

平成29年度
福祉サービス第三者評価結果
報告書

社会福祉法人 よいち福祉会
介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】
フルーツ・シャトーよいち

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目次

| | ページ |
|--------------------------|-----|
| 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン … | 1 |
| 共通評価項目 | |
| Ⅰ. 福祉サービスの基本方針と組織 …………… | 5 |
| Ⅱ. 組織の運営管理 …………… | 9 |
| Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施 …………… | 16 |
| 内容評価項目 …………… | 23 |

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者【利用者・家族】聞き取り調査 集計結果

福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

| | | | |
|-------------------------------|--|---|----|
| 名称：フルーツ・シャトーよいち | 種別：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | | |
| 代表者氏名：本荘 頼賢（施設長） | 定員（利用人数）：118名 | | |
| 所在地：北海道余市郡余市町黒川町19丁目1番地2 | | | |
| TEL：0135-22-5350 | ホームページ：https://www.fruit.or.jp | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日：平成3（1991）年4月1日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 よいち福祉会 | | | |
| 職員数 | 常勤職員：79名 | 非常勤職員：28名 | |
| 専門職員 | 介護福祉士 | 41名 | 7名 |
| | 社会福祉士 | 5名 | 0名 |
| | 看護師 | 4名 | 8名 |
| | 管理栄養士 | 0名 | 0名 |
| | 栄養士 | 2名 | 0名 |
| 施設・設備の概要 | <p><居室数></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多床室：4人部屋9室 2人部屋8室 ・個室（従来型）：11室 ・個室（ユニット）：80室 | <p><設備等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・設備の特徴として、住民が活用できるホール1カ所とルーム1カ所がある。 ・また、図書を置ける場所を設置して、移動図書館として活用している。 | |

③ 理念・基本方針

<理念>

1. 入居者の方には、ここに入ってよかった（ここでの生活が充実している）と思えるような安心感に繋がる支援をします。
2. ご家族から安心して両親・ご兄弟を任せられる特養を常に目指します。
3. 地域から信頼され、高齢になって必要な時に、この施設で自分の暮らしを続けたいという特養を目指します。

<基本方針（行動指針）>

質の高い介護看護を追求します／誰に対しても懇切丁寧な対応をします／透明性の高い運営をします／家族との関係性を大切にします／自己決定を重要視します／プライバシーを守ります／よりおいしい食事を提供します／地域の方とのつながりを大切にします／職員の資質を向上します／季節感を感じ、楽しめる催しを実施して、楽しんでいただきます／身のまわり等を清潔にします

④ 施設・事業所の特徴的な取組

・「透明性のある法人運営」を「重点的な取組み」と位置づけ、「公開」を基本原則にホームページやソーシャルネットワークサービスを活用し、担当職員2名を任命して更新を行っている。内容としては、法人概要や各事業所の紹介はもとより、事業計画、事業報告、財務状況、苦情相談受付・対応状況、事故報告書などを公開している。

・地域のボランティアの方や学生への働きかけを行っており、地域との交流を積極的にしている。「介護の魅力フェア」では、地域講演会のほかに学生向けの就職体験会も行い、たくさんの方々に介護を知ってもらう活動に取り組んでいる。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成29年12月4日（契約日）～ 平成30年7月3日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 4回（平成26年度） |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 透明性の確保に関する方針を明確にし、ホームページ等を活用して苦情対応や事故報告なども含めた積極的な情報公開に努めている

当法人では、理事長の「何でも公開」という基本的な方針のもと事業計画で「重点的な取組み」の冒頭に「社会福祉法人改革への対応強化」を掲げ、「社会福祉法人として、透明性のある法人運営や一層の地域貢献に取り組む」と明示している。

具体的には、ホームページとソーシャルネットワークサービスを運営して、特にホームページでは事業所紹介はもとより「情報公開」欄を設けて「事故報告・対応状況」「苦情相談・対応状況」「法人概要全般（役員名簿、定款、現況報告書など）」について公開している。なかでも「事故報告・対応状況」では、個々の事故報告書の内容をそのまま掲載し、さらに「苦情相談・対応状況」については年度ごとに各事業所で受け付けた苦情内容と対応結果を全て公開している。

当事業所では、そのような法人の方針を踏まえ、事業所別に設けられている「ブログ」欄に催しの予定、報告、職員研修の様子、事業所内のできごとなどを、部署ごとに交代する方法で約2週間ごとに更新している。

明確な方針のもとに苦情対応や事故報告等の公開を進め、積極的に透明性の確保に努めている取り組みは高く評価できる。このような取り組みは、職員を理念・基本方針（行動方針）に掲げた方針・課題の実践に向かわせており、利用者と家族に対する調査（面接）でもそのことが確認できる。

2. 地域に積極的に働きかけて住民が参加する機会を多様に設けるなど、地域に開かれた法人・事業所の実現に向けて積極的に取り組んでいる

法人・事業所として、地域に働きかけながら地域住民との関わりの機会を増やし、地域に開かれた法人・事業所を目指して積極的に取り組んでいる。

人口の減少や介護職の確保などの厳しい地域環境のなかにあつて、世代を超えて地域住民の福祉・介護への関心を高めるために、小中学校や民生委員協議会などの地域の関係機関に対して積極的な

働きかけを行うとともに、法人・事業所の活動への参加機会を増やし、理解の促進に努めている。

具体的には、民生委員協議会や学生などによる夏祭りや餅つき大会などの行事の開催、地域住民が「舞踊クラブ」「書道クラブ」「生け花クラブ」などで講師を務める活動、中学校に働きかけ中学生が事業所内の喫茶店で調理、配膳、接客を行う活動にも取り組んでいる。

また、法人では、専門職対象の研修会や地域住民を対象とするセミナー、介護の魅力を伝える催しなどを開催しているほか、当事業所内の設備（ホールなど）を活用し、道や町などの行政をはじめとする関係機関の講演会やイベントの開催に協力し、地域に開かれた法人・事業所に向けて取り組んでいる。

3. 家族と共に利用者の暮らしを考えることを課題とし、現場での取り組みを充実させている

当事業所は、家族と共に利用者の暮らしを考えることを大切にしている。取り組みの一つとして、6カ月ごとに更新している介護計画では、作成前に利用者の状況を説明すると同時に、家族の意向について聞いている。家族面接でも肯定率は高く8～9割に及ぶ。また、通常の日々の暮らしで起きる利用者の変化についても、家族に伝える事項、さらに皮膚剥離のような皮膚表面の変化では大きさや処置の内容まで「誰が、いつ家族に連絡するか」を細かく決めており、職員が悩まず対処できるよう標準化されている。職員は適切に対処し、家族から信頼を得ていると思われる。

家族が現場のケア・介護を理解する機会として、毎月の費用負担金の支払いを事業所窓口で受けしており、それが現場を訪問する機会になっている。さらにグループ別に「家族懇談会」を開催し、家族同士で意見交換できる場づくりを行うとともに、職員が取り組んでいる介護、例えば、ノーリフトやスライディングシートなどの説明もそこで行っている。家族からは、職員の工夫したケアや学習への積極性を知る機会となったと感想が寄せられている。このように事業所は、一方的に介護サービスを提供する側ではなく、事業所が目指していることを介護計画や家族懇談会などを通じて家族に伝え、家族と共に、利用者にとってのよりよい介護を提供するという姿勢を貫いている。

第三者評価の一環として利用者家族への面接を実施し、日頃事業所に対して感じていることなどについても率直な意見を聞くことができた。多くの家族が「訪れやすく、要望も言いやすい」「利用者情報として家族が知りたいことはタイムリーな連絡があるので信頼できる」などと言っていた。

◇改善を求められる点

1. 職員の主体的な事業展開に向けて、各委員会で事業計画を策定するなど、組織的かつ計画的な取り組みの強化が求められる

職員に対する施設長の情報発信（『施設長通信』など）、会議・委員会体制の見直し、職場内研修の充実、地域との関係強化など、意欲的に組織とサービスの質の向上に努めている。しかし、それらの事業展開の核となる各委員会では、年間の事業計画等を定めていない。そのため、各委員会の開催が不定期になっていたり、進捗管理なども十分ではないために、計画した新規事業にタイムリーに取り組めなかったりする実態も一部に見受けられる。

施設長による進捗管理や必要な指示を与えることも行われているが、職員が主体的に事業展開し、またそれを効果的に振り返るためにも、各委員会で事業計画を策定するなど組織的かつ計画的な取り組みの強化が求められる。

2. 予防の視点からも、利用者全員を対象にした口腔ケアの実施とその充実が求められる

週 1 回、歯科医師の往診があり、利用者の口腔内をチェックしている。この口腔内のチェックの対象とする利用者は、歯肉に炎症が見られるなど口腔ケアが自立していない利用者のなかから職員が選んでいる。

口腔ケアの方法は、食後のうがいのほか、舌の汚れが目立つ利用者には、舌ブラシを使っている。いずれにしても口腔ケアが自立している利用者については、職員は関わりを持っていない。そのため利用者の口腔ケア計画の策定や、その評価・見直しなどを全利用者には行えていない。したがって、利用者の口腔状態のアセスメントや必要に応じた支援の実施も不十分な状態にある。

