

平成 26 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
特別養護老人ホーム
「フルーツ・シャトーよいち」

2015 年 3 月 31 日

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
実施概要	1
I 組織マネジメント項目	3
II サービス提供プロセスの項目	13
III サービスの実施項目	18
総評	25

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

(1) 第三者評価についての事前説明書送付 平成 26 年 6 月 18 日

(2) 情報収集の実施（調査）

①経営層自己評価 平成 26 年 6 月 20 日～7 月 31 日

②職員自己評価 平成 26 年 7 月 1 日～7 月 20 日

③利用者調査 平成 26 年 8 月 18 日

④事業所訪問調査 平成 26 年 8 月 19 日～8 月 20 日

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

(1) 調査の方法 聞き取り調査

(2) 調査対象者数 利用者 11 名
家族 4 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子（組織マネジメント項目担当）

鳥海 房枝（サービス実施項目担当）

北村 とし子（サービス提供のプロセス項目）

5. 評価決定合議日

平成 26 年 10 月 13 日

6. 本評価に関する問い合わせ

(1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 鳥海 房枝

(2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子

(3) 連絡先

NPO 法人メイアイヘルプユー事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目																
	カテゴリ1																
1	リーダーシップと意思決定																
	サブカテゴリ1(1-1)																
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 9/9															
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している</td><td>○非該当</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている</td><td>○非該当</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている</td><td>○非該当</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)</td><td>○非該当</td></tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		◎あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している	○非該当	◎あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当	◎あり ○なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当	◎あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)	○非該当
評価	標準項目																
◎あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している	○非該当															
◎あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当															
◎あり ○なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当															
◎あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)	○非該当															
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている</td><td>○非該当</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している</td><td>○非該当</td></tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		◎あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	○非該当	◎あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	○非該当						
評価	標準項目																
◎あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	○非該当															
◎あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	○非該当															
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている</td><td>○非該当</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している</td><td>○非該当</td></tr> <tr> <td>◎あり ○なし</td><td>3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている</td><td>○非該当</td></tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		◎あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	○非該当	◎あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○非該当	◎あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○非該当			
評価	標準項目																
◎あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	○非該当															
◎あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○非該当															
◎あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○非該当															
	カテゴリ1の講評																
	運営理念を明確にし、職員への周知を図っている これまでは「楽しく普通の暮らしができる」こと方針としてきたが、平成26年5月、施設長・リーダー層でこれまでの支援から大事にしていること、目指すものについて検討、明文化している。この内容を運営理念として位置づけ、さらに行動指針を作成し職員に配布、説明。職員自己評価は前回(平成22年)と比較し、理念の明示の肯定率は高く一般職員で77.4%である。施設長は職員の理解が深まる取り組みとして各会議などの機会はあるが、まだ意識的な活用は不足していると総括している。 施設長は方針を明確にし、職員が課題に取り組む土壌づくりに取り組んでいる 法人の総合施設長が本事業所の施設長を兼務していたが、平成25年8月、副施設長が施設長に昇格した。職員調査では、経営層(施設長)は、自らの役割と責任に基づいて行動をしていることについて肯定率は高い。施設長は方針や重要事項は文書でも配布し、説明している。重要な案件を決定する手順や周知についても肯定率は高い。施設長の役割、責任として、職員のモチベーションを高めるための体制づくり、及び地域社会に対し本事業所の活動を報告する機会を作ることを事業計画に掲げ、職員との対話を基本にしながら事業運営を進めている。 利用者への周知を深めることを課題とし、家族懇談会を開始している 利用者への周知は、平成25年9月、ユニット・グループごとに家族懇談会を開始、平成26年7月に全てのグループの懇談会を終了。目的は、利用者の生活やケア内容の説明などにより運営の透明性を高めること、家族が意見を言いやすくなることを意図している。また、サービス内容や料金の変更時は、重要事項説明書の内容を修正して説明、同意を得ている。一方、職員調査では、この評価項目については5割の肯定率である。26年度に作成した運営理念・方針の取り扱いについて法人として明確にし、広報誌、HPなどの活用で社会化することが求められる。																

カテゴリー2		
2 経営における社会的責任		
サブカテゴリー1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の人目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	○非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	○非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	○非該当
●あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	○非該当
評価項目3 地域との関係機関との連携を図っている 評点(●●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 地域との関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	○非該当
○あり ●なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	○非該当

カテゴリー2の講評

わかりやすい行動指針を掲げ、また全職員対象などの研修を実施している

運営理念(常に目指すもの)を明文化しそしてそれに向かうためになすべきこと(行動指針)として、11項目掲げている。また職員の態度や支援を行う際の禁止行為9項目定め、わかりやすい。この内容を施設長は、本事業所の全職員を対象とする会議で説明、周知している。年1回全職員を対象に虐待防止など利用者の尊厳にかかわる研修を実施し、また虐待など不適切なケアに関しては、情報を把握した時には、文書などで注意を喚起するなど職員の理解が深める取り組みを意図している。

第三者評価の定期的な受審、HPを活用した情報の公開など積極的な取り組みである

法人として、平成15年、全国社会福祉協議会が第三者評価のモデル事業を開始した際に応募して受審、またHPで公開するなど事業の透明性を意識した積極的な取り組みである。今回は4回目の受審である。HPでは、財務状況、指導監査の結果、事故や苦情の内容とそれへの対処についても公開・掲載している。地域への情報提供は、広報委員会が広報誌を年3回、1,000部の発行で、家族、関係機関、管内の公的機関などに配布している。300部は全国配布である。またブログでは利用者の活動状況などを定期的に掲載し、HPを充実させている。

地域の中核法人・事業所として関係機関とのネットワークづくりの取り組みを期待

今年度の方針としてボランティアの積極的な活用を方針化し、ボランティア活動委員会を立ち上げ担当者を配置して取り組んでいる。また施設を地域の人たちに利用してもらうことを課題に中学生の体験を受け入れている。事業所の機能や専門性を生かした取り組みは、備品の貸出、介護予防「ふまねっとリハビリ」への会場貸出、関係機関の研修や区会・町会にも会場を貸し出している。一方、地域の関係機関との連携については、町青年会議所に所属し年3回の会議に参加のほか特段の連携はない。地域の中核法人・事業所として、積極的な取り組みを期待する。

