本事業所として、職員の気づきとやる気の向上を課題とした取り組みがある</p> <p>職員の主体性を促す職員同士の気づきの場として、チーム会議、いろんなこと報告書の検討会、また今年度環境改善を取り上げ、毎月危険箇所等についてキャプション評価を活用、職員から意見が多く出ようになったと評価している。職員のストレス対策として、メンタルヘルス研修会への全員参加、本人が自己チェックし法人に提出するストレス診断などがある。やる気の向上に影響することとして、非常勤を含む全職員に対する人事考課面接時の意欲への支援、研究発表、サンクスレター等利用者からの感謝の言葉としている。</p>		

7			カテゴリ-7	
7			情報の保護・共有	
			サブカテゴリ-1(7-1)	
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		<input type="radio"/> 非該当	
カテゴリ-7の講評				
<p>職員個別のパスワードの設定などにより、情報保護への取り組みがある</p> <p>職員一人ひとりのパスワードを設定し、情報のアクセス権限を明確にしている。また使用目的により、アクセス制限がされている。本部から発信されるメールは、各階層や委員会ごとに配信され、重要な情報は職員別にパスワードがあり、管理されている。紙ベースで伝達する情報は「社外秘」として取り扱っている。保管が必要な文書は、紙ベースで課題別や分野別にファイルし、保管している。改定文書は主任が周知、管理している。</p> <p>個人情報保護については規程を策定し、研修などにより周知している</p> <p>個人情報保護法の趣旨を踏まえ「個人情報保護規程」を策定し、取り組んでいる。この規程には、個人情報保護基本方針・利用目的・開示請求が明示されている。また、個人情報保護基本方針を掲示、利用者には本文書を配付し、説明して同意を得ている。職員への周知として、新人研修で説明、PC内に規程を掲示し、いつでも確認できるようにしているが、職員自己評価では不十分さの指摘がある。ボランティア、実習生へは説明し、誓約書を取っている。</p>				

カテゴリ-8	
8	カテゴリ-1～7に関する活動成果
サブカテゴリ-1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-1で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ-4:「計画の策定と着実な実行」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>ケアハウス共通の事項について「ステップアップ会議」で検討に着手している</p> <p>昨年度法人内の他のケアハウスが第三者評価を受審した際に提案された改善課題を「ステップアップ会議」として取り組みを開始している。支援計画書の様式や支援計画書作成手順等を作成、これを活用し利用者全員に計画を作成した。しかし、本エリアはよなごエリアと距離的に離れており、テレビ会議になることが多く十分な意思疎通ができていないことを今後の課題としている。作成した書式と作成手順についても、試行後の評価と改善が必要であり、委員会の体制や進め方について再検討が必要である。</p>	
サブカテゴリ-2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-1で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-5:「職員と組織の能力向上」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>チーム会議の効率性が得られた。改善点として、一般型に特化した研修の充実を期待する</p> <p>2年前から、毎月のチーム会議の内容や進め方について検討し、チーム会議の査定基準(業務マニュアル)を作成、その基準を意識し、目的を持って会議に参加すること、事前に資料を作成するなどの取り組みにより、時間内に会議を終了することができるようになり、また時間内に意見がたくさん出るようになっていく。定着してきたと判断できる。職員の能力向上の視点から、今後の改善点としては、一般型に特化した研修の充実、そして支援計画書の作成については、作成に着手したが、改善の必要があり、この分野についても研修などが必要である。ケアハウス・一般型に求められる専門性について更なる検討を期待する。</p>	
サブカテゴリ-3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-1で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリ-7:「情報の保護・共有」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>支援計画を作成し利用者への説明を開始したが、利用者の理解は今後の課題である</p> <p>①「ステップアップ会議」で、一般型の利用者を対象に支援計画書を作成し、活用を開始している。利用者個別に説明しているとのことであるが、利用者調査(面接)では、この事実を認識している人を確認できなかった。現状では支援計画は説明に止まり配付はされていない。介護保険制度の利用者に提供されている「ケアプラン」についての理解は認められているので、なぜ理解が得られないのかについて検討を期待する。また、重要事項説明書に明記されている「相談及び援助」について、具体性が弱いので、この点も関連させて検討する必要がある。</p> <p>②昨年度の第三者評価の改善提案を参考にし、安全管理の視点で月2回の居室訪問を開始している。利用者が気づかない居室内の危険個所の発見、室内の整理整頓が出来ている。</p> <p>③危険予知訓練に取り組み、居室内での転倒の減少に影響したと判断している。</p>	

