

## 福祉サービス第三者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 メイアイヘルプユー
---------------------

### ② 施設・事業所情報

名 称：デイサービスセンター なんぶ幸朋苑	種別：通所介護
代表者：松本 恭治（総合施設長）	定員：40名（登録人数79名）
所在地：鳥取県米子市石井1238	
電 話：0859-26-5566	ホームページ：https://www.kohoen.jp/
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：2000（平成12）年4月1日	
経営法人・設置主体：社会福祉法人 こうほうえん	
職員数	常勤職員：12名 非常勤職員：8名
専門職員	介護福祉士：12名 看護師：3名
	管理栄養士：1名 言語聴覚士：1名
施設・設備の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食 堂：105.0㎡</li> <li>・ 機能訓練室：143.4㎡</li> <li>・ 静養室：20.4㎡</li> <li>・ 相談室：13.2㎡</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 浴室設備 大浴槽：1カ所、特殊浴槽：2機</li> <li>・ トイレ設備 男女別対応が可能な数：2カ所 車椅子対応が可能な数：4カ所</li> </ul>

### ③ 理念・基本方針

<法人理念>

私たちは、地域に愛される 地域に信頼される こうほうえんを目指します

<法人方針>

私たちは サービス業のプロとして 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

1. 複合施設なんぶ幸朋苑を基盤に、デイサービスとの連携が欠かせないものとして地域密着事業に力を入れています。
2. 地域貢献事業として、永江地区の活性化と住民支え合いの活動に取り組んでいます。令和5年4月には、こうほうえんが所有する拠点施設が完成し、こうほうえんと住民とで設立した法人が中心となって運営します。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年 8月 15日（契約日）～ 2023年4月12日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（25年度）

#### ⑥ 総 評

##### ◇特に評価の高い点

##### 1. 複合施設の強みを生かしてリハビリテーション、栄養士等の専門職が必要時に支援に加わり、適切なサービスを提供している

老人保健施設・特別養護老人ホームなどの入居施設に加えて、各種在宅サービスを提供している複合施設の一角で事業展開している。そのため、リハビリテーションや管理栄養士などの専門職と連携したサービスを提供しやすい環境にある。そうしたなかで、どのようなときにこれらの専門職に対し支援を要請するか判断は、現場の介護職員や看護職員の気づき、さらには気づけるための知識と技術に関係してくる。「通所」という事業の特徴からは、来所したときの本人の様子と、在宅での暮らしの様子の双方を把握し、現在の生活をより快適・安全に過ごせるようにするための支援が求められている。

昨年度、サービスを終了する利用者は75名に上り、新規登録者は70名であった。新規登録者数の確保は「他事業所が取り組んでいないことに挑戦しているため」と事業所では認識している。事業所の特徴として、①365日の事業実施、②周辺でデイサービス事業を展開している事業所が対応を躊躇する利用者を受け入れていることなどがある。特に②については、胃瘻造設者、吸引を必要とする者など、医療依存度の高い利用者を受け入れている。また、送迎車の駐車場所と、そこから自宅までの移動時の転倒・転落防止や自宅の住宅改造には、理学療法士、作業療法士から助言を得ている。さらに通所時のよい座位姿勢の確保、すなわちシーティングについても介護職員や看護職員の気づきを伝え、リハビリテーション担当職員が改善に向けて支援している。さらに、食事についても、咀嚼・嚥下等についての介護職員や看護職員の気づきを言語聴覚士に伝えている。

このように、複合施設であることの強みを生かして、専門職員と連携したサービスが提供できている要因は、職種間の関係が良好であることと、どのような場面で専門職に相談すると効果的であるのか、利用者へ接する介護職員や看護職員が理解していることによる。

利用者の様子から「気づき」を得るには新しい知識も必要になる。現在の当事業所の取り組みを継続していくことができるように、職種間の連携を深めるための研修の強化を期待する。

## ◇特に改善を求められる点

### 1. 事業所のさまざまな取り組みについての職員の理解にばらつきが見えるため、新たな管理者が就任したことを契機に、総合施設長の指揮監督のもとでの体制整備が求められる

法人として経営に必要なさまざまなしくみを整えて、推進する体制が確立している。例えば、内外の経営環境の把握・分析、中期的な方針の明確化と事業活動への反映、人事・労務（職員の確保と育成）、財務などは法人本部が主導している。また、法人の方針に基づく現場での職員研修や地域貢献活動等に関しても、多くはエリア（複合施設群）を推進拠点として取り組んでいる。

したがって、当事業所はそのような体制のもとにあり、研修や地域との関わり等も、エリアもしくは同一建物内の他事業所（特別養護老人ホームや老人保健施設等）と一体的に行っている。

このように体制やしくみが整備されているにもかかわらず、今回の第三者評価の実施に際して行った職員自己評価の結果では、肯定的な回答の割合が全体的に低い傾向が見られた。これは、職員の理解や認識にばらつきがあるためであると考えられる。総合施設長は、コロナ禍の影響が大きいとしながらも「全体的なコミュニケーション不足がある」として、要因分析の必要性を表明している。

折しも、管理者が 2022（令和 4）年度の後半に交代になったタイミングであり、総合施設長の指揮監督のもとでの体制整備が求められる。例えば、意思決定事項の周知徹底、職員の意向の把握や参加の機会の拡充など、職員が適切に現状と課題を捉え、主体的に業務を進める体制に向け、取り組みを強化することを期待する。

### 2. 職員が自信を持ってサービスに取り組むための対策として「介護基準」の共有・活用の検討を期待する

サービス提供分野における標準的实施方法については、法人が作成している 9 つの「介護基準」がある。内容は、単に支援のプロセスや介護技術の分野にとどまらず、自立支援、快適性、尊厳を大切にしたい関わりなどについても文書化している。例えば「その人を中心とした尊厳を奪わない介護基準」があり、その内容は、サービス提供時の留意点として、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢などが記載されている。

さらに、法人として通所サービスの分野を対象にした手順書がある。すなわち、利用開始時の対応、送迎時の対応、通所サービス計画作成手順、レクリエーション実施手順、通所サービス日誌作成手順、服薬手順である。これらの手順書は事務室に置かれ、手順の活用は「なんぶ幸朋苑 基礎研修計画」のなかで新人職員や中途採用職員を対象に講義を行い、具体的な支援やリスク対策を伝えている。

しかし、当事業所内では、これらの手順書は活用されていない。また、見直しについても、不十分である。職員配置から直接的な支援については OJT による対応が可能とは言え、この介護基準の内容を理解し、さらなる質の向上に取り組む必要がある。

今回の第三者評価の職員自己評価の結果では、共通評価項目にとどまらず、内容評価項目についても職員の肯定率は低い。今後、職員が自信を持ってサービスに取り組めるようになるための対策の一つとして「介護基準」の共有とその活用があるものとする。検討を期待する。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

高齢者介護複合施設である「なんぶ幸朋苑」では、直近のおよそ3年間にわたり、新型コロナウイルス感染症の脅威に晒された。特に、過去1年間は、集団感染（クラスター）からの防衛と感染防止を行うために、安定した運営のもとでの十分な介護実践が難しかったという状況は否めない。特に、デイサービスの利用者や職員は、当事業所のみならず、屋内に併設する短期入所、ケアハウス、老人保健施設などとの関係も強いため、集団感染からの防衛と非感染のための臨機応変な対応の先端事業所とも言え、異例な事態のなかにあったと言える。

そのような状況で、今回の第三者評価の受審となったため、職員は自己の業務や目標に向けたモチベーションや充実感、利用者の生活支援に対する取り組みや日常学習の活動に自己肯定感を持って臨んでいるかは危惧するところであり、実際そうであった。これらに関する受審の評価を見て、随所に修正をしていく必要のある箇所が見られると感じる。どのような状況であっても、事業所としてはもう一度、基本に立ち返り、かつ職員に共有された運営手順に則って改善を行いながら、利用者本位の介護事業を定着させる必要があると考える。

### ⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.5～34）。

● 共通評価基準

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 理念、基本方針が確立・周知されている。

【1】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、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)46.7% b)53.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は「地域に開かれた 地域に愛される 地域に信頼される」法人を目指すことを理念に掲げて「サービス業のプロとして正しい情報を提供し自分が受けたい保健・医療・福祉サービスの提供・改善」に努めることを基本方針としている。それらは法人のホームページに掲載しているが、法人が発行する広報誌『お互いさま』(季刊)に掲載する場合もある。当事業所のパンフレット「事業所総合案内」にも、理念、基本方針が掲載されている。</li> <li>法人の理念、基本方針は『互恵互助』と題する小冊子に掲載し、全職員にこの冊子を配布するとともに、採用時等の研修の機会や「年次互礼会」(年頭のテレビ会議)で理事長が全職員に伝えている。なお、会に参加できない職員には印刷したものを周知している。</li> <li>当事業所では、理念等の掲示を行い、毎朝、職員はこれを唱和し、確認している。</li> <li>基本方針は「重要事項説明書」に記載し、利用者や家族に対しては契約時に説明している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>理念、基本方針等を掲げ、法人および事業所の広報媒体に掲載するとともに、職員研修や利用者との契約の機会等を通じて、職員や利用者・家族にとどまらず、広く地域社会に向けて発信している。</li> <li>しかし、今回の第三者評価の職員自己評価では、特に「職員への周知」「利用者や家族への周知」に関して、肯定的な回答の割合は5割に満たなかった。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