カテゴリ3			
3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用			
サブカテゴリ1(3-1)			
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	6/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる		☐ 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇●●)			
評価	標準項目		
☐ あり ☒ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる		☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる		☐ 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している		☐ 非該当
カテゴリ3の講評			
苦情を把握したときには、即座に対応し解決に取り組んでいる 苦情相談については、重要事項説明書に明記、また施設内に掲示、意見箱を設置している。苦情を把握したときには各ユニットで事実確認をして課長に報告、今後の対応検討して職員に周知する。その後短期間で苦情相談委員会を開催し報告している。苦情の内容は随時にHPIに公開し、また年1回第三者委員会で報告している。職員自己評価では利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる項目は9割以上の肯定率である。			
事業所としてのサービスの向上を期した利用者意向の把握の機会が求められる 利用者アンケート調査は未実施であるが、今回の利用者調査から職員は利用者によく話しかけている状況があり、また日常的にはフリーの課長が施設内をラウンドして利用者に話しかけるなどにより意向を把握し、問題と感じたときにはグループリーダーに報告し対処している。また家族の懇談会後はアンケートを実施しその内容を次年度に活かすなどの取り組みをしてきている。利用者個々の要望の把握と対処にとどまらず、事業所のサービス向上を課題とし、その改善や新規の取組みなどに関する意見を聞く機会として家族懇談会を活用するなどの検討を期待する。			
地域の福祉ニーズ及び福祉事業分野の情報把握と分析に取り組んでいる 当業所は、地域では一カ所の施設であり、民生委員や理事などからも相談が寄せられる状況にある。また理事長は地域で事業をしている団体に所属しており、地域情報を得やすい状況がある。福祉事業全体の把握は、福祉分野の新聞や情報誌、関係団体のHP、研修などからを得ている。これらの情報の分析は法人理事長(総合施設長兼務)の役割であり、今年度は、サービス付き高齢者住宅、小規模多機能居宅介護、訪問看護ステーションを開設し、地域の多様なニーズに応じている。職員自己評価では、この項目に関しては周知が不十分である。検討を期待する。			

カテゴリー4

4 計画の策定と着実な実行

サブカテゴリー1(4-1)

実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

5/11

評価項目1

取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

評点(○○●)

評価	標準項目	
☐ あり ☒ なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 年度単位の計画を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	☐ 非該当

評価項目2

多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している

評点(○○●●)

評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	☐ 非該当

評価項目3

着実な計画の実行に取り組んでいる

評点(○●●●)

評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	☐ 非該当

サブカテゴリー2(4-2)		
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 3/4
評価項目1 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇●)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当
カテゴリー4の講評 年度事業計画は、重点的な取組みを明記、中長期計画は明確化には至っていない 中長期計画は法人幹部で検討されているが、職員が分るような形では明確化されていない。現状は法人として取り組む内容を重点的な取組みとして掲げ、新規事業の開拓や今後取り組むべき課題を挙げている。年度事業計画は、本事業所としての重点的な取組みを記載、接遇姿勢の徹底、職員教育体制の強化、介護技術の向上、リスクマネジメント分野、地域との密接な関係づくりなど、年間で取り組むべき内容を幅広く掲げている。また、接遇、感染症、リスクなどの各委員会の取組みは、施設長が活動方針を説明し、委員会として計画を策定し取り組んでいる。 事業計画策定の目的や策定プロセス、進捗状況の確認など全般的な検討を期待する 年度事業計画は、施設長が策定し会議で説明、不参加者には資料を配布。資料には、重点項目に対する取り組み内容を施設長の方針・意向として述べている。計画策定時は、前年度の取り組みを振り返り策定。しかし、年度事業報告書は入居者の状況数字のみ、また来訪者の状況や行事などの実施日時での報告にとどまる。今後は、重点項目に対する取り組み状況を評価し事業報告書とすることを必要である。職員自己評価の結果でも肯定率は高くない。事業計画の目的の理解、計画内容、職員参加による策定プロセス、進捗状況の確認など全般的に検討が必要である。 安全確保・向上から更なる取り組みを期待する 現場における安全性の確保の取り組みは、リスクマネジメント委員会、感染症対策委員会を中心に進めている。研修会などで情報を得、予防策に活かす、マニュアルを作成と見直しの計画がある。事故発生時は、リスクマネジメント委員3名により現場検証をし対策を検討、事故報告書に記載し回覧している。一方、転倒などの事故が続く、要因分析に基づく予防対策の検討が課題である。災害・防災については、事業計画・重点項目として取り上げ、災害発生時の対応については、道や町とで調整、原案は作成されており、実質的な内容検討をする予定である。		

カテゴリー5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている 評点(○○●)		
評価	標準項目	
☐ あり ☒ なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	☐ 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる 評点(●●●●●●)		
評価	標準項目	
☐ あり ☒ なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	☐ 非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる 評点(○○○)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	☐ 非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-5の講評

事業拡大に取り組む中、人事制度に関する全体像を明示することを期待する

職員育成・評価については資格取得の推進や常勤身分への変更、意欲的に仕事をする人を評価するなどの方針は示されているが、人材育成の全体像や人材の評価・人事考課・人事異動などを明示した人事システムには至っていない。採用方針は定期採用の常勤雇用であり、また高校生など無資格者には、資格取得を勧め支援をしている。採用時は、施設長・施設長補佐・援助課長のうち2人以上で面接。異動はユニット内の年齢のバランス、男女比などを勘案し、施設長が管理職と相談して判断。法人として「介護職員初任者研修」を実施、人材採用に努めている。

研修の機会を充実させている。今後は、職員個々の課題に対応した育成が求められる

職員研修・内部研修は、基本的なケアの点検と改善に向けた研修と位置付け、テーマを決め特養会議後に実施している。また外部研修にも積極的にさせる方針がある。新人研修は、計画的に実施して評価をしている。職員調査では、研修の機会が恵まれているとのコメントが多い。職員個別の育成計画・目標管理は今後の課題である。職員面接は年1回施設長が実施、目的は主に意見や不満を聞き、職員個人が持つ問題を把握すること、またストレス対策にもなると考えている。今後は、施設長が課題としている職員のモチベーションを高めるための取組みに期待する。

職員が互いに学ぶ機会が充実、また課題を課し責任感の向上を期している

施設長は、職員への指導と現場の意見を吸い上げる対策として、複数の課長補佐を配置するなど体制を強化。また各委員会には活動内容としてマニュアルの見直しを課すなど責任感を向上させる取り組みもある。職員が互いに学ぶ機会として、各グループごとの討議、また外部研修参加後は復命書の提出にとどまっていたが、今年度から共有すべき研修内容は会議で報告することになっている。職員調査では職員間で学びの機会が充実している結果である。22年と比較し職員の問題意識の高揚と課題への取り組みの確かさがある。継続した取り組みを期待する。