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

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

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

改善の成果

空室日数の短縮により、収支バランスが改善している

退所情報を早めに収集し待機者に入所を打診、またメンテナンス業者を複数にし、改装時間を短縮した結果、空室日数が短縮し、収支バランスが改善している。前年度と比較し2%売り上げが増加した。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している

・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

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

改善の成果

利用者の意向・意見を受け止め・検討し、改善に取り組んでいる

利用者アンケートや懇談会などで出された意向を受け止め、チーム目標に位置づけ改善に取り組んでいる。目標をアクティビティを充実させ楽しい生活の提供とした。その成果として、入居者からやりたいこと、行きたい所などについて積極的に意見が出るようになっている。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>サービス情報は法人のホームページやエリアの広報紙で提供している</p> <p>サービス情報は法人のホームページやエリアで毎月発行している広報紙で提供している。広報紙は近隣の公民館や自治会に配布し、自治会を通して各戸配付されている。また、3か所の地域包括支援センター、市内の居宅介護支援事業所、市役所の担当窓口を広報紙とパンフレットを置くなど、事業所情報を市民が入手しやすい取り組みがある。事業所を紹介するパンフレットに居室見取り図があるが、これを写真に差し替える、文字を大きくするなど見直す予定とのことである。</p> <p>見学者への対応は随時受けられる体制になっている</p> <p>見学者には、施設長が対応することを原則としている。施設長不在の場合も、主任、リーダーが対応するなど、見学者の個別状況に合わせて随時受けている。そして、家族からの問い合わせについては、本人の見学も勧めている。実際に見学者があった場合は「相談受付票」を作成している。この相談受付票は、入所した場合に必要な情報も含んでいる。この受付票に見学者(入所予定者及び入所予定者との関係)を記載する欄を設けると、入所後、利用者本人に必要な説明事項なども明確になるのではないかと考える。さらなる取り組みを期待する。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
○あり ●なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

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

サブカテゴリー2の講評

入所の契約時には重要事項説明書やエリアで作成のリーフレットを用いて説明している
 入所を前提とした見学者については、見学時に施設の案内をすると同時に、重要事項説明書に基づいて利用料金などの説明をしている。また、契約時には、改めて具体的な金額を示して、契約するようにしている。特に、利用料金や体調を崩した時への対応などは、本人・家族の関心も高いため具体的に説明している。なお、利用者・家族の意向は、「相談受付票」に相談内容として記録する様式になっているものの、具体的記述は不十分である。今後の意識的取り組みに期待したい。

入所直後から1か月間を独自のチェックシートを用いて、暮らしの不安軽減に努めている
 実際の入所日までに利用者・家族に記入してもらう書類として、病歴や生活歴・家族状況などを記入する「調査票」、主にADLと認知症による精神症状をチェックする「日常生活動作調査票」がある。これに診療情報、相談受付時に作成している「相談受付票」が利用開始時までに準備する書類となっており、これらを利用者の基本情報としている。入所日には施設での暮らし方をファイルした「暮らしのしおり」と、1週間ごとに1か月間、ゴミ出しや洗濯機の使い方などをチェックするシートを使い利用者の不安やストレス軽減に努めている。

退所は本人の納得を得て、他の施設入所を含めたサービスを利用できるようにしている
 サービス利用前の生活は、相談受付票・調査票に生活歴記入欄があるがスペースは狭く、記録も不十分である。利用者なりの暮らしをしていることが面接で伺えたが、自分で出来ないのであきらめているという意見もある。生活習慣の継続に向けた更なる取り組みを期待する。ケアハウスでの暮らしが困難になった場合は、同一フロアで運営している特定施設サービスや、同一建物(敷地)内にある特養・老健に移行する場合でも、利用者が納得できるまで待つようにしている。また、在宅への退所の場合は、サービス担当者会議に参加し情報提供するようにしている。

サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録 **サブカテゴリー毎の標準項目実施状況** 6/11

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			評点(●●●)
評価	標準項目		
○あり ●なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している		○非該当
○あり ●なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		○非該当
○あり ●なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている		○非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している		評点(○○○●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
○あり ●なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたくえ、必要に応じて見直している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(○●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	○非該当
○あり ●なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当

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

サブカテゴリー3の講評

ケアハウス入居者支援計画書作成に向け、適切なアセスメントの実施を望む

「ケアハウス入居者支援計画書」(以下「支援計画書」)を全利用者に作成している。作成のためのアセスメントは、相談受付票・調査票・日常生活動作調査票で得られた情報を基にしている。しかしながら、これらの内容には、高齢や認知症による理解力・判断力・実行力などの項目が乏しく不十分と言わざるを得ない。経営層もアセスメントが不十分であることを認識しており、内容や見直しの時期等について早急に取り組みたいとの意向を持っている。取り組みを期待したい。なお支援計画書へ記載する支援内容は、チーム会議で検討して共有化を図っている。