近年、経口摂取と咀嚼力、口腔ケアが注目されるようになってきている。これは、栄養摂取という視点からだけでなく、咀嚼が覚醒を促し、咀嚼が脳を刺激し、咀嚼が消化液の分泌を促すことなどさまざまな研究の成果が得られてきていることにもよる。例えば「柔らかい、のどごしのよい形態の食事は、咀嚼力を低下させる傾向がある」などもその一つである。適切な口腔ケアは口腔内の乾燥を防ぎ、唾液の分泌を促し、細菌の繁殖を抑制することから、誤嚥性肺炎の予防に効果がある。

口腔状態のアセスメントは、咀嚼・嚥下力をチェックすることから、提供する食事形態にも影響を及ぼす。また、今ある機能を維持していくためにも、適切な口腔ケアは重要になる。

現在は、限られた利用者にもみ歯科医師が口腔チェックを実施しているが、今後は予防的な視点も取り入れ、口腔状態のアセスメントの一環として、全利用者を対象に計画的に実施されることを期待する。また、口腔ケアについての研修の開催希望が職員から寄せられている。歯科医師、歯科衛生士など専門家の協力を得た研修の開催など、職員の資質向上のための取り組みの実施を期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

特に、総評で改善を求められた点を改善していきたい。まずは職員個々から意見を聞いて、職場改善につながるような取り組みを進めたい。

家族懇談会、学校・地域交流、広報活動のほか、最近ではノーリフトなどに取り組んできたが、取り組み意図の詳細な説明、職員の個々の意見を聞く、意見を取り組みにつなげる、現場の問題を収集し改善するという一体となった組織運営をすることが重要だと改めて痛感した。管理者として自らの目の前の問題処理に視点が行き過ぎたのかもしれないと反省させられる評価であった。

今後は、家族総会でこの評価に基づいて職員と家族で意見交換する（どのような評価を受けて、今後どのようにしていくかなどの意見も家族から頂戴したい）機会を持ち、より透明性の高い施設づくりに取り組んでいきたい。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.5～29）の通り、報告します。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

| I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | 評価 |
|---|---|----|
| 判断基準 | a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。 | b |
| | b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。 | |
| | c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人および事業所の理念等は新規採用職員研修で取り上げているが、ホームページやリーフレットなどで内外に明示することは行っておらず、利用者や家族に対しても特に周知していない。 当事業所の「理念」および「行動指針」は、平成26年に施設長およびリーダー層の職員(主任・係長級)で検討して明文化し、平成28年度までは特養全体会議(職員会議)で施設長が周知していた。なお、平成29年度は、この会議は施設長判断で開催していない。施設長から一方的に伝えるための会議が職員にとって良い会議といえるのかと躊躇したことによる。しかし、施設長は不定期(2~3か月ごと)に職員に発信している「通信」(固有の名称がないため、便宜的に以下「施設長通信」とする)で必要に応じて取り上げ、職員に周知している。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人および事業所では、取えて事業計画やホームページなどでの明示は行っていない。それは広報媒体に文字や文章で明示するよりも具体的な取り組みを通じて地域や利用者のニーズに応じていくという法人の考え方の表れでもある。</p> <p>もちろん、理念や基本方針の明示はホームページ等への掲載自体が目的ではなく、職員や利用者や家族あるいは地域社会との安心や信頼関係の基盤として重視されているものである。その意味では、適切に関係者に周知浸透していることが重要であり、法人および事業所の理念等の周知について、さらなる工夫と実践に期待する。</p> | | |

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

| I-2-1(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | | 評価 |
|---|---|----|
| 判断基準 | a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | b |
| | b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。 | |
| | c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 「人口減少」などの厳しい地域環境を踏まえ、社会福祉事業全体や地域のニーズは理事長の様々な個別のネットワークから情報収集し、それを直接に施設長に伝えたり、法人の運営会議(全事業所の管理者層が参加)で周知したりしている。そのほか、「理事長通信」(不定期)などで職員に直接周知する場合もある。 事業所では平成28年度に稼働率の低下が顕著だったことから、事業計画の策定に伴って、その原因分析を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>直面している課題に関する状況把握や分析は理事長が中心に行っている。一方、職員自己評価では「経営課題の明確化と具体的な取り組みの実施」の各項目に関して、職員の肯定的な回答の割合は5割程度で、自由記述では「経営課題は理事長や施設長が担っている」という指摘や「経営課題への取り組みについては分からない」といった指摘もあった。さらなる取り組みの強化に期待する。</p> | | |

| | | |
|--|--|----|
| I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | b |
| | b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。 | |
| | c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況 平成28年度の稼働率低下を受けて、平成29年度の「重点的な取組み」の筆頭に「入居稼働率向上の運営」を位置付けている。その中では原因を病院への入院期間が長期化したことと分析し、平成29年度には口腔ケアや食事形態の見直しや看護の初期対応の改善等の予防的な取組みの強化、協力医療機関や老人保健施設との連携を密にした入所希望者の情報収集の強化などを計画化して取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 事業所では稼働率低下を重点的な課題と位置付けて取り組むこととしている。しかし、職員自己評価では、「経営課題の明確化と具体的な取組みの実施」の各項目に関して、職員の肯定的な回答の割合は5割弱であった。また自由記述では「経営課題は理事長から書面で伝えられ課題に取り組んでいる」という主旨の指摘がある一方で、「経営課題への取組みについては分からない」といった指摘もあった。さらなる取組みに期待する。</p> | | |

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

| | | |
|---|--|----|
| I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。 | C |
| | b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。 | |
| | c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況 中長期計画は策定していない。しかし、人口減少などの厳しい地域環境の中にあつて、理事長の持つ様々なネットワークから積極的に情報収集、分析し、中長期的な観点から法人としての事業拡大などに取り組んできている。</p> <p>■ 改善課題 「中・長期計画」は定めていないが、当法人の単年度事業計画は「児童福祉事業の新規事業等の取組み」や「人材確保・育成とサービスの質の向上の取組み」など、内容的には中長期的な視点での取組みを定めている。また、新規事業所の開設など、中期的な視点で計画的に取り組んできている事業もある。こういった取組みを「中・長期計画」として定め、単年度事業計画と連動させながら取り組むことで法人や事業所の方向性を明示でき、職員をはじめとする関係者の理解も容易になると思われる。今後の検討に期待する。</p> | | |

| | | |
|---|-------------------------------------|----|
| I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。 | b |
| | b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。 | |
| | c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。 | |
| <p>■ 取り組み状況 ・単年度事業計画は、理事会等での説明用に作成するもの(特別養護老人ホームフルーツ・シャトーよいち事業計画)と職員向けに作成するもの(特別養護老人ホーム事業計画に基づく取組み)とがある。 ・理事会等で審議される平成29年度事業計画では、「はじめに」とする全体的な現状認識と13項目にわたる「重点的な取組み」が記述され、課題ごとの取組みの方向性を明示している。 ・職員向けでは、「重点課題」とする課題認識と16項目にわたる取組みとそれを担当する委員会とその委員会メンバーが記述され、担当体制を明確にしている。</p> <p>■ 改善課題 ・理事会等の説明用と職員向けのものとは、双方の記述内容の関係性や整合性が読み取りにくい。また、稼働率を除き、数値目標は設定されていない。 ・職員自己評価では「中・長期計画を踏まえた単年度の事業計画の策定」の各項目について、肯定的な回答の割合は2割から4割程度で、自由意見では「分からない」という意見が複数あった。その原因分析とさらなる取組みに期待する。</p> | | |

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

| | | |
|--|---|----|
| 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、または、職員の理解が十分ではない。 | |
| | c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の原案は施設長が中心となり、副施設長をはじめ課長の意見を聞きながら作成する。また各課長は部下職員に内容の確認をしている。職員向けのは施設長が要所要所の職員に内容確認しながら作成する。 ・事業所の進捗状況は施設長が各委員会の委員長からの口頭報告と、その後の会議録の回覧で確認している。進み具合などは「施設長通信」を各グループ(従来型は三つのグループに分類し、ユニット型では2ユニットで一つのグループと位置づけている)に配布して職員に対する周知や助言をしている。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では「事業計画の適切な策定」に関して、肯定的な回答の割合は2割から4割程度であり、自由意見では「事業計画は現場リーダーの意見を聞いて策定されている」という意見がある一方で、「周知不足」「説明はあまりされていない」といった意見も複数あった。施設長は、平成30年度事業計画は、職員を「班」に分けて自由に意見を交わし、それを計画に繋げることを検討しており、今後の取り組みの強化に期待する。</p> | | |

| | | |
|--|--|----|
| I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。 | C |
| | b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。 | |
| | c) 事業計画を利用者等に周知していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>家族総会では事業所の重点的な取組み等について説明しているが、利用者に伝える機会は設けていない。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>事業計画は、利用者に対するサービス内容に直結するものであり、利用者が理解しやすいように表現や内容を工夫しつつ周知し、理解を促していく取組みが重要である。取組みの強化に期待する。</p> | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

