

社会福祉法人 こうほうえん

軽費老人ホーム

ケアハウスよなご幸朋苑

福祉サービス第三者評価報告書

平成 22 年 12 月 20 日

特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

東京都福祉サービス第三者評価機関

認証番号 機構 02-004

目 次

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

(添付資料) 職員自己評価・利用者調査 集計結果

【 実施概要 】

1. 実施スケジュール

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| (1) 第三者評価についての事前説明 | 平成 22 年 6 月 2 日 |
| (2) 情報収集の実施（調査） | |
| ①利用者調査 | 平成 22 年 8 月 20 日～22 日 |
| ②職員自己評価 | 平成 22 年 6 月 9 日～30 日 |
| ③経営層自己評価 | 平成 22 年 6 月 2 日～7 月 20 日 |
| ④訪問調査 | 平成 22 年 8 月 23 日～24 日 |

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- | | |
|------------|----------|
| (1) 調査の方法 | 聞き取り調査 |
| (2) 調査対象者数 | 利用者 46 人 |

4. 評価調査者

新津ふみ子（組織マネジメント担当）
鳥海 房枝（サービス提供のプロセス担当）
小原十紀子（サービス提供のプロセス担当）

5. 評価決定合議日

平成 22 年 9 月 29 日

6. 本評価に対する問い合わせ・苦情等の窓口

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

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

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

カテゴリー1の講評

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

理念・基本方針は法人として策定し、本施設内に掲示している。また開設以来、これらの具現化に向け、理事長が職員や関係者に周知してきた内容を平成18年に小冊子「互恵互助」に著し、全職員に配付している。この小冊子を活動の基準とし、朝礼時に当番制で読みあげ、また理念、基本方針、スローガンを唱和している。利用者へは入居契約時の説明に加え、理解を深める必要性を認識し、隔月開催する「利用者懇談会」開催時に職員が唱和する取り組みを開始している。利用者調査では、理念や基本方針を聞いたことがないと回答した人は約4割である。

経営層（運営管理者）は、協力して、活動を推進している

施設長などの役割は、職務分掌に権限が明示されている。本施設の専任職員は5人であり、施設長および事務職兼務の相談員と介護職が主任・リーダー層としてそれぞれの業務を担当している。施設長は今年5月赴任し、本調査時は3カ月経たところであったが、研修や記録の充実に取り組み、また開設14年になる本施設の入居者の高齢化に対応したサービス内容の検討を課題として、主任会議を開催するなど、リーダー層とのコミュニケーションを大切にしている。

会議ごとに専決案件が定められ、会議を通じて決定内容の周知を図っている

意思決定の手順とその報告については、本部・エリア・各事業所で実施される各種会議の議題、目標、役割を明確にし実施している。また今年度からケアハウスの施設長による月1回の「ステップアップ会議」が定例化され、ケアハウスの特性を踏まえた課題が討議されている。本施設には、訪問介護とデイサービスが併設されており、この職員が兼務で本事業を担当しているが、朝礼は3事業所合同で実施し、また専任職員が集合できる昼食時間に「ランチオンミーティング」を実施している。利用者への報告は、懇談会で説明、掲示、回覧版等を活用している。

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

カテゴリー2の講評

法人として守るべき規範・倫理を明示し、周知に取り組んでいる

福祉サービスに従事する者として、守るべき規範・倫理については、「互恵互助」、職員倫理綱領・就業規則に明示している。また、新任研修では、介護保険制度、個人情報保護法について講義し、さらに現場では、新人教育のためのチェックリスト(エルダーチェックリスト)を活用し確認している。さらに職員には「利用者の権利・個人の尊厳を奪わないケア」として定められている17項目を印刷・配布し、年1回プライバシーに関する研修が実施されている。現場では身だしなみについて確認する取り組みがある

事業の透明性の確保と地域貢献を課題と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」が、本施設を年2回訪問している。広報誌は、地域や関係者への活動の紹介・情報発信として、法人・エリアとして月1回発行し、本事業所は1ページを使用している。広報誌は回覧板で地域住民に、関係機関には配布している。また、行政が実施する移動図書館や住民健診のために食堂を開放し、地域住民と主に入居者も利用している。さらに地域包括支援センターとの連携で認知症サポーター研修に職員が参加するなどの取り組みがある。

地域の関係機関との連携に関する活動が広がっている

ボランティアの受け入れとして、週4日2時間程度、食堂で喫茶を提供している。ボランティアのしおりを作成し、基本姿勢を明示、個人情報保護誓約書も準備している。地域の関係機関との連携に関しては、自治会に入会、地域の清掃活動に参加、地域と防災協定を結び要介護状態の受け入れを明示している。また、介護保険制度を利用する入居者への関わりを通じ、医療機関の地域連携室や地域包括支援センターとの連携、居宅介護支援事業所からはサービス担当者会議への参加を依頼されるなどが始まっている。計画的な取り組みを期待する。