支援計画書に関する本人への説明は不十分な状態にある

支援計画作成の際の本人希望の把握、また、内容説明と同意に努めているとのことである。しかしながら利用者面接で介護保険サービス利用者以外の入所者は、「要望や意見」「説明や同意」について否定的回答をしている。全利用者に対する支援計画策定に着手して間もないことも影響していると考えられるが、更なる取り組みを期待したい。計画書の見直しは原則1年毎としている。また、緊急の支援計画変更は身体状況の変化を理由とするものが多く、この仕組みについては整備している。

利用者に関する情報を職員間で共有している

利用者の日常は記録すべきことをカテゴリー化(社会・身体・支援等)して記録している。ただしこれらの記録を支援計画との関連で見た時、その内容は不十分な状況にあり、経営層もそれを認識している。利用者の日常生活の状況は利用者ごとの生活ファイルに記録されている。この記録に関する職員の共有方法として、生活ファイルに記録した時は、申し送りの際に使われるワークシートに記載し、見るべき項目を職員が知る仕組みになっている。

サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要があるが生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(000●)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	○非該当
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
○あり ●なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー5の講評		
利用者のプライバシー保護は、法人の定めるルールに基づいて取り組んでいる 利用者の個人情報の利用範囲は法人規程で定めており、入所時に同意書を作成している。同意書の内容は5項目、11事項で施設内での氏名等の掲示や写真等の取り扱いなどからなり、それぞれで「同意する、しない」を尋ねる書式である。また、入所時に同意していても、広報紙への写真掲載や外部からの取材等の折には、改めて意思確認している。郵便物など個人への文書は事務所で預かり、開封せずに特定の職員が居室の郵便受けに入れる、あるいは、認知症等で判断・実行能力が低下している利用者には直接手渡している。		
法人が示す個人の価値を低める行為17項目により利用者の尊厳の尊重に取り組んでいる 法人が示している「個人の価値を低める行為17項目」の内容には、利用者の権利を守り、その意思を尊重する支援のあるべき姿が示されている。これを徹底するため、主に新人職員を対象にエリアで年2回開催している接遇・マナー研修の中で、17項目についても取り上げている。また、これらの研修は、身体拘束はもとより言葉による抑制などについても理解が深まるような内容で企画されている。支援の場面で不適切な対応に気づいた場合は、リーダーが注意する、チーム会議で指摘し合うなどして適切な支援の徹底に努めている。		
利用者個人の価値観や生活習慣に配慮した支援は不十分な状況にある 利用者それぞれの価値観や生活習慣の把握が不十分なため、これらについての支援は不十分な状態にあることを経営層も認識している。入所前からの生活習慣の尊重について利用者面接で尋ねると、「自分なりの暮らしが送れ、好きなように暮らせている」等の肯定的回答が6割を占めている。ケアハウスであり個室という環境は、生活習慣を保ちやすい一方で、「自分で出来ないので諦めている」という回答もある。利用者の生活習慣や価値観の把握方法として、まず相談機能を強化する取り組みを期待したい。		

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	12/12
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(0000)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している	○非該当	
●あり ○なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(000)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当	
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当	
評価項目3 さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している		評点(00000)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当	
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当	
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当	
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当	

サブカテゴリ6の講評

業務の一定水準を図るための手順書はISOの規定で整備している

業務の一定水準確保に向けたマニュアルは、ISOの規定に基づき整備している。サービスが手順書などに沿って実施できるかどうかは、まずエルダーが新人職員指導の際にマニュアルを使い、内容の適切性なども含め点検している。また、内部監査と外部監査で定期的に活用状況を点検する仕組みもある。なお、各種マニュアルは職員の勤務場所の取り出しやすい場所に置き、分からないことが起きた時に活用できるようにしている。

手順書の見直しに現場の意見を反映させる仕組みがある

手順書などの改編の時期は、ISOの規定で定められている。そこに職員の意見を反映するための手順は、チーム会での検討を経て生活支援委員会での検討をエリアで行い、更にステップアップ会議の検討を経て法人に提案し、手順書改正に至る仕組みになっている。手順書の随時見直しのきっかけは、制度改正や第三者評価、事故（ヒヤリハット）報告などである。なお、職員の気づきや工夫を手順書に反映させた例として、「生活総合記録」の開発がある。