I-2 経営状況の把握

I-2-1 経営環境の変化等に適切に対応している。

【2】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.7% b)53.3% c)0.0% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業経営を取り巻く情報の収集・分析には法人の経営企画部が主導して取り組み、毎月の「法人連絡会議」で情報提供や指示が行われ、エリアごとに開催される「エリア内調整会議」で伝達される。</li> <li>当事業所は「なんぶエリア」に属し、管理者は同エリアの「エリア内調整会議」に参加し、情報を得ている。</li> <li>事業所内における重要な情報の周知は、基本的にはグループウェアを使用しているが、案件によっては印刷して掲示や配布をしたり、朝礼やタテマの機会に口頭で伝える場合もある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管理者は、事業経営に関係する地域の高齢者人口や要介護高齢者の動向などに関心を寄せているものの、基本的には経営環境に関する情報収集や分析の役割は法人本部が担っている。</li> <li>ただし、当事業所の経営課題に関する内外の情報収集や分析は重要であり、法人およびエリアにおける取り組みのなかで適切に取り組んでいく必要がある。なお、職員自己評価では、この項目に関しては肯定的な回答の割合は3割前後であった。</li> <li>管理者の就任が間もないことあるためか、リーダー会(管理者、副主任、リーダー、サブリーダー、看護師)を開いてはいるものの、職員会議などの全職員が話し合う機会は設けられていない。今後、事業所の諸課題を協議する場をどのように整えていくかについての検討も含めて、さらなる取り組みを行うよう期待する。</li> </ul>	

【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析に基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・分析に基づき、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・分析に基づく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 20.0% b) 40.0% c) 13.3% 無回答) 26.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の経営企画部が主導して経営課題を明確にし、必要な情報や指示は毎月の「法人連絡会議」およびエリアごとに開催される「エリア内調整会議」を経て各事業所に伝達され、課題に応じて本部および各事業所で具体的な取り組みを進めるしくみである。</li> <li>・経営状況や改善すべき課題については、理事会、監事監査、評議員会等で共有に努めている。</li> <li>・事業所内における重要な情報の周知は、基本的にはグループウェアを使用しているが、案件によっては印刷して掲示や配布をしたり、朝礼や夕礼の機会に口頭で伝える場合もある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「職員への周知」「経営課題の解決・改善に向けた具体的な取り組みの推進」に関して、肯定的な回答の割合は1割前後である。自由記述でも「職員間の共有が不十分」という旨の指摘が複数名からあった。</li> <li>・課題解決に向けた取り組みを具体化させる上で、職員間における共通理解の構築は重要である。職員への周知の状況の検証と、さらなる工夫が求められる。</li> </ul>	

### 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。

【4】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・長期の事業計画および中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定してなく、十分ではない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.0% b) 46.7% c) 0.0% 無回答) 13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は第6次中期目標(2022～2024年度)を定め、ビジョン、重点項目、具体的な目標、具体的な活動例、数値目標などを掲げている。当事業所が所属する「なんぶエリア」など各エリアにおいては、法人の中期目標を踏まえて「エリア中期目標」を定めている。ただし、事業所単位の中・長期の計画は定めていない。</li> <li>・法人の中期目標には、今期から新たにSDGSの視点も盛り込まれている。</li> <li>・なお、この項目については法人の取り組みを中心に評価したが、当事業所においても職員への周知の取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【5】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。	a
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 53.3% b) 40.0% c) 0.0% 無回答) 6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、第6次中期目標(2022～2024年度)において、年度ごとの「重点項目」を明示している。</li> <li>・各エリアでは、法人の中期目標およびエリア中期目標を踏まえて、年度ごとの「エリアとして活動」「活動指標・目標値」「責任者」を定めている(これらを「エリア年度目標書式」という)。</li> <li>・事業所(「部門」という)では、法人およびエリアの中期目標や単年度の目標を踏まえた「部門年度目標書式」を定め、そこに「部門としての活動」「活動指標・目標値」「活動目標」(マイルストーン)を明示している。</li> </ul>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		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、又は職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 13.3% b) 66.7% c) 6.7% 無回答) 13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の事業計画(部門年度目標書式)は、法人の中期目標およびエリア目標を踏まえ、リーダー会で管理者と職員の意向を把握しながら原案をまとめ、最終的に総合施設長が承認して策定される。</li> <li>・職員への周知を行うため、策定された事業計画(部門年度目標書式)を事業所内に掲示している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の事業計画(部門年度目標書式)は、法人が定めた手順に従って作成している。しかし、事業所内では計画の策定過程において職員の意向を把握する機会を明確に位置づけているとは言えない。</li> <li>・職員自己評価では、この項目に関する肯定的な回答の割合はいずれも半数に満たなかった。より着実に計画を実行するためには、策定過程における職員参加や計画作成後の適切な周知の取り組みなど、職員の理解を促進する機会づくりを行うことが重要である。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

【7】I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 26.7% b) 33.3% c) 20.0% 無回答) 20.0%であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度から発行の『ANNUAL REPORT』(法人の事業報告のダイジェスト版)で、法人および各エリアの主な活動について報告しているが、当事業所においては、事業計画を利用者や家族に対して意図的に周知する取り組みは特段には行っていない。</li> <li>・特に、年度ごとの予定、主な行事、取り組み、新たな取り組み、充実させる予定の事項など、利用者の参加意欲を高めたり、事業所への理解が深まるような情報をわかりやすく提供することが重要である。その周知方法の工夫を含め、取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

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。

【8】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)46.7% b)33.3% c)6.7% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は、利用者家族を対象に「満足度調査」を年1回実施し、その結果を各事業所に報告している。</li> <li>当事業所では、独自に毎年度「ご利用者アンケート」を年2回実施している。アンケートの質問項目を、食事、排泄、過ごし方、あいさつ、自由意見に分けて調査を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者調査については、毎年度の当事業所の「事業計画」(部門年度目標書式)に掲げて計画的に取り組んでいるものの、調査の結果を分析・検討する場が明確には位置づけられていない。その実施の体制も含めて、今後の課題となっている。</li> <li>法人や事業所が行うアンケート、さらには今回の第三者評価の受審結果などを適切に分析し、PDCAサイクルに基づいて、利用者サービスの質の向上のための取り組みを強化することを期待する。</li> </ul>	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	b
	b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)40.0% c)6.7% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は、利用者家族を対象に「満足度調査」を年1回実施し、その結果を各事業所に報告している。</li> <li>当事業所では、事業所独自の「ご利用者アンケート」を年2回実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人による利用者家族への満足度調査や事業所独自のアンケート調査の結果を踏まえた具体的な改善策の作成や、その具体化に向けた取り組みなどは十分ではない。</li> <li>法人や事業所が行うアンケート、さらには今回の第三者評価の受審結果などの分析を行い、職員参加による課題の共有と改善計画づくり、改善計画に基づく取り組みの具体化と振り返りなど、一連の組織的な取り組みを強化していくことを期待する。</li> </ul>	



## 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。

【10】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.7% b)53.3% c)13.3% 無回答)6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の管理者は係長級で、なんぶエリア総合施設長の指揮監督のもとで業務に従事している。今年度の途中(11月)に、法人内の他の通所事業所からの異動で就任した。そのため、現在は主に利用者の様子や職員の取り組み状況の把握に努めているところであり、今後は当事業所の状況に合わせながら取り組みを強化していく方針である。</li> <li>・管理者は、利用者のニーズの把握、苦情への対応、職員のスキルアップによるサービスの質の向上などを、自らの役割と責任を果たしていく上で重要な課題として位置づけている。</li> <li>・管理者は、これまでも通所支援系の事業所に従事してきたという経験があるため、そのなかで「デイサービスには楽しさが必要であり、そのように支援するための設備や職員配置も課題となる」と考えているが、現状ではコロナ禍でもあって、十分には取り組めていないとしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の管理者は、就任後まだ間がない状況であり、総合施設長と相談しつつ、管理者の職務権限の範囲(指導職1級)で、今後におけるリーダーシップの発揮を期待する。</li> </ul>	

【11】Ⅱ-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)46.7% c)0.0% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、これまでの職務経験によって、遵守すべき法令等を理解するとともに、法人主催の法令遵守に関する役職者対象の研修にも随時参加し、その理解を深めることに努めている。</li> <li>・職員に対しては、法人が昨年度から始めたeラーニングを活用し、視聴による学習を奨励している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者として把握すべき法令は、福祉法令にとどまらず、広範である。そのため、管理者の役割として不断の学習や確認が必要であり、さらに職員に対する周知の取り組みも重要である。今後の取り組みに期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、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持ち、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持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)46.7% c)0.0% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、当事業所が提供しているサービスについて、新しい提供方法を取り入れていきたいと考えている。法人内のデイサービス事業所による「ステップアップ委員会」の場を、そのための情報収集・情報共有の重要な機会としてとらえている。</li> <li>・管理者は、まだ就任直後であることから「現場の状況を把握している段階」としているが、コロナ禍における感染防止のほか、事業所内にける職員・利用者の動線の確保などの課題に取り組み、その対応に苦慮している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者としては、現状の分析を踏まえ、課題の解決などには職員の意見を反映させていくことが重要である。また、職員の教育・研修の機会の充実を図りながら、事業所全体のサービスの質の向上のため、指導力を発揮していくことを期待する。</li> </ul>	