カテゴリー7		
7 情報の保護・共有		
サブカテゴリー1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している	☐ 非該当
評価項目2 個人情報とは、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている	☐ 非該当
カテゴリー7の講評		
情報保護の視点から法人としてパソコンに関する担当者を配置、機密性の担保をしている パソコンによる情報管理は法人として担当者を配置している。PC管理の情報については、情報の重要性、機密性に応じて取得できるよう、係長・主任以上はパスワード、その他はグループ毎のパスワードで管理、またUSBメモリーなど持ち出しできないような対策を講じている。会議録はそれぞれの会議の担当者がファイル化、またマニュアル類、回覧物はグループで管理、活用のしやすさを意図している。情報の更新は基本的には毎年度である。利用者個人の記録の管理はグループであり、利用者から見えにくい場所を決めて保管している。 「個人情報保護法」の趣旨を踏まえた取り組みがある 法人として個人情報保護規程を策定している。外部と利用者情報のやり取りをすることについては、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「個人情報使用同意書」の提出を受けている。開示請求に対しては開示できることを明示している。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り、また新人研修、職員会議で注意を喚起している。実習生には実習前に個人情報に関する誓約書の提出を課しているが、ボランティアには口頭注意であり、今後理解を促す取り組みが望まれる。		

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目										
	サブカテゴリー1										
1	サービス情報の提供 サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4 評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th><th>標準項目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している</td></tr> <tr> <td>●あり ○なし</td><td>4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している</td></tr> </tbody> </table>	評価	標準項目	●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している
評価	標準項目										
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している										
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている										
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している										
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している										
	サブカテゴリー1の講評										
	広範な社会に向けた情報発信の手段にホームページを充実させている 利用希望者等に対する本施設の情報は、ホームページ(以降HP)、広報誌「フルーツシャトーだより」で伝えている。HP、広報誌ともに法人の横断的な組織「広報委員会」が中心で作成しており、施設からも職員2名が広報委員として参加している。近年は広範な情報提供の手段として、HPの充実に関心をもち、特にブログの更新頻度を上げ、タイムリーな情報提供に努めている。ブログは、主にイベントを楽しむ入居者の様子を多くの写真で伝えている。さらに、日常生活的な生活の様子を伝えられると施設への理解が深まると思われる。 広報誌は、自治体、関係機関等幅広く配布し法人全体の動向を知らせている 広報誌は取り上げる題材やレイアウトに工夫し、300部程度行政などの関係機関をはじめ全国的に配布している。この広報誌は法人内の他施設の状況も掲載しているため、法人全体のサービスへの取組姿勢を知ることができる。ただ、年間発行回数予定が3回のところ2回にとどまっている。このことは施設でも課題として発行手順の効率化を検討している。また、不定期ではあるが自治体が発行する「福祉サービスガイドブック」に、本施設の利用方法、利用料金などの情報を提供している。 入所に関する問い合わせ、見学には生活相談員が中心となり対応している 施設利用に関しての問い合わせや見学は、月におよそ5件程度あり、基本的に生活相談員(2名)が対応している。見学は相談員の勤務時間内としているが、見学者の特段の事情によっては施設長等の管理者層が対応することもある。見学は居室、浴室などの施設内設備を案内しながら入居希望者の個別事情を聞き取り、その後は、入所、退所の要件やサービス内容、利用料金等の説明をする。見学者からの質問で多いのは「いつ入居できるか」であり、そのつど待機者数を具体的に示し理解を求めている。										

サブカテゴリー2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している		☐ 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている 評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
☒ あり ☐ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		☐ 非該当
サブカテゴリー2の講評			
サービス開始に当たって生活相談員が重要事項を説明し納得を得ている 本施設の入所者は併設のショートステイを体験している場合が多い。そのような入所者には家族とともに来訪してもらい生活相談員が重要事項説明書を用いて、生活上の約束ごとなどの説明をする。初めて本施設を利用する場合は、生活相談員が入院先などを訪問し説明することになっている。その際、利用料金等の説明のほか、24時間医療処置が必要な場合は施設での継続した生活は難しいことを伝えるなど納得の上、契約に至っている。諸々の説明対象は、利用者を基本としながらも生活相談員の判断で現状は家族への説明が多いという。 「入所前カンファレンス」を開催し利用者情報を共有する仕組みがある 利用者への事前訪問は、医療行為の必要性がうかがえる時は、施設対応の可能性について判断をするため看護師が同行する。サービス開始直後の支援に必要な入所者の情報は、生活相談員が把握し所定のフェイスシート、アセスメントシートに記載している。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。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。 環境変化による不安軽減に、職員は注視しながら自然に周囲になじめるよう支援している 環境変化による利用者の不安軽減に、生活環境の具体的な説明や利用者間の紹介などを通して自然に馴染むのを待つようにしている。さらに、家族の写真など利用者の気持ちが安定するような品々の持ち込みを家族に依頼することを検討している。また、入所後2週間ばかりは職員全員が、利用者の状況を注視し引継ぎ等で共有に努めている。一方、入院の長期化により施設退所を不安視する利用者・家族には「また施設に戻る場合がある」と事例を示して説明し不安軽減に努めている。			

サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

10/10

評価項目1

定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直ししている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	○非該当

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(〇〇)

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

評価項目4

利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している

評点(〇〇)

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

サブカテゴリー3の講評

多職種が参加する「サービス担当者会議」で課題の明確化を図っている

支援に必要な心身や生活状況は、生活相談員（介護支援専門員）を中心に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（家事動作を含む）、食事、健康、排泄、コミュニケーションなど8項目に分類し、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。得られた情報から、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。アセスメントの見直し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。

ケアプラン策定の方針は利用者の希望を優先させるとしている

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。しかし利用者としっかり向き合い意向の聞き取りをするというより、家族が代弁、あるいは支援の中から推定しプラン化するのが現状であることが利用者調査からうかがえた。ケアプラン策定後の説明とともに、当事者である利用者への適切な対応を組織としてどのように考えていくかは今後の課題である。見直しはアセスメントとともに定期的実践している。緊急にプラン変更の可否は介護支援専門員が判断し、多くは担当者会議で対応を検討し引継ぎで共有している。