ISO改定文書を周知するなど、業務の一定水準確保に取り組んでいる

業務の一定水準の確保を目指し、ISO改定文書の一覧表を作成しミーティングで周知している。また、年間研修計画を作成し、積極的に法人主催の研修に参加するなどしている。利用者の安全確保については、居室環境の点検を兼ねて月2回以上居室を訪れている。ノロウイルス感染については、嘔吐物処理の実習を、全職員対象に毎年看護師が実施している。また、新人職員対象のAED操作実習も看護師が講師となって取り組んでいる。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー4																			
サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 33/35																		
<p>1 評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		●あり ○なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている	○非該当			
評価	標準項目																		
●あり ○なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当																	
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当																	
●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○非該当																	
●あり ○なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている	○非該当																	
評価項目1の講評																			
<p>全利用者に対して本年5月より支援計画を作成し支援している 本年5月から全利用者の支援計画作成に取り組み始め、それに基づいた支援をしている。支援経過の内容は、介護保険サービス利用のチェックが中心となっており、計画書の書式などについて改善の必要性を経営層は認識している。さらなる取り組みを期待したい。利用者とのコミュニケーションの工夫としては、特に難聴のある利用者については、利用者懇談会などの折に職員が傍らにつき内容を確実に伝える、居室で改めて伝えるなど配慮している。また、居室の電話呼び出し音を大きくした利用者もいる。</p> <p>利用者が利用者なりの暮らし方ができるよう、規制は最小限にしている 要介護3以上の利用者がいない本ケアハウスの特徴もあると考えられるが、利用者面接で、「自由に暮らせている」と回答した利用者が85.7%を占めている。その中に「自由であるが退屈している」といった意見もある。利用者が自分のしたいことを主体的に考え、それを生かして暮らせることを基本方針とする施設の姿勢の結果とも考える。その一方で、利用者の生活歴や趣味、得意な事などについての把握は不十分な状況にある。これらを把握し、例え自立度が低下しても、より豊かな生活が送れるような支援に積極的に取り組まれることを期待したい。</p> <p>利用者への支援は専門職との連携のもとに取り組んでいる 自立的な生活期間を可能な限り長期にするため、歩行に不安定さが見られる場合は作業療法士、義歯のある利用者についてはフィッティング状態を歯科衛生士、嚥下力については言語療法士、栄養士が栄養ケアマネジメントを行うなど、利用者の状態に応じて専門職の助言を得られる体制が整っている。また、介護保険サービス利用者についても、同一建物内にある居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当するため、連携しやすい環境にある。</p>																			
<p>2 評価項目2 食事は、利用者の状態や要望を反映したサービスを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇〇)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者が選択できる食事を提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>5. 食事を楽しむ工夫をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している	○非該当	●あり ○なし	4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当	●あり ○なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている	○非該当
評価	標準項目																		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている	○非該当																	
●あり ○なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している	○非該当																	
●あり ○なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している	○非該当																	
●あり ○なし	4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当																	
●あり ○なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている	○非該当																	

評価項目2の講評

利用者それぞれの状態に応じた食事を提供している

利用者の状態に応じた減塩食や糖尿病食などの療養食、また、咀嚼力に応じた食形態で提供している。利用者に対する嗜好調査も年1回実施、更に利用者懇談会で食事に対する要望を把握し、献立に反映させる取り組みがあるが、献立や美味しさなどに関する利用者の満足度は4割弱と低い。これに対して、同一建物内の他の事業所と一緒に作る厨房のため、利用者の意向を反映させにくい状況があり、経営層もこれを課題視している。制約がある中での食事提供であるが、更なる取り組みを期待する。

利用者が選択できる食事を工夫して提供している

食事を3食自室で作って食べているので、施設が提供している食事に関心がないと利用者面接で答える利用者もいた。自立的に暮らせる視点から評価できるが、なぜ施設が提供する食事を全く食べないのか、その理由を把握しておくべきと考える。選択食としてのメニューは、朝食がご飯・パン・お粥など主食については可能になっている。また、本年8月から月1回、選択食の日を設ける取り組みを開始した。選択食については開始したばかりではあるが、ケアハウスとして独自に取り組めるメニューの開発など、更なる充実を期待する。

利用者が楽しめる機会として、外食ツアーなどを実施している

利用者が食事を楽しむ機会として、年8回の外食ツアーや、年11回程度開催の行事食などがある。また、月1回実施している地元の食材を利用した「ご当地メニュー」は、利用者から好評を得ている。利用者からの要望により、鍋料理の献立にするなどの取り組みもある。なお、食事提供に関する職員自己評価では、特にリーダー層で不十分という回答が75%を占めている。今後の具体的な改善に向けた取り組みに期待したい。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目3の講評