【13】Ⅱ-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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)13.3% b)60.0% c)6.7% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務に関する業務は、法人本部が主に担っている。</li> <li>・法人としてICT化を進めている。そのなかで、前年度から勤怠管理が電子化され、残業の内容の把握や管理が容易になった。管理者はその有効活用に努めている。また、記録についても、来年度からタブレットで入力する方法を採用する計画があり、法人の方針とはいえ、管理者はICT化を進めていくことを重要な課題と考え、早期の導入と実施を図りたいとしている。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の予防のため、事業所内を吹き抜け状態にして換気に努めているが、特に冬季には事業所内が寒くなってしまう。そのため、管理者は「アコーディオンカーテンの設置」を要望し、これを実現させるなど、事業所内の環境整備に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務関係は法人が主に行うしくみであるが、管理者は総合施設長と協議しつつ、当事業所の現状を踏まえて管理者の権限の範囲内で指導力を発揮することが求められる。さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-1 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

【14】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、それに基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、それに基づいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)13.3% b)66.7% c)0.0% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>採用に関する計画は、法人の研修人材部が所管し、法定要件や加算要件を充足するための計画と取り組みを行っている。新卒の採用は法人本部が一括して行い、中途採用の必要が生じた場合にはエリアで対応する。</li> <li>非常勤職員やパート職員の採否は事実上エリアの裁量で決定できる。そのため、当事業所で欠員が生じた場合は総合施設長に相談し、どう対応できるかはエリアの判断で決定される。</li> <li>具体的な採用活動については、法人のホームページに情報を掲載するほか、ハローワークや民間の求人サイトを利用している。また、職員による紹介制度もある。</li> <li>採用後の職員の育成は、法人本部が教育年間計画を定めて行っている。法人による研修、エリアごとの研修、各事業所内の研修、エルダー制度などに取り組み、職員を育成している。</li> <li>人事異動は法人本部が主導して行う。正職員については、その成長を促す意味でエリアを超えた異動を行う場合もある。非常勤職員についても、本人の希望があれば異動がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人材の確保と定着に関する取り組みは、非常勤職員やパート職員の採用を除き、主に法人本部が行っている。しかし、職員自己評価では、関連する項目の多くで、肯定的な回答の割合は3割程度であった。当事業所で取り組むことが可能な範囲であったとしても、課題の分析や職員の理解を促進することなどが求められる。</li> </ul>	

【15】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。	a
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.7% b)73.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人に人材マネジメント委員会を設置し、人事考課制度の運営、関係する規程の見直しなどを行っているほか、現在は次年度に向けてキャリアパス制度の見直しについて検討している。</li> <li>法人として「期待する職員像」は、小冊子『互惠互助』に明示しているほか、人事考課制度のなかでもそれぞれの職責に応じて期待するものを明示している。</li> <li>人事考課制度によって職務に関する成果や貢献度を評価し、職員にフィードバックするとともに、職員処遇(賞与、昇給、昇格等)に反映させるしくみである。人事考課の対象は、正規職員はもとより、週30時間以上勤務している非常勤職員についても基本的には同様の手順で評価している。</li> <li>職員自身のキャリアビジョンは、人事考課制度のなかで自己決定するしくみである。</li> <li>なお、総合的な人事管理は、法人によるしくみとはいえ、職員自己評価の割合は全体的に低く、項目によっては1割に満たないものもあったことを指摘しておく。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.7% b)66.7% c)0.0% 無回答)6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人および当事業所においては、職員のメンタルヘルスを含めた健康管理を重要な課題として位置づけている。新規採用者は、高齢分野においては特別養護老人ホームや老人保健施設の配属とし、夜勤ができる程度の経験と力量を得られるようにする機会が多いが、精神的なことから勤務が難しくなる例もある。そのため、職員が法人の健康対策室に直接相談できるしきみを整備したり、人事考課による個人面談によって、個々の職員の状況の把握と対応に努めている。</li> <li>・電子化した勤怠管理、ストレスチェック、腰痛予防対策としての体操(これだけ体操)の実施、健康診断後の個別指導、健康講座の開催、高齢の職員に対する転倒防止やフレイル予防のための取り組みに努めている。</li> <li>・当事業所では夜勤はないが、職員数が少ないため、急な退職者がいると勤務体制が全体的に厳しくなる。そのため、個々の職員の健康管理を含めた状況の把握に務めている。特に、ここ数年はコロナ禍の影響による退職者がいて、苦慮している状況である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・働きやすい職場づくりのための取り組みは、主に法人のしきみによって行っている。しかし、それらに関して、職員自己評価では肯定的な回答の割合は全体的に低く、特に「職員が相談しやすくする組織内の工夫」「職員の希望の聴取等をもとにした総合的な福利厚生の実施」「福祉人材や人員体制に関する計画に対する改善の反映」は2割程度であった。</li> <li>・コロナ禍による職員の退職など、やむを得ない側面もあるが、職員の意向をより丁寧に把握すること、改善に向けた取り組みの強化が求められる。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)20.0% b)80.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「期待する職員像」を冊子『互恵互助』に明示するとともに、人事考課制度において職員一人ひとりの目標管理を行っている。</li> <li>・正職員は自らの「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)を所定のシートに明示し、上司と共有するとともに、上司と面接した上で「業務上の重点目標」と「スキルアップのための目標」を定めている。</li> <li>・個々の職員の「業務上の重点目標」は、年度ごとの法人目標、エリア目標、部門(事業所)目標を踏まえて設定するものとし、組織としての目標と一人ひとりの職員の目標を連動させている。</li> <li>・定めた目標に向けた取り組みの進捗状況と成果については、年度の中間(10月)と期末(3月)に、それぞれの時点で上司とともに振り返りを行っている。</li> <li>・非常勤職員においても、一定以上の勤務時間数である職員は、同様のプロセスで目標管理を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人によるしきみによって、目標管理を行っている。しかし、それらに関して、職員自己評価では、肯定的な回答の割合は、ほとんどの項目が3割前後であった。その要因の分析を含めて、より適切な取り組みの実施が求められる。</li> </ul>	

【18】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)66.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「期待する職員像」は、冊子『互恵互助』に明示している。</li> <li>・法人は職員を「人財」として位置づけ、法人本部に教育研修人財部を置き、採用者、初任者、中堅、役職者などの階層別研修、共通研修(会長講話、リスクマネジメント研修、メンタルヘルス研修など)、介護、保育、医療、障害などの専門研修による研修体系を整備し、年度ごとに「法人主催研修の年間計画」および「エリアごとの研修計画」を定めて、職員の育成に取り組んでいる。</li> <li>・当事業所が属する「なんぶエリア」に研修委員会を設けて「なんぶ幸朋苑基礎研修年間計画」を立案し、同エリア内の事業所職員対象の研修(新人職員は必須)を毎月実施している(月例研修)。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所には独自の研修計画はないが、法人およびエリアの研修計画に則って、職員を研修に参加させている。現状として無資格の中途採用職員が多いことから、介護職員初任者研修などの機会を生かして資格を取得し、スキルアップを図ってほしいという意向である。</li> <li>・管理者は、デーサービスとしての事業の特色を出した研修計画の策定が必要であると考えているが、そのためには当事業所の状況に合わせた職員育成の機会づくりが求められる。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)60.0% c)6.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人主催の研修として、中途採用を含めた新規採用者に対する研修から、役職者の研修に至る体系的な研修を整備している。当事業所では、職員を対象となる法人の研修にそれぞれ参加させている。また、エリア内研修の実施があり、エルダー制度による職員の育成を行っている。</li> <li>・当事業所では、今年度は中途採用者が1名あり、先輩職員がエルダーとなって、法人が定めたチェックリストに基づいて指導している。</li> <li>・法人は、昨年度からeラーニングを導入している。それによって、リモートかつ短時間で視聴できる研修の機会が設けられ、法人として職員の研修受講を奨励している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、エリア研修であっても参加できる職員数が1～2名に限られている。また、外部研修への参加を希望する職員がいても、職員数が少ないことから、勤務を調整して参加させにくい状況がある。研修に参加した職員による「研修報告」を事業所の職員間で共有しているものの、この取り組みも徹底していない。一人ひとりの職員における研修参加の機会が十分に確保されているとは言えない状況であり、法人によるeラーニングの活用も、現状では当事業所の職員に浸透せず、不十分である。</li> <li>・管理者には、職員に対して専門的・実践的な研修を受講する機会を設けていきたいという意向がある。研修報告の共有の機会の徹底も含めて、個々の職員の学びの機会の充実を図ることを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