支援記録はシステム化により共有しやすい反面課題もある

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か月の状況を把握できる利便性もある。しかし記載内容は、画一的で支援に対する利用者の反応など生活の様子が伝わりにくい。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。

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている		○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている		○非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に予防・再発防止を徹底している		○非該当
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている		○非該当
サブカテゴリー5の講評			
工夫した環境設定等によりプライバシーに配慮した支援が実施されている 個人情報等を外部とやり取りすることに関して、入所時に利用目的を明記した文書「個人情報使用同意書」で説明して同意を得ている。ホームページ、広報誌等へ写真掲載の際は、そのつど同意を得ようとしている。施設の約半数が多数室であるため利用者それぞれのプライバシー保護に特段の配慮が求められる。多数室のベッド周辺はカーテンで覆うことができ、隣り合うベッドの間には、収納家具を置き視覚的に距離感を演出するなど工夫がみられる。また、今年度は施設全体でプライバシーについての検討がされ引継ぎ場所の変更等を実施している。 羞恥心に配慮した支援の実践に努めている 利用者の羞恥心への配慮として、排泄、入浴、更衣等の直接的な支援は同性を基本とし、入居説明時に希望を聞いている。同時に職員配置によっては希望にそえないこともあり得るとして了解を得ている。圧倒的に女性利用者が多い現状の中、おおむね希望にそえているという。しかし利用者が感じる羞恥心は、それぞれの価値観とも重なり様ではなく把握が難しいとも管理者は考えている。利用者の生活背景の情報収集の充実とともに、利用者の気持ちを感じ取る「気づく力」の高まりに期待したい。 職員の不適切な対応について毎年、研修を実施するなど防止策を講じている サービス提供場面ごとに利用者の意思を優先している。言語で伝えられない利用者の意思は、表情や支援実施後の反応で判断することもある。職員による利用者への不適切な言動防止に、年1度は全職員対象に「利用者の尊厳にかかわる」研修を実施している。さらに、援助課長をはじめリーダー層が、常時施設内を巡回し、言葉使いなど職員の利用者への接遇態度を注視している。一方、被虐待の疑いがある利用者への対応は、リーダー層からは明確に聞き取りができたが、職員自己評価では他の項目に比して連携体制について周知の不十分さがうかがえた。			

サブカテゴリ6		
6 事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	11/11
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	○非該当
評価項目3 さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している 評点(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当
サブカテゴリ6の講評		
業務の標準化への取り組みに各種のマニュアル類を整備している 業務の標準化の取り組みに、食事、排せつ等の介護・事故対応・感染予防・服薬管理・苦情などに関するマニュアルを整備している。さらに「ケアサポートマニュアル」として服務姿勢を明示し、理念・権利擁護の考え方、接遇の部では使用禁止の言葉や態度を記載して職員の行動指針となっている。また、各種のマニュアルには重要ポイント、例えば介護マニュアルには、プライバシー、羞恥心への配慮が記載されている。これらのマニュアルは、グループごとに設置し必要時にはいつでも手に取ることができる。		
各担当によりマニュアルの見直しが順次進行している 各種マニュアルの見直しは、介護に関しては支援現場で、各委員会作成のものは委員会で作成部署が順次職員の声を反映させて実施する方針である。今年度は接遇、感染症マニュアルの見直しがされ、なお、介護に関するマニュアルの点検が援助課長補佐を中心に進められていることがフロアリーダー会議録で確認できた。今後は業務水準の見直しの時期や手順を明確にした取り組みが一層期待できる。		
研修・会議等により業務の一定水準は確保されているものの安全性には課題もある サービスの基本事項等は、リーダー会議、グループ会議、引継ぎで職員への周知を図っている。業務の一定水準確保に職員は様々な施設内研修、外部研修へ参加の機会があり、受講内容により全員参加を基本とする特養会議で伝達研修を実施することもある。新人職員には指導担当職員を配し、OJTを中心に計画的に育成をしている。利用者の安全性に配慮した支援については、毎年、AED研修の受講、居室の家具の配置等の環境整備を行うなどしている。今年度の事業計画にヒヤリ・ハット等の要因分析を課題にしており今後期待できる。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー4	
サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 35/43
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている 評点(〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている ☐非該当
評価項目1の講評 全職員がケアプランを意識化できるように取り組んでいる 支援グループごとに配置されている介護支援専門員を中心に、参加可能な職員でケアプランを作成し、グループ会議で支援の適切性について検討している。また、日々の記録に利用するパソコンで利用者ごとのケアプランを確認することができ、職員がケアプランに則した支援実践の環境づくりの工夫といえる。一方、グループ会議での検討結果は、支援に生かすがその後の状況について必ずしも明確ではなく、ケアプランに反映させる方法は、とられていないため、支援がケアプランに基づいているかについて検証が難しい。 アセスメント情報から生活の継続に配慮した支援に努めている 生活の継続性を踏まえた支援のため、自宅での食事・入浴・整容・移動などの具体的方法や趣味や仕事について家族から聞き取りアセスメントシートに記載している。それらを参考に施設内で実施しているクラブ活動への参加を促したりしている。また、健康上の課題がなければ条件付きではあるが、飲酒、喫煙も容認している。洗濯物たたみなど家事的な生活場面に参加している利用者もいる。個別支援を重視している施設ではあるが、職員配置や共同生活の中で、利用者の望む生活に十分に対応しきれていない一面もうかがえる。 各専門職の立場から連携して利用者支援を行っている 利用者支援に関わる職員は、記録ソフトの機能により支援記録から利用者の状況把握が可能である。利用者の日常の様子や変化などの個別情報は、担当の介護支援専門員に集約され、その内容によりグループ会議で検討し利用者支援につないでいる。例えば、食形態が利用者に合わないという情報を介護職員から得た場合、看護師、栄養士それぞれの専門的見地からの意見を反映させ、適切な食形態に変更させている。このように利用者情報を共有しながら適切な支援に努めている。	
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている 評点(〇〇●)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている ☐非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている ☐非該当
☐ あり ☒ なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている ☐非該当
評価項目2の講評 入所前の利用者の食事を写真撮影し、入居後の食事の参考にしている 今年度から入所前の利用者の食事形態を、生活相談員が事前訪問で写真撮影して提供する食事の参考にしている。これに取組んだ理由は、文字で記録していた食形態を、より具体的にするためである。提供する食事の形態は、生活相談員・ケアマネージャー(以下CM)・グループリーダー・栄養士・看護師などで協議し、入居後2週間程度で決定している。安全で自立的な食事とするためには、テーブルの高さと椅子の形態が重要になる。その視点から本事業所のそれを見ると、テーブルが高すぎること、椅子は1種類であり改善すべき課題と考える。 低栄養状態が予測される利用者には、栄養補助食品を医師の処方で開始している 利用者の低栄養状態は、食事摂取量・BMI・体重減少などの情報により医師が判断し、状態に応じて栄養補助食品として、高カロリー・栄養補助食品(インシュアリキッド)を処方している。また、提供する食事にも、「トロみをつける」「アンをかける」など、咽こみを予防する工夫がある。食事摂取量の減少理由についてのアセスメントを併せて行くと、栄養補助食品の提供だけでなく、摂食姿勢や食事時間、利用者の嗜好など様々な角度からの課題が明確になるものと考えている。さらなる取り組みを期待する。 経口摂取継続に向けたアセスメントに専門家が加わることを期待する 家族の希望で言語療法士の嚥下機能評価を受け、経口摂取が継続できた利用者が過去にいた。嚥下機能が低下した利用者には、本人の「食べたい」という意欲をもとに、栄養士・CM・看護師・介護士で検討して、経口摂取を継続させるように努めている。職員の工夫と経口摂取への思いは認めるが、事業所として嚥下機能低下の判断基準を設けること、さらにその判断をした時、言語療法士や歯科医師などの専門家が当該利用者のアセスメントメンバーとして加われば、より科学的で実効性ある対策が立案できる。取り組みを期待する。	