共用の浴槽は利用者間で話し合い、ゆったり入れるような工夫をしている

通所介護や通所リハビリ利用者は、通所サービスで入浴しており、それで十分と利用者面接で回答する利用者が多かった。また、街の銭湯まで出かける利用者や居室シャワー利用者もいるため、それらを除く比較的自立度の高い利用者と、ヘルパー介助で入浴する利用者の共用浴槽利用となるため、ゆったりした入浴になっている。入浴時間は9時～22時で、どの時間に入浴するかは利用者間での調整を原則にしている。さらに、入浴中を示すプレートをドアにつるすなどの工夫もしている。

利用者の自立度低下で入浴支援が必要になった時は職員も支援している

利用者の自立度低下などで入浴に支援が必要になった時は、介護保険によるサービスに結びつける体制を整えている。なお、そのサービスが提供できるまでは随時職員が入浴介助をするなど適切な支援をしている。共用浴室の清掃は職員が毎日行うとともに、定時に巡回して汚染状態をチェックし必要に応じ随時清掃している。共用浴槽は塩素投入による消毒を毎日実施、またレジオネラ菌検査は専門業者が年2回実施している。各居室の特に使用していないシャワーは、臭いが上がらないように職員が月1回水を流し、排水溝の清掃を行っている。

4 評価項目4 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている		評点(○○○○●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	2. 精神的なケアが必要な利用者に対して支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 日常生活上で介護予防につながるような働きかけや工夫をしている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
○あり ●なし	5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>利用者からの健康に関する相談を受けられる体制にある</p> <p>看護師を中心にして利用者からの健康相談を受けられる体制にある。利用者からの相談内容により、家族・ケアマネジャー・主治医などと連携し適切に対処して、利用者の安心につながるようしている。うつ傾向や将来に対する精神的不安などから居室に閉じこもりがちになる利用者に、郵便物を届けるなどの名目で、居室への訪問回数を増やすなどの工夫もしている。「健康に関する気遣い」についての利用者面接結果は、肯定的回答は約半数である。健康にまつわる相談体制について、更に利用者へ周知する取り組みを望む。</p> <p>専門職と連携し介護予防に取り組んでいる</p> <p>介護予防を目指し活動量の低下しがちな利用者を対象にして、ラジオ体操(毎日で8～10名参加)や言語療法士による健康体操(月2回で10～15名参加)を行っている。これらの運動に参加してほしい利用者それぞれに対する動機付けは、不十分な状況であると経営層は認識している。その一方で、自ら介護予防のために個人的に努めていることがあると面接で回答している利用者は6割を超えている。利用者の健康への関心と求める内容を把握し、受け身にしない介護予防のあり方と具体的展開に工夫を期待する。</p> <p>利用者の体調変化に対応できる体制を整えている</p> <p>家族と主治医の連絡先はファイル化して事務所に準備している。また、特定施設と同一フロアのため、そちらに配置されている看護師が対応できる体制にある。そして一時的に介護が必要になった時や身体状況に応じて、介護スタッフが常時見守りできる部屋を準備している。往診治療を受けている利用者は、治療内容なども把握できている。一方、自ら外来受診している利用者の受診回数や治療内容などは、利用者から相談が無ければ分からない状況にあり、経営層はそれを課題として認識している。今後の取り組みを期待する。</p>		
5 評価項目5 日常生活では、利用者の状態や意思を反映した支援を行っている(食事・入浴以外)		評点(○○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じて、身の回りのことができないときには支援する体制がある	○非該当
●あり ○なし	2. 掃除や更衣など身の回りのことを自分で行うのが難しくなった利用者には外部サービスの利用ができるよう支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 区市町村・福祉事務所等と連絡をとり、必要に応じ利用者への情報提供・手続き等の援助を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者同士の人間関係を良好に保つ工夫をしている	○非該当

評価項目5の講評

日常生活に支援を要する状態の判断基準を設け、適切に支援できる体制を整えている

利用者から日常生活にまつわる相談として寄せられる内容は、掃除・洗濯のやり方などが多い。衣類については、クリーニング店を紹介することもある。一方、職員が支援の必要性に気づきかけは、居室の清掃状況や保清・更衣の不十分さなどからである。特に、職員は月2回以上居室を訪れる時を、清掃・整頓状況把握の機会にしている。そして継続的な支援の必要性の判断はチーム会議で行っている。また、一時的支援と判断した場合の支援は職員が行っている。