カテゴリ3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ3の講評		
苦情が言い易い状況を意識している 法人の大切にしたい価値観の一つに「苦情は財産」を明示し、利用者の意向を積極的に把握している。苦情受付窓口を重要事項説明書に掲載、また施設内に掲示している。ご意見箱の設置、ふれあいの橋の会の訪問、法人直通のフリーダイヤルなどもある。職員全員が相談受付者であると申し合わせ、また入居契約時には、苦情内容などの例を説明し、気軽に訴えられるように考えている。意見・苦情を把握した場合は、「なんでも報告書」に記載し、即座に検討する方針であるが、介護保険制度利用者に対し、関係機関の活用についても検討の余地があろう。		
毎年法人アンケートや利用者自治会を活用し、サービスの向上に取り組んでいる 利用者の意向の把握として、法人が年1回「利用者アンケート」を実施し、その結果を広報誌に掲載している。現場では、このアンケートの結果や利用者懇談会で出された意見を、年間事業計画(部門目標)の課題として取り上げ、サービスを改善してきている。最近の改善事項として、外出や行事、食事内容等の充実に取り組んでいる。また、施設長始め職員は、巡回時を利用者の意向を把握する機会として意識している。		
地域・事業環境に関する情報把握と分析に積極的に取り組みだしている 地域の福祉ニーズに関する情報は、自治会活動に参加することや地域包括支援センターなどの関係機関から得られるとしているが、計画性は認めがたい。福祉事業全体の動向に関する情報収集は、法人からの情報、行政や福祉関係機関などから送付される資料、法人内外の研修会へ参加するなどにより得られる。今後を展望した分析は、法人として、事業所のあり方や事業方針を決定する「経営会議」があるが、今年度から定例化した「ステップアップ会議」では、ケアハウスに関する課題が検討されており、今後の充実が期待される。		

カテゴリー4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリー1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況
		10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
評点(〇〇〇●)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
○あり ●なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

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

カテゴリ-4の講評

法人として計画策定の様式を定め、実施している

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

職員参加により、計画を策定しているが、更なる取り組みを期待する

部門目標の策定にあたり、特に目標1「高品質サービス」の提供と実践に関しては、前年度の活動評価と利用者アンケートや自治会での意向を反映させ、「ランチョンミーティング」で検討し、作成している。進捗状況については、毎月のエリア会議に報告し、部門(本施設)としては半期ごとに評価し、次期に向けた改善点を明らかにする仕組みである。一方、計画の推進に当たり、先進事例などの把握として、法人内研究発表を参考にしているとしているが、全国レベルのケアハウスの活動内容等についても積極的に把握し、活用することが望ましい。

ケアハウスの特性を再検討し、安全対策に取り組むことを期待する

安全対策として、災害・感染・事故・緊急時の対応をマニュアル化し、法人としてリスクマネジメントに関する体制を作り、現場での取り組みを明確にしている。災害に関し、本施設では建物の安全性について検査しその結果を掲示、また事故・ヒヤリハットを「いろんなこと報告書」に記載し、予防対策に取り組んでいる。しかし、自立度が低下している利用者の居室の管理として、水回りやベッド等の福祉用具と安全性の関係などの環境面については、現状では取り組みが弱い。ケアハウスの特性を踏まえた予防対策について検討を期待する。

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

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-5の講評		
<p>ケアハウスの特性を踏まえた人材の配置である</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。本施設は少人数職場であり、現場業務の経験者を配置し、また利用者の高齢化・要介護の必要性が高くなっていることから、基準以上の職員配置をしている。また当直者として本施設に併設する訪問介護と通所介護事業所の常勤職員が担当し、利用者に安心感を提供している。</p> <p>法人として人材育成に積極的に取り組んでいるが、内部研修が課題である</p> <p>法人が大切にしたい価値観の一つに「職員こそ大事」と表し、本部に教育研修部・専任者を配置し、年間教育研修計画の策定など人材育成に積極的に取り組んでいる。時代の要請と法人理念の具現化を目指し、新人教育をはじめとし、修業年数別・職責別研修や課題別研修、また法人内研究発表会、海外研修、他法人との合同研修など多様な取り組みがある。職員個別の能力向上の取り組みとして、人事考課面接で年2回職員の意向を把握し、職員の課題を明確にして評価している。施設長は内部研修への取り組みが弱い事を課題とし、取り組みの計画がある。</p> <p>職員の気づき、やる気の向上を課題とし、取り組みを開始している</p> <p>やる気の向上に関し、施設長は人事考課面接時の面接に加え、話し合う機会を充実させている。研修参加後はランチョンミーティングで報告、資料を引き継ぎノートに貼り、少人数職場であり研修に参加する機会が少ないことを課題とし、計画的に取り組みだしている。職員のやる気の向上の一つとして就業状況を基準とした表彰制度「元気ハツラツ賞」、職員同士で感謝の気持ちを表現する「サンクスレター」、休暇を取りやすくする策として「リフレッシュ休暇」などがある。また法人のメンタルヘルスクアへの取り組みは、本部に相談窓口を設置している。</p>		

7			7		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				
●あり ○なし		1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している				○非該当
●あり ○なし		2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している				○非該当
●あり ○なし		3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している				○非該当
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している 評点(0000)						
評価		標準項目				
●あり ○なし		1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している				○非該当
●あり ○なし		2. 個人情報の保護に関する規定を明示している				○非該当
●あり ○なし		3. 開示請求に対する対応方法を明示している				○非該当
●あり ○なし		4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている				○非該当
カテゴリ7の講評 職員のパスワードの設定などにより情報保護への取り組みがある 職員一人ひとりのパスワードを設定し、情報のアクセス権限を明確にしている。また使用目的により、アクセス制限がされている。本部から発信されるメールは、各階層や委員会ごとに配信され、重要な情報は職員個々のパスワードがあり、管理されている。紙ベースで伝達する情報は「社外秘」として取り扱っている。保管が必要な文書は、紙ベースで課題別や分野別にファイルし、保管している。情報の更新は、文書管理規程に準じ実施している。						
個人情報保護については、研修の実施、誓約書等より、周知している 個人情報保護法の趣旨を踏まえ「個人情報保護規程」を策定し、取り組んでいる。この規程には、個人情報保護基本方針・利用目的・開示請求が明示されている。また、個人情報保護基本方針を掲示、利用者には本文書を配付し、説明して同意を得ている。職員への周知として、制度「個人情報保護法」開始時に全職員を対象に説明、また新人研修で説明がある。ボランティアに対しては、「個人文書情報の保護に関するお約束」で、個人情報や資料類についての持ち出し禁止など具体的に明示し、誓約書を取っている。						

