

2019年度
福祉サービス第三者評価結果
報告書

社会福祉法人 美芳会

養護老人ホーム

するが荘

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報告様式	1
共通評価基準	
I. 福祉サービスの基本方針と組織	7
II. 組織の運営管理	12
III. 適切な福祉サービスの実施	22
内容評価基準	32

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者【聞き取り面接】調査
集計結果

福祉サービス第三評価結果の報告様式〔高齢者福祉サービス〕

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：養護老人ホーム するが荘	種別：養護老人ホーム・特定施設入居者生活介護	
代表者氏名：施設長 大塚 渉爾	定員（利用人数）： 90 名	
所在地：静岡県富士市原田2030-32		
TEL：0545-23-1255	ホームページ： https://miyoshikai.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2016（平成28）年3月28日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 美芳会		
職員数	常勤職員： 17名	非常勤職員： 7名
専門職員	介護福祉士 10名	
	介護支援専門員 3名	
	看護師 2名	
	理学療法士 1名	
	栄養士 1名	
施設・設備の概要	個室 91室	
	集会室 1室	
	食堂 1カ所	
	浴室 3カ所 (個浴、大浴、機械浴)	

③ 理念・基本方針

1. 理念

- ① 地域でのこころ豊かな生活のために
- ② 想いに副う

2. 基本方針

利用者：相互の「自立」と「支援」を広く・深く・少しずつ
職員：「働きやすさ」「働きがい」「成長」の促進

④ 施設・事業所の特徴的な取組

「福祉サービスの質」＝「働く職員の能力・アイデア・マインド」の質から成り立つので、職員の働きやすさ・働きがい・成長の環境に注力している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年 9月 9日（契約日）～ 2020年 3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

⑥ 総 評

◇よいと思われる点

1. 行政から移管される以前の公立施設の時代からの地域とのかかわりがあり、現在もそれを大切に地域との関係の維持と発展に努めている

当事業所は2016（平成28）年に行政から当法人に移管されたものだが、公立施設の時代から続く地域の福祉団体（富士見台地区福祉推進会）との交流を今日まで約30年にわたって継続しており、地域の関係者とのかかわりの維持と発展に努めている。

同推進会は地域の町内会や民生委員協議会等の関係者で構成する団体で地域の状況に応じた福祉活動を行っており、当事業所の施設長は役員として参画している。推進会主催の文化祭に当事業所の利用者が「貼り絵」「ペーパーウエイト（文鎮）」などを出展し、ボランティアスクールでは小学生が事業所内で利用者と一緒に食事したり、車いす体験をしたりする。また、地区小学校の「サポーター活動」には、利用者5名（今年度発足させた「するが荘ボランティアクラブ」のメンバー）が協力しており、その活動の一つとして小学校内の草取りを行っている。

いずれも、当事業所および利用者が地域との関係を構築していくことを通じて利用者の活動範囲を広げ、事業所の存在や役割に関する理解を地域に広げていく意味において重要である。

2. さまざまな休暇制度のほか、職員育成を目的とした個別面談やハラスメント対策を実施し、職員が働きやすい職場に向けて、きめ細かい取り組みを進めている

法人では、当事業所の管理者を法人の人事担当者に任命して、法人をあげて「働きやすい職場」を目指して取り組んでいる。

具体的には育児休暇や看護休暇の拡充、連続休暇取得も含めた年間の有給休暇の取得予定を立てる「計画有給休暇制度」、職員育成を目的とした個別面談（1 on 1 ワンオンワン）、行政による企業認定（次世代育成支援対策推進法に基づいて子育てサポート企業として認定する「くるみん認定」、若者雇用促進法に基づき若者の雇用管理が優良として企業認定される「ユースエール」等）の取得などを行っている。

昨年度末、就業規則を改正し、ハラスメント等について職員から苦情を受け付ける「相談窓口」を設置することを定めた。具体的には、法人の業務推進会議が所管している。また、上記のほか、永年勤続表彰、慶弔費の支給、福利厚生事業を提供する公益法人への加入等にも取り組んでいる。

職員が働きやすい職場に向け、きめ細かい取り組みを進めている点で評価できる。

3. 利用者と家族のそれまでの関係に配慮しつつ、両者の関係が途切れないように、定期的に家族に事業所の情報を発信している

家族に対して、担当職員と相談員が利用者の健康情報を伝える「便り」を、当事業所が季刊で発行している広報誌と一緒に送付してよいかどうか聞いている。同様に、家族に連絡してよいかどうかについても、利用者本人に意思を確認している。その結果、家族や利用者の意向によって、事業所から家族に定期的に連絡していない利用者が3割いる。

そのなかで、連絡を拒否しない家族に対して利用者の情報を伝える取り組み例では、家族の都合に合わせて連絡する時間を設定したり、メールを活用するなどして工夫している。

さらに、家族懇談会を年2回開催してサービス内容について説明し、要望を確認している。また家族に参加を呼びかける「行事」も開催している。

これらの取り組みは利用者と家族の関係を継続させることを目的にしている。利用者が当事業所に入所措置される経緯については、家族・利用者の双方に事情があったものと推測される。そのような事情を踏まえた上で、当事業所では家族・利用者が負担感を持たないで済む範囲で働きかけるようにしている。

◇改善が求められる点

1. 当事業所の組織とサービスの両面において、さまざまな新たな取り組みの定着と、職員への理解促進に向けた管理者のリーダーシップ発揮に期待する

当事業所の管理者は、民間企業の勤務経験や他法人とのかかわりなどを通して、民間企業での経営分析、人事管理、採用活動などに関するノウハウを積極的に取り入れ、法人の人事担当という役割を遂行しつつ、法人および事業所の経営改善とその強化にリーダーシップを発揮している。

しかし、当事業所の組織とサービスの両面において、新たな試みが適合して、職員の理解を伴って成果を上げているかという点では課題がある。

例えば、適切な中長期計画や単年度事業計画の策定とその具体化、職員育成、研修計画、提供しているサービスの質、利用者のプライバシー保護など権利擁護の内容や取り組みにおいて、見直すべき点は少なくない。また、それらを実施する過程において、法人の方針や管理者としての役割・責任の明確な表明などはもとより、さまざまな取り組みを職員に周知し、理解の促進を図るために、丁寧なコミュニケーションを心がけることが重要である。

当事業所では「目指すありたい姿」の一つに「養護老人ホームの新たな価値創造」を掲げている。法人理念の実現に向けて、引き続きリーダーシップを発揮し、新たなサービスや取り組みの開発等も含めて、利用者や地域の生活福祉ニーズに基づいて取り組みを強化することを期待する。

2. 入所のルールなどに関して再考することを期待する

養護老人ホームである当事業所は、「現在置かれている環境では生活が難しく、経済的にも問題がある 65 歳以上の高齢者が市町村長の措置によって入所できる」施設である。すなわち社会的問題を抱えた 65 歳以上の高齢者の入所施設である。そのことも影響してのことか、当事業所では、入所の際して、契約書についての承諾のほかに、個人情報利用同意書、利用料金負担説明書、預かり依頼書（各種証書や通帳類など）、委託書（金銭管理：年金や金銭の出し入れの管理、公文書などの開封について利用者が事業所に管理を依頼する）について説明して、承諾・署名を得ている。具体的には、外出に関するきめ細かいルール化、食べ物に関する保管や金銭管理に関するルール化などである。

なお、契約書（養護老人ホーム利用者）と重要事項説明書（特定施設入居者生活介護の利用者）で説明しているが、配布する資料には、プライバシー保護の視点から記載された内容等は見られない。構造面からは、生活環境は全室個室であるが、入浴は 3 タイプで、排泄は共同トイレである。また、3 フloor であるにもかかわらず、食堂はほぼ全員が一室であり、同時に食している。生活の場であるという視点に欠けると思われる。

今回の利用者聞き取り面接調査（対象者 40 名）では「利用者のプライバシーは守られているか」との問いに対する「はい」の回答率は 50.0%で、共同生活であるがゆえの困難を訴えるコメントが多い。また、総合的な満足度は「大変満足」0.0%、「満足」47.5%、「どちらともいえない」20.0%、「不満」20.0%、「大変不満」0.0%、「無回答」12.5%という結果であった。このように利用者から率直な意見が寄せられている。

プライバシーの保護にあたっては「他人から干渉・侵害を受けない権利」を尊重することに意味があることは周知の通りである。また、人権とは「自由・選択と人間が人間らしく生きるために必要な権利」であることも同様である。「人としての誇り」（「プライバシー」と「人権」の視点）について、職員間で話し合いを実施することを期待する。

当事業所は、公的施設の民間移譲により、2016（平成 28）年 3 月 28 日に 事業を開始している。4 年目を迎える今、当法人の理念である「地域でのこころ豊かな生活のために」「想いに副う」と、当事業所の利用者支援の基本方針である「相互の『自立』と『支援』を広く・深く・少しずつ」を再確認し、大切にしたい取り組み・改善を進めるよう期待する。

3. 食事内容や食堂の環境などについて、全般的な見直しを行うことを期待する

養護老人ホームの入居者は、自立度も比較的高い。そのため、食事の必要量も、利用者それぞれで違いがある。食事に対する利用者の自由意見には「まずい」「味つけが合わない」「量が足りない」という内容から「要望を聞いてもらえない」というものまである。ご飯とみそ汁の盛りつけは、職員がしているので、利用者それぞれの適量を提供する工夫が求められる。なお、味つけなどについては、さらに厨房と話し合う必要がある。

また、提供している食事や支援を見ると、食事の形態や増粘剤を用いた誤嚥予防は、咀嚼・嚥下の機序からは適切な対応とは言えない。加えて自立的食事摂取から見たとき、摂食姿勢は重要になる。安全な摂食姿勢は、端坐位で足底部全体が床につく高さの椅子、腕を自然におろして肘がつく高さのテーブルであることが基本である。当事業所の食堂の椅子、テーブルの高さは一律のため、利用者の体型に合わせにくい。見直しを期待する。

4. 認知症への対応は、「BPSD」を中心にしたものから、高齢者の理解を深める取り組みに深化させることを期待する

当事業所の現在の利用者状況は、認知症の症状のない利用者と症状が軽度である利用者が大部分を占めている。認知症の症状が顕著な利用者は少なく、BPSD 症状のある利用者は極めてまれな状態と言える。ただし、当事業所の職員の受け止め方として「利用者の反応を BPSD として見るよりも、まずは“その人”として考えるようにしているためもある」とリーダー層は認識している。また養護老人ホームではあるが、認知症ケアに関心を持ち、資格の取得や研修を受講することにより、職員に知識や技術を伝達するよう取り組んでいる。