3	評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○非該当	●あり ○なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当	●あり ○なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○非該当	●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○非該当														
●あり ○なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当														
●あり ○なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○非該当														
●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当														
評価項目3の講評 利用者の嗜好を様々な機会に把握して献立に反映させている 食欲をそそる盛り付けや食器の選択など、おいしい食事を目指して取り組んでいる。利用者調査で出会った家族からも、食事の彩の工夫を評価する意見があった。選択食については、昨年度は天麩羅やラーメンの希望を取り入れて提供している。また、週1度は麺の選択日を設定、パスタの種類を増やしている。利用者の意見を取り入れカレーは月2回から3回の提供とした。行事食についても、利用者から要望を聞き、それを基に献立を決めるなど様々な方法で利用者の意向を献立に反映させる取り組みがある。 食事時間は2時間の幅を持たせて提供している 食事時間は2時間の幅を持たせ、受診などの都合で早めの食事を必要とする場合にも対応できるようにしている。食事する席は希望と利用者の相性などに配慮して決めている。しかしながらユニット型においては、10人という構成人数とスペースで人間関係が濃くなり過ぎて逃げ場がなく、トラブルも起こりがちである。そのためベストな方法はないと考えてその都度対応している。 配膳時に食器を正しい位置に置く取り組みを強化したい意向がリーダー層にある 配膳は利用者の着席に合わせて行うことを原則にしているが、利用者の食事習慣と好み(食事をセットしてからの誘導希望)に合わせて行っている。なお、リーダー層は配膳の仕方、日本の文化ともいうべき一汁三菜の食器の置き方、箸やスプーンを置く位置などに無頓着な職員がいることを改善課題としている。確かに食器や盛り付けなど彩に配慮した食事内容の総仕上げとして配膳は重要になると共に、その位置は利用者の食べやすさにも直結する。ここではさらなる取り組みの必要性を認識しているリーダー層の見識を評価したい。																
4	評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当	●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当	●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当														
●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当														
●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当														
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当														
評価項目4の講評 利用者の身体機能に応じて使用する浴槽の形態を決定している 浴槽の形態は4種類で、仰臥位で入る機械浴槽、シャワーチェアのまま入る浴槽、個人浴槽(2種類)、大型の掘り込み型浴槽とがある。ユニット型では各ユニットに個人浴槽とユニット全体で浴槽壁が上下する個人浴槽一機を備えている。従来型に個人浴槽はなく、通所介護と共用の大型掘り込み式と2種類の機械浴槽の設置である。どの浴槽を使用するかは、利用者の身体機能で決定しているが、従来型のフロアでは、大型浴槽が通所介護と共用であること、浴室までの移動動線が長いことが、利用者の機能低下で職員負担が増加している。 羞恥心に配慮した入浴方法を工夫している 入浴の声掛けから誘導までを1対1で行っている。特に、ユニット型では個人浴槽のための、この方法は当然のこととして職員は受け止めている。なお、同性介護の希望にも応じ、やむを得ず異性介護になる場合はその旨を事前に伝え、了解が得られなければ時間をずらす等の工夫をしている。仰臥位で浴槽に入る機械浴槽利用者に対しても、居室で更衣せずに、脱衣室で脱衣して浴槽誘導している。 認知症症状を有する利用者には声掛けの方法などを工夫している 認知症症状を有する利用者の中には「入浴」の言葉を使わない方がスムーズに誘導できる場合もある。また、仰臥位の機械浴槽を端坐位型入浴に変更することで利用者が落ち着いた例もある。また、利用者の好みや習慣に合わせた入浴方法にするため、ユニット型では朝風呂や夜間入浴などに対応することもある。入浴を楽しめる工夫として、ゆず湯やアロマオイル、入浴剤の使用などがあるが、事業所としてさらなる工夫の余地があると認識している。																

5 評価項目5

排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇●●)

評価	標準項目	
☐ あり ☒ なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	☐ 非該当

評価項目5の講評

自然排泄を促すための取り組みに課題がある

自然な排泄に向け、利用者の身体機能をどのように活用するのかの基準が明確になっていない。つまり、排泄動作のアセスメント不足とそれに伴う誘導方法や使用する尿取パットなどの使用基準が不明確な状態にある。利用者の一部に下剤からサンファイバー使用に変更するなどの試みはあるが、これについても使用や、その評価基準を明らかにして取組まれていない。身体機能のアセスメントを実施し、排泄支援の基準(トイレ誘導、オムツ使用、使用物品)を明確にした取り組みを期待する。

排泄の介助は羞恥心に配慮して行っている

排泄の介助は、原則同性介護としている。また、声掛けも周囲にわからないよう配慮している。居室でのオムツ交換に必要な物品も専用のバックに1人分を準備して、周囲から「オムツ交換」に気づきにくくするなどの工夫をしている。臭気対策としては、ポータブルトイレ使用後の清掃、使用済みおむつの始末、アロマオイルの活用などを徹底させている。訪問時にも清潔感が感じられる事業所であった。