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	
事業計画に掲げた「地域との密着度を高める」活動が実施できた 平成21年度の部門目標(事業計画)に、これまで地域活動に参加できなかったことを課題とし、防災訓練、清掃活動に参加を開始している。しかし、取り組みの不十分さを評価し、更なる地域との交流を課題としている。継続的、積極的な活動による成果を期待する。	
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	
職員の資質の向上を課題とした取り組みが開始されている ①平成22年5月、現施設長が着任し、記録と研修の充実を課題として取り組みを開始している。法人内研修への参加が増え、今後の取り組みとして内部研修の充実を課題としている。また本施設は専門職の保有資格者が多いが、この専門性を活かしてきていないことを課題としている。 ②介護保険制度を利用している利用者に関し、サービス担当者会議への参加が増えている。これは、介護支援専門員に積極的に情報提供するなどの取り組みの成果であると評価している。介護支援専門員との連携についての標準化が求められる。	
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 checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
環境面の改善及び利用者アンケートを受けて改善に取り組んだ 利用者アンケートや懇談会での意見を取り上げ、サービスの改善に取り組んだ。食堂の手洗い場を広くし、また手拭きをペーパータオルに変えたこと、外出の機会を増やしたこと、積極的に働きかけたことにより地域の行事に参加する利用者が増えたことなどである。また老朽化による全館壁紙の張り替えもしている。利用者の楽しみや快適性から成果と評価できる。	

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

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

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

改善の成果

前年度と比較し、積立金ができている

収支状況は、予定通りであるが、備品等購入積立金の積立ができた。また給食業者に対する委託内容を検討し、経費の節約ができている。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

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

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

改善の成果

懇談会や利用者アンケートを継続している

隔月の利用者懇談会、法人主催の利用者アンケートを継続的に実施、意向の受け止めと反映、改善に取り組んでいる。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3, 6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>サービス情報を法人の広報誌に掲載するなどして提供している 事業所のサービス内容は法人として取り組んでいる、ホームページや毎月発行しているエリア別の広報誌に写真入で掲載している。この広報誌の配布先は法人として、地元公民館や地域包括支援センター、さらに地元の自治会を通じて各戸配布するとしている。</p> <p>見学希望者には利用者のプライバシーに配慮しながら、随時対応している 見学者への対応は、施設長と生活相談員の役割としている。入居を前提にした見学者については、この時「相談受付票」を作成している。見学予約を受け付けた本人・家族については、利用者と一緒に昼食をとるなどの体験も勧めるようにしている。また、空室があれば居室も見てもらいなど、概ね1.5~2時間程度をかけてパンフレットを使いながら、利用料金などまで説明している。なお、非常に稀ではあるが突然の見学希望で、施設長・生活相談員不在の時でも、その当日の勤務者が対応できる体制になっている。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
○あり ●なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

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

サブカテゴリ2の講評

入居契約に当たっては独自作成のリーフレットや重要事項説明書などを用い説明している
 入居前に必ず見学に来てもらい、リーフレットや重要事項説明書などを用い、本人・家族が入居後のイメージを描けるようにしている。その際のケアハウスの暮らし方を、「贈りつきのアパート」という言葉で説明している。事前見学を前提とする理由は、本人が十分納得して入居できるためとしている。事業所の特性から、自力で食堂まで移動できる身体機能を有していることなども説明している。このとき把握した利用者情報は、「相談受付票」「ADL表(サービス利用判定記録)」に記録し、入居後の支援のための情報として活用している。

利用者の意向や個別事情に配慮した支援に取り組み始めている
 入居に当たっての本人・家族の意向把握は相談受付票に記録欄があるが、それに関する具体的記述は乏しく、それを管理者は認識している。入居直後は環境変化による影響も考慮し、家族にも可能な範囲で協力を求めている。入居時は食堂で座る位置を利用者同士の相性を考慮したり、他の利用者に紹介するなど、入居直後の不安やストレス軽減に取り組んでいる。入居後の不安としては、継続治療や入院した時の入居継続や自立機能が低下した時などの内容が多く、近医紹介や介護保険の利用なども含めて説明し不安軽減に努めている。

入居利用前の生活情報の把握と、退所先への情報提供を課題としている
 入居前の暮らしの状況が把握できれば継続した支援が可能になると考え、介護保険サービス利用者についてはケアマネジャーから情報を得るなどしてサービス内容を変更せずに、継続利用できるようにしている。その一方で、入居前に自立した暮らしができていた利用者の暮らしの把握は不足しており、管理者層も課題視している。また開設して15年目を迎え退所者も一昨年から約3割になるなど増加している。退所理由は福祉施設などへの入所や入院が6～7割を占めているが、情報提供の内容などは特に決められてなく、これについても課題としている。

サブカテゴリ3

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

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

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している 評点(●●●●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
○あり ●なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
○あり ●なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、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