介護保険サービス利用の判断や、利用手続きなどの支援をしている

介護保険など外部サービスの利用が必要と判断した時は、利用者・家族に説明し、了解を得たのちに手続きを代行、また、更新時の手続きなどについても支援している。そして介護保険の認定調査の際には、利用者の状況を情報提供している。その他、行政からの連絡事項についても、利用者の理解力に応じて個別に伝えるなどして、適切に対処できるよう支援している。さらに、利用者からの相談もあることから、利用者懇談会で「後見人制度」を取り上げ、金銭管理などに関する活用について実施する予定とのことである。

利用者同士が良い人間関係を築けるよう配慮している

利用者同士が良い人間関係を築くためには、まず相性があると考えている。利用者同士の付き合い方に関しては、利用者の自発性に任せることを基本にしているが、食堂での座席の配置には、相性を見極めて決める配慮をしている。そのためむやみに席替えなどはしないようにしている。毎日14時～16時まで開店している喫茶には20人前後の利用者が集まり、ひと時を楽しんでいる。この喫茶や習字、歌の会などのクラブ活動に誘い、良好な人間関係が築けるよう働きかけている。

6 評価項目6

利用者の生活が健康で明るくなるよう、施設の生活に工夫をしている

評点(〇〇〇〇〇)

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

評価項目6の講評

利用者が楽しめる機会を多様に設けている

利用者が楽しめる機会としての行事や各種イベントなどは、予定表を配付、また食堂などに掲示し、利用者が自由に参加できるようにしている。そして習字や生け花・歌の会・喫茶などの活動を、地域ボランティアを活用して企画・運営している。利用者の中には、新聞紙を利用したゴミ箱作りやテーブル拭き、毛筆でイベントの式次第を書く役割を持っている者もいる。今後は、利用者個々の特技や経験、「やってみよう」となどを積極的に把握し、それらを取り入れ役割や生きがいにつながるよう、更なる取り組みを期待する。

施設での暮らしは自由を原則にしている

ケアハウスの入所者特性もあり、自由に外出している利用者もいる。利用者面接の結果も、「自由な暮らし」に対する肯定的回答率が85.7%を占めている。また、個人で外出することが困難になった利用者を対象にした、外食・買い物・ドライブ等も企画・提供している。これらの外出は団体で行くことが多く、事業所として今後は、利用者それぞれの個別の要望に応じていくことを課題にしている。

安全性と快適性の見地から環境整備に取り組んでいる

食堂や談話室を開放し、利用者が自由に使えるようにしている。食堂や廊下に観葉植物を置くなど、落ち着ける雰囲気作りもしている。また、食堂は毎食後に清掃するなど、安全性と快適性を保てるよう努めている。利用者の居室は季節により、西日の強い部屋や日照時間の短い部屋などがある。西日対策を利用者から相談され、藪貴を紹介した例もある。日当たりの悪い部屋の中には、利用者自らが壁の絵画やカーテンで快適性を保つ工夫をしている例もあった。居室環境整備に向け更なる取り組みを期待する。

7 評価項目7 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇〇●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族との接し方について本人や家族等の意思を確認している	○非該当
●あり ○なし	2. 家族が参加できる施設の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している	○非該当
○あり ●なし	4. 緊急時に家族等と連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 家族からの相談に対応する体制を整えている	○非該当

評価項目7の講評

家族への連絡は緊急時を除き利用者の意思を確認することを原則にしている

入所時に生活相談員が連絡先となる家族を確認、2名を保証人とし、うち1名は緊急時に動ける家族としている。そして基本情報ファイルの中に、緊急時連絡先家族一覧表も綴じられている。家族への連絡は緊急時を除き利用者本人の意思を確認して行うことを原則にしているが、ルール化はしていない。入所期間が長期になると、連絡先になっている家族そのものの状態や、利用者との関係も変化する。確実な連絡先確保のためにも、定期的に連絡先の確認が必要と考える。検討を期待する。

家族との関係の継続に配慮している

家族参加を呼び掛ける行事として、ビアガーデン・忘年会があり、案内は利用者自身で行うようにしている。また、任意加入の家族会に23人(33%)が加入し、家族が協働して活動できる場になっている。家族会年会費は敬老会の記念品代や図書購入などに充てている。利用者と家族がゆっくり過ごせる場所として、1階の休養室なども開放している。利用者面接で家族や知人との交流頻度について「満足」と回答した割合は7割を超え、それ以外の回答者も「身内それぞれに事情があるので」などとコメントしている。