| | | |
|--|--|----|
| I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | b |
| | b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。 | |
| | c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は口頭や「施設長通信」等によって施設長の方針や事業実施上の諸課題などを各グループに伝え、グループごとに主体的に取り組むように促している。 ・年1回、道が作成した「北海道サービス自己点検表」によって点検し、実施できていない事項については課長級以上の職員でどう取り組んでいくかを検討している。また、その内容によってはグループ会議で取り上げている。 ・第三者評価は定期的に受審している。前回の結果はグループごとに回覧し、利用者調査や家族調査の結果に対する取組みはグループ会議で検討させ、その改善の取組みは任せている。 ・平成29年度は新たに第三者委員に対して利用者が意見表明できる機会や、各種マニュアルを一斉に見直す機会を設ける計画であったが、いずれもこれまでのところ取り組めていない。 <p>■ 改善課題</p> <p>グループ会議を軸に、そこに施設長通信や第三者評価の結果など適宜情報を提供してサービス改善に取り組む体制としている。しかし、取組みの進捗や結果に関する把握や振り返りの機会や方法を明確にしていなかったため、結果的に現場の任意な取組みにとまっている側面も見受けられる。組織的なPDCAに基づくサービス改善の取組みに向けて、さらなる取組みに期待する。</p> | | |

| I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | | 評価 |
|---|--|----|
| 判断基準 | a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実行している。 | b |
| | b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 | |
| | c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回、道庁担当課が作成した「北海道サービス自己点検表」によって点検し、実施できていない事項については課長級以上の職員でどう取り組んでいくかを検討して改善に取り組み、内容によってはグループ会議で取り上げている。 ・前回の第三者評価の結果はグループごとに回覧し、特に利用者調査や家族調査の結果に対してはグループ会議で改善に取り組む体制である。 ・平成29年度は新たに第三者委員に対して利用者が意見表明できる機会や、各種マニュアルを一斉に見直す機会を設ける計画であったが、いずれもこれまでのところ取り組めていない。 <p>■ 改善課題</p> <p>グループ会議を軸にした改善の取り組み促進や委員会の見直しなど、組織的なサービス改善に努めている。しかし、グループや委員会での年間の取組みに関する計画(取組課題、目標、スケジュールなど)は必ずしも明確でないため、活動の進捗管理や評価する取組みが十分に機能せず、改善に向けた活動が現場任せなものにとどまったり、予定していた取組みが具体化できなかったりする側面もある。</p> <p>第三者評価の受審結果も含め、自らの組織やサービスの現状を定期的に振り返り、事業計画や委員会等の計画に盛り込むなど改善策の計画的な取組みの実施に期待する。</p> | | |

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

| | | |
|---|--|----|
| II-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 | b |
| | b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 | |
| | c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>・現施設長は平成25年8月に副施設長から施設長に昇任した。職員の「和」を重視し、職場の良好な人間関係が良い仕事につながるものと考えている。</p> <p>稼働率の低下や介護サービスの現状に対して課題認識を持ち、組織体制(担当や委員会など)の見直し、外部の理学療法士による研修の充実などに努めている。また「施設長通信」を発行し、全職員にそれを保管するための2穴フラットファイルも配布して事業の進捗状況などとともに自らの考え方や方針などの理解促進に努めている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>施設長は、安定的な事業運営とサービス改善に強い意欲を示して体制の見直しや職員への情報提供に努めている。しかし、職員自己評価では「管理者の責任の明確化」に関して、肯定的な回答の割合は4割から5割程度であった。</p> <p>施設長が自らの役割と責任を明確にすることは、職員との信頼関係を基盤とした質の高いサービスの提供を実現するうえで重要である。今回の職員自己評価の結果の分析を含め、さらなる取組みに期待する。</p> | | |

| | | |
|--|--|----|
| II-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 | b |
| | b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>虐待防止や身体拘束禁止など、重要な事項に関する情報には特に留意し、職員に対しては口頭や「施設長通信」などによって注意喚起に努めている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>施設長には遵守すべき法令等に関する正確な理解と、それを職員に理解浸透させていく取組みの双方が求められる。</p> <p>職員自己評価では「職員に対する遵守すべき法令等の周知」について肯定的な回答の割合は約4割で、自由意見では「意識が伝わり切っていない」「詳しくは分からない」といった意見もあった。</p> <p>施設長自らが遵守すべき法令等について常に最新の内容を把握・認識するための機会を設けることや、法令遵守に向けた体制整備や研修の充実など、さらなる取組みに期待する。</p> | | |

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

| Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。 | | 評価 |
|--|--|----|
| 判断基準 | a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 | b |
| | b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 | |
| | c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、利用者、保護からの苦情や意見に丁寧に対応することを方針とし、また、家族との対話を重要視している。 ・施設長は、利用者の重度化等のニーズに対応する介護技術の向上を課題とし、外部の理学療法士を平成29年11月から、3か月に1回程度、研修講師として招き、「持ち上げない、抱えない、ベッド上で引きずらない」といった介護の見直しと負担軽減に取り組んでいる。 ・副施設長には施設内をラウンドさせ、積極的に現場に意見を言ってもらうように指示している。 ・施設内研修のあり方を見直すための「研修委員会」の設置や、病院への入院期間の減少を図るための「看護・介護アップ委員会」を設置するなど、サービスの質の向上に向けた体制整備に努めている。 ・グループ会議での検討課題を提示したり、情報提供することでサービスの質の向上を図ることに努めている。 <p>■ 改善課題</p> <p>施設長はサービスの質の向上に強い意欲を持ち、外部講師の招聘や委員会の見直しなどに取り組んでいる。しかし、職員自己評価では「サービスの質の向上に向けたリーダーシップ」に関して、肯定的な回答の割合は4割前後であった。周知や共通理解の構築も含め、さらなる取組みに期待する。</p> | | |

| 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。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「運営委員会」では、稼働率や事業所の活動状況などを報告し、経営状況などを把握する機会になっている。 ・教務の実効性を高める取組み、職員の負担軽減策の取組みがある。日誌を廃止して、施設内メールの活用で利用者の特変を報告してもらうこと、事故報告記載に関する基準の見直し、また、外部の理学療法士を講師に招いての介護負担の軽減などに意欲的に取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <p>・業務の改善や技術の向上などにより職員の負担軽減、業務の効率性を意識した取組みはあるが、職員の理解を得ることや周知において不十分である。職員自己評価でも具体的な体制づくりによる取組みにはなっていない結果である。管理者として指導力の発揮について熟慮が期待される。</p> | | |

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

Ⅱ－２－(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

| | | |
|--|--|----|
| Ⅱ－２－(1)－① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。 | b |
| | b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。 | |
| | c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の人員確保(資格、人数、専門職の配置など)に関して特に「計画」は定めていないが、高校卒の職員を積極的に採用して育成していく方針である。新規職員の対しては「育成担当」を定め、育成計画を作成して育成に努めている。 ・専門学校や大学での当法人主催の就職ガイダンスの実施、新卒就業支度金(上限20万円)、介護職員初任者研修による職員確保、外国人の受入れ、当法人経営の保育所の活用、アルバイト学生(高校生)の受入れ、将来を期待した小中学校への働きかけ(パンフレット作成やボランティアの受入れ)など法人をあげて採用活動の充実に取り組んでいる。 ・平成27年度から「介護の魅力フェア」を実施して、介護職の紹介、事業所の食事の試食、介護体験、法人施設見学を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>地域の人口減少が続く中で、小中学生の世代からの福祉や介護に対する理解の普及や高卒の積極的な採用、法人による外国人の受入れなど職員の確保に苦慮しながらも様々な工夫をしている。さらなる取組みに期待する。</p> | | |

| | | |
|--|---------------------------|----|
| 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。 | c |
| | b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 | |
| | c) 総合的な人事管理を実施していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では人事考課制度は採用していない。当事業所では人事異動に関しては、計画的には特に事業所側からの職員の意向把握はしておらず、施設長と副施設長が職員の日常の仕事ぶりを勘案して配置している。しかし、現状の職場で勤務を継続したい意向、あるいは介護方法の学習課題として異動を希望するなどには、意向を踏まえる場合もある。 ・キャリアラダーについて常勤職員については明示しているが、非常勤職員は未整備であるため、見直しを検討している。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人の規模を勘案し、人事考課制度など総合的な人事管理は実施していない。より組織の規模等の現状に応じた人事管理のあり方に関するさらなる検討に期待する。</p> | | |

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

| Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 | | 評価 |
|--|--|----|
| 判断基準 | a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。 | b |
| | b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。 | |
| | c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長はユニットリーダーに対して職員の働きぶり、職員や利用者との人間関係などに気を配るように指示している。 時間外労働は事前申告制で、状況はユニットリーダーが中心となり、副施設長および施設長も把握している。有給休暇の取得状況の把握も同様である。 職員の腰痛予防について、医務課長から個別に指導している。 職員の個別面談の機会は特に設けていないが、施設長は働きぶりなどで気になる職員については個別に面談している。 <p>■ 改善課題</p> <p>施設長は「働きやすい職場づくり」に強い関心を持ってリーダーへの適切な職員管理に関する指示や自ら職員とのコミュニケーションなどに努めている。しかし、職員自己評価では「就業状況の把握への配慮」に関して、肯定的な回答の割合は2割から3割程度であり、自由意見では「働きやすい環境が作れるように取り組んでいる」といった意見がある一方で、「分からない」あるいは「実施できていない」といった批判的な意見も複数見られた。その原因分析と取り組みの強化に期待する。</p> | | |