アセスメント内容が不十分なため、援助計画は個別性が見え難い内容に留まっている
 主に利用者の心身の状況を、相談受付票・サービス利用判定記録などから把握し、入所1か月程度で個別援助計画を策定、そこに利用中の介護サービス情報も記載している。ただし把握内容が、ADLでは自立・一部介助のチェック、性格・問題行動に留まり、どのような介助を必要としているのかを記録する様式になっていない。アセスメント及び個別支援計画としては認めがたい内容と言わざるを得ない。このことを施設長は課題として認識している。

個別援助計画への利用者の意向の反映は不十分な状況にある
 相談受付票の相談内容欄に‘希望’の項目があるものの、個別援助計画は利用者(家族)の意向等を反映させる様式にはなっていない。また、介護サービスを利用している利用者については担当ケアマネジャーに任せており、事業所として策定した個別援助計画を介護保険サービス利用の有無にかかわらず利用者に説明する機会は設けていない。利用者の意向を把握し、事業所としてそれらを反映させた具体性のある個別援助計画の策定と、利用者への説明に取り組むことを期待する。

利用者への支援経過として記録すべき内容の検討が不十分な状況にある
 日々の支援や利用者の変化は生活記録と日誌に記載し、昼食後に全職員が参加して行なっている「ランチオンミーティング」で共有できるようにしている。さらに同一建物で実施している訪問介護、通所介護事業の職員との合同朝礼により情報の共有に努めている。特に、本施設の宿直職員は、通所介護・訪問介護事業に従事する職員も担当しているため、利用者情報の共有は重要になっている。しかしながら、個別支援計画が支援内容に具体性を欠くため、日々の支援が計画や記録と連動していない側面がある。

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

法人の定めるルールに従って利用者のプライバシー保護を徹底している
 個人情報の利用範囲は法人規程で定め、その内容(施設内での氏名等の表示・保証人以外の家族への対応・情報提供や文書の発行など)を具体的に文書に明示、入所契約時に説明して同意を得ている。また、同意を得ている範囲であっても外部事業者等と利用者の個人情報やり取りする必要があるときは、施設長・生活相談員がその都度、利用者の了解を得るようにしている。個人あての郵便物なども居室玄関横にあるのポストに直接配達される。職員が利用者の居室に入る時には、必ずノック、電話、ナースコールを確認している。

利用者の意思表出を促す取り組みをしている
 隔月で開催している利用者懇談会では利用者が自由に発言できるよう配慮している。また、職員が利用者に支援をするときは、必ず利用者自身の意思を「……ですが、どうしますか？」のような形で確認し、利用者が「ノー」の意思を表出しやすい対応をしている。利用者に対して不適切な対応があった場合は、まず互いに注意すること、さらに、職員の対応について職員会議で事例検討する仕組みもあり、虐待防止に留まらず利用者への対応方法の向上に取り組める環境がある。

利用者に「虐待被害があった場合の取り扱い」は法人として明確化している
 虐待被害があった時の取り扱いは行政・法人への報告方法を、法人としての取り扱いを明確にしたルールを示している。虐待被害の把握は日々の支援を通して気づいた職員が、施設長に直接報告する仕組みになっている。施設長は法人に報告すると同時に行政(地域包括支援センター・市の担当部署)に報告し、それらと連携して対処するとしている。利用者の価値観や生活習慣に配慮した支援については、それらの情報把握が不十分だったため遅れており、それを管理者は認識している。

サブカテゴリ6

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

サブカテゴリ6の講評

業務の一定水準確保に向けた手順書はISOの規定により整備している

業務の一定水準確保のための手順書・マニュアルは、ISOで規定しているものを勤務室に置き、業務点検の際などに使われている。中でも使用頻度の高いものは、入居受け入れマニュアル、感染症予防マニュアルなどである。夜間巡回マニュアルは事業所独自で、当直職員が利用者状況を一目でわかる書式に加筆修正した。また、事業の独自性を踏まえ、法人内に3か所あるケアハウスの主任職員以上で構成するステップアップ会議で、使いやすい手順書についても検討する予定になっている。

手順書の見直しには現場の意向を反映させる仕組みがある

手順書などの定期的見直しの時期はISOの規定により法人内で決められている。なお見直しに向けた現場の意向の反映方法は、利用者懇談会・職員会議→ステップアップ会議を通してという仕組みになっている。その他、事業所としてマニュアルの見直しの必要性があるときは、職員会議で検討し独自のマニュアルを作成または修正して試行、その妥当性の検証の後にステップアップ会議・エリア会議などへ報告し、法人マニュアルとして周知される仕組みになっている。

実技を伴う内部・外部研修の充実により利用者の安全確保に取り組んでいる

職員の介護技術を高めるためのAED使用方法や移乗介助などの実践的内部研修や、法人主催の階層別研修に積極的に職員を派遣するなど、業務の一定水準確保に取り組んでいる。ただし、内部研修は「安全性」を中心にしており、さらに充実させる必要があると考える。事故報告は、ランチョンミーティングの後に安全性についての学習会を開催している。建物環境の安全性のチェックはケアハウス職員が日々の清掃時に行っている。この時、安全確認済とする個所と内容を記載するシートを備えると、他の職員との環境リスクの共有が図れると考える。