とはいえ認知症ケアとして近年注目されているユマニチュードやパーソン・センタード・ケアは、認知症の症状を有する高齢者のみならず、介護の対象となる人々にかかわるときに、介護者にとって必要となる考え方である。すでに、ユマニチュードの手法を活用した市民向け研修の実施に着手した自治体もある。このように、高齢者を理解しようとするときの手がかりとしても有用と考える。

認知症への対応を BPSD を中心にしたものから考えるのではなく、広く高齢者への理解を深めていくことが、認知症をさらに知ることもつながる。しかも、年齢を重ねるにしたがって、認知症の症状の出現率は高くなる。今、認知症の症状のある利用者がいないからではなく、利用者への理解を深めるためにも、認知症に関心を持ち、学習を深めていくことを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

老人福祉法の養護老人ホームとして、そして介護保険法の特定施設入居者生活介護として、高齢者の方に対する「するが荘」のサービス提供のあるべき姿と現状の評価、また今後の課題について考える機会になりました。

60代から100歳に至るまでの高齢者の方への個別に合わせた自立支援の実施について、サービス提供者としてすべき範囲とするべきではない範囲について、提供する職員の育成を通じた理解と、管理層からのあるべき姿を発信し続けることにより、可能な範囲の拡大にチャレンジしていきます。

多様化する支援方法についても、障がいの理解、虐待対応の理解、認知症の理解、各種疾病の理解など、多方面にわたる専門的知識の理解の増進に努め、サービス提供や解決できる能力範囲を拡大していき、法人理念である「地域でのこころ豊かな生活のために」「想いに副う」を実現してまいります。

⑧ 第三者評価結果

別紙 (p.7~40) の「第三者評価結果」に記載している事項について報告します。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

【別紙】

＜高齢者福祉サービス版 共通評価基準＞

評価対象 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、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.7%、b) 77.3%、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"> ・法人の理念は、ホームページ、法人の年報(活動報告)「想いの輪」、事業所の重要事項説明書やリーフレットなどに掲載し、法人理念は理事長が4月の職員会議(法人の全職員が参加対象)で職員に周知し、事業所内にも掲示している。また、行動規範を定めて「自立支援」「自己決定の尊重と情報提供」など12項目を規範となる考え方として明示し、ホームページ等に掲載している。なお、行動規範は、わかりやすくするための見直しを検討している。 ・利用者家族に対しては「家族懇談会」(年2回)を開催して事業所の取組みの方向性等を説明している。 ・法人では、毎年度「職員満足度調査」を実施して法人理念への共感状況も含めて職員の意識の把握に努め、その結果は事業所別に数値化してフィードバックしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人理念はホームページなどで広く明示し、職員に対しても理事長が周知している。しかし、利用者および利用者家族に対する周知は十分ではない。利用者とは話し合う定期会合を年4回開催しているが、生活上のルールの見直しや周知、利用者からの要望への対応が中心であって、法人理念や支援方針などの話題はほとんどなく、利用者家族との家族懇談会でも、法人の理念は特段に周知していない。 ・理念は、サービス提供に関する基本的な考え方や姿勢を示すものであり、利用者や家族に適切に周知することが重要である。さらなる取り組みに期待する。 		

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。

I-2-(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>■ 職員自己評価の結果は、a)31.8%、b)50.0%、c)9.1%、無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人の方針は、業務推進会議(毎週開催)で協議している。参加者は、理事長、理事(施設長)、マネジャー、事務責任者、財政担当である。 法人が2018(平成30)年度からの3カ年計画を策定する際に、当事業所では「提供価値」「顧客・市場」「競争関係」「経営資源」などの区分に沿い、それぞれの「チャンス(機会)」「ピンチ(脅威)」「課題」、などの洗い出しを行っている。 法人の経営状況については「MGR(マネジャー)会議」(毎月開催:各事業所の施設長、マネジャー、リーダーで構成)でKPI管理シート(Key Performance Indicator:重要業績評価指標)の活用や、各事業所の収支状況や稼働率などによって確認し、当事業所ではその内容を「処遇会議」(毎月開催:全職員で構成)で共有し、処遇会議に参加できない職員に関しては、閲覧の有無までは確認していないものの、印刷した会議録あるいはタブレットで法人のグループウェアに保存された会議録を見ることができるしくみとしている。 当事業所では、2019(令和元)年11月、シンクタンク(公益財団法人日本生産性本部経営品質協議会)による「経営デザイン認証・スタートアップ認証」を受けている。これは「『ありがたい姿』『現在の環境認識』『変革課題』を組織として見える化できていると認められた企業を認証」するもので、今年度からはそのシンクタンクが定めたフォーマットである「これからの経営設計図」を活用して「今ある魅力」「これから何が起きるか」「我々が目指すありがたい姿」「これから進化させたいこと」などの項目ごとに内外の経営環境の分析を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では、当事業所の施設長が主導して意欲的にSWOT分析やKPI管理などの主に民間企業で用いられている経営改善手法を活用して、経営状況の分析や改善に取り組んでいる。幹部職員がそれらの知識を高めるための研修に参加する機会も設けている。 しかし、分析は必ずしも客観的なデータを活用したものではなく、抽象的な記述も多い。この点については、事業所でも「十分ではない」という認識を持っている。また、職員自己評価からは職員の理解が十分ではない状況が伺え、まだ十分に定着しているとは言えない。より精度の高い分析に向けて、経験値を積みつつ職員の理解を促進するよう、さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)27.3%、b)68.2%、c)4.5%、無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人の大きな方針は業務推進会議で決定し、法人および各事業所の取組みに具体化させるしくみである。 事業所では、法人の3カ年計画を策定する際に、洗い出した諸課題を踏まえて「中期目標(具体的アクション)」を定め、それを各年度の事業計画に反映させている。 法人のMGR会議での現状分析に基づいて事業所の組織目標に掲げるなど、具体的な課題を明らかにすることに努め、事業所ではMGR会議の内容を処遇会議で報告し、その会議録は印刷物やグループウェアで閲覧できる。また、経営課題は理事会の中で共有され、その内容も職員はグループウェアで閲覧できるしくみである。 事業所では今年度から「これからの経営設計図」のフォーマットを活用して経営分析を行い、事業方針や事業計画に反映させて具体的な取り組みにつなげる予定である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 当事業所の施設長が中心的な役割を果たし、法人の経営状況の把握・分析と課題の明確化、さらには中期的な目標に掲げて具体化させるまでのしくみを整備してきている。 経営分析と経営課題の明確化をより具体的に行うとともに、それらに関する職員への周知を徹底することも含め、さらなる取り組みに期待する。 		

I-3 事業計画の策定

I-3-1(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)-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。	b
	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)59.1%、b)36.4%、c)0.0%、無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人および各事業所でSWOT分析の手法を活用して3カ年計画を策定し、今年度はその2年目にあたる。当事業所でも、外部環境や内部環境を「強み」「弱み」「機会」「脅威」などカテゴリーで分析して「するが荘ボランティアクラブの結成」など3項目の中期目標(具体的アクションプラン)を定めている。中期目標に対する年次計画は、必ずしも明確に明示していないが、毎年度の事業計画に反映させて、組織目標とリンクさせて具体化するしくみとしている。 今年度から事業所内に「事業方針PJT(プロジェクト)会議」(施設長、マネジャー、リーダー、フロアリーダーで構成)を設置して、処遇会議で職員の意見を聞きながら「これからの経営設計図」を毎年度作成し、そのなかで5年程度で取り組みたいことを「我々が目指すありたい姿」として掲げていくこととしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業所では内外の環境変化を踏まえて「中期目標」として3つの取り組みを掲げている。 しかし、中・長期的な計画と位置づけるには十分な内容ではない。中・長期の事業計画には、サービスの充実や新たな取り組みなども含めた明確な目標(ビジョン)、それを実現するための組織体制・設備・職員体制・人材育成等に関して具体的に定められていることが期待され、その財政面での裏づけについても含めることが不可欠である。さらなる取り組みに期待する。 		