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

| Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | | 評価 |
|--|--|----|
| 判断基準 | a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。 | c |
| | b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。 | |
| | c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>法人ではその規模から勘案して人事考課制度による目標管理などは行っていない。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>「期待する職員像」の実現に向けて、事業所やグループの目標の設定と、各職員の目標を設定することは、職員の育成やサービスの質の向上観点からも重要である。法人の規模や事業所の現状に応じて、どのような仕組みや体制で行うことが適切なのか、その検討が望まれる。</p> | | |

| Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | | 評価 |
|--|--|----|
| 判断基準 | a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | b |
| | b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。 | |
| | c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 内部研修は副施設長が、企画、参加調整(日程、研修テーマ、担当者、対象職員)を担当している。現状を踏まえた研修として、29年度は、緊急搬送の方法(ストレッチャーの管理場所、2名で搬送など基本的なことができていないため)に関する研修を取り上げ、2回に分けて実施している。外部研修については、施設長が担当し、日程、研修名、受講者を定め、特養会議で配布している。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では「職員の教育・研修に関する計画や実施」に関して、肯定的な回答の割合は1割から4割程度であり、自由意見では「研修機会は多い」という意見の一方で、「取組みが中途半端」「実施面では不十分」という意見もあった。計画性について熟慮が期待される。</p> | | |

| | | |
|--|--|----|
| II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。 | b |
| | b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。 | |
| | c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規採用職員に対しては研修で「介護職員用」と「事務職員用」のプログラムを用意し、共通的な科目（法人概要、接遇姿勢、身体拘束禁止など）に加えて介護職員に対しては「排泄の方法」「食事口腔ケアの方法」などを周知している。 ・新規採用職員に対しては「育成計画」をたてて指導している。具体的には、育成担当者を置き、同担当者が育成スケジュールを立て、「ケアサポートマニュアル」を配布してOJTを行う。さらに月1回、課長は育成担当と新人職員の双方に面接し、当該月の状況と次月の目標設定などを確認している。これを、職員が夜勤に入れるようになる時期まで（高卒新人の場合は1年くらい）を目安に継続して取り組んでいる。 ・介護福祉士資格の取得支援のため、「支援チーム」を置き、模擬試験の実施、学習場所の提供、試験問題の解説や質疑応答などを行っている。 ・外部研修には過去の受講履歴と現在の役職を勘案して、副施設長と課長が相談して積極的に職員を参加させている。 ・上記の他、職員が介護職員初任者研修で講師を担うことも職員自身の成長を促す機会にもなっている。 <p>■ 改善課題</p> <p>特に新規採用職員に対する育成については組織的で個々の職員の状況に応じて計画的に取り組んでいる。しかし、職員自己評価では「職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保」に関して、肯定的な回答の割合は2割から5割程度であった。その原因分析を含め、さらなる取組みに期待する。</p> | | |

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

| | | |
|--|---|----|
| II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | | 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。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生受入のマニュアルを定め、主に副施設長が担当して介護福祉士、社会福祉士、看護師の実習を受け入れている。独自のプログラムは作っていないが、受入れ人数が比較的小さいため（平成28年度実績で介護福祉士4人、看護師6人）、学校側と個々の実習生と相談しながら実習を進めている。 ・介護に対する理解促進のために「介護の魅力フェア」を開催して学生や学校に参加を呼びかけており、平成30年度には新たに高校の介護福祉科学生の実習を受け入れる予定である。 <p>■ 改善課題</p> <p>催しへの参加要請など積極的に学校や学生に働きかけて実習への協力に取り組んでいる。しかし、職員自己評価では「実習生等の受入れ」に関して、肯定的な回答の割合は3割から5割程度であった。実習生の受入れは福祉事業所の役割としてはもとより将来の人材確保の観点からも重要である。職員の理解促進も含め、さらなる取組みに期待する。</p> | | |

II-3 運営の透明性の確保

II-3-1 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

| II-3-1-1 ① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | | 評価 |
|--|--|----|
| 判断基準 | a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。 | a |
| | b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。 | |
| | c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人の事業計画において「透明性のある法人運営」を「重点的な取組み」の筆頭に位置づけている。</p> <p>・「公開」を基本原則に位置づける理事長の方針のもとに、ホームページやソーシャルネットワークサービスを活用し、担当職員2名を任命して更新を行っている。内容としては法人概要や各事業所の紹介はもとより、事業計画、事業報告、財務状況、苦情相談受付・対応状況、事故報告書などを公開している。また、事業所ごとに「ブログ」のページを設けており、当事業所では部門単位で2週間ごとに交代してイベントや研修等の記事を更新している。</p> | | |

| II-3-1-2 ② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | | 評価 |
|--|---|----|
| 判断基準 | a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a |
| | b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。 | |
| | c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>法人は「経理規程」に基づいて、統括会計責任者等を任命して権限と責任を明確にし、また一般競争入札など契約方法を定めている。また、法人として顧問弁護士を置き、必要に応じて助言等を得ている。</p> <p>なお、職員自己評価では「公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組み」について、肯定的な回答の割合は3割程度であった、職員に対する周知を課題として指摘しておきたい。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-1 地域との関係が適切に確保されている。

| II-4-1-1 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。 | a |
| | b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>毎月のレクリエーション計画をたてる際に利用者には外出の希望を聞いている。買い物は、それを希望した日か、できる限り即日にも対応している。外食では利用者2名と職員2名などの小グループを組んで利用者の食べたい物を食べるようにするなど、可能な限り利用者と地域との交流の機会を広げるための取組みに努めている。</p> | | |

| II-4-1-2 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。 | a |
| | b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 | |
| | c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人の福祉の仕事への関心を高めてもらうためにパンフレットを作成して小中学校を訪問し、職業体験や行事ボランティアの受入れなどの取組みをPRしている。</p> <p>・具体的には、民生委員協議会や学生などによる夏祭りや餅つき大会などの行事(年1回)、地域住民による「舞踊クラブ」「書道クラブ」「生け花クラブ」などでの講師(月数回)、中学校に働きかけて中学生による事業所内の喫茶店での調理や配膳や接客(年4回)にも取り組んでいる。これらの取組みを通じて積極的に幅広い世代のボランティア活動の機会を作り、地域に働きかけて積極的に受け入れている。</p> <p>なお、ボランティア受入れマニュアルは作成されておらず、課題として指摘しておきたい。</p> | | |

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

| | | |
|--|--|----|
| 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。 | a |
| | b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 | |
| | c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々の利用者の状況に応じて地域のケアマネジャーとの連携を図ったり、協力医療機関や町内の老人保健施設と定期的に情報交換の機会を設け、生活相談員が参加するなど、関係機関との連携に努めている。 ・そのほか、法人では当事業所内で実施していた地域包括支援センターを平成28年4月から市内の大型ショッピングセンター内に移転するなど、福祉関係機関にとどまらず地域の社会資源との関係強化に努めている。 | | |

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

| | | |
|--|--|----|
| Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 | a |
| | b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として専門職対象者の研修会(平成29年度のテーマは「看取り」)や、地域住民を対象とした「共生セミナー」、「介護の魅力フェア」などを開催しているほか、当事業所内の設備(ホールなど)を活用して、道や町などの行政を始めとする関係機関の講演会やイベントなどの開催に協力している。 ・そのほか設備(ホール、キッチンシャトー、会議室)や備品(音響設備やテーブル・イス・テントなど)を料金を定めて貸し、地域福祉推進に関連する団体(町内会、民生委員など)には減免(無料)している。 ・福祉や介護への関心を高めてもらうため、小中学校に働きかけ、総合学習の授業で「福祉について」と題する講話と実技を行っている。 | | |

| | | |
|---|--|----|
| Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。 | b |
| | b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 | |
| | c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の事業計画で「地域貢献と将来的な人材確保へ向けた取組み」を掲げ、学生の介護に対する関心を高めるための「介護の魅力フェア」の開催、小中学校への活動のPRや働きかけによる関係強化に努めている。 ・そのほか、地元の保護司会からの要請により、保護観察中の少年を実習生として受入れ、利用者との関わり、車いすを押すなどの軽微な介護補助の機会を提供している。 <p>■ 改善課題</p> <p>人口減少や介護職の確保などの課題を背景として、様々な機会を設けて地域に働きかけ福祉ニーズの掘り起しと対応に努めている。今日、公益的な取組みの強化は重要な課題とされているところであり、これまで以上に当法人の特色を生かした取組みを強化することに期待する。</p> | | |

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

| | | |
|--|---|----|
| Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。 | a |
| | b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 | |
| | c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。 | |
| <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念に基づく基本方針は、「職員の行動指針」として明示、この内容はサービス提供時の基本姿勢である。 ・職員の行動指針の周知は、新規採用時の研修や接遇研修で取り上げている。また施設長は、各種会議、現場巡回や職員の面接や相談を通し、サービス面で気になったことについては、サービス提供の姿勢・メッセージ「施設長通信」として文書化して職員に配付している。これらの文書は施設長からの情報として一人ひとりがファイリングしている。また、各ユニット毎に会議などでも取り上げている。 ・作成されているマニュアルには、行動指針に明示されている内容を意識した取り組みが見られる。 <p>なお、職員自己評価では、利用者の尊重や基本的姿勢への配慮などについての学習の機会が少ない事、特に中堅職員やリーダー向けの内容を期待する結果である。施設長からのメッセージの活用など、具体的な取り組みを期待する。</p> | | |

| | | |
|---|--|----|
| Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | a |
| | b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。 | |
| | c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。 | |
| <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者への直接的なケアや居室訪問、会議の場や引き継ぎなどの機会、書類上の情報管理などを取り上げたマニュアル、「プライバシー保護の視点」を作成して職員に配布している。具体的な内容で行動のしやすさに配慮している。 ・内部研修として接遇姿勢、身体拘束・虐待を取り上げ、また外部研修への参加も実施、特に新人職員等若手の職員には早い段階で受講できるように調整している。また、施設長は、プライバシー保護、権利擁護に関連した新聞記事をチェックして職員に回覧するとともに、記事内容をめぐって意見交換できる機会を作ることもある。 ・不適切な事態が発生した場合は、即座に施設長に報告することを義務として常に発信している。 ・生活の場への配慮として、ユニット個室以外の多床室では、プライベートな空間を保てるように衣装棚で空間を仕切る事、またカーテンで仕切るなどの対応をしている。 | | |