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	
1 評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
		評点(○○○●)	
評価	標準項目		
○あり ●なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画の策定を課題とし着手したところである</p> <p>介護保険サービス利用者については、担当ケアマネジャーが主催する会議に参加し、サービス内容の確認など情報共有しているが、それを踏まえて事業所として具体的な個別支援計画の策定には至っていない。また、介護保険サービスを必要としない「自立者」については、支援計画が不十分な状況にある。管理者もそれを課題視しており、今後の取り組みに期待したい。</p> <p>利用者特性に応じたコミュニケーションの工夫とその人らしい暮らしの支援に努めている</p> <p>利用者それぞれの聴力機能や認知・判断能力に応じて、日常の情報伝達を工夫している。その内容としては例えば、通常であれば館内放送や居室への電話連絡でことを終えるところを、必ず訪室して顔を見て直接伝えるなどである。また、利用者が「賄いつきアパート」として、自由に暮らせるようにするため職員は見守りはするが直接的な介入を最小限にしている。そのため食事の時の声掛けや食欲の観察で小さな変化に気づいて適切な対応ができるよう努めている。</p> <p>関係職員が連携して利用者支援にあたっている</p> <p>本事業所内に訪問介護・通所介護事業も併設しており、3事業の職員が朝礼、ミーティングなどを一緒に行う仕組みのため利用者情報は共有しやすい。また、昼食後のランチョンミーティングも重要な情報共有の場になっている。宿直業務は通所介護・訪問介護事業の職員が担当し、それに必要な申し送り事項も、日誌に記録化して申し送っている。さらに、介護保険サービス利用者については担当ケアマネジャー主催の会議に参加し始めたことにより、気になる利用者の変化やサービス内容についてケアマネジャーに連絡しやすくなった。</p>			
2 評価項目2 食事は、利用者の状態や要望を反映したサービスを行っている			
		評点(○○○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している		○非該当
●あり ○なし	4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○非該当
●あり ○なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている		○非該当

評価項目2の講評

利用者それぞれの状態に応じた食に関する支援を行っている

職員は最小限の支援をしながら、利用者自らが食事量を調整してセットしたトレイをテーブルに運んでいる。これは利用者の能力を活かす、食べられるだけに量を調整できる良さがある。さらにここで職員はすべての利用者に声掛けをして、利用者の健康状態の観察の機会にしている。なお食事にまつわる利用者の動線を見ると、テーブルの高さが一律で70cmのため、シルバーカーに乗せて食事を運ぶ利用者は、30cm程度お盆を持ち上げている。利用者の機能低下も踏まえ適切なテーブルの高さについての検討を期待したい。

食事時間は利用者状態に応じて余裕を持たせた対応をしている

利用者の希望や身体の状態に応じて、一律の食事開始時間ではなく1時間の幅を持たせている。訪問調査の折も大多数の利用者が食事を終えたところに食事テーブルに着いた利用者が見ることができた。また、選択食としては、朝食の主食がパン・雑炊・ご飯に留まっているが、「皿バイキング」と名称し、食べる量を利用者自ら調整できる手法を取り入れていることを評価したい。管理者は、選択食の充実を今後の課題としている。

利用者の嗜好を把握しながら、食事を楽しめる取り組みをしている

利用者の嗜好を利用者懇談会などで把握し献立や味付けに反映させるようにしている。また、利用者への法人アンケートも年1回行われ食事に関する利用者の意向なども把握する仕組みがある。食事を楽しめる工夫として、まず月2回の行事食がある。また職員と利用者で育てた野菜を献立に取り入れ、その説明を加えながら「皿バイキング」している場面も、訪問調査の折に目にすることができた。また、野菜作りを利用者面接の折に話題にする利用者もあり、それらが利用者にとって大きな楽しみになっていることが伺えた。

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

入浴時間に制限がなく、利用者が入りたいときに入れている

すべての居室にシャワーがあるが、それを使用している利用者は極めて少数である。また、介護保険サービスの通所介護利用者の多くは、そちらで入浴している。風呂は居室フロア一階に個人浴槽、1階に大型浴槽があり、どちらを利用するかは利用者個人に任されている。個人浴槽は24時間入浴可能な状態で入る時間は利用者が決めている。施設内で入浴に支援を要する利用者は、介護保険サービスの訪問介護を利用して入浴している。ただし、緊急に入浴支援が必要になった利用者については、職員がそれに柔軟に対応している。

入浴時間などは利用者自身が決めており、それを利用者同士で認めている

利用者面接の結果も入浴に関する満足度は高い。その理由として自分なりの方法でゆっくり入れる、だれが何時に入るかがおおよそ決まっているので急がされることがない、また、入浴中の札を外の扉に掛けるので安心といった内容である。自立度の高い利用者は自身の能力で入浴し、介助が必要な利用者には必要なサービスが適切に提供されている。ただし、面接時にごく少数ではあるが、介助不要と意思表示している利用者の中に保清不足が目立つ人がいた。どのように支援するかを課題として検討することを期待する。

浴室や脱衣室は、入浴後に職員が清掃している

浴室や脱衣室については「使用後に職員が清掃しているので、いつもきれいで気持ちよく使える」と利用者面接で答えている割合が高い。これは24時間、いつでも入浴できる体制を整えている中で、職員は利用者それぞれの入浴時間を把握し、それを踏まえて清掃時間も決め、利用者もそれを了解しているからこそ、利用者の肯定的回答率が高いと考える。また、入浴時の安全確認の手段として、巡回時に通気口から中の様子を確認する方法をとっている。

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(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	2. 精神的なケアが必要な利用者に対して支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 日常生活上で介護予防につながるような働きかけや工夫をしている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当