I-3-1(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>■ 職員自己評価の結果は、a)54.5%、b)36.4%、c)4.5%、無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人および事業所の中期目標を踏まえて単年度の事業計画を作成している。事業計画には「3年後のありたい組織の姿」(「3年度の目標」「達成するために必要なこと」と3つの「年間の目標」)を掲げ、それらに対する「達成への計画」(どのように?)を記載する。また、3つの「年間の目標」について、それぞれ月ごとに実施する取組みの予定を「年間計画書」欄に明示する書式である。さらには中間と年度末に評価する「振り返り」(中間、結果)欄も設けている。 本年度から上記に加えて「組織目標シート」を作成し、施設長によれば両者をもって「事業計画」と位置づけているという。組織目標シートは、単年度の取組みを「QI品質指標」「GI売上・業績指標」「PI生産性指標」「TI育成指標」の4つの項目ごとに複数の評価指標を設定するもので、それらの指標を使って年間の評価を行うしくみとなっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 単年度の事業計画と組織目標シートは中期目標の達成に向かって取り組めるように構成を工夫している。 しかし、それらの記述内容からは事業所の当該年度の具体的な取組みの全体像を十分に読み取ることは難しい。事業計画は、中・長期計画において諸課題に対する取組みを具体的に明示していることを前提として、事業所の当該年度のさまざまな具体的な取組みを内外に示すものとして重要である。さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 18.2%、b) 72.7%、c) 0.0%、無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は処遇会議で職員の意向を把握した上でリーダー層がたたき台を作成し、改めて処遇会議で検討している。 ・事業計画には、月ごとの取り組みを明示した「年間計画書」欄があり、毎月の「達成の状態・ゴール」「達成するために必要なこと」「やること」「担当者」などを記述し、処遇会議で半期ごとに振り返っている。また、計画通りに遂行できていない場合には、必要に応じて処遇会議などで見直している。 ・事業計画に加えて、今年度から「組織目標シート」を作成している。同シートは「QI品質指標」「GI売上・業績指標」「PI生産性指標」「TI育成指標」の4つの項目に区分し、その項目ごとに複数の目標指標を設定して評価するしくみであり、その指標は可能な範囲で数値化している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画はリーダー層が中心となって職員の意向も踏まえて策定している。また、月ごとの取り組みを明示したり、評価指標を設けて進行管理するなど、計画的な取り組みの実施と評価に向けて工夫している。 ・しかし、記述内容からは、事業所の当該年度の具体的な取り組みの全体像を十分に読み取ることは難しい。また、事業計画の月ごとの取り組みを明示した「年間計画書」の記述はやや形式的な部分や「担当者」「納期」欄が一部未記入であるなど、十分には活用されていない。事業計画と組織目標シートとの関係性や整合性も、明確には読み取れない。 ・処遇会議に参加できない職員への周知や理解促進も含め、さらなる取り組みに期待する。 		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 18.2%、b) 50.0%、c) 27.3%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者との話し合いの機会として「定期会合」(年4回程度)を開催している。主な目的は、事業所内でのルールの徹底や見直し、利用者からの要望に対する検討であるが、感染症対策やアンケートの実施などの具体的な取組みに関する説明を行っている。 ・利用者家族に対しては「家族懇談会」(年2回)を開催し、事業所の方針などを説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画を利用者等に対する周知と理解促進の取組みは十分ではない。 ・事業計画は、利用者の生活と利用者へ提供するサービス内容に直接・間接に関係するものであり、わかりやすい資料づくりや説明の工夫をしながら、丁寧に周知と理解促進を図っていくことが重要である。さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.7%、b) 68.2%、c) 4.5%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人に4つあるチームの一つ「サービス品質向上チーム」内に「権利擁護・身体拘束禁止」「社内外研修」「法人内資格」「キャリアパス」「スピリチュアルケア」の4つのグループを置いている。なお、サービス品質向上チームを含む4つのチームは、構成しているグループの総称であって、チームとしての会議や業務はなく、実質的には各グループが所管する業務(研修など)を行っている。 ・毎年度、利用者アンケートを実施し、全利用者にアンケート用紙を配布して約半数の利用者から回答を得ている。アンケート項目は、福祉サービス第三者評価の利用者調査の項目を参考に作成したもので、アンケート結果は処遇会議で共有している。 ・3年前から職員による自施設評価を実施している。評価項目は福祉サービス第三者評価の評価項目を参考にしたもので、今年度は職員が6グループに分かれて全項目をABC評価し、結果を一つに集約している。自施設評価の実施方法は毎年度試行錯誤しながら工夫している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上に関する取り組みの検討については、処遇会議が中核的な場として位置づいている。 ・しかし、質の向上に向けた組織的なPDCAサイクルが確立しているとは言い切れない。法人の「権利擁護・身体拘束禁止」などのチームの取り組みは研修実施など定型化したものが多く、また自施設評価は評価基準が明確でないため、適切な分析には至っていない。当事業所としても、委員会等の体制はあるものの「質の向上での観点からは十分とは言えない」としている。 ・利用者からの苦情や要望内容の集約と分析、また今回の福祉サービス第三者評価の受審も契機の一つとしながら、改善活動が組織的・継続的に実施されるよう、さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 31.8%、b) 59.1%、c) 4.5%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度実施する利用者アンケートの結果は処遇会議で共有し、改善に努めている。 ・職員による自施設評価は、今年度は各評価項目をABC評価して、処遇会で共有し、改善に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の処遇会議での協議によって見直しの意思決定ができればすぐに取り組める体制である。 ・しかし、アンケートや自己評価の結果に関する課題の抽出・分析、改善計画の文書化や事業計画への反映、それらに関する評価・振り返りに至る一連の計画的な取り組みは、必ずしも十分ではない。 ・事業所では「改善に向けた取り組みの計画的な実施」や「改善計画の見直し」は十分ではないと認識している。今回の福祉サービス第三者評価の受審の結果の活用も含め、さらなる取り組みに期待する。 		

評価対象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>■ 職員自己評価の結果は、a) 13.6%、b) 72.7%、c) 13.6%、無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では管理者(施設長)の「目指す方向」を人事評価制度で用いる「グレード要件表」において「経営計画を理解し、法人理念を体現できるように組織への影響を与えること」ができる者と定め、同表は職員に配布している。なお、管理者の役割と責任を明示したものは特でない。 当事業所の管理者は法人の人事担当であり、また、研修講師の受任などによる外出も多いことから事業所を不在にしがちである。そのため日常業務の多くはマネージャーに一任している。 有事(災害、事故等)における管理者の役割は防災計画に明記されている。なお、事業継続計画(BCP)は作成中である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人のグレード要件表で管理者の「目指す方向」は明示しているものの、管理者自らの役割と責任に関する文書化等による明確な明示や、それが職員に理解されるための事業所内での表明の取り組みは、必ずしも十分ではない。 職員自己評価や利用調査では管理者が不在がちであることを指摘する意見が複数見受けられたが、今年度上半期の範囲では処遇会議にほとんど出席していない。個々の職員との対話や現場の業務に関する判断を部下職員に一任していたとしても、処遇会議などの機会を通じて広く職員に対し、法人の意向、自らの役割と責任の内容や範囲、不在時の権限委任のあり方等に関して適切に周知して理解促進を図ることは重要である。さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.7%、b) 72.7%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では、法令を遵守して業務を適正に遂行することを目的とした「業務体制整備規程」を定め、法令遵守に関する基本方針を明示している。 管理者は、事業所の法的根拠となる生活保護法、老人福祉法、介護保険法はもとより、人事労務管理に関する事項などを理解し、施設長研修(全国社会福祉協議会)や全国社会福祉法人経営者協議会の会議に参加して情報収集するなど、法令遵守に努めている。 管理者は、法人全体の職員研修計画(職員会議における集合研修の計画)を作成し、ハラスメント、労務管理、障害者雇用などについては自ら講師を担い、法令の遵守を職員に周知している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者は、遵守すべき法令に関する自らの理解と職員に対する周知の取り組みを行っている、しかし、職員自己評価では「積極的な取り組み」であったとした回答の割合は2割程度で、特に職員に対する周知や遵守するための取り組みに関する項目の肯定率は約4割であった。 管理者には、自ら倫理や最新の法令を正しく理解することに努めるとともに、それを職員が適切に理解するための体制づくり(ルールや担当体制など)や教育・研修の実施などに関する積極的な姿勢が求められる。さらなる取り組みに期待する。 		

Ⅱ-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

Ⅱ-1-1(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>■ 職員自己評価の結果は、a) 13.6%、b) 68.2%、c) 13.6%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は現場での職員の資質向上はマネジャーやリーダー職員に任せ、新たな外部研修の情報収集と職員の参加促進、他の法人・事業所の見学など、職員に対して自事業所で足りないことの理解や視野を広げるための機会の拡充に取り組んでいる。 ・管理者は、事業計画や組織目標シートの改善、常勤職員の育成や個人目標の進捗管理などを行うための毎月の個別面談(1on1:ワンオンワンと称している)の導入など、新たなしくみや手法の導入を進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は法人全体のサービス向上を図る観点から、意欲的にさまざまな新たなしくみや手法の導入を通じて指導力の発揮に努めている。 ・しかし、さまざまな新たな取り組みは、まだ組織内に十分に定着しているとは言えない。管理者には、提供しているサービスの質に関する現状と課題を十分に理解・分析を行いつつ、その向上に向けて組織全体に影響を与える指導力が求められ、またその取り組みに対して職員の理解を醸成することも不可欠である。さらなる取り組みに期待する。 		

Ⅱ-1-1(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>■ 職員自己評価の結果は、a) 13.6%、b) 59.1%、c) 22.7%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は法人の人事担当として、インターネットを活用した人材確保の取り組み強化、育児休暇・看護休暇の拡充や残業削減など働きやすい職場環境の整備に取り組んでいる。また、記録管理システムの改善をはじめ、法人・事業所内の情報共有のための電子化を進めている。 ・経営改善に向けて、法人・事業所内外の環境分析と取り組み課題を明確化するための様式である「これからの経営設計図」の作成導入など、新たなしくみや手法の導入を進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、これまでの業務経験から人事労務分野に詳しく、法人の人事労務環境の改善に努め、また民間企業における経営改善の手法を意欲的に採用して経営改善に努めている。また、他の社会福祉法人との連携による経営効率の向上などへの課題意識もある。 ・一方、管理者には経営改善に向けて自ら取り組むとともに、組織内に同様の意識を形成して組織全体で効果的な事業運営を進めていくための指導力の発揮が求められる。さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 22.7%、b) 68.2%、c) 4.5%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の管理者は、法人の人事担当に任命されている。4月の新卒採用は法人が行い、就職を希望する事業所の見学や説明会を実施して現場のマネジャーの意見も踏まえて採否を決定している。なお、中途採用の正職員は各事業所で決定し、パート職員は事実上マネジャー級が決定する。 ・職員の募集は年間を通じて行っている。「働きやすい職場」を掲げ、法人ホームページでの「採用案内」の充実、ソーシャル・ネットワーキング・サービス(SNS)を活用した情報発信、就職イベントへの参加(年間約20回)、民間の就職サイトの活用などに取り組んでいる。また、インターネット経由での採用面接(WEB面接)を行うなど、採用活動の工夫に努め、年間を通じて多くの採用面接を行っている。なお、法人では当事業所を含む2カ所の事業所で、今年度途中から経済連携協定(EPA)によるベトナム人を介護職として採用している。 ・行政による企業認定(次世代育成支援対策推進法に基づき子育てサポート企業として認定する「くるみん認定」、若者雇用促進法に基づき若者の雇用管理が優良として企業認定される「ユースール」など)の取得を進め、法人に対する理解や認知度を高めることに努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材の確保の取り組みにおいては、管理者は法人の人事担当として特にインターネットを活用した採用活動の工夫に努め、行政の認定制度を活用した法人のイメージアップにも積極的である。 ・しかし、事業所では1年未満の退職者が少なくない。管理者は採用時の「ミスマッチ」と考えているが、その要因分析とともに、職場の魅力や働きがいの向上が求められる。また、必要とする福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や人材の確保と育成に関する方針を明確にした計画は、明確には定めていない。さらなる取り組みに期待する。 		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 36.4%、b) 50.0%、c) 13.6%、無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の人事担当として当事業所の管理者を配置し、体制を整備している。 ・法人では、2016(平成28)年度から「グレード要件・目標設定による人事考課」を実施している。グレード要件表では職員階層ごとに「目指す方向」「個人スキル」「問題解決スキル」等を明示し、職員は中期目標(今年度から「経営設計図」)や事業計画をもとに所定のシート作成とマネジャーおよびリーダーによる面接によって単年度の目標を設定して、その進捗状況の確認は上司による毎月の「1on1」で行う。また、半期ごとの評価面接で評価して昇格等に反映させている。さらに、毎月テーマを定めて行う法人および施設内の研修やエルダー制度により、職員の能力開発に取り組んでいる。 ・法人では相談職と介護職のキャリアパスをそれぞれ定め、介護職キャリアパスでは、初任者を1級とする7級までの等級を設定し、等級ごとに必要なスキルの期待レベルを明示して、キャリア認定試験を合格することでキャリア等級を上げていくしくみとしている。なお、人事における昇格基準は、キャリア等級の合格認定と人事考課の評価結果を合わせた内容で設定している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として体制を整備して人事考課、目標管理、教育・研修、処遇等による総合的な人事管理の構築と実施に努めている。 ・しかし、管理者、職員の意識向上や理解促進、考課者のスキル向上等において課題があると考えている。さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)36.4%、b)63.6%、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"> ・法人では「働きやすい職場」を掲げて、育児休暇や看護休暇の拡充、連続休暇取得も含めた年間の有給休暇の取得予定を立てる「計画有給休暇制度」、職員育成を目的とした個別面談(1on1)、行政による企業認定(次世代育成支援対策推進法に基づく「くるみん」、若者雇用促進法に基づく「ユースエール」など)の取得、などに取り組んでいる。 ・有給休暇の取得や残業の状況は毎月マネジャーとリーダーが確認し、半年ごとの実績を各職員にフィードバックしている。 ・法人の防災・安全衛生委員会ではストレスチェック(年2回)、腰痛予防、教室(年2回)を行っている。 ・昨年度末に就業規則を改正し、ハラスメント等の職員からの苦情を受け付ける「相談窓口」の設置を定め、具体的には法人の業務推進会議が所管している。 ・上記のほか、永年勤続表彰、慶弔費の支給、福利厚生事業を提供する公益法人への加入などを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・働きやすい職場づくりを法人の重要な取り組み課題と位置付けて様々な工夫して取り組んでいる。職員自己評価からも「有給休暇は取得しやすい」という旨の意見が複数見受けられる。 ・一方で「働きやすい職場づくりへの取り組み」に対する肯定的な回答の割合は、多くの項目において5割前後であった。さらなる取り組みに期待する。 		