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

| | | |
|---|--|----|
| Ⅲ-1-1(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。 | b |
| | b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 | |
| | c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者に対する本施設の情報は、ホームページ(以降HP)で伝えている。法人として「広報委員会」を立ち上げ広報活動に力を入れている。広報誌は現在休止中であり、HP上では、施設概要に加え職員によるブログでタイムリーな活動内容などを伝えている。また、事業の透明性の確保、そして職員採用を目的として情報開示に力を入れている。パンフレットは、職員採用を目的にした内容である。 ・本施設の入所希望者への対応は、相談課の職員が窓口である。説明と共に施設見学を勧め、介護現場を見てもらい、サービスの実際を感じてもらおうようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <p>本施設(特別養護老人ホーム)は、所在する自治体では一カ所である。また平成3年の開設であり、関係自治体や利用希望者には知られていられると思われる。その影響もあり、ペーパーベースでの情報提供は乏しい。仮にHPで広報活動をする方針であれば、現状のHPの構成や情報内容、わかりやすさなどの視点から検討が必要と思われる。</p> | | |

| | | |
|--|--|----|
| Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 | b |
| | b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本施設の利用開始は、ウエイティングリストを活用し、ベスト5を決め、電話で意向を把握し決定している。ウエイティングリストは毎年1回の意向調査をして、更新している。 ・多くの利用者は、既に本施設に併設されている通所サービスや短期入所サービスを利用しており、本施設のサービス内容や環境には慣れている。入所決定時は、家族に來所を依頼し、改めて重要事項の説明をしている。在宅や医療施設から直接入院する場合は、そこに訪問して利用者の状態などを把握するが、まずは短期入所の利用を勧めている。 ・重要事項説明書の説明の対象は主に家族であるが、理解できると思われる利用者本人には、直接説明し同意を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活相談員は2名であり、これまでの経験を踏まえた対応をしている。しかし、サービスの開始時における取り組みを標準化した文書、マニュアルなどの作成の必要性について検討を期待する。また、利用者の状態に合わせた適切な説明やそのわかりやすさ、文書化等の検討も望まれる。 ・生活相談員の役割であり、介護などを担当する現場の職員は直接担当することはないと思われるが、入所契約に関する内容やそのプロセスについて、全職員が知る必要性についても検討を期待する。 | | |

| | | |
|---|---|----|
| Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。 | b |
| | b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 | |
| | c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成28年の利用終了者の理由は、死亡(入院)19名、死亡(施設内)2名である。在宅への移行や他のサービスへの変更はない。 ・これまでは、医療機関へ入院し治療の継続のためにサービスの変更になるケースが多く、看護師からサマリーを送付している。また家族に対しては、相談課の職員がそのつど相談に乗っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>現状は利用終了者は、特に医療機関での死亡であるが、制度や外部環境の変化に対応すべく何らかの対策が必要かどうかの検討を計画的に実施することが望まれる。</p> | | |

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

| | | |
|---|--|----|
| Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。 | C |
| | b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 | |
| | c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の第三者評価で実施した利用者調査(面接)では、総合的に見たときの満足度は、面接者10名のうち「大変満足」「満足」は7人である。また、家族調査(面接)では、総合的に見たときの満足度は、面接者10名のうち「大変満足」「満足」は10人であり、満足度は高い。 ・「家族懇談会」やケアプラン説明時、また、家族面会時などは、利用者の満足の上昇を意識するようにしている。しかし、利用者満足の把握を目的にした取り組みは、まだ計画化はされていない。改めて「利用者満足」について、検討する機会が望まれる。 | | |

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

| Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | | 評価 |
|---|--|----|
| 判断基準 | a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。 | a |
| | b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 | |
| | c) 苦情解決の仕組みが確立していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の仕組み及び苦情解決の仕組みを機能させている。 ・苦情解決の体制は重要事項説明書に明記して説明している。苦情受付・対応の内容は、受付から対応の過程をわかりやすく記載している。また苦情受付担当者、苦情受付責任者名を記載したポスターを施設内2カ所に掲示し、またご意見箱は施設内2カ所に設置している。 ・苦情相談マニュアルを整備している。苦情は、帳票：受付表と対応表に記載し、施設長を始めとするリーダー層で構成する「苦情相談委員会」で改善策を検討している。 ・法人の方針である、社会福祉法人としての透明性のある法人運営を意図し、情報の公開苦情内容と対応はHPに掲載、また事業報告にも掲載している。苦情相談第三者委員会(苦情相談委員は法人として、3名を設置)を年1回開催し、報告している。 ・利用者へのフィードバックは、電話や直接訪問により謝罪し、対応策を報告している。 | | |
| Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。 | b |
| | b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。 | |
| | c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書には、サービス内容の紹介として、生活相談を取り上げ生活相談員等が生活内のご相談に応じます、と明記している。 ・相談や意見を言いやすい環境づくりとして、事務室や相談室のドアを開放しておくなどの対応や利用者の姿が見えたときには、すぐ声をかけて話をする等、利用者が気兼ねなく相談に来ることができるように配慮している。また、相談時は、他人を気にしないで済むような場所を意識的に選んでいる。 ・利用者調査(面接)では、職員には相談しやすい、頼みやすい等の意見が寄せられている。また、家族調査(面接)では、不満や要望を職員に気軽に言うことができるか、という質問に対し7名が「はい」と回答している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価において、相談や意見を述べやすい環境整備(たとえば文書化や掲示など)に関し、肯定率は低い。対策の一つとして重要事項説明書へのわかりやすい記載等、苦情対応に留まらず、相談や意見の述べやすさを意識した取り組みも一案である。 | | |
| Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。 | a |
| | b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。 | |
| | c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の対応と基本的には同様であり、迅速な対応に努めている。そして、各会議で検討、協議し活用している。 ・家族調査(面接)では、「あなたや利用者の不満や要望にきちんと対応してくれるか」の質問に対し、9人が「はい」と回答している。 | | |

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

| | | |
|--|--|----|
| Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。 | b |
| | b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集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。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「リスクマネジメント委員会」を設置し転倒事故予防などのリスクマネジメントに取り組んでいる。そして、法人の方針である、社会福祉法人としての透明性のある法人運営を意図し、事故の内容はHPに公開している。 ・「事故対応マニュアル」を作成し、研修や会議などで周知に努めている。そして、事故報告書を活用し、事故の要因・原因の分析と対策を検討している。事故報告書への記載にあたり、事故発生時(発見時)の状況等を具体的に把握するためのシートを活用して事故の要因・原因の分析をし、適切な対応を探っている。事故報告書は各部署に閲覧し、周知に努めている。 ・リスクマネジメントに関する外部研修会に職員を参加参加させ、報告する機会をつくっている。 ・マスメディアで取り上げられた、事故等に関する事例は、施設長が収集し、「施設長通信」に入れ込み、注意を促す機会としている。 <p>■ 改善課題</p> <p>リスクマネジメント委員会で事故の要因分析と対策を検討しているが、類似の事故が起きている現状がある。特に誤薬事故については更なる取組を必要としている。</p> | | |

| | | |
|---|---|----|
| Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。 | 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。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「感染症委員会」を設置、医務課長(看護師)が委員長となり推進している。感染症予防対策として、実技を交えた研修会の実施、そして不参加者には個別に指導を、周知徹底を期している。感染症マニュアルを作成し、また感染症委員会で見直しをしている。 ・インフルエンザ、風邪対策として、施設長やリーダー層が施設内を巡回して湿度の点検を行っている。 ・家族から、当事業所における不衛生と感じる部分があるとの意見があり、家族懇談会で感染症に関する予防対策について説明している。 | | |

| | | |
|--|---|----|
| 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>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災訓練を余市消防署の立ち会いで年2回実施、また、災害時の備蓄に関しては栄養士が備品リストを作成し、適切性を期している。 ・平成26年から、災害・避難活動に関する協定を近隣の社会福祉法人2法人と結んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <p>火災を除くその他の災害に関しては、特段の取組はなく、計画化されていない。法人としての取組を期待する。</p> | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-1 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

| Ⅲ-2-1-1-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | | 評価 |
|---|--|----|
| 判断基準 | a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。 | b |
| | b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。 | |
| | c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在文書化されているマニュアルは21項目で、「ケアサポートマニュアル」としてファイリングしている。大きく分類すると、ケアをする際の基本的な姿勢や態度及びプライバシー保護の視点、リスク(苦情含む)対応、実際のケア、ケアプランの作成、備品管理である。これらマニュアル項目は、施設長はじめリーダー層が現場での取り組みからの課題や第三者評価の受審結果を活用し、必要性を判断し、順次作成してきている。 ・プライバシー保護の視点から作成されたマニュアルは、利用者への直接的なケアや居室訪問、会議の場や引き継ぎなどの機会、書類上の情報管理などを取り上げた内容であり、職員に配布している。具体的な内容で行動化しやすさに配慮している。 ・このようなマニュアルは、各現場で業務実践の中でリーダー層による指導の際に活用し、適切性を確認する事としている。 <p>■ 改善課題</p> <p>マニュアルは新人教育や、時々グループ会議で活用しているが、職員自己評価結果では、マニュアルはあるが活用が十分ではないという状況にあるといえる。現場で活用する状況の明確化、そして研修会ではテーマや内容と関連するマニュアルを取り上げるなど、マニュアルの意味と活用の周知、その充実を期待する。</p> | | |