【20】Ⅱ-2-(4)-① 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、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はいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)53.3% c)0.0% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「施設実習受入実施手順」を定めている。</li> <li>・現状では、実習生の受け入れ実績はない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生の受け入れ実績がないものの、事業所として実習の受け入れに対する基本的な方針や考え方の明確化と、必要に応じた受け入れ体制の整備が求められる。</li> </ul>	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

【21】Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)33.3% c)6.7% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページは法人が管理し、各事業所の紹介、地域貢献活動、採用情報、事業報告、財務諸表などを掲載・公表している。このうち各事業所の取り組みは、ホームページの「活動報告」欄に掲載されている。なんぶエリアでは、主任である3名の広報担当者(特別養護老人ホームや老人保健施設の職員)を配置し、責任を持ってエリアの広報活動に取り組もうとする体制を整備したところである。</li> <li>・法人は、季刊の広報誌『お互いさま』を発行し、これを利用者家族、市内の公民館、社会福祉協議会、地域の民生委員などに配布している(発行部数は約900部)。また、法人では昨年度から『ANNUAL REPORT』(事業報告書のダイジェスト版)を発行して、トピックス、法人本部の動き、財務状況を掲載するとともに、エリアごとに活その動の一部(地域貢献活動、行事など)の報告を挿入して広報誌『お互いさま』とともに関係者に配布することにより、情報発信を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人、なんぶエリアとして情報公開に取り組むしくみであるが、当事業所に関する情報発信は少ない。事業所としての情報公開に関する方針の明確化と、広報の取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【22】Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)20.0% b)60.0% c)0.0% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内のさまざまな手続きの多くは、ISOの要件に基づいた諸規定を定めて実施している。</li> <li>・ISOで内部監査実施規定を定め、年度ごとに監査計画を定めて内部監査を実施している。総務部の監査担当者による法令遵守監査をはじめ、研修を受けた職員による横断監査などがあり、それらによって各事業所の業務が定められた手順に則って行われているかどうかを点検している。</li> <li>・内部監査の結果は書面で法人本部に報告され、その結果に基づき、各事業所において改善に取り組むしくみである。</li> </ul>	

## 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。

【23】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.7% b)60.0% c)0.0% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公民館の催しに関する情報などを、当事業所の入口近くの掲示板で伝えている。</li> <li>・なんぶエリアの事業所全体で地域と災害発生時の協定を結んでいる。地域の避難場所にもなっている。</li> <li>・なんぶエリアとして「地域交流委員会」を設置し、地域活動への職員の参加促進を担当しているが、現在はコロナ禍により、その取り組みは制限されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者と地域との交流を広げるための取り組みは、当事業所としては特段には行っていない。</li> <li>・なんぶエリアの事業所の一つとして、利用者と地域との交流の促進に関する方針を明確化するとともに、利用者に対する積極的な情報提供についての工夫も含めて、さらなる取り組みの強化を図ることを期待する。</li> </ul>	

【24】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)20.0% b)66.7% c)0.0% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・なんぶエリアに地域交流委員会を置き、ボランティアの受け入れを一体的に行っている。しかし、現在はコロナ禍で受け入れを制限している。</li> <li>・エリア全体として、高校生の夏休みのボランティア体験を受け入れ、小中学校にも出向いて高齢者の疑似体験などの機会を提供している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所としては、地域にはボランティア活動の希望者が少なからずいることから、当事業所を含めてコロナ禍の収束以降の活動再開を期している状況である。</li> <li>・当事業所は人手不足でもあるため、利用者の話し相手となる傾聴や絵手紙などでは可能であれば毎日でもボランティアを受けたいという意向がある。ボランティアの受け入れに関する方針の明確化と活動の強化を期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		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。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 13. 3% b) 40. 0% c) 6. 7% 無回答) 40. 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所と日常的に関係がある社会資源は、地域包括支援センター、介護支援事業所、病院などであり、主たる連携先は同じなんぶエリア内の事業所である。</li> <li>・なんぶエリアで「在宅会議」を毎月開催し、同エリア内の入所施設を除く事業所間で、新規利用者の受け入れとその対応などについて相談し合っている。特に胃瘻、喀痰吸引などの医療的な対応を必要とする利用者をどのように受け入れるかについて、当事業所における受け入れや対応の可否も含めて検討している。</li> <li>・当事業所の利用者は、同じエリア内(同一建物)の特別養護老人ホームや老人保健施設の利用につながっていくことも多く、それらの事業所とは日常的に連絡を取り合っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主に同じエリア内の事業所を中心とした連携体制で、必要に応じて容易に連携や連絡を取り合うことが可能となっている。しかし、職員自己評価では、肯定的な回答の割合がほぼ全ての項目で2割前後であった。</li> <li>・職員間における情報共有はもとより、利用者支援に必要な関係機関とのネットワークを、さらに広げていくことが必要である。さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 26. 7% b) 33. 3% c) 0. 0% 無回答) 40. 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「地域との共生」と「地域との連携」を事業の柱に位置づけ、地域貢献活動を中期目標の重点項目に掲げて各エリアが活動推進の中核的な拠点となって取り組んでいる。</li> <li>・法人では、2020(令和2)年度に鳥取県と協定を締結し、なんぶエリアの取り組みとして県営永江団地内に小規模多機能型居宅介護事業所を置き、同団地における高齢者の生活支援および地域コミュニティの活性化に取り組んでいる。そのなかで、行政や地域住民とともに、継続的に地域の生活課題の改善に向けて検討を行っている(永江プロジェクト)。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・なんぶエリアによる取り組みとして、地域の生活課題の把握や対応に努めている。</li> <li>・当事業所にあっては、エリアによる地域貢献活動に参加するなかでの役割の発揮が求められる。さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	



【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.7% b)33.3% c)6.7% 無回答)33.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は永江プロジェクトの一環として、昨年度から県営永江団地では、IoTによる安否確認システム(腕時計型ウェアラブル端末)を活用した高齢者の見守りを実施している。対象者の体調の異変を察知した場合には、なんぶエリア内のデイハウス、地域包括支援センター、ホームヘルプ等の待機職員が一次的対応を行い、必要に応じて駐在所が二次的対応を行うという試験的な取り組みである。</li> <li>・そのほか、同地域では米子市からの委託事業であるフレイル対策モデル事業(週1回)や、ボランティアによる見守り協力、認知症カフェなどにも取り組んでいる。</li> <li>・上記のほか、なんぶエリア地域の清掃活動(年2回)、通学路の安全確保、地域との防災協定を結んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県営永江団地における高齢者見守りシステムについては、対象地域を拡充する方針がある。また、同地域には、次年度当初に新たな地域交流拠点をオープンさせる予定もある。当事業所にあつては、エリアによる地域貢献活動に参加するなかでの役割の発揮が求められる。さらなる取り組みの強化を行うよう期待する。</li> </ul>	

### 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。

【28】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持つための取組が行われている。	b
	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持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)53.3% b)40.0% c)0.0% 無回答)6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、法人が作成した行動指針となる小冊子『互恵互助』を携行している。この冊子の内容は、法人の理念、方針、福祉サービスに従事する職員の姿勢や行動について示すものである。特に大切にしたい価値観として「個の尊厳」を取り上げている。</li> <li>・利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する研修として、法人主催の研修、なんぶエリア主催の研修などがあり、法令遵守、虐待防止や身体拘束に関する研修を取り上げている。研修は、eラーニングによる受講を可能とし、9割の参加が得られている。</li> <li>・法人として、福祉サービスの標準的な実施に関する「介護基準」を作成し、その基準には介護を提供する際の心がけ、支援する内容、支援の実施時の留意点などが記載されている。この「介護基準」は、職員の入職時に配布している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「利用者を尊重する姿勢が明示されている行動指針の理解」「介護基準の理解」等において肯定率が低い結果であった。</li> <li>・行動指針の理解や法令遵守などの研修を現場で活用できるようにするための具体的な取り組みを期待する。</li> </ul>	

【29】Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・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に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.0% b) 40.0% c) 6.7% 無回答) 13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、入職時に「個人情報保護基本方針」について説明を受けている。また「職員職務規定」において、離職後も守秘義務が課される旨の誓約書を交わしている。</li> <li>・利用者に対しては、利用開始時の「重要事項説明書」を用いた説明のなかで個人情報保護基本方針に基づく「個人情報の利用目的について」を伝え、その内容を理解してもらった上で同意を得ている。</li> <li>・法人は、介護基準として「行動制限のない介護基準」を作成し、職員に配布している</li> <li>・利用者が休養時に利用するデイルームのベッドなどにはカーテンを設置し、プライバシーが守れるように配慮している。脱衣・洗体等の入浴や排泄の介助は、基本的に同性介助である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の自己評価は低く、法人・事業所としての取り組みの周知、および法人として作成している「行動制限のない介護基準」の理解・活用、さらにプライバシーに関する事項の理解に向けた取り組みが必要である。</li> </ul>	