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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)54.5%、b)36.4%、c)0.0%、無回答)9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、2016(平成28)年度から「グレード要件・目標設定による人事考課」を実施している。 ・グレード要件表では、職員階層ごとに「目指す方向」「個人スキル」「問題解決スキル」等を明示し、職員は中期目標(今年度から「経営設計図」)や事業計画をもとに、所定のシート作成とマネジャーおよびリーダーによる面接によって単年度の目標を設定する。目標には「3年後のありたい姿」「P(パフォーマンス)目標」「V(バリュー)目標」を設定する。その進捗状況の確認は、上司による毎月の「1on1面談」で行うとともに、半期ごとの評価面接で評価し、最終的には法人の評価会議で評価を決定する仕組みである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として体制を整備し、人事考課、目標管理、教育・研修、処遇等による総合的な人事管理の構築と実施に努めている。しかし、管理者は、職員の意識向上や理解促進、考課者のスキル向上等において課題があると考えている。 ・組織の目標や方針の徹底に向けた個々の職員の目標設定がより適切に行われるよう、さらなる取り組みに期待する。 		

II-2-2-(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>■ 職員自己評価の結果は、a) 40.9%、b) 45.5%、c) 4.5%、無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が年度の研修計画(会議研修計画)を定めている。そこでは、MGR会議、職員会議(法人の全職員)での研修、内部研修、市内の他の社会福祉法人との合同研修(各法人名のイニシャルから「MSG研修」と称している)を位置づけ、それぞれ実施回ごとの研修テーマを定めている。法人で行う研修は、当事業所の管理者が法人の人事担当の立場から計画を立案している。職員会議での研修では、各委員会が所管する法定の虐待防止などのほか、外部研修参加者による研修報告を行い、内部研修では与薬、食事介助などをテーマに研修に取り組んでいる。そのほか、他施設の見学やエルダー制度を行っている。 ・事業所内では、処遇会議でほぼ毎月、あらかじめ感染症や防災などのテーマを定めて研修を行っている。処遇会議で行う研修の計画はリーダー会議で検討し、研修講師は処遇会議で職員に割り振っている。なお、職員が研修講師を担うことは事業所の組織目標(職員の半数が講師活動)に掲げ、それを個人目標に設定している職員もいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人および事業所での各研修計画のほかエルダー制度によって教育・研修に取り組んでいる。 ・現在提供しているサービスの質における課題の分析をより適切に行い、よりよい研修計画の策定と実施に向けて取り組むよう期待する。 		

II-2-2-(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>■ 職員自己評価の結果は、a) 36.4%、b) 63.6%、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"> ・4月の職員採用時には法人として、法人概要、規則、健康管理、ハラスメント、個人情報保護等について3日間の研修を行い、また、中途採用があった場合の研修カリキュラムは確立していないものの、必要に応じて職員の心得、記録の書き方など、実践に即した内容を周知している。 ・新しい職員に業務を指導する場合には業務マニュアル使用をルール化するとともにエルダー制度を採用している。エルダーには職務経験2～3年の職員が任命され、可能な限り同じローテーションを組み、新人育成マニュアルをもとに半年から1年程度をかけて「新人チェックリスト」を使って業務遂行の到達度を確認している。 ・外部研修の情報はグループウェアで周知している。 ・法人では「与薬」「契約締結」「法人後見」という3つの法人内資格の制度を設け、2年の更新制で、シラバスに基づく研修を受けなければ更新できないしくみである。なお、介護職は「与薬」をほぼ全員が取得している。 ・法人では資格を持っていない職員に対して法人が行う介護職員初任者研修を低額で受講させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として採用時の研修やエルダー制度等によって職員一人ひとりの研修機会の確保の努めている。 ・しかし、法人が行う4月の定期採用の職員に対する研修内容は整備されているものの、中途採用の職員に対する研修方法は十分には確立していない。また、エルダー制度における指導技術の向上や指導内容の統一化、個々の職位や職種、経験に応じた研修機会の充実など、さらなる取り組みに期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)36.4%、b)45.5%、c)9.1%、無回答)9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として実習生マニュアルを整備し、社会福祉士および介護福祉士のためのプログラムを用意している。しかし、周辺の数校の養成校には実習生を受け入れる方針を伝えているが、当事業所では、現状では介護職等の専門職の実習の受け入れ実績はない。なお、特別支援学校の学生の実習や高校生の体験学習の受け入れ実績はあり、要請があれば協力している。 ・社会福祉士や介護福祉士の実習指導者養成講習は職員育成の観点からも受講させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市内に養成校がない上に、学生の減少などもあり、実習生の確保は難しい状況がある。 ・福祉サービスの資格取得のための実習や看護師など関連領域の専門職の実習の受け入れ、学生のインターン、教員養成(介護等体験)など、幅広い領域の人材育成における事業所の役割を發揮し、事業所としての方針の明確化と取り組みの強化に期待する。 		

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 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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)36.4%、b)50.0%、c)0.0%、無回答)13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人ではホームページやSNSを活用して情報発信し、法人内他事業所の情報も含めて、当事業所の管理者が担当して更新している。ホームページには、法人の理念、現況報告、事業報告、決算諸表、当事業所を含む事業所状況、公益事業(介護職員初任者研修)、採用案内、ブログなどを掲載している。 ・印刷物では、事業所独自の発行物はないが、法人広報誌である「杜のたより」(年3~4回、約1,000部)を発行し、各事業所での行事の様子、委員会の取組み、寄付者(団体)の紹介のほか、毎年の初回の発行時に前年度の「苦情の受理・解決の状況」を掲載して利用者家族、市内の介護支援事業所、学校、地域の民生委員、地元町内会等に配布している。また、毎年度、法人の年報(活動報告)として「想いの輪」を発行し、「法人の目指すべき理想的な姿」「事業所紹介」「美芳会の取り組みと声」などを掲載して「杜のたより」と同様の相手先に配布している。「杜のたより」および「想いの輪」はいずれも法人内に作成チームを設けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の取組みとしてホームページを数年前にリニューアルし、SNSによる情報発信の充実にも努めている。 ・なお、ホームページの一部では「事故・苦情報告」など、掲載するページは設定しているものの、情報が掲載されていないものもある。広報誌の紙面充実を含めて、さらなる取り組みの強化に期待する。 		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a)31.8%、b)40.9%、c)0.0%、無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は経理規程を定めて法人内に統括会計責任者、会計責任者、出納職員を置き、出納、資産の管理、契約等の取り扱い方法などを規定している。経理規程等はグループウェアで職員は閲覧できるしくみである。 ・法人では内部監査チームを設け、行政が介護保険事業の実施に伴って行う実地指導の項目を用いて内部監査を実施している。当事業所でも年1～2回の内部監査を受けている。 ・法人では毎年度の監事による監査に先立って、会計事務所に依頼して財務面の点検を受けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適正な経営・運営のための取り組みを行っているが、財務に関する内部監査は行っていない。また、職員自己評価では、肯定的な回答の割合は3割程度であった。 ・取り組みに関する職員への周知を含め、さらなる改善に期待する。 		

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 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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 50.0%、b) 45.5%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、2016(平成28)年に行政から施設が民営化される以前から、近隣地域の団体や住民との交流が行われていた経緯がある。現在も富士市社会福祉協議会による地域の地区福祉推進会(町内会、民生委員協議会等で構成)に参画(施設長が役員)し、その行事(祭、文化祭など)には可能な範囲で利用者も参加している。 ・事業所内各階の掲示板や食堂付近に毎月の地域の行事予定等を掲載した「カレンダー」を掲示している。 ・個別支援計画に基づく外出には、当該利用者を担当する職員が対応する。そのほか、利用者2名が交代で、敷地内に隣接する特別養護老人ホーム利用者の将棋相手として出かけている。 ・外出行事として、日帰り旅行の実施(20名程度参加)、市民福祉祭、幼稚園の餅つき等への参加(それぞれ数名程度参加)を行っている。 ・事業所では、これまでの個々の取り組みを生かして、今年度は新たに、利用者による「するが荘ボランティアクラブ」を発足した。クラブの部員を募って、防災、将棋、囲碁、草取り、マーシャンの5つチームに分け、認知症サポーター養成講座の受講、隣接の特別養護老人ホームに出向いての将棋、富士見台地区サポーター活動に協力して行う小学校の草取りなどの活動を実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は、外出行事や地域の行事などに参加する機会があるが、日常の散歩や買い物であっても外出時間をあらかじめ事業所に申し出なければならない。また、小学校区を超えて外出する場合には、食事準備の都合からとはいえ、3日前までに申告しなければ外出できない。 ・それらは、一人ひとりの利用者の「地域との交流を広げる」という意味では、必ずしも積極的な取り組みとは言えない。事業所でも「取り組みが十分ではない」と認識している。当事業所の利用者の心身の状況からすれば、利用者の活動範囲をより広げるための体制を整備することが求められる。さらなる取り組みに期待する。 		