| Ⅲ-2-1-1-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | | 評価 |
|---|--|----|
| 判断基準 | a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。 | b |
| | b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。 | |
| | c) 標準的な実施方法について、組織的な懸賞・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの見直しは、現場で不都合が生じた場合に、その都度見直すとしている。見直しの際には、リーダーを中心として職員の意見や提案を取入れことを目的にグループ会議などで意見を聞いている。 ・今年度の事業計画には、介護技術の向上については、「介護・接遇徹底、排泄・マニュアル見直し委員会」が取り組むと記載されている。 <p>■ 改善課題</p> <p>マニュアルの見直しの時期、責任者(会議・委員会含む)は不明確である。マニュアルと現場のケアにずれを感じた場合に、リーダー層が提案し、その都度見直しである。職員自己評価では、見直しの仕組みが分らないこと、その際の意見反映に関しては、肯定率が低い。対策が求められる。</p> | | |

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

| Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | | 評価 |
|---|---|----|
| 判断基準 | a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。 | b |
| | b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。 | |
| | c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は、既に併設する短期入所を利用していることが多いので、基本的な情報は把握できている。これらの基本的な情報は、生活相談員の役割とし所定の「フェイスシート」、「課題分析(アセスメント)概要」に記載している。それらを基に、看護師、栄養士を含む支援に関わる職員が「入所前カンファレンス」に参加し、新規入居者の当面の課題、留意点を確認し対応を検討している。 ・ケアプラン策定にあたり支援目標は、利用者の希望を優先させる方針である。入所後1～2週間で介護現場と兼務の介護支援専門員がケアプランを作成する。支援の中で新しく知りえた情報は担当の介護支援専門員に伝え、ケアプラン作成に活かされる。 ・支援に必要な心身や生活状況は、情報収集しアセスメントシートに記載している。アセスメントシートは改善を重ね施設が独自に作成しておりその内容は、動作(移動、転倒歴等、家事動作を含む)、食事、医療・健康、排泄、清潔、コミュニケーション、暮らし、機能訓練の8項目で構成、それぞれに下位項目を示すなど多様な情報収集を意図している。また、このアセスメントシートには、項目に応じた生活課題の立案、具体的な対応等も記載をするシートであり、アセスメントとケアプランの関連性はわかりやすい。 ・介護支援専門員は、原案を作成し、多職種が参加するサービス担当者会議で課題を明確にし対応策を検討する。 ・利用者へのケアプランの説明は、家族に連絡して来所を依頼し、介護支援専門員がリーダーが説明し、ケアプランに同意を得ている。利用者本人には、理解力、認知状態を判断し、渡している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、利用者の意向の把握を始めとし、アセスメントからケアプラン作成までのプロセス(定期的あるいは必要時のアセスメントの時期を含む)や体制に関する適切性の検討、および職員への理解、周知の不十分さが目立つ。要因分析が求められる。 ・今年度の事業計画には、入居者の日課計画を活かした支援と記録化を取り上げ、生活習慣や人柄などの情報を施設での暮らしに役立てるため、入居して1週間、1カ月後に入居者や家族に聞き取りを行い、日課や暮らしの評価・感想・意見を伺い、希望や状態の応じた支援を行うと明示している。成果を期待する。 | | |

| Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | | 評価 |
|--|--|----|
| 判断基準 | a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。 | b |
| | b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 | |
| | c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの見直し・モニタリングは、利用者の状況に応じて3か月あるいは、6か月ごとに実施している。サービス担当者会議を開催、介護支援専門員、リーダー、看護師、栄養士、生活相談員が参加している。変更内容の周知は、申し送りノートに記載して確認、また、参加した職員が口頭で報告している。 ・緊急にプランを変更する場合は、変更の可否は介護支援専門員もしくはリーダーが判断し、関係者に参加を依頼し開催している。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、緊急にプランを変更する場合の仕組みや職員への周知について、肯定率が低い。また、モニタリングの時期を3か月あるいは6か月としているがその基準は不明確であり、また、職員配置上の課題があり取り組みにくいとしている。要因分析による具体策が求められる。</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。

| | | |
|---|---|----|
| 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。 | a |
| | b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。 | |
| | c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援記録は記録ソフトによりシステム化され、支援にかかわる職員全員がパソコン入力し、同一画面で利用者情報を共有できる。記録ソフトには30種以上のキーワードが設定され記録内容により選択する方式である。キーワードの検索により食事量や排泄、バイタル測定値など1カ月の状況を把握できる利便性もある。また「チャットラック」というPC上でのコミュニケーションアプリを使用することで、事業所内での情報のやり取りがスムーズに行えている。 ・記録する際の注意点については、文書で周知し、各グループで個別に指導をしている。利用者の状況は月2回のグループ会議、毎日の引継ぎで職員間の共有はできている。 <p>・なお、職員自己評価では、記録に関する指導や職員間での共有に関しては肯定率は低い。要因分析を期待する。</p> | | |

| | | |
|---|--|----|
| Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ、適切に管理が行われている。 | a |
| | b) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。 | |
| | c) 利用者に関する記録の管理について規定が定められていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の保護に関しては個人情報保護規程を策定している。「個人情報保護取扱いマニュアル」に記載し、職員への周知は、採用時に個人情報を漏らさないように誓約書を取っている。 ・個人情報を外部とやり取りすることや個人情報の使用については入所時に説明、また使用目的を明示している。文書「個人情報使用同意書」で説明して同意を得ている。またホームページ、ブログなどへ写真掲載の際は、そのつど同意を得るようにしている。 <p>なお、記録の管理や個人情報保護法に関する、職員研修、教育の機会の必要性を意識している。</p> | | |

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

| A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | | 評価 |
|--|---|----|
| 判断基準 | a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | b |
| | b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。 | |
| | c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新しい利用者を迎えた時は入居時に、希望することややりたいこと、好きなテレビ番組などを聞きだしながら、生活習慣を継続させた暮らしになるように支援している。具体的には、生活習慣の継続を意識した日課をユニットリーダーと居室担当職員で作り、それを利用者・家族、職員で確認するようにしている。この時、利用者ができることは、それを継続できるように支援している。そして、利用者が生活リズムを整えられるように、更衣や整容等の介助、声掛けなどを行っている。 ・胃瘻造設者やADLが低下した利用者にも良い刺激を増やすために、離床時間を検討して確保するようにしている。 ・利用者が暮らしの中で楽しめるように趣味などについては、それが継続できるように家族に必要物品の持参を依頼するなど協力を依頼している。また、利用者が参加しやすいように、複数の活動メニューを地域のボランティアの支援も受けながら実施している。 <p>■ 改善課題</p> <p>ケアプランに基づいて作成した日課と、実際の利用者の日々の過ごし方の関連がわかる記録内容を課題視し、事業所は日課と個別支援目標を連動させる必要性を認識して今年度の重点課題として取り上げている。すなわち、利用者それぞれに応じた暮らしになっているかを検討し、改善する取り組みが組織的に継続して行われているとは、言いにくい現状を認識した方針である。職員の自己評価においてもリーダー層での肯定率が3割、一般職員では4割に留まっている。なお、ユニットタイプのエリアよりも従来型のエリアで不十分といった職員自己評価もある。事業所として課題として認識しているため、今後に向けて改善が期待できる。</p> | | |

| A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | | 評価 |
|--|--|----|
| 判断基準 | a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | b |
| | b) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っていない。 | |
| 講評 | <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に話しかける際には敬語を使うことを事業所の方針にしている。 ・話すことや意思表示が困難な利用者には筆談や五十音表等を使用したり、「はい」「いいえ」で返事ができるような質問にする等の工夫をしている。また職員の都合やテンポで進めないように、声を掛ける時は利用者と目線を合わせ、利用者の反応を待つから次に進む事、そして、ゼスチャーを交えて利用者が分かるように努める等を意識している。 ・利用者によっては声を掛けるだけで触れないようにするなど、利用者に応じた関わり方をするようにしている。これらの取り組みは、介護技術の見直し研修(接遇研修)で、利用者との接し方を学び直した結果の実践である。 <p>■ 改善課題</p> <p>利用者の想いや希望を把握してそれを支援に生かす取り組み、更にコミュニケーションの方法や支援について検討したり、それらを定期的に見直す等の取り組みについては事業所としても不十分と認識している。これらを充実させるためには、具体的な観察項目とポイント、記入方法まで検討しながら、アセスメントシートの活用方法から見直すより効果があると考え、更なる取り組みを期待する。</p> | |