家族からの相談は随時応じられる体制を整えている

家族からの相談には生活相談員と介護職員が随時対応している。必要に応じて同一フロアで運営している特定施設の看護師が対応することもある。また、介護保険サービス利用の利用者家族が、担当ケアマネジャーに相談を寄せた場合などにも、家族の了解を得て担当ケアマネジャーから情報提供がある。なお、家族が県外に居住しており、緊急時以外は情報交換ができていない利用者家族が10人程度いる。今後このような家族の増加も見込まれることから、経営層は対応を今後の課題としている。

8 評価項目8 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当

評価項目8の講評

地域情報は掲示や口頭説明など、利用者が活用できるよう工夫している

地域情報として市報やエリアの地域展開プロジェクトで収集した内容などを、掲示・口頭説明・利用者懇談会の場などを通して積極的に提供している。特に口頭説明は、興味のある利用者に行き誘うなど意図的に行っている。これらの情報提供は利用者から要望を引き出し、お花見やイベント見学など外出の機会にもなっている。利用者と保育園・小学校との相互交流、ボランティアや「ふれあいの橋」なども受け入れ、利用者の暮らしに変化をもたらすようにしている。

地域資源活用の取り組みを強化したい意向を持っている

現在、建物内への出張売店が2店あり、そこでの買い物を利用者は楽しみにしている。利用者面接の折にも「出張売店」の曜日を、大多数の利用者が認識していた。買い物ツアーとして定期的に出かけるスーパーマーケットが3か所あり、それを楽しみにしている利用者もいる。さらに家で暮らしていた時の美容室まで出かけている利用者もいる一方で、単独での外出が無理なため、出張理美容利用者も少なくない。利用が長期間になるにつれ自立度も低下することが予測できるため、地域資源活用にさらに取り組みたいと経営層は考えている。

2011年度第三者評価総評

法人の理念は、「地域」を強く意識した内容である。その実践として、いなばエリアとして委員会「地域展開プロジェクト」を設置し、地域に役立つ取り組みを充実させている。特筆すべき一つとして、鳥取県の名所である「鳥取砂丘」の清掃・除草に、こうほうえんののぼりを掲げ、年2回、多くの職員がボランティアで参加している。広報誌「はまなす」では、この清掃に参加したことを‘地域の一員として、今後も美しい砂丘の維持に貢献していきます’と報告している。法人の理念の実践に、職員が一丸となって取り組んでいる姿に敬意を表する次第である。

特に優れている点

1、常に改善に取り組み、またチームワークの良さを感じさせる組織風土である

本事業所は、ケアハウス（一般型）41人、特定施設入居者生活介護（介護型）29人から成る施設であるが、今回の第三者評価の対象は、一般型のみである。固定チーム方式で支援をしており、一般型のみ1チーム、介護型2チーム（一般型の利用者の一部を含む）である。職員は、施設長、主任、チームリーダー、看護師をはじめとし、一般型と介護型の職員、またエリアの教育部長が関与している。毎月のチーム会議や3チーム合同のケアハウス会議などで、改善点を明確にし、計画的に取り組み、それを継続している。問題意識の明確さ、そしてチーム間の連携とコミュニケーションの良さが認められ、職員自己評価でもそれを裏付ける結果である。更なる課題として、一般型に焦点をあてて課題と支援を明確化すること、それを実践するための研修などについて検討することを期待する。

2、利用者にとって安全な暮らしの場となるよう環境整備を始め、安全管理に積極的に取り組んでいる

本事業所はケアハウスの入所者の特徴を前提に支援目標を5つの「安心」の提供とし、住居・見守り・食事・医療・介護を挙げ、利用者の安全を守る取り組みをしている。そして安全対策として、災害・感染・事故・離園（搜索）・緊急時の対応をマニュアル化し、法人としてリスクマネジメントに関する体制を定め、現場での取り組み内容を明確にしている。また、事故・ヒヤリハットの基準を決め、それに基づいて「いろんなこと報告書」に記載、併せて危険予知訓練を実施するなど予防対策に取り組んでいる。さらにノロウイルスの集団感染予防に向け、嘔吐物処理の実技訓練を実施するなど対策を徹底している。一昨年の豪雪被害経験から、積雪と地震などの災害に対しても改めて対策を検討し、マニュアル化するなど時宜を得た取り組みがなされている。居室環境の安全性と快適性確保をめざし、全利用者の居室を月2回以上訪れ、室内の整理・整頓状況やシャワー室・トイレなどの清掃状況を確認し、可能な範囲での取り組みも開始している。