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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 54.5%、b) 36.4%、c) 4.5%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてボランティア受入れのマニュアルを整備し、受付からオリエンテーション、登録にいたる手順を明示し、また、実際の受入れ段階では「ボランティアの皆様へのお願い」という書面でプライバシー保護やボランティア保険等について周知している。具体的には、個人ボランティアとして傾聴・将棋・買い物代行など、また、グループで事業所の行事の際の踊り、太鼓、楽器演奏などに訪れるボランティアがいる。 ・中学校の総合学習の場として3年生を受け入れ、レクリエーション活動補助の機会を提供している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアを増やしたい意向はあるものの、実績の集計や現状の分析、あるいは新たなボランティア開拓の工夫等において、取り組みは十分とは言えない。 ・ボランティアの受け入れは、地域社会との交流や福祉事業所が担う地域の福祉教育の一環としても重要である。ボランティアの受け入れや学校での学習に対する協力等に関する方針の明確化と、その取り組みの強化に期待する。 		

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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)31.8%、b)50.0%、c)4.5%、無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関では行政(生活保護、高齢者、介護、障害の各分野)、介護支援事業所、医療機関などとの日常的なやりとりがある。特に医療機関については精神障害の利用者の入退所や継続的な通院の機会を通じて連携がある。 ・関係機関等との連絡会については、富士市および富士宮市地域の養護老人ホームの部会や市内の介護事業者連絡会、県の老人福祉施設協会や社会福祉法人経営者協議会等に参画している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政や医療機関等と連携を図っているが、利用者に対するよりよいサービス提供に向けた取り組みとしては十分ではない。 ・医療・福祉関係団体はもとより、ボランティア団体や自助組織なども含めて、必要とする社会資源の明確化や新たな社会資源の開発、関係機関との連絡会等での積極的な提案活動なども重要である。また、それらに関する職員間の情報共有を十分に進めることも含めて、さらなる取り組みに期待する。 		

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 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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 40.9%、b) 50.0%、c) 4.5%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として公益的な活動の推進を課題の一つに掲げている。当法人が経営している他の事業所のエリアにおいて「地域サポーター」に登録している市民との交流会や講習会を開催することなどを通じて地域の福祉ニーズの把握に努めている。 ・事業所では、地域の地区福祉推進会への参加や隣接する特別養護老人ホームの運営推進会議に参加することで地域の福祉ニーズの機会となっている。特に地区福祉推進会の活動への参加は旧公立施設時代を含めて約30年の関りがあり、同推進会に参画することで地域の小学生の福祉教育や環境整備(草取り)などに関する活動依頼が行われている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人による取り組みや事業所での地区福祉推進会とのかかわりなど、地域の関係者との接点はあるものの、地域の福祉ニーズや生活課題を把握するための取組を積極的に行っているかどうかという意味では十分ではない。 ・地域の関係者との関係を生かして、より積極的・主体的に地域のニーズ把握に取り組みことを期待する。 		

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等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) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・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もとづく公益的な事業・活動を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 31.8%、b) 59.1%、c) 0.0%、無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、介護の仕事を希望する未経験者に対する介護職員初任者研修の開催や、登録制の地域サポーターとの交流会・講習会、法人後見受任などに取り組んでいる。また、公益的な活動として位置づけた取り組みとして、大学において他の社会福祉法人と連携して職業紹介ガイダンスを行ったこともある。 ・公民館の生涯研修の一つである「地域高齢者向け講座」に当事業所の職員が隣接の特別養護老人ホーム職員とともに講師を担当している。 ・事業所では今年度新たに利用者による「するが荘ボランティアクラブ」を発足し、同クラブの部員を募って防災、将棋、囲碁、草取り、マージャンの5つチームに分けて、認知症サポーター養成講座の受講、隣接の特別養護老人ホームに出向いての将棋、富士見台地区サポーター活動に協力して行う小学校の草刈りなどの活動を実施している。また、地区福祉推進会に参画し、同推進会主催のボランティアスクールで小学生が事業所の利用者と一緒に食事をしたり車いす体験をするなどの取り組みの実施に協力している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の福祉ニーズをより積極的・主体的に把握するとともに、災害発生時の住民への支援に向けた備えの検討なども含め、法人とともに公益的な事業・活動の取り組み強化を図るよう期待する。 		

評価対象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。	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 45.5%、b) 45.5%、c) 0.0%、無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念「地域でのこころ豊かな生活のために」「想いに副う」は、年1回法人が発行する年報「想いの輪」に掲載し、また当事業所を紹介したリーフレット、そしてホームページに記載している。職員への理解の促進と周知の取り組みの一つに、法人全事業所の全職員を対象にした、理事長が出席する「職員会議」で取り上げている。そして、法人の理念と、策定した行動規範を玄関フロアに掲示している。 ・基本方針の周知、確認の取り組みとして、法人として実地する「職員満足度調査」の項目は「理念・ビジョンへの共感」に関しても取り上げており、各事業ごとに集計され、振り返りの機会としている。 ・法人として、権利擁護(虐待、身体拘束)に関する研修を定期的実施して「虐待の目チェックリスト」を活用している。結果は前回と比較し、次年度の研修に活かす方針である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・複数の取り組みをしているが、掲示や研修会のレベルを超えた取り組みが求められる。例えば、事例検討や職員自らの経験の報告などの機会をつくり、法人理念や行動規程に関連させた取り組みを行うよう期待する。 ・法人として「基本方針」を定めているが、その活用が不明確である。記載する規程類、掲示の場所、周知などについて取り組みが求められる。 		

Ⅲ-1-1(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等に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 45.5%、b) 40.9%、c) 4.5%、無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアに関するマニュアルには、利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護の姿勢を取入れている。そして、エルダー制度で新人に職員研修するときには、チェック・確認する機会がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書、契約書など利用者説明、配布する資料にはプライバシー保護の視点から記載された内容はみられない。むしろ共同生活上生ずるとされる不適切な事項を掲げ、入所に際しての約束事として、委託書や契約書、預かり依頼書を受け取っている。プライバシー保護の視点から検討を期待する。 ・生活環境は全室個室であるが、入浴は3タイプ、排泄は共同トイレである。今回の利用者調査・面接(利用者90名中40名に実施)では、「利用者のプライバシーは守られているか」の問いに対する「はい」の回答率は50.0%で、共同生活であるがゆえの困難さについてのコメントが多い。利用者の声やコメントを大切にしたい取り組み、改善を期待する。 ・管理者およびリーダー層による合議では、プライバシーに関する規程・マニュアルなどの整備がないこと、職員への研修の機会がないこと、生活の場で利用者のプライバシーを守る設備などの工夫が不十分であることなどを判断している。 ・一方、一般職員の自己評価では、約60~70%が「取り組んでいる」と判断している。このような違いに関する要因分析が必要で「プライバシー等の権利擁護」に関する理解を深めるための取り組みが求められる。 ・「プライバシー」と「個人情報」の違いの確認、理解を深めるための取り組みが求められる。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)36.4%、b)59.1%、c)0.0%、無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の紹介は、法人のホームページで、各事業所の役割・特徴、活動内容などの概要を紹介している。また、法人が毎年発行する「年報」では、法人全事業所の具体的な取り組みを紹介し、行政のまちづくりセンター、地域包括支援センター、地域内の役員に配布している。法人の広報誌「杜のたより」は、主に各事業所で取り組んだ行事を紹介し、年3回発行している。「年報」「広報誌」は、法人として設置している「広報・コミュニケーション委員会」が担当している。 ・当事業を紹介したリーフレットには、当事業の特徴、施設案内図などが記載されている。 ・当事業所は措置施設であり、利用希望者は行政窓口と相談し、入所は行政が決定する。そのため、入所や見学の問い合わせがあった場合は、行政の窓口を紹介している。 ・見学は、基本的には入所が前提であり、行政の担当者が同席し、複数回の見学も可能である。生活相談員が窓口で、当事業所の生活を理解してもらうために、1日の過ごし方、クラブ活動、入所時の持ち物などを説明している。また、説明時に心がけていることは「日常生活は自立しているか」であり、さらに集団生活であることからの禁止事項等を伝え、入所生活上の「お約束」を記載した用紙を渡し、入所後の生活をイメージしやすいように配慮している。 ・利用希望者のうち、医療機関からの退院者については、体験入所を実施することがある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業の特徴は、ホームページには掲載されている一方で「年報」や「杜のたより」から読み取ることは困難である。特定施設入居者生活介護についての紹介はされていない。 ・措置施設であることに鑑み、積極的な広報活動はしていないが、当事業のみを紹介している「リーフレット」の充実させることや、配布先等の検討など、必要な情報を積極的に提供するための取り組みを期待する。 		

Ⅲ-1-1(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>■ 職員自己評価の結果は、a)59.1%、b)40.9%、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"> ・利用希望者は、事業所の見学後、行政の判定会議を経て約1カ月後に入所となる。入所時の説明は、生活相談員が担当する。その主な内容は措置入所や入所契約書の説明である。 ・一方、入所中に要介護認定を受け、特定施設入居者生活介護の利用に変更したときには、契約書および重要事項説明書に基づいて説明し、同意を得ている。説明に際しては、専門用語は避けて「わかりやすさ」を意図して実施している。 ・入所決定した際に行政から連絡があり、生活相談員と看護師が行政が指定する場所を訪問し、利用者と面接する。家族が同席することもある。面接時は「フェイスシート」(アセスメントシートでもある)を活用し、生活歴、家族の状況、ADL、健康状態などを把握している。事業所内の内部カンファレンスを開催し、担当職員などを決めている。措置入所者には「処遇計画」(個別支援計画)を策定している。 ・特定施設入居者生活介護に変更した場合は、再アセスメントして「施設サービス計画書」(ケアプラン)を作成する。 ・利用者としては、意思決定が可能の人が入所対象であるが、家族から同席の依頼があったときのほか、後日の面接時等にも費用負担やケアプランなどの説明を行っている。 ・外部サービスの利用希望者には情報提供し、例えば通所サービス等については、見学を経て導入している。その際は、利用開始前に説明し、同意を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所に際し、契約書に対する承諾のほか、個人情報利用同意書、利用料金負担説明書、預かり依頼書(各種証書や通帳類など)、委託書(金銭管理、年金・金銭の出し入れ管理、公文書等の開封等について利用者が事業所に依頼する)について説明し、承諾・署名を得ている。このようなルールについては「プライバシー」「人権」の視点からの検討を期待する。 ・現状では、入所時に意思決定が困難な利用者は少ない。配慮すべきことについては、研修(例えば認知症)などで学んでいるが、さらなる取り組みとそのルール化について、検討することを期待する。職員自己評価でも、肯定率は低い。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 40.9%、b) 54.5%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 措置入所者(養護老人ホーム)を対象にした運営規程には「退所の条件および社会復帰」について記載している。また、特定施設入居者生活介護では「解約の条件およびサービスの概要」として自立支援を掲げ、在宅復帰に向けた支援や訓練を援助している。 2018(平成30)年度の退所者は、福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所・移行が7名、入院中の死亡3名である。 転所や施設移行の場合は、手順として施設見学に対応し、入所決定時は必要書類(アセスメント、ケアプラン、医療に関する情報等)を提供している。 入院時は、情報手提供書を入院先へ持参(もしくはファックス送信)し、当事業所での状況を伝えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 現状は、4年目を迎えたが、社会復帰できた人はいない。中長期計画「我々が目指すありたい姿」には「出口支援を行うことで社会復帰できるように支援していくことが負のイメージの払拭につながり、地域との関係も深まり、信頼につながる」と明記している。今回の利用者調査でも、退所を強く希望する声が上がっている。積極的な取り組みを期待する。 		