評価項目4の講評

利用者の健康維持に向け、様々な機会を情報提供している

今年度から、施設長の発案で地域包括支援センターや地元自治会と連携し、それらが主催する認知症予防や転倒予防教室開催などの情報を利用者へ提供している。利用者面接では、利用者の自主運営による週3回開催の介護予防体操教室への参加を楽しみにしているとの声も聴けた。その一方で、自分で目標を設定し「朝の散歩」「畑での作物づくりや、建物周辺の草取り」など、暮らしの中での健康維持に自然に取り組んでいる利用者もいる。夏場は玄関に麦茶を準備し、利用者の脱水予防に努めている。

精神的なケアへ傾聴ボランティアを活用している

利用者から「さみしさと孤独」「うつ」の訴えを寄せられることがある。これらについての対応は、まず、施設長の役割としているが、内容により継続的対応が必要と判断した場合は、その利用者の訴えを定期的に時間をかけて「聴く」、傾聴ボランティアを活用することもある。また、必要に応じて、利用者の理解を取りながら、家族・ケアマネジャー・通所介護(訪問介護)サービスにも情報提供し、連携して対応できるようにしている。

利用者の体調変化に適切に対応できる体制を整えている

利用者の体調変化を把握する手段として食事の時の様子観察がある。ここで、体の動きや言葉、身だしなみ、食べ方や食欲などがいつもとどう違うかを見ている。また、緊急時の対応能力を高めるため、AEDの操作を含む救急法の研修を実技も全職員が受けている。利用者の居室玄関の扉への工夫で部屋の出入り状況をチェックする対応もある。利用者それぞれが通院している医療機関は把握・記録し職員で共有している。また利用者の体調変化など緊急時は、地区内にある医療機関がいつでも対応してくれる関係にある。

5 評価項目5 日常生活では、利用者の状態や意思を反映した支援を行っている(食事・入浴以外)		評点(〇〇〇〇)
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

自立した暮らしの継続を第一に掲げ、必要に応じて支援している

まず「賄いつきアパート」と位置づけ、入所の契約時に「ケアハウス入居者心得」を文書で渡して説明している。そこでは日常生活上の規律や防犯・防災、緊急時の居室への立ち入りや、金銭の貸し借りの禁止なども明記しており、一方的に支援の対象として利用者を見るのではなく、利用者自身にも生活の主体者として責任を求めている。この心得は、ケアハウスの玄関にも掲示している。また、この文書は福祉サービスが必要な心身状態になった時には、介護保険サービス等の外部サービスを利用して生活を継続できることも盛り込まれた内容になっている。

外部サービスの利用が適切にできる体制を整えている

同一事業所内に訪問介護、通所介護サービスを併設しているため、必要なサービスがタイムリーに利用できる環境にある。また同一法人に居宅介護支援事業所もあるため、利用者の希望に沿ってケアマネジャーを選択するが、入居後に要介護状態になった利用者は、同一法人のサービス利用を希望するケースが多い。入居時にすでに介護保険サービスを受けている利用者については、利用者の意向とサービス提供事業所の意向を尊重し、継続的なサービス利用ができるようにしている。

利用者の状態に応じた支援をしている

利用者の居室には郵便受けも設置されており、玄関まで郵便配達が来ている。しかしながら移動能力の低下や認知症などで、郵便物の処理を適切にできない利用者については職員が、各種申請代行なども含めて行っている。また、記憶障害で食事や通所介護の時間を認識して行動できない利用者についても、職員が居室を訪れ声掛けや、外出の準備を手伝うといった支援をしている。他の利用者から、「焦げたにおいがする」「風呂から出てこない」「隣室で大きな音がした」などの連絡も利用者のリスク対応に役立っている。

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

利用者が主体的に楽しめる機会を設けている

利用者が楽しめる機会としては各種クラブ活動がある。その内容は、コーラス(月2回)、俳句(月1回)、健康体操(週3回)などである。その他に利用者が自主的に行っていた苑内喫茶は、現在ボランティアを導入し毎日午後に食堂の一角で開店し、利用者の手伝う姿もある。なお、利用者の身体機能の低下を踏まえ、本年3月より「買い物ツアー」を年2回企画し送迎車を配置する一方で、業者来苑販売日なども設けた。花見などの行事に取り組んでいるが、さらに利用者懇談会の意向などを踏まえ、苑内外の行事の充実を図りたいと管理者は考えている。

利用者が生きがいを見いだせるような取り組みをしている

入所後に新たな趣味に挑戦し、それを生きがいとしている利用者や、部屋いっぱい到手芸作品を並べ作成している利用者に面接で接した。また、訪問時に建物周辺の草取りを自分の役割としている利用者の姿もあった。利用者自身が施設や誰かの役に立っていると感じることで生きがいになると考え、入所前の生活情報の把握を充実させ、利用者の趣味や得意なことなどを見出し、継続的な暮らしの実現とそれを生きがいに繋げるような取り組みを管理者は今後の課題としている。

共用スペースの清掃に努め、安全性と快適性を保つ取り組みをしている

食堂や廊下などは清掃を担当する職員を決め、安全性と快適性を保てるよう取り組んでいる。利用者面接でも食堂などは職員がこまめに清掃するのでいつも綺麗との声が多かった。また、玄関や食堂テーブルに生花を飾るなど、利用者が落ち着ける雰囲気づくりに努めている。なお、居室内はケアハウスという性格上から職員が介入しないことを原則としているが、シャワールームが物置状態で異臭漂う部屋もあった。今後の検討課題として期待する。