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。

【30】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 53.3% b) 46.7% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用希望者に向けて当事業所の情報を伝える媒体には、法人のホームページのほか、パンフレット『365日のデイサービス』がある。いずれも、活動内容や設備・行事などが写真入りで紹介され、わかりやすい。パンフレット『365日のデイサービス』は、玄関に置いている。</li> <li>・当事業所への利用希望者からの問い合わせは、居宅介護支援事業所や、同じ建物の一角にある老人保健施設やデイケア事業所等からのものが多い。当事業所の管理者と副主任が見学希望者に対応している。</li> <li>・見学者に対しては、パンフレットや「ご利用案内」などの資料を用いて、当事業所のサービス内容、利用料金、大まかな一日の支援の流れ、持参品などについてわかりやすく説明し、1日・半日の無料体験利用についても勧めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「通所介護事業の紹介内容は誰にとってもわかりやすいのか」「多くの人が入手できる場所に利用案内などを置いているか」という設問において、肯定的な回答率が低い。</li> <li>・今後の改善の取り組みとして、例えばリーフレットの作成時や見直し時には職員の意見を聞くなどして職員を巻き込んだ見直しを行うこと、また情報提供先についても職員に周知することなどを期待する。</li> </ul>	

【31】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基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基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基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)33.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの利用者は、事業所の見学を経て利用開始となる。契約時には、管理者が家庭訪問を行って「重要事項説明書」および「利用案内」を用いて説明を行っている。特に、料金体系のこと、苦情等の受付と解決の体制などの説明では、丁寧さを心がけている。</li> <li>・契約時には、利用者担当の介護支援専門員が同席し、利用者の状況についての説明を受け、利用者の希望などを確認している。これらの情報は、アセスメントに際にも活用している。</li> <li>・「重要事項説明書」の記載内容は、事業所が提供するサービス内容や職員の配置などにとどまらず、事故や災害などのリスクマネジメント分野の取り組み、虐待防止や身体拘束に関すること、苦情の受付と解決のしくみ、個人情報保護基本方針、法人のサービス提供上の基本的な考え方、利用者に対するルールを明示した「利用者の皆様へのお約束とお願い」の記載なども含むものである。そのなかでは、利用者の権利擁護とその推進の取り組みについても取り上げられている。</li> </ul>	

【32】Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	b
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)26.7% c)0.0% 無回答)40.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の利用終了の主な理由は、老人保健施設への入所、デイケアサービスへの移行、病院への入院などである。なお、敷地内の法人内の事業所へ移行する場合には、当事業所における日々の支援内容を口頭で紹介し、報告している。</li> <li>・事業所の変更にあたっては、利用者担当の介護支援専門員が中心となって対応しているので、当事業所としては文書などによる報告などは特に実施していない。</li> <li>・利用終了者からの問い合わせは、現在のところ特になく状況である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の自己評価では、肯定的な回答の割合が低い。</li> <li>・利用者が当事業所から移行した理由や移行先について知っておくことは、事業所の職員や支援者として当然のことであり、また利用者との会話などにも役立つものと思われる。職員への周知の取り組みの必要性について、事業所としての検討を期待する。</li> </ul>	

Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。

【33】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)53.3% c)0.0% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人本部では、年1回、利用者を対象とする「利用者アンケート」を実施している。</li> <li>・当事業所独自の利用者満足度を把握するための取組みとして、事業計画に「利用者アンケート」を掲げ、それを年2回実施し、満足度の現状把握を行うこととしている。現在の調査方法は、職員が対面で聞き取り調査を行っている。聞き取り調査の実施に際しては、担当する職員を決め、結果の集計にとどまらず、結果に基づく改善にも取り組む予定がある。</li> <li>・今回の第三者評価における利用者アンケート調査の回収率は63.1%であった。この利用者アンケート調査の結果で、利用者の事業所に対する総合的な満足度は「大変満足」22.0%、「満足」68.3%と合わせて9割を超え、高率であった。自由意見・要望についても肯定的な感想などが多く寄せられている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所独自の「利用者アンケート」の目的は、事業計画上では「満足度の現状把握」となっている。しかし、現状把握だけにとどまらず、調査結果を利用者サービスの質の向上に活用することを方針として、明確化・文書化することを期待する。</li> <li>・また、法人として実施している「利用者アンケート」の結果の活用についても事業所として検討し、明確化することを期待する。</li> </ul>	

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。

【34】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)46.7% b)40.0% c)0.0% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決の体制は「重要事項説明書」に記載している。当事業所の苦情受付窓口、法人の利用者相談・苦情担当者、行政機関のほか、第三者委員4名（地域住民3名、法人常勤監事1名）を明示して、事業所内での掲示も行っている。なお、苦情解決の体制および法人としての考え方・方針についても事業所内に掲示している。</li> <li>・事務所に「ご意見箱」を設置している。これに受け付けた利用者等からの意見・苦情は、個人情報に留意した上で掲示・公表を行う方針であり、実際に掲示を行っている。</li> <li>・苦情や意見への対応は「苦情対応マニュアル」に則って行っている。苦情や意見が寄せられたら、即座に事業所内で管理者に伝えるとともに、なんぶエリア総合責任者も交えて検討して法人の責任者に報告している。なお、法人として苦情解決第三者委員会を年3回開催している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の第三者評価における「利用者アンケート調査」では、設問項目「行政など外部の苦情窓口や第三者委員にも相談できることを伝えられているか」における「はい」の肯定的回答率は53.7%であった。さらなる周知の取組みに向けて、検討することを期待する。</li> <li>・今日では、事業所の運営主体である社会福祉法人に対しては、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に配慮した上で苦情の内容を公表することが求められている。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。</li> <li>・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。</li> </ul>	

【35】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とき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とき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ときに、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)33.3% c)6.7% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等からの相談や意見などについては、送迎時に直接意見を聞いたり、連絡帳への記載を行っている。相談や意見などを受け付けた職員は、管理者および副主任に報告し、また内容によって夕礼時に報告するなどして職員間で共有している。</li> <li>・専用の「相談室」は設置されていないが、利用者や家族等と対面して相談を受けるときには、同じ敷地内の入所部門で活用する「相談室」を使うことができる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の結果では、利用者等が相談や意見を述べたりすることに関して積極的な対応が不十分であるという意見があった。利用者の視点で、連絡帳への記載方法や夕礼時の情報共有と支援内容への活用について、改めて検討することを期待する。</li> </ul>	

【36】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)53.3% b)40.0% c)0.0% 無回答)6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等からの相談や意見は「個別計画作成時」や日頃の「声かけ」「連絡帳」などで把握し、また夕礼を活用して職員間で共有している。管理者は、即座に対応が必要か、あるいは対応の必要性などについて検討している。</li> <li>・「重要事項説明書」には「苦情解決は申し出を受けて1日以内にその対応に着手することを原則とする」と記載されている。</li> <li>・今回の第三者評価における「利用者アンケート調査」では「利用者等の不満・要望への対応」については、82.9%が「はい」と肯定的な回答を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この評価項目(細目)では、苦情について迅速に対応することはもとより、家族の相談・要望・提案等にも可能な限り、迅速に対応する体制の整備を求めている。</li> <li>・そのため、相談・意見に関する「受付から対応までのプロセス」はマニュアル化して、職員に十分周知しておくことが求められる。</li> </ul>	

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。

【37】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や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.0% b) 53.3% c) 0.0% 無回答) 6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の管理者が参加する「なんぶ幸朋苑リスクマネジメント委員会」を立ち上げ、この委員会を月1回開催している。委員会では、各事業所で発生した事故の状況とその傾向について報告を受け、共有している。</li> <li>・事故発生時には、現場にいた職員で即座に検討し、対応している。その後、事故およびヒヤリ・ハットについては、発見者が「いろんなこと報告書・事故報告書」に記載し、この報告書を職員に配布することによって、発生状況や再発防止策などについて検討し、共有している。当事業所では、1カ月をめぐり、対策の適切性について再確認を行っている。</li> <li>・リスクマネジメント分野に関する研修については、法人における共通研修として取り組み、また「なんぶ幸朋苑 基礎研修年間計画」においても「服薬事故を起こさない基準」「表皮剥離を起こさないための介護基準」「骨折を起こさないための介護基準」をテーマとする研修を掲げ、実施している。これらの研修は、新人職員については参加を必須としている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「こうほうえん安全管理マニュアル」を作成し、防災、介護事故、転倒、災害に関する対応マニュアルを作成しているが、当事業所ではこれらのマニュアルを活用する取り組みは弱い。</li> <li>・また「いろんなこと報告書」への記載に際して、要因分析に関する「トリガーリスト」を作成し、システム要因、ヒューマン・ファクター、環境要因を抽出してトリガーから要因を選択し、対策を立てる方法を提示しているが、現状では活用されていない。改めて、トリガーリストなどの活用に向けた具体的な取り組みを行うことが求められる。</li> </ul>	