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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 40.9%、b) 59.1%、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"> 利用者満足に関するアンケート調査は、年1回、法人として事業所単位で実施し、2018(平成30)年度は33名が回答している。結果はリーダー会議で検討している。 年4回の利用者定期懇談会は、利用者の意向を把握する機会、また、個別面談(個別支援計画、ケアプラン作成時)時は満足度や困り事を把握する機会としている。家族に対しては年2回の家族懇談会を開催して意見交換の機会としている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 今回の第三者評価では、利用者40名に面接している。総合的な満足度については「大変満足」0.0%、「満足」47.5%、「どちらともいえない」20.0%、「不満」20.0%、「無回答」12.5%である。利用者から率直な意見が寄せられている。また「第三者(面接者)に対しては気軽に話をすることができた」「思い切り話すことができた」等のコメントが寄せられ、コミュニケーション能力の活性化の機会であったと判断できる。 利用者の満足度には「利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」が影響していると思われるが、利用者面接では、この視点に関する質問項目に対する「はい」の回答率は30.0%で、「どちらともいえない」が32.5%、「いいえ」が18.5%、「無回答」は20.0%であった。今回の結果を、今後の取り組みに活用することを期待する。 職員自己評価では、利用者の満足度を把握する機会はある一方で、把握した内容の分析・結果に基づいた具体的な改善への取り組みについて肯定率は低い。確実な取り組みを行うよう期待する。 		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 45.5%、b) 54.5%、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"> ・苦情解決の体制は重要事項説明書に記載し、公衆電話の傍に掲示している。そこには、当事業所の担当者、外部の関係機関窓口、第三者委員(2名)を明示している。また、玄関フロアには意見箱を設置している。 ・苦情を受け付けた場合は、当事者とリーダー層を含めて即座に検討している。「苦情受付表」に記載し、職員には処遇会議で報告している。法人として設置する「内部統制委員会」にも報告している。さらに、第三者委員には年1回報告し、助言を得る機会としている。リスクマネジメントのマニュアルでは、苦情対応についても取り上げている。 ・苦情等を申し出た利用者・家族に対しては、苦情受付担当者、苦情解決責任者が対応し、説明・報告している。 ・苦情の受理・解決については、広報誌で年1回公開し、苦情申出内容および結果(抜粋)を公開している。2018(平成30)年度は、法人内の3事業所で生じた苦情内容の要旨と解決結果の要旨を公開している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情体制は「重要事項説明書」に記載し、掲示もしているが、わかりづらいと思われる。苦情に取り組む基本方針および苦情解決のプロセスをわかりやすく記載し、契約時に確実に説明することが求められる。 ・職員自己評価でも、資料を利用者等に配布して説明していること、苦情を申し出やすい工夫について、肯定率が低い。ちなみに、今回の利用者面接では「利用者調査」の設問項目「行政や第三者委員にも相談できることを知っているか」への「はい」の回答は12.5%に留まる。利用者の権利の視点からも、より積極的な取り組みを期待する。 		

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時に、方法や相手を選択できない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 36.4%、b) 54.5%、c) 0.0%、無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員はフロア担当で担当者を掲示している。事務室前に職員の写真、氏名、職種を掲示して相談のしやすさを工夫している。また、生活相談員が直接相談を受けることもある。 ・個室、相談室を始めとし、相談の意向があれば、さまざまなスペースを相談の場所として確保できる環境にある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では相談や意見を述べやすくなるための取組については、36.4%の肯定率で、不十分という結果である。苦情の把握に留まらず、相談や意見を聞くことに対する、意味づけを明確化し、利用者にわかりやすい説明や掲示を行う必要がある。具体的な対策の検討が求められる。 		

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。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)22.7%、b)72.7%、c)0.0%、無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・意見箱の設置、法人としての利用者アンケート調査や利用者定期懇談会、家族会の取り組みがあり、また「苦情受付表」での対応がある。その場で対応が困難な場合は、上司に報告・相談して対応するなど迅速な対応に努めている。そして、苦情・事故委員会で検討し、全職員が参加する処遇会議に報告し、周知の機会としている。</p> <p>■ 改善課題 ・今回の第三者評価で実施した、利用者面接では、「利用者への不満や要望は対応されているか」の質問に対し、「はい」の回答は40.0%、「どちらともいえない」25.0%、「いいえ」17.5%である。対策が求められる。 ・職員自己評価では、利用者の意見に対する組織的な取り組み、マニュアルの整備と見直しについては肯定率が低い。検討を期待する。</p>		

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。	a
	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 54.5%、b) 36.4%、c) 4.5%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所として、リスクマネジメント分野に関する委員会は3つの会議(安全衛生・感染症、事故・苦情、身体拘束)であり、対応手順のマニュアルを作成している。事故・苦情委員会は施設長はじめリーダー層で構成され、毎月開催している。事故発生時は、即座にフロアで検討してカンファレンスを開催し、要因分析・対策を検討して「事故・ヒヤリハット報告書」に記載している。内容は「処遇会議」で報告し、全職員で共有している。また、法人主催のコンプライアンス委員会にも報告している。 ・検討した改善策の妥当性については、事業所内のコンプライアンス会議(事故・苦情)で検討し、また、法人横断での委員会でも評価している。 ・リスクマネジメント・事故に関する研修には、法人として年2回程度、計画的に取り組んでいる。 ・ヒヤリハットが3回以上発生した場合は、要因分析して対策を検討している。 ・なお、上記の取り組みに加え、職員自己評価では、体制整備、マニュアルなどの職員への周知、要因分析と対策の検討、評価・見直しについて、肯定率は70%から80%以上という結果で、評価は「a」と判断した。 		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 36.4%、b) 54.5%、c) 4.5%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、感染症委員会を設置するとともに「感染症予防マニュアル」を作成している。当事業所としての委員会は、施設長を始めとするリーダー層で構成され、毎月開催している。法人として、「感染症予防マニュアル」を作成している。 ・感染症については、研修会を年最低1回は実施し、処遇会議で取り上げている。専門職である看護師が、感染症の種類に応じた研修に実技を交えて取り組み、注意喚起している。 ・利用者への注意喚起は、インフルエンザワクチン接種の勧め、換気・手洗い・うがいの励行、マスクの着用についてである。また、面会者等に対しては、感染症予防について入口へ掲示し、さらに家族には手紙を送付して留意点を伝えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアルの見直しは随時の取り組みであり、現状では計画性は見られない。 ・感染症のマニュアルの活用は、研修時に活用しているが、職員自己評価では、マニュアルの周知、内容の理解、現場での活用の不十分さが指摘されている。職員一人ひとりが確実に対応できることを課題とした、取り組みの充実を期待する。 		

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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)36.4%、b)59.1%、c)0.0%、無回答)4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「非常災害対策マニュアル」を策定している。また、当事業所では「防災・安全衛生委員会」が防災に取り組み、職員に関しては、安否コールの確認などのため年3～4回の訓練を実施し、その返信率を明確にしている。 ・毎月「防災訓練」(火災、地震)を実施し、夜間の消防訓練も実施している。訓練時は、利用者に対しては、点呼を実施している。また、利用者にも参加してもらい、防災係を指定し、利用者を避難口に誘導するなど協力を得ている。 ・食料や備蓄品のリストを作成している。それらは防火管理責任者が管理し、防災・安全衛生委員会でチェックしている。 ・地域の自治会、防災安全管理の業者、消防署などと連携し、合同で防災訓練などに取り組んでいる。 ・当事業所独自に火災・地震・土砂崩れのマニュアルを作成している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、事業継続計画(BCP)を作成中である。その作成により、職員の実効性を高める取り組み、利用者の巻き込み方、家族への連絡、地域との連携の確実性を図ることなど、災害時の対策が充実することを期待する。 ・職員自己評価では「立地条件を意識した各種災害への取り組み」に関しては、特に肯定率が低い。災害時を想定した行動ができることを課題に取り組むよう期待する。 		