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		
<p>家族との連絡については内容も含め、まず利用者の了解を得ることを原則にしている 家族の面会時になどには、利用者の近況報告に努めている。ただし、この場合も利用者との関係を踏まえ、家族に伝える内容は利用者の了解が得られる内容に留めている。また、文書や電話で職員から直接家族に連絡するときにも、事前に利用者の了解を得ることを原則としている。家族参加を呼び掛ける行事として誕生会・夏祭り・文化祭などがある。これらの行事に家族が参加できるよう、毎月発行の広報誌で開催予定日時を知らせる記事を、できるだけ早く掲載するようにしている。</p> <p>家族と利用者がゆったり話せる環境づくりをしている 全室個室のため、面会に訪れた家族のほとんどは、利用者の居室で面会時間を過ごし、まれに食堂の一角や、利用者とともに喫茶コーナーで過ごす家族の姿もある。事業所としては面会時のスペースとして、談話室なども随時利用できるよう準備している。緊急時の家族との連絡体制は、身元保証人2名を入居時に決定しており、そこに電話連絡する仕組みになっている。なお身元保証人の住所・電話番号は個人情報ファイルにつづられており、勤務者は必要時にいつでも見られるようにしている。</p> <p>家族からの相談に対応できる体制をとっている 家族からの相談は施設長・生活相談員が窓口となり対応している。相談の内容としては「利用費の支払いが困難」などの経済的なものや、面会時に体や衣服が綺麗にならなかったなどの指摘事項に大別される。これらの相談は聞いただけでなく、具体的な対応策までの説明や、指摘内容への結果を伝えるようにしている。</p>		
8 評価項目8 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(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

地域情報の提供は掲示のみで、利用者の状況に合わせてはいない

地域情報の提供は、地域の自治会広報などを食堂に掲示するのみになっている。それに対する利用者面接の結果は、地域情報のお知らせがあると回答している割合は約5割に留まる。その他の回答選択肢の利用者の中には、「関心がない」「自分で出かけられるので支障がない」といった回答もある。利用者それぞれのニーズに応じた情報提供方法を期待する。

利用者が職員以外の人々と交流できる機会を設けている

職員以外の外部の人々と交流できる機会として、毎日開店しているボランティア運営による喫茶店がある。また医学生を実習先として積極的に受け入れている。利用者面接で居室を訪れると、医学実習生からの色紙や、その後の交流を示す手紙を、うれしそうに披露してくれる利用者もいた。利用者個人での外出の機会があるという割合は9割に及び、頻度についても7割強の利用者は現状で満足としている。地域自治会に加入しており、自治会活動を通して、地域との互惠互助の関係も深まっており、さらに相互交流していきたいと管理者は考えている。

【 総 評 】

社会福祉法人 こうほうえん
ケアハウスよなご幸朋苑

特に優れている点

【利用者の意向・意見を取り入れ改善に向けた取り組み】

法人の大切にしたい価値観の一つに「苦情は財産」がある。この実現に向け、苦情を言い易い機会や環境を意識している。苦情受け付けは複数の方法を提示し、対応等に関する掲示はもちろんのこと、入居契約時には、苦情内容などの例を取り上げ、表出のし易さに留意している。利用者の意向を把握する直接的な機会は、法人として年1回「利用者アンケート」を実施、さらに本施設としても隔月に「利用者懇談会」を開催している。また施設長はじめリーダー層は、利用者と人間関係を作り、意向など言い易くなるように積極的に巡回をするなどしている。利用者アンケートや利用者懇談会で出された意見は、積極的に取り入れる方針を持ち、リーダー層で話し合い、年度事業計画（部門目標）の課題として取り上げる等して改善に役立てている。具体的には、食堂の手洗い場を広くし、騒音対策として温風手指乾燥機からペーパータオルに変更したこと、外出の機会を増やしたこと、地域の行事に参加する利用者が増えたことなどである。今後は利用者の入居期間の長期化や重度化などによる介護上の問題が増加すること、それに伴い利用者自身からの意向の表出も難しくなると考えられる。このような変化に対応した工夫が求められよう。いかなる状況においても「苦情は財産」をサービスの質の向上に向けた価値として認識し、職員が一丸となって取り組むことを期待する。

【食事を全利用者の状態観察の機会と位置付け意識的な関わりをしている】

本施設は食事の時間を利用者の状態観察の機会と位置付け、食欲・体の動きや反応・整容の状態・他利用者との関係などまで、職員は意識的に関わりながら観察している。

食事は利用者一人ひとりの食欲・嗜好等に合わせられる「皿バイキング」で、職員が利用者と話しながら副菜や主食の量を調整して盛り付けている。利用者が育てた野菜を

副菜の材料にすることもある。皿バイキングを利用者は「残さないで済むので、量を調整できるバイキングは良い」といった肯定的受け止め方をしている。特に、現在の入居者層は、食物を無駄にしない・捨てない・粗末にしない人々でもあることから、この「皿バイキング」の手法を評価したい。一方、職員は利用者の体調観察の良い機会として、この時間を重要視している。利用者は食堂入口で手を洗わず席に着く。これは配膳台（皿バイキング）に向かう利用者の動線を考慮し、混雑させない工夫でもある。また、利用者自らが配膳台に並ぶときにトレーを準備し、そこに食べきれだけの主食・副菜を乗せ、自分のテーブルまで運んでいる。ここでも利用者が自分の能力を活かして暮らせることを重視し、職員は支援の必要性を判断したときのみ介入するといった方針を貫いている。しかしながら食堂のテーブルの高さが70cmと高すぎるため、女性の利用者の中にはトレーをシルバーカーからテーブル移す時、汁物が零れそうになる、また、献立が見えないために皿を膝に置くなどして一品ずつ食べている利用者の姿もある。食事の自立を可能な限り継続させるため、また、誤嚥・窒息を予防する安全性の見地からも食事姿勢についての検討を期待したい。