【38】Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全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。	a
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 66.7% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症の予防対策については、法人として作成している「ISO」に準じた「感染症予防対応マニュアル」において職員の責任・役割の範囲を明示している。このマニュアルは、事務所に置いて活用できるようにしている。</li> <li>・感染症予防対策に関する研修会を「法人研修」として実施している。また「なんぶ幸朋苑基礎研修計画」でも「感染症を起こさないための介護基準」をテーマとする研修を掲げ、実施している。この研修への参加は、新人職員については必須である。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症への対策としては、法人からの最新情報の提供があると職員にそれを配布し、看護師を中心に具体的な取り組みを行っている。また、エリア内の情報共有のほか、クラスター班を設置して予防対策に取り組んでいる。</li> <li>・なお、職員自己評価では「定期的に感染症の予防や安全管理に関する勉強会を開催しているか」については、肯定率が低い。全職員の参加を課題として、計画の充実を図ることを期待する。</li> </ul>	

【39】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)46.7% c)0.0% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時の対応は「災害時対応マニュアル」に明示している。緊急連絡網を作成し、年2回、職員参加のもとに火災訓練を実施するとともに、避難訓練も実施している。避難場所は、水害を想定した場合には、建屋内の2階にある老人保健施設の「デイルーム」への避難をしている。</li> <li>・原則として、通所介護の利用者については、避難後には可能な限り、自宅へ送ることとしている。</li> <li>・食料や備蓄類などについては、エリアとして整備を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害発生時における対策に関して、職員自己評価では肯定率が低い。エリアとして対応している内容も含めて、具体的な取り組みの職員への周知と、職員参加などによって理解の確実性を期する取り組みを行うことが必要である。</li> <li>・法人やエリアとしての災害時の安全確保の方針や対策も不明確である。今後の検討を期待する。</li> </ul>	

### 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。

【40】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、それに基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、それに基づいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)33.3% c)0.0% 無回答)26.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス分野における標準的な実施方法については、法人が作成している「介護基準」のほか、通所サービス分野を対象にした手順書があり、それらに記載されている。手順書には、利用開始時の対応手順、送迎時の対応手順、通所サービス計画作成手順、レクリエーション実施手順、通所サービス日誌作成手順、服薬手順などがある。これらは、事務室に置かれている。手順書の活用は「なんぶ幸朋苑 基礎研修計画」なかで、新人職員や中途採用職員を対象に行われる具体的な支援や、リスク対策をテーマとする講義のなかで活用することが掲げられている。</li> <li>・法人が作成する介護基準には「その人を中心とした尊厳を奪わない介護基準」が掲げられている。また、サービス提供時の留意点として、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護にかかわる姿勢などが介護基準に記載されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・文書化されている手順書は、法人および法人内の通所サービス事業所を対象として作成されたものであるが、これらを当事業所としてどのように活用しているのか、また追加しているのかなど、手順書の活用状況は不明確である。</li> <li>・事業所として、計画性と確実性を持って取り組むことを期待する。</li> </ul>	

【41】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、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)26.7% b)33.3% c)0.0% 無回答)40.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・作成されている手順書の検証と見直しは、法人が担当している分野・文書については「版」と「発行日」が記載され、見直しや新たに作成した文書・手順書がわかるようになっている。</li> <li>・一方、通所サービス事業所分野の手順書の見直しに関しては、それらが不明である。当事業所としての独自の取り組みに関する定期的な検証と見直しの標準化・文書化の検討が必要である。</li> <li>・法人として作成されている「介護基準」についても、見直しの基準などについて、当事業所として知っておくことが必要である。</li> </ul>	

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。

【42】Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)46.7% c)0.0% 無回答)13.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントは、介護支援専門員からの情報、見学時の面接の情報に基づいて行うほか、法人内事業所からはサービス計画が提供されている。契約時の家庭訪問でも、当事業所独自のアセスメントシート「デイサービス判定及びアセスメント記録」を活用し、利用者本人と家族から情報収集を行い、把握した内容を記載している。</li> <li>・通所介護計画については、担当職員を指名して作成させ、管理者が内容を確認している。計画の内容は、さらに利用者・家族、担当介護支援専門員などが参加する「担当者会議」に報告し、検討を行う。このようにして策定された通所介護計画は、利用者に対して説明を行って理解を図った上で、同意を得ている。</li> <li>・嚙下機能についての問題がある利用者の場合は、法人内の他事業所から言語聴覚士が月1回訪問しているため、言語聴覚士によるアセスメントを実施して、通所介護計画に活用している。</li> <li>・通所介護計画については、送迎職員以外の全職員が紙ベースで情報共有している。また、通常の記録物は「供覧用共有ファイル」に綴じ、職員は日々その内容を確認している。なお、今後は記録物の管理をパソコン上で行うことができるようにする意向があるため、パソコンの情報共有ソフトウェアの併用を検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護サービスの実施手順は標準化・マニュアル化され、必要な記録物も認められるが、職員自己評価における肯定的な回答率は低い結果である。</li> <li>・アセスメントによる利用者の状況の理解と、それに対応した適切なサービス計画の立案、そして経過に準じた適切なサービスの提供が求められている。今後は、さらなる職員間の情報共有を課題として、要因の分析と対策について検討することを期待する。</li> </ul>	



【43】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)46.7% c)0.0% 無回答)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・通所介護計画の実施状況については、計画の作成担当者が「通所介護 モニタリング」のシートを活用し、毎月記載している。また、6カ月ごとにモニタリング会議を実施し、職員間では「通所ケアカンファレンス議事録」にまとめている。全職員間の情報共有を課題として掲げ、このカンファレンスに参加できなかった職員は、書類を供覧して確認のサインを行うしくみである。また「サービス実施状況報告書」(デイサービスセンターなんぶ幸朋苑)にまとめ、担当の介護支援専門員に送付している。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・職員自己評価の結果では、通所サービス実施手順のさらなる周知の必要性和既存の手順書の見直しの必要性について、職員からの示唆がある。今後の検討を期待する。</p>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)46.7% b)53.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・サービス実施記録としては、連絡帳や介護日誌への記載がある。これらの記録の記載時には、サービス実施計画の内容を意識して行っている。職員自己評価では、肯定的回答の割合は約9割である。</p> <p>・情報の共有は、紙ベースでは「DS情報共有シート」で、パソコンベースでは情報共有ソフトウェア「サイボウズ」で行っている。なお、特別に情報共有すべき事項がある場合には、LINEグループの機能を活用する場合もある。</p> <p>・困難な事例などに関しては、なんぶエリアの在宅部門の現場リーダー層による「在宅会議」でも検討を行い、サービスの有効な活用と効果的な連携ができるように努めている。なお、マニュアルのうち「通所サービス介護日誌・個人ファイル・連絡帳記入要領」の活用はしていないが、職員はOJTに取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・職員自己評価では「組織における情報の流れの明確化」と「必要な情報が届くしくみ」について、肯定率は低い。また「在宅会議」の存在や会議での検討内容についても、さらなる周知が求められる。</p>	

【45】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程が定められ、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程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程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)53.3% b)40.0% c)0.0% 無回答)6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「個人情報管理規定」および「個人情報Q&amp;Aこうほうえん」を定め、職員の入職時に内容を説明している。</li> <li>・利用者に対しては、利用開始時に「重要事項説明書」を用いて、法人が定めている「個人情報保護基本方針」に従ってサービスを実施することを説明している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「個人情報保護の観点から職員に対して教育や研修が行われている」および「個人情報保護規定を理解し、遵守している」に関しては肯定率が低い。さらなる検討を期待する。</li> </ul>	

●内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

【A1】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工夫していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 20.0% b) 80.0% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者それぞれの心身の状況と暮らしについての意向を反映させたケアプランを作成している。</li> <li>・利用者一人ひとりに応じた生活になっているかを担当者会議で検討し、適切な支援を展開するように組織として取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍の影響を受けて、感染予防に重点を置かざるを得ない状況である。そのため、利用者同士の交流を最小限にとどめ、利用者が個々で行える活動を主にして支援に取り組んでいる。その結果として「塗り絵」などの個人で行う趣味活動に近いプログラムが多くなっていることを、事業所としては課題としている。なお、それらの他者との交流が少なくなる種類のプログラムに対して、利用者アンケート調査では「コロナ禍なので我慢しなければならない」という意見が利用者から寄せられている。</li> <li>・利用者が、日常生活のなかで自分の役割を持てるようにするための工夫については、利用者の生活状況の把握が不十分であるため、その提案にまでは至っていない。</li> <li>・本評価項目では、評価の着眼点として6項目をあげているが、そのうちの4項目では、職員自己評価の肯定率は4割にとどまる。具体的には「利用者の自立に配慮した支援」「利用者の希望を日中活動に反映させる」などの項目である。この結果となった理由を、事業所では「利用者同士の交流をコロナ禍により止めているため、肯定率が低率になっている」と認識している。</li> </ul>	