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 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>■ 職員自己評価の結果は、a) 27.3%、b) 72.7%、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"> ・標準化に向け、法人として「マニュアル欄」を5分類している。「共通」の分類としてリスクマネジメント、個人情報新人育成など、「介護」の分類として介護技術、身体拘束、送迎など、「医療関係」の分類として健康管理、看取り指針、感染症、栄養ケア、認知症など、「ケアマネジメント」の分類としてカンファレンス、相談援助など、「地域」の分類としてボランティア受け入れ、施設見学などである。プライバシー保護の観点から、留意点を記載している。 ・法人作成とは別に、当事業所としての独自マニュアルは、業務に関する分野である。 ・マニュアルの活用については、当事業所では、エルダー制度およびキャリアパス実施時に確認するしくみがある。マニュアルは現場に設置し、また入職時にエルダー制度でチェックしている。さらに、キャリアパスレベルでは、介護部分(実技)についてチェックしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「実施されている内容が標準的な実施方法に基づくものか」という視点での肯定率は低い。 ・エルダー制度やキャリアパス実施時の活用について、適切性の確実性の視点から検討するなど、対策が求められる。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 36.4%、b) 59.1%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「マニュアル委員会」を設置し、見直し・改定についても取り組んでいる。更新および新規に作成する項目の必要性は、委員会としての提案、そして処遇会議で職員から提案を受け、最終的にマニュアル委員会が、更新の必要性とその是非について確定している。 ・更新したマニュアルは、部署内全体会議で報告し、周知している。 ・内部監査では、マニュアルの使用と見直しについて確認している。 ・利用者からの意見などは、利用者定期懇談会での発言を受止めている。これまでに、施設内行事の月間内容、安全性のための危険箇所の改善などに取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、マニユアなどの見直しへの取り組みはされているが、周知および活用については不十分であるという結果である。 ・評価基準にある「標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが提供されているか」と関連させた取り組みの充実を期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 50.0%、b) 45.5%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーは各フロアに支援員兼務で1名配置されている。 ・入所の際し、事前面接で「フェイスシート」(アセスメントシートでもある)を活用して生活歴、家族の状況、ADL、健康状態などを把握し、事業所内の内部カンファレンスで担当職員を決めている。措置入所(養護老人ホーム)の利用者には、処遇計画(個別支援計画)を策定している。その後、特定施設入居者生活介護の対象者に変更したときには、施設サービス計画書(ケアプラン)を作成している。 ・入所後は、アセスメントシートと個別支援計画を一枚に合体したシートを使い、4カ月ごとに見直しをしている。このシートで内容を利用者に説明し、意見を聞き、赤字で追加・修正する。利用者への配布は希望者のみで、現状は3名程度である。ケアプラン確定時は「ケース会議」を実施している。この会議にはケアマネジャー、看護師、理学療法士、生活相談員、栄養士が参加している。 ・特定施設入居者生活介護の対象者は、ケアプランの作成・見直しが年1回で、その際には養護老人ホームの利用者と同様のアセスメントシートを使っている。利用者と面接して意向と現状の支援内容を把握し、ケアプラン原案を作成する。そして「サービス担当者会議」に原案を提案し(利用者・家族:4家族程度や多職種:ケアマネジャー、看護師、理学療法士、生活相談員、栄養士が参加)、ケアプランが確定される。それまでに、作成したケアプランに各職種が目を通し、サービス担当者会議で修正・確定する方針である。モニタリングは4カ月ごとに担当職員が面接し、利用者の変化などを把握している。 ・利用者と面談する日程は計画化し、確実に取り組むこととしている。利用者と一緒に目標を立てるようにしている。 ・「2つの計画」の共有は、職員室に置かれている「計画ファイル」で全職員が確認できる。申し送ると同時にパソコン・ソフトにより記録している。職員に対しては「仕事開始時は介護記録ソフトも見るように」と伝言している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の利用者面接では、支援に関する個別計画についての質問項目は「支援に関する計画作成時に要望を聞いてもらえたか」「サービス内容や計画内容、計画に関する職員の説明はわかりやすいか」のが2項目あるが、いずれも「はい」とする肯定率は低い。「計画」ということ自体わかりづらいということもあると思われるが、利用者の主体的な計画への参加の視点から、適切な取り組みを期待する。 ・職員自己評価では「支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切なサービスを提供している」の肯定率が低い。検討を期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 36.4%、b) 59.1%、c) 4.5%、無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当職員は「処遇計画」の評価・見直しは4カ月ごと、あるいは6カ月ごとに実施している。また、ケアプランの見直しは6カ月ごとを基準とし、家族と多職種の参加による「サービス担当者会議」で見直している。 ・定期的に、フロアごとに「ケース会議」(支援に関与している全職員参加)を開催して利用者の状態を把握し、利用者の状態変化によって緊急性を要する場合は、随時カンファレンスを開催している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「緊急に変更する場合のしきみの整備」に関して、肯定率が低い。検討を期待する。 		

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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 40.9%、b) 59.1%、c) 0.0%、無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・「計画」に基づくサービスの実施は、「業務記録」に記載する。パソコンの「記録管理システム」を活用して記録し、各職種の記録も見られるようになっている。 ・情報の共有は、毎日のミーティングを始めとし、フロア会議で情報の共有に努めている。また、記録内容の標準化の取り組みとして、エルダー制度での指導に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、記録マニュアルはあるが、使いやすさの点および周知・徹底が課題であること、また「サービス実施記録」の内容を充実させたいという意向も示されている。 ・事業所として、さらなる取り組みの充実を期待する。</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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 50.0%、b) 45.5%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、また不適切な利用や漏えいに関しては、個人情報管理規程に網羅されている。そして、全職員には個人情報の漏えいなどの禁止について誓約書に署名、徹底を期している。 ・特定施設入居者の対象者には、重要事項説明書に個人情報保護について記載している。</p> <p>■ 改善課題 ・重要事項説明書の内容は概要に留まる。個人情報保護に関する法人・事業所としての姿勢、使用方法などについて記載して説明、同意を得る必要がある。また、措置入所(養護老人ホーム)の利用者には説明および文書による提示はないため、検討を期待する。 ・職員自己評価では、施設長を含むリーダー層は、利用者に対する個人情報保護の取り組みについて理解が不十分であることを認識しているが、一般職員の肯定率は高い。 ・個人情報保護についての理解の不足が認められる。利用者の権利の視点からの取り組み、職員研修の実施などが必要である。</p>		

＜高齢者福祉サービス版 内容評価基準＞

評価対象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 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)40.9%、b)54.5%、c)0.0%、無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・養護老人ホームの入居者には面談と支援計画・評価の面談を年2回行って希望や意向を確認し、それを日常生活に生かせるように支援している。また特定施設入居者生活介護の利用者には、同様の面談、支援計画・評価の面談を年3回実施している。 ・養護老人ホームの入居者については、自立支援の視点から、ボランティアなどの形で社会参加することを支援している。また、クラブ活動への参加や近隣であれば単独外出なども行えるようにしている。クラブ活動の種類は、麻雀、ゲートボール、カラオケ、将棋、民謡クラブなど多彩にある。 ・1カ月のクラブ活動やレクリエーション活動を掲示して、利用者が「参加したい」と考えられるようにしている。これには地域での祭りなども含まれ、職員が利用者を誘って出かけている。これらのレクリエーション活動には、特定施設入居者生活介護の利用者も参加できるようにしている。 ・養護老人ホームの入居者が介護が必要になったときには、介護保険の利用を勧めたり、必要なサービスが受けられるようにしている。</p> <p>■ 改善課題 ・特に、養護老人ホームの入居者については、地域移行支援サービスは十分ではなく、その実績はない。 ・事業所の方針を改めて確認し、計画的に取り組むことが求められる。</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>■ 職員自己評価の結果は、a)36.4%、b)63.6%、c)0.0%、無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者の意向は、日々の業務を通して把握するほかに、定期的に行っている個別支援計画・評価面接の際に、希望や思いを聞き取って、それを支援に生かすようにしている。その他、利用者が意思表示する機会としては、利用者懇談会などがある。 ・接遇の研修等で、利用者の尊厳への配慮などには取り組んでいる。 ・話すことや意思表示が困難な利用者とは、コミュニケーションボードを使ったり、筆談、身振り等で意思疎通を図っている。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者の尊厳に配慮した接し方として、接遇研修を実施し、接遇や尊厳への配慮の重要性を認識できるようにしているが、事業所としては「不十分」とし、課題としている。 ・職員自己評価でも、あだ名で呼ぶ、馴れ馴れしい話し方など「言葉づかい」の不適切性についての意見が複数名から寄せられている。取り組みの強化を期待する。</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>■ 職員自己評価の結果は、a) 45.5%、b) 0.0%、c) 50.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・権利侵害の状況に早期に気づけるように「虐待の芽チェックシート」を活用・実施したり、権利擁護のコンプライアンス会議を開催して、その内容を処遇会議で共有している。また、虐待を行政に報告する手続きなどは、その手順を明確にしている。 ・身体拘束廃止マニュアルを備えて、研修を実施する等して職員に周知している。</p> <p>■ 改善課題 ・権利侵害防止のために具体的な内容を収集し、それを提示して利用者に周知するという取り組みは行っていない。 ・権利侵害に該当する事例はないが、発生した場合には、それについて検討する場として「コンプライアンス会議」があり、体制としては整備している。しかし、このことについての職員の肯定率は6割以下にとどまっている。さらなる取り組みを期待する。</p>		

評価対象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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 27.3%、b) 68.2%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・採光が考慮され、また全館の温度管理がされており、快適性に配慮している。廊下等の共用スペースの清掃は、養護老人ホームでは利用者が当番制で行い、清潔を保つようになっている。また、共有スペースに植物やソファを置くなどして、日々の生活の快適性に配慮している。 ・全室個室のため、利用者が大切にしている家具などの持ち込みを勧め、利用者それぞれでの居室環境を快適にできるようにしている。 ・利用者アンケートを実施し、その結果を活かして事業所の危険箇所をチェックし、改善に取り組んでいる。具体的には、敷地裏側の崖の階段部分の雑草取り等がある。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所の立地条件の関係で、建物全体が面している側の壁等にカビが発生しやすく、扉にも痛みが出ている箇所があるが、湿度の管理が難しく、その改善を図ることが大きな課題になっている。 ・なお、この湿度対策については、事業所および職員の自己評価でも、共通した課題として認識されている。</p>		

評価対象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 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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a)22.7%、b)77.3%、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"> ・養護老人ホームの入居者については、半埋め込み式の大型浴槽を利用した自立入浴を基本にしている。この浴槽の「お湯張り」は、利用者が当番制で行い、職員はそれをチェックしている。 ・また、入浴日は週6日の午後で、週のうち3日間を男性の入浴日、3日間を女性の入浴日として、1日に25名程度が入浴している。養護老人ホームの入居者で、個人浴槽での入浴を希望した場合は、特定施設入居者生活介護の入浴日の午後に入浴できるようにしており、現在その利用者は6名で、貸し切り風呂状態で入浴できるようにになっている。 ・特定施設入居者生活介護でも、大型浴槽の利用者が5名いる。そして、22名が一般型の個人浴槽で、2名が機械浴槽使用で職員の介助を受けながら入浴している。どの浴槽を利用するかは、身体機能と利用者本人の意向などを踏まえて決定している。入浴日には血圧測定を行い、健康状態をチェックしている。なお、この入浴日は週4日の午前で、男・女それぞれで2日間ずつとしている。この浴槽の「お湯張り」は職員が行い、オーバーフローさせながら順次入浴してもらっている。通所介護サービスを利用している利用者6名のうち、4名はその際に入浴を済ませるため、当事業所では入浴はしていない。 ・感染症(B型肝炎、MRSA等)が認められる利用者については、入浴の順番を最後にしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同性介助ができていない場合がある。 ・自立入浴の場合は、職員が関与していないため、安全確保をどのようにしていくのかについて検討が必要である。 ・入浴日、入浴時間を決めて、それ以外の希望に対しては「ルール」という理由で対応していない。そのため、個々の意向に沿った入浴より、職員の都合で入浴方法や時間が決められる傾向がある。また、入浴日の変更ができず、次回の入浴日まで待つ対応になっている。柔軟な対応を行う視点からの検討を期待する。 		