排泄介助方法の向上に向けたさらなる取り組みを期待する

昨年度、排泄介助方法の向上に向けた研修は実施していない。トイレでの排泄動作には、手すりの位置も重要になる。手すりは排泄姿勢を誘導する位置にないものがあり、それを指摘する利用者に面接の折に出会った。前項でも述べた通り、利用者個々の排泄のアセスメントを行うことは、自立的な排泄に向けた適切な環境づくりへの気づきにつながる。利用者面接でも、「職員により介助方法が異なる」という意見があった。理学療法士などの専門家の助言を、利用者の自立的生活動作に活かす試みを、是非積極的に行うことを期待する。

6 評価項目6

移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇●)

評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	☐ 非該当

評価項目6の講評

理学療法士の助言を得て「移動」方法を検討している

平成20年から理学療法士が月1回来所し、その都度4～5名の利用者の機能評価をしている。それをもとに車いすでの自操状態に適切に職員が声かけできるようになった利用者もいる。ただし、利用者面接の折に、シートに直に座っている利用者や臀部の痛みを訴える者もいた。これらについては、シーティングの研修が必要なことと、適切な車いすの不足もあり、その整備の必要性等を事業所としても認識している。予算を伴うものではあるが、優先順位を付けた早急な対応を期待する。

車いすなどの移動用具の定期的点検は実施していない

車いすは故障などによる不具合が生じた場合に上司に報告して対処する体制にあり、定期的に点検しているわけではない。実際には、壊れかけた状態での使用も一部に見られる。この結果、利用者の移動に支障が生じていると考え、事業者側も認識している。適切な移動用具は利用者の移動自立能力を向上させる半面で、利用者の機能に見合ったもので、かつ適切な整備を行わないと事故などにもつながりやすい。前回の第三者への折にも指摘している事項でもある。確実な取り組みを期待する。

7 評価項目7

利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている

評点(○○○●)

評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	☐ 非該当

評価項目7の講評

必要に応じて理学療法士の助言を得て機能訓練プログラムを作成し、評価・見直ししている

介護保険の機能訓練加算は、従来型特養(50床)入所者にのみ算定している。この50名とユニット型では希望者に対して、機能訓練プログラムをケアマネージャーと担当看護師で作成し、3カ月ごとに評価・見直しをしている。なお、必要に応じて理学療法士に相談し助言も得ている。実際の訓練内容は利用者の機能に応じて、床上でのROM訓練、端坐位での下肢の運動、車いすの効果的な自操、歩行訓練など、日常生活の中で介護職員が行いやすい視点で設定して取り組んでいる。

移動用具以外の福祉用具についても定期点検を期待する

福祉用具の点検は特別に行っていなかったが、本年7月に環境のリスクに関する学習会を開催して、担当者で点検箇所を決めたところである。具体的な取り組みは今後ではあるが、まず一歩踏み出せた状況である。現状は用具が壊れたら上司に報告し修繕している。速やかに、担当者が決めた点検箇所を職員全体で共有し、点検担当者と点検インターバルを決めて確実に取り組まれることを期待する。

8 評価項目8

利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当

評価項目8の講評

ユニットと従来型にリーダー看護師を配置し介護職との連携の基に健康管理をしている

看護主任がユニット型、従来型を課長補佐が主に担当する体制である。日常的にはその他に、フリー看護師を配置し、利用者の急変・受診を担当している。新規利用者には生活相談員と事前同行訪問し、医療的処置を要する利用者か否かの判断と、内服薬の確認などをする。利用開始当日は、看護師がバイタルチェックと皮膚観察、持参薬の確認などを行う。その後は入浴前に介護職がバイタルチェックし、その値により看護師に相談している。排痰量の増加からの寝たきり状態、関節硬縮、床ずれの発生を予防すべく看護師は介護職と連携している。

誤薬予防に向け、ダブルチェック体制を敷いている

配薬から実際の与薬までに誤りがないように、ダブルチェックしている。なお、薬の事故報告は誤薬のみで、配薬ミスに気づいた場合は記録していない。配薬ミスを記録し要因を分析すると改善課題が見える。これへの取り組みを期待する。また、与薬量が増える傾向にあるが、誤薬予防のみでなく、高齢者の薬への反応を捉えて嘱託医師に情報提供することなども看護師の役割として重要と考える。さらなる取り組みを期待する。口腔ケアは誤嚥性肺炎予防の視点からも、歯科医師の指導を受けて積極的に取り組んでいる。

協力病院が隣接しており、看取りは協力病院と連携して行っている

看護師不在の夜間帯はオンコール体制で夜勤者が連絡を取れるようにしている。また、協力病院が隣接地にあり、当直医に相談・指示を得られる環境にある。希望があれば事業所内での看取りに対応する方針であるが、ここ2～3年の実績はない。その理由として、協力病院が隣接しており24時間受け入れ対応が可能であり、家族も病院入院を望む傾向がある。利用者面接の折にも、隣が病院なので安心との回答者割合が8割を超えていることなどによる。

9 評価項目9

利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当

評価項目9の講評

起床後・就寝前の更衣と、起床後の整容支援を徹底して行っている

利用者の生活習慣と意向にもよるが、起床後・就寝時の更衣は原則として行うことを方針としている。また、起床後の洗顔・蒸しタオルでの顔拭き、整髪などの整容についても、気持ちよく1日を過ごすために重要な支援として位置付けている。更衣の際に、意思表示できる利用者には、その都度衣類の選択をしてもらうことを支援の基準にしている。利用者面接の折にも、それらが行き届いていることが感じられた。

安眠確保に向けて様々な取り組みをしている

利用者の睡眠が安定するよう、日中の活動に様々なクラブ活動に加えて、個別にも足浴やアロマオイルによるマッサージなどを取り入れている。また、21時を消灯時間にしてはいるが、それも強制するものでなく、眠くなるまで無理に寝かせないことも重要として柔軟に対応している。さらに、夜間の就寝時間帯のおむつ交換も、利用者本人が熟睡している場合は睡眠を重視して一律に行わないようにしている。