A-1-(2) 権利擁護

| | | |
|--|--------------------------------|----|
| A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | C |
| | b) - | |
| | c) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の利用者への言葉遣いや態度については接遇研修の中で取り上げて実践を徹底させている。この部分については、利用者面接、家族面接の中でも肯定的回答率が高い。 ・権利擁護に関する研修は、新規採用職員を対象に年1回、身体拘束・虐待を取り上げ、これに絡めて行っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>利用者の権利擁護については、新規採用職員に留まらず全職員対象に繰り返して行っていくことが求められている。その内容は、事業所内における研修、内外の事例収集とその周知、職員自らの振り返りの機会を設ける等である。また、虐待を発見(遭遇)した場合は、その通報義務が市民にあるとされている。従って、虐待事例が発生した場合の行政への届け出や報告手順は明確にし、職員に周知しておく必要がある。そして、これらの取り組みを具体的内容で繰り返し行うことが周知徹底するために求められている。その視点から見た時、本事業所の取り組み状況は十分とは言えない。今後の取り組みを期待する。</p> | | |

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

| | | |
|--|--|----|
| A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | a |
| | b) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。 | |
| | c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が定期的に施設内を巡回して不具合な個所を発見した時には、施設長に報告して対処することを事業所の約束事としている。 ・利用者にとって快適な環境をめざして清掃し、温度・湿度にも配慮している。なお現場が意識的に行っているのは冬季の湿度管理で、特に床暖房設備のあるスペースは過乾燥になりやすいため、それに対処するようにしている。 ・利用者が落ち着いて過ごせるようにリビングなどの共用スペースのソファ等家具の配置や、壁の装飾などに利用者の意向を活かすようにしている。 ・居室の設えは、多床室であっても可能な限り利用者らしい環境になるように努めている。 ・廊下の一隅に椅子やテーブルを置き、散歩中の利用者の休憩場所になっている。降雪で屋外に出られない期間が長い事業所として、廊下を散歩したり、寛いだりできる雰囲気や屋内に作ることは大変重要と考え、採光や色彩、壁の装飾、植物や生花を飾ること等がなされている。 | | |

A-3 生活支援

A-3-1 利用者の状況に応じた支援

| A-3-1-1-① 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>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助は同性介護の希望を利用者に必ず聞いて、それに対応するようにしている。 ・ユニット個室タイプでは各ユニットに個人浴槽があり、立位で浴槽壁を跨げる利用者が使用している。その他、端坐位リフト浴槽が1台あり、これは仰臥位で入る浴槽よりアップダウンがないので、職員も介助がしやすく、利用者面接でも「安心」の言葉を聞いている。さらに、利用者の機能を活用した入浴方法について、検討を期待する。 ・一方、従来型の入居者が使う風呂場の構造は、半埋め込みの大型浴槽があるものの、介護度の進行で使える利用者はいなくなった。稀に大型浴槽を好む利用者には、通所介護利用者用の別の大型風呂を「温泉」と称して使う利用者もいる。その他の浴槽としては仰臥位で入る機械浴槽が2台設置されている。脱衣所と機械浴槽の間に大型風呂が設置されている構造のため、利用者は空風呂の大型浴槽の傍らをストレッチャーで機械浴槽まで誘導されている。誘導通路が狭いため、職員も気遣いが求められる状況にある。今後の取り組みとして、利用者の身体能力を引き出した入浴とするためにも、個人浴槽への改修を検討されることを期待する。 | | |

| A-3-1-1-② 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | | 評価 |
|---|---------------------------------------|----|
| 判断基準 | a) 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| | b) 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄委員会を組織し、下剤の使用を最小限にしながら自立的な排泄を目指している。腸の総蠕動を促すため、起床時の冷水や牛乳の飲用など、利用者の意向も反映させて個別支援をしている。 ・新規利用者を迎えた時は3日程度に渡って定時に排尿量測定をして排尿間隔を把握し、排尿間隔に応じた尿取パッドの選定などは、概ね4～7日でできている。そして入居までおむつを使用していた利用者でも、適切な支援によって通常の下着に尿取パッド(10種類以上の中から選定)を使用するだけで対応できるようになった利用者もいる。これについては家族面接でも「嬉しい出来事」だというコメントがあった。 ・端坐位姿勢が確保できる利用者についてはトイレ(ポータブルトイレ)での排せつを目指して誘導している。 ・排泄動作の支援には移乗介助が伴うため、利用者が動きやすく、職員の力技ではない介護を目指してスライディングシート等の福祉用具も活用している。これら用具の使い方は、各グループのリーダーが指導にあたっている。 <p>・なおトイレの構造を見ると、ユニットごとに便座の高さが異なっている。便座の高さと手すりの設置位置は、利用者の自立的な排泄動作に大きく影響する。利用者の動作能力を安全に引き出す環境は、職員の介助量も減らすことにつながる。その視点からの改善(改修)を期待する。</p> | | |

| A-2-1-1-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | | 評価 |
|---|--|----|
| 判断基準 | a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| | b) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせておこなっているが、十分ではない。 | |
| | c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自力で移動できるように利用者の移動機能を踏まえて用具を選んでいる。また、利用者の意欲を削がないように、「歩きたい」といった意向がある場合には、転倒のリスクなどにも考慮しながら「トイレまで歩く」といった生活動作に結び付けて、その意思を尊重するようにしている。 ・介助の方法については各グループのリーダーを中心にして個別に指導や手法の周知をしている。また、利用者を「力」で持ち上げない、「ノーリフト」介助方法の研修にも事業所内で取り組み始めている。 ・環境面からは、利用者が移動しやすいように移動動線を踏まえて、移動の妨げになるものを置かないようにしてスペースの確保に努めている。 ・利用者が安全に利用するために、福祉用具などの点検は車いすを中心にして「タイヤの空気、ブレーキ、グリップ」について月1回担当者を決めて行っている。ただし用具の点検としては、さらに充実させる必要があると事業所として認識している。 <p>・なお、福祉用具の整備状況を見ると、利用者の体型と障害に合った車椅子が不足しており、現状は施設にあるものの中から選ばざるを得ない環境にある。予算を伴う案件ではあるが優先順位を付けて計画的に整備に取り組むことを期待する。</p> | | |

A-3-(2) 食生活

| A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | | 評価 |
|---|----------------------------------|----|
| 判断基準 | a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | a |
| | b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。 | |
| | c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が食事を楽しみにできるように嗜好調査を行い、利用者の希望を取り入れたメニューの工夫をしている。それによりたとえばカレーの献立回数を増やすと同時に、甘口カレーやシーフードカレーのように利用者の好みを取り入れて変化を持たせている。また、例年5月には希望者20名ぐらいで蔬を取りに行っている。これを処理しては献立に取り入れている。 ・グループ単位で希望メニュー（例えばジギスカン）を出し、利用者自身も野菜の処理をしながら楽しめるイベント食事の開催などにも取り組んでいる。さらに行事食の時には「お品書き」を添えて、特別な雰囲気を出すようにしている。雰囲気づくりの一助としてランチョンマットも使用している。 ・楽しい食事にするためには、利用者同士の人間関係に配慮することも重要と考えて食席にも配慮している。食事をおいしく見せるためには食器の選択も関係するため、事業所としては、食器を充実させたいと考えている。 <p>・なお、今回実施した利用者面接では、味付けが良くない、しょうゆの香りがしない、美味しいとは言いにくいといった率直な意見も寄せられている。食事は生活習慣に基づいた好みもあるが、可能なところから寄せられた意見を取り入れていくことを期待する。</p> | | |

| 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) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| | b) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせて食形態を5種類準備して提供している。そして、効率よくエネルギーを摂取するためには常食が適切であり、安易に食形態を下げないことを課題として多職種で検討、適切な形態での食事提供と、経口での食事摂取の継続に努めている。 ・食事時間は一定の幅を持たせ、利用者の覚醒状態・食欲に合わせて提供している。その結果、朝食はかなりバラバラで摂取し、昼食はそれよりもばらけ方が少なく、夕食はほぼ同じ時間に食べている。 ・食事摂取量と同時に水分摂取量も把握し、補助食品や飲みやすい飲料などで補っている。 ・口腔ケアとしては朝・昼食後は嗽、夕食後はお茶で嗽をしている。なお、舌が汚れている利用者については舌ブラシを使用している。 ・特別食加算は取っていないが、塩分制限として「味噌汁、漬物」の提供を工夫して塩分制限としているが、利用者の状態に合わせていつまでこれを続けるかは明確になっていない。現場としても超高齢の利用者に対する食事制限の期間については、悩みながら対応している状況である。 <p>・なお自立的な摂食環境を考えた時、安全に食事をとるために摂食姿勢の確保も重要になる。その視点から見ると本事業所の食堂テーブルの高さ、及び椅子の座面高は見直す必要がある。利用者の自立と職員の適切な介助に向けて、充実、改善を期待する。</p> | | |

| 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。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内の機能が低下している利用者を主な対象にして、食前に口腔・嚥下体操を行っている。 ・口腔ケアとしては、食後の嗽と汚れの目立つ利用者へ舌ブラシを使用しているが、嗽を自分でできる利用者については口腔内チェックをし切れていない。 ・週1回協力歯科医院から歯科医師の往診があり、口腔内のチェックをしてもらっている。チェック対象にしている利用者は、歯肉に炎症があったり口腔ケアを職員が支援している利用者としており、この時、歯科衛生士から口腔ケアの助言なども得ている。 <p>■ 改善課題</p> <p>利用者一人ひとりに応じた口腔ケアの計画の策定とその評価・見直しは全員に行っていない。そのため利用者の口腔清掃の自立度を把握した上での必要に応じた支援については、不十分な状態にあり、特に口腔ケアが自立している利用者についての関わりは薄い。職員に対する口腔ケアの研修も、事業所として取組めていない。これについては職員自己評価でも肯定率は低い。口腔ケアの重要性と、その知識を基にした歯ブラシの選択方法や磨き方のコツなど予防的視点から取り組む必要がある。この実践的技術獲得に向けた研修には、定期往診で来所している歯科医師など専門家の協力を得て取り組むことを期待する。</p> | | |