改善を期待する点

【内部研修の充実と計画化】

法人の大切にしたい価値観に「職員こそ大事」がある。本部に教育研修部・責任者を配置し、年間教育研修計画の策定、その他多様な研修機会を計画し人材育成に積極的に取り組んでいる。本施設の専属職員は5人であり、一人ひとりが業務分担し責任を持っているため、研修参加に際しては勤務調整などの工夫が必要になっている。施設長は5月に赴任し、サービスの標準化に向けた課題を抽出、記録の充実に取り組んでいる。職員間では、会議時間を特別に設けることが困難な状況があり、昼食を共にする時間を活用した「ランチオンミーティング」で、さまざまな事項について検討している。今後はこの機会に止まらず、本施設の課題についてしっかりと検討し、また専門性の向上のために例えば内部研修等を計画し、人材育成に積極的に取り組んではどうだろうか。ケアハウスの特徴を踏まえたサービスのあり方、その専門性について明確にすることを是非とも本施設に期待したい。

【個別支援計画の策定と相談機能の充実】

○ ケアハウスとしての個別支援計画の策定

ケアハウスの利用者は暮らしの自立を前提にしている。本施設でも入居の条件を食堂まで自力で移動できる能力があることとし、ケアハウスの位置づけを「賄いつきアパート」と説明している。つまり自立度が高いことを前提にしているためか、本施設の個別支援計画策定に際しての情報収集の項目は、ADLの自立、一部介助状況と性格・問題行動に止まり、利用者の意向を反映させた個別支援計画策定には不十分な状況にある。また、介護保険サービス利用者については、介護支援専門員に任せられた状態になっているが、介護支援専門員と連携を深め、ケアハウスで担う役割を明確にした個別支援計画の策定が必要と考える。なお、国は平成22年5月の「軽費老人ホーム（ケアハウス）の設備及び運営に関する基準」の改正で「記録の整備」を示し、提供するサービスに関する計画と、サービス内容等の記録を求めている。これを受け監査で「個別支援計画」の策定状況をチェックする県も出てきている。個別支援計画の策定とそれを踏まえたサービス提供に、先駆的に積極的に取り組むことを期待する。

○ 相談機能の充実

国は軽費老人ホームの運営基準の中で「生活相談員の責務」として、入所者からの相談に応じ適切な助言及び必要な支援を行なうとしている。利用者面接で「誰が相談員かを知っているか」については45.7%が「はい」と回答している。さらに「相談できる職員はいるか」の質問に「はい」と回答した割合は54.3%であり、「気軽に相談できるか」に対しては47.8%が「はい」と回答している。介護サービスを利用している人の中には、担当の介護支援専門員に相談しやすいと答えた人もいた。生活相談員が利用者の暮らしの継続を支えるために存在すること、具体的にどんな役割を担おうとしているのか等を、利用者さらに伝える取り組みが必要なのではないかと感じた。

【利用者の居室の安全性】

「賄いつきアパート」として位置付けて運営していることから、利用者の居室は完全なプライベート空間になっており、緊急事態の発生時などを除き職員は関与しないことを原則としている。今回の第三者評価では同意が得られた46名(76.7%)の利用者と、それぞれの居室で面接することができた。面接時間は1時間程度を要している。そこで

安全性の視点から環境と用具について気づかされたことがある。

① 環境面から

- ・シャワー室が各部屋にあるが、使用している利用者は少なく物置になっている状態が目立ち、排水溝からの異臭や小蠅の発生がある。利用者は「定期的に水を流せば防げるらしいが水道代がもったいない」「物を置いているので流せない」などの反応。
- ・脚力が低下しており、ベッド（布団）から玄関まで動くのにバランスを崩し転倒した、トイレに行くまでに掴まるものがない、便座が高く足が浮く・手すりの位置が高く使いにくいなど安全性に配慮した動線（環境）についての検討が不十分。
- ・荷物が壁面に積み上げられており、落下の危険がある。
- ・自力で清掃できているというものの、汚れが目立つ便器などもみうけられた。

② 福祉用具から

- ・ベッドが高すぎて使いにくい、足が床につかない、マットレスが柔らかすぎて端座位で体が沈みがちでバランスを取りにくいなど、ベッドにまつわる不都合がある。
- ・長さのあっていない杖、すべり止めのすり減った杖を使っている

本施設では緊急時・事故発生時のみ、利用者のプライベート空間である居室に職員が立ち入ることを、重要事項説明書で説明している。つまり、居室は利用者自身が安全や快適性を保てる（必要なサービス導入の判断ができる）ことを前提にした内容になっている。しかしながら今回面接した利用者の多くが、居室を安全で快適に整えることが困難になっており、事故予防と快適性の視点から、福祉用具を含む環境の見直しに向けた職員の支援の必要性を感じた。具体的な支援を展開させるための方法として、「安全」の視点から利用者と職員とで居室をチェックする機会をつくる。その際の安全は、災害や福祉用具、転倒などまで広くとらえると、利用者の関心はより一層高くなると考える。早急な検討と具体的な取り組みを期待したい。