【A2】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) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 20.0% b) 80.0% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・失語症や高次脳機能障害などがあることによって、コミュニケーションが図りづらい利用者については、言語聴覚士に機能評価を依頼し、対応に役立っている。</li> <li>・利用者の思いや希望を把握し、それらを活かした支援を展開させるべく、担当者会議で検討している。</li> <li>・ケアプラン・アセスメントで、コミュニケーションの方法や支援について定期的に見直している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として作成している「介護基準」には、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいなどについてまで示されている。これを受けて、当事業所でも利用者の尊厳を守る介護を重視し、職員への周知徹底に努めている。しかしながら、このことについての職員自己評価の肯定率は26.7%と低率である。通所介護という当事業所の特徴を踏まえて、すでにある「介護基準」のどの部分をどのように活用し、その周知を図るかについて検討を行うよう期待する。</li> <li>・「利用者が話したいことを話せる機会をつくる」ことについての職員自己評価の肯定率も26.7%と低率で、経営層の自己評価でも「不十分」としている。この原因を、事業所では、利用者同士や利用者職員が気兼ねなく交流できる機会をコロナ禍によって制限せざるを得ないことをあげている。</li> </ul>	

A-1-(2) 権利擁護

【A3】A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 66.7% b) 0.0% c) 6.7% 無回答) 26.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の権利擁護について、当事業所は「行動制限のない介護基準」「利用者の皆様へ」などの資料を用いて、職員の理解が深まるように取り組んでいる。また、利用者の権利擁護を図る取り組みとしては、利用者とその家族への周知に「利用者の皆様へ」の文書を用いて努めている。</li> <li>・原則禁止としている身体拘束を、緊急やむを得ぬ場合に一次的に実施する際の具体的な手続き等は「行動制限のない介護基準」で定めているが、職員への周知は不十分である。また、所管行政への虐待の届け出・報告についての手順も明確にしているが、職員への周知の面で不十分であることが、職員自己評価の肯定率が33.3%であることからうかがえる。</li> <li>・地域に居住する構成メンバーが定期的に各事業所を訪問し、利用者と直接触れ合ってもらう活動を第三者の立場で行っている「ふれあいの橋の会」でも、寄せられた苦情について毎月まとめたものを検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・権利擁護のための研修会を年1～2回行ってきていたが、コロナ禍の影響を受けて、集合研修を見合わせている。</li> <li>・コロナ禍を受けて、事業所の動きについては制限されている部分も少なくはない。ただし、利用者の権利擁護に向けた取り組みは、職員に周知徹底されることが期待されている。現在、取り組みが不十分とされていることに優先順位を設けて、コロナ収束後には、取り組みの強化を行うことを期待する。</li> </ul>	

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

【A4】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 26.7% b) 66.7% c) 6.7% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの入る複合施設の1階部分で支援を実施している。複合施設の建物の構造として、利用者は正面玄関から入り、長い廊下を進んで行くと、突き当りにある通所介護のスペースにたどり着くことになっている。そのため、複合施設を訪れた人は誰でも、正面玄関から入った廊下の先に、通所介護の利用者の活動の様子を見ることができる。</li> <li>・利用者の体調に応じて休息できる「静養室」を設け、そこにベッドを準備して、いつでも利用できるように配慮している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルスへの感染防止を最優先にした環境設定としたことにより、密の状態を避け、常に換気を行うことにした。その結果、正面玄関からの外気が廊下を伝わって直接通所介護のスペースに流れ込み、利用者は冬の寒気にさらされる状況になった。事業所はそれに対処するために、玄関からのアプローチと通所スペースとの間にビニールの簡易アコーディオンカーテンを設置するなどの工夫をした。少しは改善できたものの、アコーディオンカーテンが天井まで届くものでないため、寒気の影響は受けている。</li> <li>・そのため、利用者の快適性と寛いで過ごせる場所として通所介護のスペースの環境を見たときに、改善すべき必要性を事業所としては認識している。また、職員自己評価の結果も、同様の傾向を示している。</li> </ul>	

A-3 生活支援

A-3-1 利用者の状況に応じた支援

【A5】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。	a
	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>■ 職員の自己評価の結果は、a) 73. 3% b) 26. 7% c) 0. 0% 無回答) 0. 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の意向と心身の状態に合わせて入浴支援を提供している。当事業所における利用者の入浴時間については、午前中の実施を原則にして、毎日20名程度が入浴している。なお、浴槽の種類としては、大型の掘り込みタイプと、専用椅子(シャワーチェア)に乗ったまま端坐位姿勢で入れる浴槽を備えている。</li> <li>・入浴介助に携わる職員は5名程度で、誘導、脱衣と洗体担当が連携して行っている。なお、脱衣と洗体を担当する職員は、同性介助を原則にしている。</li> <li>・入浴を拒否する利用者に対しては、入浴の時間や声かけを行う職員を変えるなどの工夫をしている。</li> <li>・事業所にける入浴の状況は、口頭または連絡票で家族に伝えている。</li> <li>・なお、風呂場の位置が通所介護の活動スペースから距離のある場所にあるため、職員にとっては誘導に費やす時間が長くなっている。約20名程度の入浴に5名体制で介助していることには、誘導動線の長さも影響していると考えます。</li> </ul>		

【A6】A-3-1-② 排せつの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) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	b) 排せつの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) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40. 0% b) 60. 0% c) 0. 0% 無回答) 0. 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の状態に合わせた排泄支援を実施している。実施にあたっては、利用者の羞恥心に配慮し、他の利用者にはわからないように行う「声かけ」などにも工夫をしている。静養室のベッド上でおむつ交換を行う場合には、プライベートカーテンを使用して他者から視線を遮ったり、臭気の予防などにも配慮するように努めている。</li> <li>・登録利用者の平均介護度は2. 7である。日常生活自立度はランクA-2以下が67. 5%、認知症の日常生活自立度はランクⅢa以下の利用者が86. 7%を占めている。しかし、そのなかでも排泄について自らの意向を示せる利用者は多く、職員はそれに応じてトイレを案内するなど、利用者の特徴に合わせて丁寧に対応するようにしている。なお、排泄動作が自立している利用者も10名程度いる。</li> <li>・排泄支援を提供している利用者の排泄の状態は、必要に応じて職員が排尿や排便について口頭や連絡票などで家族に連絡するなどにより、情報提供している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所スペースからトイレまでの距離が長い。そのため、便・尿意を感じてからトイレにたどり着くまでには相応の時間を要している。したがって、利用者の反応から職員がそれを見極めて適切なタイミングで誘導することには、より難しさがある。また、トイレの便器の脇に設置された「L字型手すり」の位置は、利用者の立ち上がりを誘導する位置にはない。</li> <li>・今回の第三者評価で実施した利用者アンケート調査の自由意見として「トイレの設置数を増やしてほしい」「トイレの数が少なく不便である」「ベッド上での排泄支援の臭いが皆が過ごす場所まで感じられるので不快である」といった意見や事業所への要望が寄せられていた。全体的には寄せられた意見・要望の数が少ないなかで、トイレ(排泄)に関するこれらの要望は、目立つものであった。改善に向けた取り組みを期待する。</li> </ul>	

【A7】A-3-(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。	b
	b) 移動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) 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.0% b) 60.0% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、利用者の身体機能に合わせた適切な歩行器の種類を選択と、体型に合わせた高さ調整および使い方についての注意点などを、併設している老人保健施設の理学療法士や作業療法士に相談している。また、転倒リスクの高い利用者の歩行介助時のポイントについても同様に相談し、助言を得ている。</li> <li>・通所介護の送迎車の利用時には、車への乗り降りに適した場所の選定や、利用者の送迎際のピックアップ場所に「勾配」がある場合などでも、安全確保上の注意点について、理学療法士や作業療法士に相談するようにしている。特に、当事業所の利用が老人保健施設からの退所後である場合などには、実際の送迎場所を理学療法士や作業療法士に見てもらって相談できる関係にある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が安全に移動できるようにするための介助の取り組みについては、職員自己評価の肯定率は46.7%であった。この結果は、移動介助の実技についての力が不足しているとする職員の自覚として受け止められる。</li> <li>・利用者の残存能力を活用した介助方法を職員が習得しておく意義は大きい。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

### A-3-(2) 食生活

【A8】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 26.7% b) 73.3% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士は「通所介護の利用者の嗜好を献立に取り入れるようにしたい」という意向を持ちながら、利用者に対応している。</li> <li>・食事は、適温で提供することができるように配慮している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍の影響を受けて、現時点では、利用者同士は適切な距離を保って座り、そこが食事の場所にもなっているため、利用者同士が語らうなどの楽しみを持ちながら食事できる環境にはなく、いわば「孤食」の様相を呈している。</li> <li>・集団給食であるため、献立は併設する老人保健施設や特別養護老人ホームと同じ内容になっている。これに対して、管理栄養士は「通所サービスを利用している利用者に見合った献立を工夫したい」と考えている。</li> <li>・そのように、当事業所では、コロナ禍に伴う行動制限が解除されたときには、利用者同士で楽しめる食事環境、利用者の希望や意向を反映させた献立に取り組みたいという意向がある。今後の積極的な取り組みを期待する。</li> </ul>	