10	評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている 評点(○○●●) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☐あり ☒なし</td> <td>2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☐あり ☒なし</td> <td>3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	☐ 非該当	☐ あり ☒ なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	☐ 非該当	☐ あり ☒ なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	☐ 非該当
評価	標準項目															
☒ あり ☐ なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	☐ 非該当														
☐ あり ☒ なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	☐ 非該当														
☐ あり ☒ なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	☐ 非該当														
☒ あり ☐ なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	☐ 非該当														
	評価項目10の講評 利用者の意向を最大限に尊重した取り組みをしている 事業所内の利用者の行き来は制限なく自由に行っている。そのため他のユニットや、通所介護の行事等への参加もある。提供している食事以外で利用者同士で食べたいものがある場合にも、持ち込みによってそれを実現させている。また、利用者の意向を尊重した取り組みが現場の裁量でできることをめざし、グループ(2ユニット)ごとに年間活動費を計上し、特徴ある取り組みができるようにしている。なお、リレクリエーションは、職員の企画に利用者に参加している状態のため、ここに利用者意向をさらに反映させる必要性をリーダー層は認識している。 認知症の利用者への支援には課題がある 認知症症状を有する利用者のアセスメントが不十分で、利用者自身ができることにまで職員が手を出す傾向があることをリーダー層は支援方法の課題としている。この状態を改善すべく、認知症の利用者の「想い」を尊重できるように、認知症という疾病のメカニズムや症状を改めて学習し、利用者ごとへの対応を検討したい意向がある。現状を見ると、利用者それぞれの生活歴、生活背景、エピソードなどの把握も不十分である。これらの情報を意識的に収集することと、それらの情報の支援への使い方への理解が深まると、学習効果がさらに上がるものと考えている。															
11	評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている 評点(○○○) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている</td> <td>☐非該当</td> </tr> <tr> <td>☒あり ☐なし</td> <td>3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している</td> <td>☐非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		☒ あり ☐ なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	☐ 非該当	☒ あり ☐ なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	☐ 非該当			
評価	標準項目															
☒ あり ☐ なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	☐ 非該当														
☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	☐ 非該当														
☒ あり ☐ なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	☐ 非該当														
	評価項目11の講評 厳寒地域の条件下で、可能な限りの外出を企画している 雪解けを待って希望者は職員同伴の基に外出している。事業所の建物構造もガラス壁面を大きく取り、厳寒期も採光に配慮されている。外出可能な季節は限られているもののその時期には、町内や隣接地域までの外出を企画して外食を楽しむ機会を作ったり、散歩などを楽しめるようにしている。また、市内で開催される様々な祭、絵画展(利用者も出品している)、学校祭、コンサートなど、地域行事にも積極的に連れ出している。 地域住民対象の「地域リハビリ活動」に、利用者が参加している 地域住民を対象に開催する「地域リハビリ活動(ふまねっと)」は、本事業所を開催会場にしている。開催回数は月2回の定例で、ここに利用者10人程度が毎回参加している。利用者はここで筋力がアップしていると具体的に数値を示して評価されるため、参加への満足度は高い。利用者が地域住民と仲間として声を掛け合える関係も生まれている。地域情報の提供については、知り得た情報を提供して参加を促すことはしている。ただし利用者本人がどのようなことを知りたいと考えているのかの把握が不十分であり、さらなる取り組みを期待したい。															

12	評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(○○●)
	評価	標準項目	
	☐ あり ☒ なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	☐ 非該当
評価項目12の講評			
利用者の様子を定期的に家族に知らせる取り組みは行っていない 利用者家族は面会に月1回以上は来所している。利用者の様子を定期的に家族に知らせることを課題にしてきているものの、現状は、家族の面会に依存して取り組んでいない。職員として面会時に家族に利用者の様子を知らせることは当然ではある。しかしながら、何を知らせるかについては職員に任されている。利用者担当職員など職員を決めて、継続的に家族に利用者の様子を知らせていくことは、事業所と家族の関係を深くして信頼にも結び付く。家族と共に利用者を支えるという姿勢を貫くためにも、これへの取り組みを期待したい。 家族会に加えて家族懇談会の開催に取り組み、その成果が見えてきた 家族間の交流と家族が事業所運営に意見を言える機会と位置付けて、事業所全体の家族会(交流会)を開催してきた。しかしながら、この会の運営の形骸化に気づき、25年度から家族懇談会をグループごとに開催している。グループ開催としたため1回の参加人数は少なく、事業所運営の内容を改めて説明しやすく、質問にも丁寧に答えやすくなり、これまで見えなかった事柄が見えてきた感がある。さらにこの時に利用者と家族が交流できる機会も持っている。家族会総会も年1回開催し要望や意見を事業所が受け止める機会にしている。			

社会福祉法人よいち福祉会

フルーツ・シャトーよいち 御中

2014年度第三者評価総評

はじめに

当法人は、我が国の福祉分野で第三者評価の必要性について検討が開始された当初から、受審しています。第1回目は、平成15年、第三者評価の本格的実施に当たり全国社会福祉協議会が全国の社会福祉法人に受審の公募をしたときに、前施設長(現理事長・総合施設長)の判断での応募でした。確か全国で20カ所に満たない応募だったと思います。その後、デイサービスやグループホーム、保育園などでも受審をしています。当事業所・特別養護老人ホームは今回で4回目の受審ですが、第三者評価を活用し、改善に取り組み、確実にサービスの質を向上させています。職員調査では、前回(平成22年度)と比較し、全体的に特に組織マネジメント分野においては肯定率が高くなっており、職員のコメント・意見からも組織としてのまとまり、そして経営層への信頼が述べられています。

管理者・施設長はさらに改善の必要性を述べ、その内容は具体性に富むものでした。今後の取組みに期待し、改善点を提案させていただきます。

開始当初から、第三者評価を担当させて頂いており、改善に向かう法人・事業所の取組みに出会うことができ感謝に絶えません。

○特に優れていると思われる点

1、職員を巻き込んだ、組織としての体制づくりへの確実な取組み

前回平成22年の第三者評価では、前施設長(理事長・総合施設長)は、「自分で成長したいと思える職場づくり」を目標とし、中間管理者層への権限移譲を課題として取り組んでいること、そして職員間でのコミュニケーションの良さと相談のしやすさが特徴であり、風通しの良い職場風土である、と評価させていただいている。この職場風土は、前副施設長であり、平成25年8月に施設長に昇格した現施設長になっても引き継がれている。