今後の取り組みとして、居室訪室の際に利用者個々の移動動線も把握すると、転倒事故予防に向けた具体的対策や、仮に転倒した場合も事故の要因分析が容易になるものとする。外出も自由なケアハウスであるが、利用者が外出先で事故等に遭遇した場合の対策（対応）は明確になっていない。ケアハウスの責任範囲も含め、適切に対応するために何を整備すべきか等を、利用者と話し合いながら具体化させることを期待する。

3、専門職と連携し利用者の介護予防に取り組んでいる

介護予防を目指し活動量の低下しがちな利用者を対象にラジオ体操を毎日実施しており、これに10名前後の利用者が参加している。また、言語療法士の協力を得て実施している月2回の健康体操には10～15名の参加がある。言語療法士の協力が得られるのも、運営上の利点と考える。なお、これらの体操への参加は利用者の自主性に任せているため、参加が必要な生活状態にある利用者の参加になっていない側面があると経営層は認識している。その一方で、自ら介護予防のために個人的に努めていることがあると6割を超える利用者が面接で回答している。これは自ら介護予防に取り組む能力を保持しているケア

ハウス利用者の特徴と、それを可能にしている運営の結果と評価したい。

介護予防を身体機能面で捉えた体操への参加の働きかけは、自立能力が保てている利用者を受け身にすることもある。今後の課題として、現在の利用者の状態を踏まえ、利用者の関心と求める内容を把握することがまず必要と考える。その際、地域で高齢者を対象に開催している教養講座などの内容も参考に、利用者懇談会などで提案するのも1つの手法となろう。利用者が心身共に自立（自律）的に過ごせる期間を長く保てることを目的に、介護予防を広くとらえた更なる取り組みを期待したい。

改善が求められる点

1、ケアハウス（一般型）に関する、事業環境の把握と分析、そして事業計画（部門別目標管理）に活用することが必要である

福祉事業全体から見た時に、ケアハウスに関する情報は多いとはいえない。したがって、体制を明確にし、意識的、計画的に収集することが必要である。本法人では、ケアハウスの施設長で構成する「ステップアップ会議」が設置されている。そこでケアハウスを取り巻く事業環境を課題として取り上げること、また、エリア・地域の特徴があると思われるので、いなばエリアの2事業所間での情報交換についても検討することが必要である。部門別目標設定時には、事業環境と地域の福祉ニーズを分析すること、また先進事例などを参考にすることを期待する。

2、利用者に対する相談機能を強化する取り組みが必要である

本事業所は特定施設と一体運営のため、常勤職員として看護師が配置されている。そのため看護師が中心になり利用者の健康にまつわる相談を受けられる体制は整っている。また、うつ傾向や将来に対する精神的不安などから居室に閉じこもりがちな利用者に対して、郵便物を届けるなどの名目で居室を訪れる回数を増やすなどの工夫もしている。しかしながら「健康に関する気遣い」についての利用者面接の結果は、肯定的回答率が約半数に止まった。看護師による相談も、利用者からの相談を待つ状態にある。

入所時の重要事項説明書に記載している「提供サービスの内容」にも、‘相談

及び援助’が明記されている。健康にまつわるものだけでなく、生活能力が比較的保たれている利用者が多いケアハウス利用者の特性を踏まえた、相談機能の充実が求められる。同時に相談体制を整えていることを利用者に更に周知していく必要があると考える。

3、入居者支援計画書の作成に向けた適切なアセスメントの実施と各書類様式の見直しが必要である

全利用者の「入居者支援計画書」（以下「支援計画書」という。）作成に今年度着手している。支援計画書作成のためのアセスメントは、相談受付票・調査票・日常生活動作調査票で得られた情報を基にしている。しかしながらこれら各種の票には、高齢や認知症による理解力・判断力・実行力を見る項目が乏しく、適切なアセスメントを実施するための情報は不十分と言わざるを得ない。さらに利用者・家族がまず記入するという調査票・日常生活動作調査票の書式を見ると、調査票は病歴と生活歴を記入するスペースが狭く、生活習慣や入居までの生活状況などの情報は得にくい様式にある。また、日常生活動作調査票には精神症状チェック票も含まれており、この項目を家族・利用者にチェックする意味がどこにあるのか疑問を感じる。

支援計画書の様式を見ると、アセスメント内容と利用者意向、サービス内容・モニタリング・評価までが含まれており、これを利用者に示して同意を得る形になっている。アセスメントは支援計画書策定のために実施するものであり、これに利用者の同意は不要と考える。

支援計画書の策定に着手して間もないこともあると考えるが、作成の際の希望把握や内容説明について不十分と、多くの利用者が面接で回答している。各種調査票の内容および書式の見直し、また利用者の意向把握や支援計画書の説明などの取り組み強化を望む。