【A9】A-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。	b
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)60.0% c)6.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の咀嚼・嚥下能力に応じた食事を提供している。</li> <li>・嚥下・咀嚼に問題があると介護職員が感じた場合、むせ込みなどの反応が見られるようになった場合には、言語聴覚士に相談し、機能・能力を評価してもらっている。</li> <li>・利用者の心身の状態に配慮して食事の介助や見守りを行いながら、利用者が安全に摂食できるように配慮している。なお、食事の時間は「盛り付けから2時間以内」としている。これは、集団給食の衛生管理の標準に基づく対応である。</li> <li>・新規利用者について、現場から「嚥下に問題がある」旨の相談を受けたとき、言語聴覚士は、利用者の口の動きや義歯の衛生状態などを評価して文書を作成し、併せて安全に介助するポイントを現場の職員に伝えている。同時に、これらの情報を家族と担当ケアマネジャーにも手紙等で伝えるようにしている。特に、家族と利用者の状態を共有するために、独自に「評価ノート」を作成するなどの工夫を行っている。</li> <li>・栄養スクリーニング加算を、35.4%の利用者に適応している。低栄養のリスクがある利用者に対しては、言語聴覚士も関与して栄養補助食品の開始を試みるなど、丁寧な対応に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、利用者の咀嚼・嚥下能力に合わせた食事形態で提供しているが、現時点では、通所介護の利用者の意向を献立に反映させるまでには至っていない。</li> <li>・誤嚥・窒息などの摂食に伴う「事故」発生の予防と、発生時の対処方法に関する取り組みは、職員自己評価では肯定率が46.7%であり、事業所としての経営層合議結果でも、日頃からの確認・徹底が不十分であると認識している。</li> </ul>	

【A10】A-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。	b
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)60.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昼食前に嚥下体操を行い、利用者がスムーズに咀嚼・嚥下することができるように取り組んでいる。</li> <li>・昼食後は、全利用者に対して「口腔ケア」を実施している。</li> <li>・利用者の口腔状態および咀嚼・嚥下機能についての定期的なチェックは、言語聴覚士がその必要性を判断し、実施している。現在、その対象となっている利用者は5名程度である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が口腔ケアを学習する機会として法人の内部研修会があり、この研修会の内容には実践に役立つ実技の対応までが組み込まれている。しかしながら、全職員がこの法人の内部研修を受講しているわけではなく、事業所独自にも実施を計画してはいない。そのため、職員自己評価でも、肯定率は33.3%であり、事業所としても取り組みが不十分であると自己評価している。</li> <li>・利用者の口腔清掃の自立度に応じた口腔ケアの計画の作成とその評価・見直しは、希望する利用者については言語聴覚士が介入して作成・実施しているが、このことについての職員自己評価の肯定率も33.3%にとどまっている。当事業所としての口腔ケアに対する方針を明確にし、それを職員に周知するところから取り組むことを期待する。</li> </ul>	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

【A11】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。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.0% b) 60.0% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・褥創への標準的な対応指針として「介護基準」がある。</li> <li>・褥創の処置は看護師が行う。看護師は、処置方法について主治医や訪問看護師と連携し、その指示を受けながら行っている。</li> <li>・褥創が発生し、訪問看護を利用している利用者については訪問看護師と「情報交換ノート」を作成し、密に情報交換できるようにしている。なお、この「情報交換ノート」は、訪問看護師からの提案を受けて作成するようになった。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・褥創のある利用者を受け入れたとき、当事業所の看護師は、医療機関とのカンファレンスや事前訪問などに参加していない。医療機関との情報交換は、コロナ禍の影響もあり、現在のところ難しい部分もある。しかしながら、自宅への事前訪問は、事業所独自の判断で可能になる。褥創への対応・処置では、間接情報に加え、看護師が褥創を直接観察することが重要になる。</li> <li>・褥創への標準的な対応方法について職員に対して周知する取り組みを、職員自己評価結果で見ると、肯定率は26.7%と低率である。そして、これについては事業所としても不十分と自己評価している。褥創の発生予防は、皮膚損傷の発生とも関係し、利用者への移動介助の技術の向上も必要となる。したがって、褥創への対応について狭義に捉えて行うのではなく、移乗技術なども含めた介護の基本として取り組む必要がある。</li> </ul>	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

【A12】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。	
	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。	
講評	<p>■ 非該当</p>	



A-3-(5) 機能訓練、介護予防

【A13】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機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。	
	c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 26.7% b) 73.3% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日、入浴開始前の午前10時頃と午後2時頃から、利用者は集団の体操を行っている。</li> <li>・ホットパックの使用や歩行訓練は、それを希望する利用者について対応している。また、マッサージは1名あたり20分程度の時間で、10名程度に実施している。これらは、通所介護サービスの職員が担当して実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「利用者の意向や身体機能をアセスメントして行う個別状況に応じた機能訓練」は、実施していない。また、機能訓練や介護予防について、専門職から助言を得て取り組む体制もない。通所介護における機能訓練は、すべての通所利用者を対象にして在宅時の過ごし方を把握し、その暮らしの継続を目的にサービスを提供することにある。そのため、全利用者を対象にした「機能訓練」に取り組む必要がある。</li> <li>・本評価項目の着眼点は5項目あるが、そのうちの4項目について、事業所では「取り組みが不十分である」と自己評価している。また、職員自己評価の結果も、肯定的回答率が5割を超えている項目は1項目にとどまっている。これらのことから、本項目への取り組み不足は、事業所全体で課題として認識していることがわかる。</li> </ul>	

A-3-(6) 認知症ケア

【A14】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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 26.7% b) 73.3% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新人研修には「認知症ケア」に関する内容が組み込まれ、利用者への対応を「丁寧に行くこと」を重視する内容になっている。</li> <li>・なんぶエリアの月例研修でも「認知症」がテーマになることがあり、当事業所は1名の職員にこの研修を受講させ、その際の研修の資料を職員に供覧している。</li> <li>・サービス利用時の利用者の様子は「連絡票」に記載し、家族と情報共有するように努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状態を認知症高齢者の日生活自立度で見ると、ランクⅢb以上の利用者は12名(13.3%)である。そして、通所時や在宅生活では支障になりやすいBPSDの症状を呈する利用者はいない。これは、職員の「丁寧な対応」による結果とも受け止められる。</li> <li>・しかしながら、利用者が落ち着ける環境づくりは、認知症の症状のある利用者だけでなく、誰にとっても必要なことである。また、認知症の医療・ケアについて最新情報を得る研修の機会等の不足は、事業所および職員自己評価でも課題とされている。積極的な取り組みを期待する。</li> </ul>	

### A-3-(7) 急変時の対応

【A15】A-3-(7)-① 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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.0% b) 53.3% c) 0.0% 無回答) 6.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、利用者が事業所に到着したときに問診、血圧測定、体温測定を行い、昼にも体温測定を実施して、日々の利用者の健康状態について確認している。</li> <li>・当事業所で確認した日々の利用者の健康状態については「介護日誌」に記録している。</li> <li>・利用者が急変した場合などの対応マニュアルを備えるとともに、当事業所と医療機関等との連携体制を確立している。</li> <li>・利用者の服薬の管理は、薬の預かりから与薬までの業務を看護師が担当している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の疾病の特徴や薬の主作用・副作用等に関する研修は実施していない。このことについての職員自己評価の結果も、肯定的な回答率が13.3%であり、低率である。また、利用者の体調の変化や異変の兆候に早期の段階で職員が気づくための工夫も、職員自己評価における肯定的な回答率は40.0%であった。</li> <li>・職員の自己評価の本評価項目では評価の着眼点が8項目示されているが、そのうち半数の項目については、肯定率が低率である。経営層の自己評価も職員自己評価と同様の傾向を示し、取り組み不足であると自己評価している。</li> </ul>	

### A-4 家族等との連携

#### A-4-(1) 家族等との連携

【A16】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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 46.7% b) 53.3% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の通所時の状況は、独自の複写式の「連絡票」に記録している(A4判に記録し、利用者の「連絡ノート」に通所日ごとに貼付している)。そして、事業所では、この「連絡票」を利用者別にファイルし、保存している。</li> <li>・この「連絡票」には、家族との連絡事項を記すスペースを設け、家族と事業所との間の意思疎通が図りやすいようにしている。家族が必要とする情報を提供したり、連絡の内容によってはケアマネージャー、関係機関等につないでいる。</li> <li>・今回の第三者評価の実施時の「利用者アンケート調査」の回収率は、63.1%であった。なお、アンケート調査の回答者の属性は「利用者本人」が29.3%、「利用者が家族等と相談しながら」17.1%、「家族が利用者本人の気持ちを推察して」41.5%であり、家族がアンケートに関与した割合は6割弱である。事業所の利用についての満足度も「大変満足」と「満足」の回答を合わせると9割を超えている。</li> <li>・なお、本評価の着眼点として示された7項目のうち1項目である「家族に対して必要に応じて介護に関する助言や介護研修を実施しているか」についての取り組みは、事業所では「不十分」と自己評価し、職員の自己評価でも肯定的回答率は26.7%と低率である。これについては、必要性を認識したときに具体的な取り組みを実施することを期待したい。</li> </ul>	