一方、前回の評価では、組織的な取組みにおける文書化や内容の周知については改善課題として挙げている。この改善課題と関係する取組みについて、以下にあげる。

1) 運営理念と行動指針の策定

第一に、前回は「理念・基本方針は明確ではなく、なんとなく理解している程度、他者に伝えられないなど」の状況に在った。それを受け止め、施設長はこれまで職員が気にしていた、利用者が「楽しく普通の暮らしができる」施設をめざして、運営理念（常に目指すもの）を明文化している。リーダー層に相談しこれまでの支援から大事にしてきたことをまとめ上げた成果である。そしてこの運営理念に向かうためになすべきこととして、11項目の行動指針に落とし込んでいく。この運営理念と行動指針は職員に配布、説明してその周知に取り組んでいる。職員の自己評価は平成22年度と比較し、理念の明示に関する肯定率は高くなり、一般職員で77.4%である。今後は、100%を目標とし、中長期ビジョンの策定、年度計画への反映、そして実践することを期待する。

2) 重要な案件などを検討する場の充実と周知

事業経営に際し、検討内容に応じた各種会議を設定している。法人全体の課題を検討する会議を始めとし、本事業所職員を対象とした会議やリーダー会議、ユニット・グループ毎の会議がある。さらに26年度から「特養ケア統括会議」を設定し、当事業のケアにかかわる事業計画の推進を目的とし、管理職クラスによるケアの点検と改善課題を明確にする機会として機能させている。施設長は、方針や重要事項は説明と同時に文書にして配布することを原則とし、職員へ周知し、理解を促進させている。

このような取り組みに加え、家族懇談会を開始している。目的は、利用者の生活やケア内容の説明などにより運営の透明性を高めること、家族が意見を言いやすくなることを意図している。そのために各ユニット・グループ（7グループ）ごとに開催している。家族が気楽に意見・意向を語れる機会として丁寧な取組みといえる。さらなる充実を期待する。

2、提供している食事に対する、限らない改善に取り組む姿勢とその実践

本事業所における食事への取り組み姿勢として、献立内容はもとより、献立にふさわしい食器の選定・盛り付け方への配慮がある。これについては利用者面接で出会えた利用者・家族も評価している。さらにリーダー層は一汁三菜とご飯、箸やスプーンを置く位置にまで気配りした配膳を心がけられるよう職員に伝えている。これらの取り組みは、食事を単なる栄養と見るだけでなく、どのように配膳すればより食べやすいか、利用者の自立的食事摂取に繋がる支援と考える。また、利用者の嗜好も様々な機会に把握し、それを献立に取り入れている。

今年度から入居予定者への事前訪問の折に、実際に利用者が食べている食事を写真撮影することを新たに開始している。ともすると事前訪問時の食事に関する把握項目は、食形態と全介助や一部介助といった摂取方法に留まりやすい。それに対して実際の食事を撮影する手法は、嗜好、咀嚼・嚥下力をアセスメントするための有効な情報といえる。食事の摂取姿勢を左右するテーブルの高さや椅子については課題を残すものの、食事に対する様々な取り組みを評価したい。

○改善が必要と思われる点

1、地域の中核法人・事業所として地域課題への積極的な取組み

当事業所は、地域に1カ所の特別養護老人ホームであり、当法人理事や民生委員などからの相談が寄せられる状況に在り、地域から頼りにされている施設である。今年度の方針として、ボランティアの積極的な活用を方針化し、ボランティア委員会を立ち上げ担当者を配置して取り組んでいる。また施設を地域の人たちに利用してもらうことを課題に、中学生の体験実習を受け入れている。さらに、備品の貸出や関係機関の研修や町会の会合などの会場として交流スペースを貸し出している。今後は、中核法人・事業所として、地域の課題について積極的な取組みが求められる。その際には、福祉・医療分野などの関係機関との連携、住民団体などへもその連携を拡大して取り組むことを期待する。

2、事業経営における事業計画の位置づけの明確化と内容の充実

前回の評価では、事業計画とその報告書の作成に際し、目標レベルの記載から計画推進の具体的な方法や達成度合いを測る指標、進捗状況の確認などについても検討し、明記することを提案した。このときに現施設長は職員参加による計画策定をしたい意向を述べていた。

今年度の取組みとして、年度計画は施設長が策定したが、その内容は前回と比較し具体化させている。これまでは重点項目の明示にとどまっていたが、今回は重点的な取組みを記載し、その内容は接遇姿勢の徹底、職員教育体制の強化、介護技術の向上、リスクマネジメント分野、地域との密接な関係づくりである。今後は職員参加を原則とした事業計画策定に関する体制づくりと実践が必要である。まず事業計画策定の目的と活用を理解すること、そして計画策定のプロセス、計画すべき内容、進捗状況の確認などについて具体化させ、職員が参加しやすいようにすることか肝要である。確実な取組みを期待する。

3、利用者の身体機能拡大・維持に向けた車いす使用と、安全性確保の視点から、福祉用具点検の充実を期待する

1) 効果的な車いす使用を期待する

車いすのフットレスト、レッグレスト使用者基準を定めていない。また、今回の調査で利用者面接時に、車いすシートに直に座り、臀部痛を訴える利用者がいた。普段は椅子を使い、移動時のみ車いすを使っている利用者、一方椅子としても使用するため長時間座る利用者とは、シートに対する考え方を変えなければならない。つまり椅子としても使う場合は長時間使用になるため、適切なクッション使用が必要になる。

そしてフットレストを必要とする利用者は、足底に重心をかけられない利用者などに限定すべきである。併せてレッグレスト利用者も、介助で立位になれる利用者には不要である。その理由は、例えばレッグレスト使用は立ち上がり動作を邪魔し、時には転倒などの事故にもつながる。効果的な車いす使用を進めるに当たり、理学療法士などの専門職の助言も得て、事業所としての使用基準を標準化されることを期待する。なお、利用者の体型と障害に見合

った車いすの整備については、予算を伴うため、優先順位を設定して取り組む必要がある。

2) 車いすを始めとする福祉用具の定期点検が必要である

現在福祉用具については、職員が不具合に気付いたときに点検をしている状態である。そのため利用者面接時にタイヤのエア不足、前輪車軸の汚れ、ブレーキの利きが悪い等の車いす使用者いた。点検が必要な福祉用具とそれぞれの点検箇所、点検のインターバル、点検担当者を決めて取り組む必要がある。職員の気づきに任せた現在の対応は、事故予防と利用者の機能発揮の面から問題がある。前回の第三者評価でも課題としていたことであるため、是非前向きに取り組まれることを期待する。なお、転倒骨折などの事故発生時は、事故報告を作成してその原因を明らかにしながら再発予防に取り組んでいる。ただし、原因究明の際におこなっている要因分析は、事故につながる要因の収集方法を深められず、具体的な再発予防策を打ち出すことが難しいとしている。さらなる取り組みを期待する。