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

| | | |
|---|------------------------------|----|
| A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a |
| | b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在の利用者の中には、本事業所に入所後に褥瘡を発生したものはいない。 皮膚の清潔の保持や2時間おきの体位変換、定期的な皮膚チェック等はマニュアル化している。この標準化した褥瘡の処置方法を徹底させるために、写真で経過を見て対応を検討する等、皮膚の状況が一目でわかる工夫を取り組んでいる。 体位変換の時間も、利用者ごとの発生リスクにより看護師が設定している。また、低栄養状態も褥瘡の発生や回復に影響するため、日々の食事摂取量の確認と体重の増減変化を毎月チェックしている。 <p>・なお、スライディングシート等の福祉用具を用いて、利用者の皮膚を守り、併せて職員の負担軽減などを図っているが、その意味を職員に周知する機会が不足している。職員自己評価でも、「標準的な実施方法について職員に周知徹底」の肯定度が低い。褥瘡ケアの方法は日進月歩で進化している。今後はさらに、現在取り組んでいる褥瘡ケアの科学的根拠を職員が理解できるよう、最新の情報等も取り入れた研修を事業所として定期的に開催することを期待する。</p> | | |

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

| | | |
|---|---|----|
| A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し取組を行っている。 | b |
| | b) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制と取組が、十分ではない。 | |
| | c) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制が確立していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護職員による喀痰吸引に関する研修に取り組んでいる。まず、当施設の看護師が特定認定行為指導者研修を受講、その後、介護職員が特定認定行為従事者の研修を受講した際に、実施研修を担当している。介護職員の資格取得も事業所として進めており、この資格を取得した介護職員は5名である。 副施設長と医務課長と看護師をメンバーとする「介護看護力UP委員会」が、腹式呼吸や胸郭を広げる体操、舌の体操や歌を歌う等、予防的な取り組みを推奨している。 <p>■ 改善課題</p> <p>資格を取得した介護職員はいるが、喀痰吸引などを実際には行ってない。喀痰を吸引する状態を予防でき、それをする必要がない状態を保っているのであればそれが望ましい。しかし、喀痰吸引を必要とするような利用者に適切に対応するためには、職員の知識と技術のレベルをあげておく必要がある。この技術は突発的な誤嚥への対応としても求められる。事業所の考え方と方針を明確にして、これらに引き続き取り組むことを期待する。</p> | | |

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

| | | |
|---|---|----|
| A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っている。 | b |
| | b) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 機能訓練や介護予防活動を行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の希望を取り入れて、運動器具(イージーウオーク)を使用するなどのリハビリテーションを行っている。 排泄動作や移動動作の中で、意図的に背伸びをしたり壁を使って背筋を伸ばす等、生活動作の中に機能訓練的要素を取り入れている。 事業所が取り組んでいる機能訓練の内容は、集団リハビリ的なものが多い。集団リハビリも集団の力を利用することによって個別リハビリメニューでは引き出せない力を発揮することもある。また、集団で行う歌やゲーム、早口言葉などは、集団の力を使うことによって利用者の心を動かして体が動く楽しめるメニューで実施している。 今年度から、福祉用具の活用や、「ノーリフト」の技術導入に取り組み始めている。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、「利用者一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動の評価・見直し」、「利用者が主体的に取り組めるための支援」についての肯定率は低い。機能訓練は利用者一人ひとりの身体機能と生活動作のアセスメントを行い、その結果から生活動作を通じて行う個別訓練メニュー、集団訓練で取り組みやすいメニューなどが明らかになる。専門家の助言を得て、これに計画的に取り組む、評価・見直しを充実させることを期待する。</p> | | |

A-3-(6) 認知症ケア

| | | |
|---|---------------------------------|----|
| A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | b |
| | b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あらゆる場面で支持的、受容的な接し方をするように努め、利用者がどのような発言をしても一度は受け入れて話を最後まで聞くという対応と、否定的な態度を取らないという接し方を事業所として重視している。多くの利用者に認知症の症状が見られる中で、受容的態様の重要性を接遇研修の中に位置づけ、事業所内で取り組んでいる。例えば、廊下で利用者や、家族等の外来者に会った時に職員は、必ず立ち止まり相手と目を合わせて挨拶する態度は、認知症の利用者への対応でも重要と考える。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所として認知症に焦点を当て、特化して取り組んでいることはなく、主に外部機関が開催する研修の受講に留まっており、事業所も今後の課題としている。また、職員自己評価でも「認知症に特化した研修も未実施で、さらに計画的にも取り組んでいない」といった意見がある。 ・現在取り組まれていることをさらに徹底させることは、認知症の利用者に対する適切な対応に結びつくと考え。加えて、利用者それぞれの日常生活能力や機能、生活歴などについてのアセスメント、また行動障害について多職種による検討、分析に取り組むことを期待する。 | | |

A-3-(7) 急変時の対応

| | | |
|--|--|----|
| A-3-(7) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | b |
| | b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師が窓口になって協力医療機関の医師と連携している。 ・利用者の健康管理は看護師と介護士が連携し、一元化された記録システムを使用して情報共有している。なお、体温・血圧測定は入浴前に全員に行い、その他は薬剤が変わった時や看護婦がその必要性を判断して行っている。 ・利用者の体調変化に早期に気づけるように、体調を崩しやすい利用者については、看護師が観察のポイントを介護士に伝えると共に、一般的な体調変化時の対応は研修などを通して周知している。 ・看護師が利用者の薬を管理し、朝・昼・夕の配薬トレイに利用者毎に収め、実際の与薬は介護士が行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誤薬防止に向けて看護師、介護士でダブルチェックし、さらに実際の与薬時にも「〇〇で行う」といったマニュアルを備えているにもかかわらず効果が上がっていない。誤薬事故の要因分析について、体制づくりが求められる。 ・高齢者の薬剤については、副作用が出現しやすい等から議論されるようになってきている。職員自己評価においても「薬の効果や副作用についての学習」に関して肯定率が低い。入居施設であり24時間利用者の状態を観察できる特徴がある強みを生かせば、薬の効果や副作用なども観察しやすい。この面から今後は高齢者と薬剤についてさらに知識が深まる取り組みを期待する。 | | |

A-3-(8) 終末期の対応

| | | |
|---|--|----|
| A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。 | b |
| | b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。 | |
| | c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が終末期を迎えた場合の対応については、事業所として看取り対応指針を作成している。それに則って、入居時と終末期直前に対応方法や具体的ケアについて利用者本人・家族の意向を確認する機会を設けている。 ・職員に対する終末期に関する事業所研修は29年度は1回開催している。また、終末期に関わる職員や当該利用者を担当する職員に対する精神的ケアは、個別に対応している。 ・施設内看取りを希望する利用者・家族に対しては、週1回往診に来ている医師とカンファレンスを行ってケア体制を整えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同一敷地内に隣接して病院があり、本事業所はそこを協力医療機関とし医師が週1回往診にしてくれている。現在、医師は病院の常勤職ではなく、派遣であり3カ月毎で交替しているため、事業所の方針や看取り体制への理解を得ることが難しい場合もある。隣接しているが故に搬送すれば診察してもらえる利点はあるが、往診日以外は搬送することを指示する医師もいる。その結果、昨年度死亡退所者19名のうち、事業所内で看取れた人数は2名に留まる。職員自己評価でも医療機関との連携を課題視する意見が寄せられている。看取り介護の推進を事業計画に取り上げており、今後どのような連携をしていくのか検討する必要がある。 ・職員自己評価の自由意見として、看取り研修はあるが定期的ではないので定期開催の希望、職員へのメンタルケアについても充実を求める声等がある。メンタルケアは職員個人に必要時おこなっているが、看取り直後のデスクカンファレンスを定期開催することが、職員へのメンタルケアに繋がり、かつ看取りの質の向上にもなる。デスクカンファレンスの定期開催に取り組むことを期待する。 | | |

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

| | | |
|---|----------------------------------|----|
| A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | | 評価 |
| 判断基準 | a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | 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。 | |
| <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居費用負担金の支払いを事業所窓口としているため、大部分の家族が費用支払いに月1回事業所を訪れている。 ・ケアプランは6カ月毎に見直ししており、その際に家族の意向を確認しながら計画内容についての同意を得ている。家族面接結果でも、ケアプランの説明、意向の反映について8~9割が肯定的回答をしている。また、不満や要望の言いやすさや対応についても同様な肯定率である。 ・利用者の状態変化で家族に連絡する基準を事業所は、食事形態の変更、病院受診、体調不良とし、これらは現場の職員から直接連絡(報告)している。なお、介護事故については、利用者本人へのダメージが大きい場合は、課長、副施設長から連絡するとしている。このような対応についての家族の満足度も9割と高率である。 ・家族会を組織してグループ別に家族懇談会(グループ別での開催のため年7回)を開催している。そこには半数程度の家族が参加している。家族懇談会は、サービスを変更する意図を説明したり意見交換する場になっている。また家族会だよりも年3回発行している。 | | |