A-3-(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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a)31.8%、b)63.6%、c)0.0%、無回答)4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄に支援が必要な利用者については、ケース検討会議で使用する排泄用品を検討している。その際には、安易なおむつ使用や大きな尿取パッドを使わない考え方で検討している。 ・養護老人ホームの入居者は、排泄行為が自立している。特定施設入居者生活介護の利用者のうち1名がおむつ使用で、トイレへの誘導・声かけが必要な利用者は6名程度である。この利用者には、食事後を中心に7回の定時誘導を実施している。 ・利用者の約半数が精神科を受診し、また便秘傾向があり、その半数が緩下剤を服用している。 ・トイレには、安定した排泄姿勢を誘導する位置に手すりを設置されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向を尊重し、可能な限り、同性介助に取り組む必要がある。 ・定時誘導で行っている排泄支援を、利用者の排泄間隔に合わせた誘導にするために、排泄アセスメントを行って、利用者ごとに随時誘導する支援に取り組むことを期待する。 ・緩下剤使用者に対する排泄アセスメントを行い、有形軟便の排泄を目指し、結果的に緩下剤使用の減量を図る取り組みを期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a) 36.4%、b) 59.1%、c) 0.0%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護については、6カ月ごとに身体状況をアセスメントして計画書を作成し、それを3カ月ごとに評価・見直している。これは理学療法士が担当し、ケース会議(カンファレンス)の場で、多職種で情報共有している。ここでは、入浴時の浴槽壁の歩き方、トイレ誘導時の姿勢の確保などの支援方法まで検討している。 ・養護老人ホームの利用者については、職員から「足の上り方が悪い」「ふらつき」「腰痛(本人からの訴え)等の相談があり、理学療法士が10名程度の利用者に個別対応している。 ・移動の自立に向けた働きかけとしては、特定施設入居者生活介護では理学療法士も参加するケース会議で、安全な移動動線の確保に向けて、室内環境等を検討している。 ・移動用具の使い方、移動介助技術等の研修には法人全体で取り組み、これを理学療法士などリハビリテーションの専門職が講師となって、年3回程度行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が持っている身体機能を引き出し、自立的な移動動作につなげることを目標に支援するとしているが、歩行可能な利用者でも「車いす」を利用している場合がある。これは、歩行スピードが遅い、転倒予防といった職員の都合によるものとして、職員自己評価でもコメントが寄せられている。その一方で、職員からは「自立支援の視点から介助が必要な利用者であっても、移動介助が行えない」といった意見もある。 ・移動動作における自立支援のあり方を職員間で共有し、それに基づいて利用者一人ひとりの支援方法を決定する必要がある。また、移動の動作に使用している福祉用具の点検も、不都合が生じた際に随時行うとしているが、安全性と適切な使用方法の確認のためには、点検箇所、点検間隔、担当者を決めて取り組む必要がある。 		

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。	C
	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>■ 職員自己評価の結果は、a) 18.2%、b) 59.1%、c) 18.2%、無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・養護老人ホームの利用者が、当番制で食事前後の準備・後片づけを行っている。この担当は、公募制で職員が最終調整し、現在は3名が当番になっている。 ・適時かつ適温での配膳、季節料理、希望献立などに取り組んでいる。 ・食席や雰囲気づくりなどに配慮しているが、特に養護老人ホームの利用者同士では、相性などでの小さなトラブルはある。 ・食事提供に関するマニュアルを整備し、それに基づいて衛生管理を実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事の選択は、ご飯の盛りつけ量を利用者の意向で調整しているが、その他には食事について選択の余地がない。 ・職員自己評価でも、提供している食事についてさまざまな意見が寄せられている。同様に、利用者面接調査の結果も、食事については「まずい」が「おいしい」の2倍になっている。「どちらともいえない」が「おいしい」と同数である。なお「まずい」とした利用者の具体的意見として「要望を聞いてもらえない」「量が少ない」「味つけがよくないので、佃煮などで食べている」といったコメントが多数寄せられている。これらを考慮すると、早急な改善が求められている。具体的な対応が求められる。 		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a)40.9%、b)54.5%、c)4.5%、無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取に介助が必要な利用者は極めてまれで、現在のところ特定施設入居者生活介護も含めて自力摂取しているなかで、少量ずつ取り分けて提供している利用者はいらる。提供している副食は4形態で、極刻み食の利用者が15～16名である。 ・月1回の法人全体の「給食会議」では、委託している給食業者への要望などが話し合われている。また「ケース会議」には栄養士も参加し、利用者の食事形態の決定に関与している。 ・誤嚥等の事故発生時の対応マニュアルを備えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全を重視するあまり、特定施設入居者生活介護の利用者全員の食事に、一律にとろみづけしている場合がある。これについては、極刻み食が食塊形成を困難にするとして、見直されている。また、とろみづけの増粘剤の使用も、温度が粘度に影響して逆に誤嚥させやすくする場合も指摘されている。提供している食事形態についての見直しを期待する。 ・誤嚥・窒息などへの対応マニュアルは備えているが、その内容の確認や見直しは、定期的に行われていない。職員の意見を取り込んだ定期的な見直しと、その周知徹底を期待する。 ・安全な摂食姿勢を確保する観点からは、足底が床につく椅子の座面高、端坐位姿勢で自然に肘がつくテーブルの高さが重要になる。これは、食事摂取の自立度を維持することにもつながる。取り組みの強化を期待する。 		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)9.1%、b)86.4%、c)4.5%、無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護のうち、義歯装着している利用者には、1日3回の口腔ケアが行われている。 ・歯科受診が必要な利用者については、随時受診できるようにしている。また、歯科医師・歯科衛生士の定期往診もあり、利用者のうち、職員がその必要性を判断して診療を受けられるようにしている。 ・主として養護老人ホームの入居者を対象に、口腔ケアが自立している利用者に声かけて、口腔教室を開催している。この口腔教室は、年1回の定例開催で、40～50名程度が参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員を対象にした口腔ケアに関する研修を実施することで、口腔ケアの重要性とその技術を習得する必要がある。 ・自力で歯のブラッシングを行う利用者ほど、汚れが取れていない例がある。そのため、利用者の口腔内の状況を定期的にチェックする取り組みが必要である。また、利用者が口腔ケアの重要性に気づける機会となるように、定期的実施している口腔教室と連動させると、開催の意義はさらに大きくなる。さらなる取り組みを期待する。 		

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。	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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)31.8%、b)36.4%、c)18.2%、無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡対策の指針はあるが共有されていない。 ・自力で寝返りできない利用者については、夜間帯の体位交換を定時で行っている。現在その対象者は1名である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定施設入居者生活介護を備えているが、入居要件を「要介護4」以下とし、医療依存度が高くなると特別養護老人ホームに移行することを原則にしているため、褥瘡を発症している利用者はいない。そのため、褥瘡についての学習等には取り組んでいない。 ・ただし、発赤などが発見されることはあり、その場合にはアズノール塗布で改善するが、症状がふり返す場合もある。また、現在行っている体位変換も、皮膚構造と褥瘡の発生などについての知識が不十分なまま行くと、擦過傷や皮膚剝離を発生させるリスクがある。そのため、褥瘡の発生とその予防について学習する必要がある。 ・体位変換では、利用者の残存機能を活用する余地は少ない。しかし「寝返り」であれば、利用者の力を引き出す介助方法(支援方法)がある。体位変換から寝返り支援への変換は、自立に向けた支援でもある。職員は、利用者が寝返りしやすいように、ベッド幅等の環境設定を含めて見直す必要がある。利用者主体のかかわり方を考慮し、支援方法を検討することを期待する。 		

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) 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>■ 非該当</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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)31.8%、b)54.5%、c)4.5%、無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・養護老人ホームの入居者には、口腔体操やレクリエーション活動への参加を通じた介護予防に取り組んでいる。この方法については、理学療法士が助言・指導している。 ・特定施設入居者生活介護の利用者と養護老人ホームの入居者の一部については、身体状況をアセスメントし、個別に機能訓練計画を立案している。その実施状況については、3カ月ごとに理学療法士が評価・見直している。なお、見直しを行う際には、個別面談を通して把握した利用者の意向も踏まえて計画に反映させている。</p> <p>■ 改善課題 ・現在、機能訓練の対象としているのは、特定施設入居者生活介護の利用者を主としている。養護老人ホームの入居者には、介護予防に向けた取り組みを強化する必要がある。 ・そして、養護老人ホームの入居者の介護予防は「機能訓練」といった狭い範囲で考えるのではなく、その人の「自立的な暮らし方」の継続として、個別に検討する必要がある。取り組みに期待する。</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。	C
	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>■ 職員自己評価の結果は、a)13.6%、b)72.7%、c)4.5%、無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・認知症介護の基礎研修、実践者研修、実践リーダー研修等を受講した職員が、伝達研修を事業所内で行い、未受講の職員も最新の知識を得られるように取り組んでいる。 ・認知症の症状のある利用者には、受容と共感の姿勢を原則に対応している。</p> <p>■ 改善課題 ・BPSD等を含めた認知症の症状については「医師に相談する」等しているが「連携が十分に行われているとは言えない状況にある」と、事業所としても職員自己評価でも、課題として認識している。 ・現在、当事業所の入居者の状態は、認知症の症状が軽度の利用者と、症状なしの利用者が大部分を占めている。また明確なBPSDのある利用者もいない。そのため、職員は認知症の状態に配慮したケアの必要性を認識しにくい。 ・また、全室個室とはいえ、共有スペース部分の設えは、落着けて過ごせるような場所づくりとしては不十分である。食堂も、大きな空間で多人数が食事する光景からは「トラブルが絶えない」という職員の意見もうなづける。 ・現状は、集団に認知症の利用者が混じって生活している状態にある。中・長期計画である「これからの経営設計図」では、認知症利用者への対応は触れられていない。認知症があってもなくても、ごく普通に暮らせる環境づくりを目指して検討する必要がある。</p>		

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>■ 職員自己評価の結果は、a)27.3%、b)63.6%、c)9.1%、無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調急変時の対応については、対応手順や連絡体制をマニュアル化している。ただし、土曜日・日曜日・祝祭日は協力医療機関と連絡がとれない状況にあるため、救急車対応をしている。 ・利用者の体調変化に気づけるように、1日2回、食事の際に食欲、体の動き、反応などを確認するようにしている。また、利用者のADLの状態や認知症の症状など、状態に応じて体調管理の方法や服薬について随時検討している。 ・診療記録やバイタルサインの測定値などは、所定の様式に記録している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者急変時に現場が活用できるマニュアルとしては「現状のものは不十分である」との意見が職員自己評価で寄せられている。マニュアルの定期的な点検・見直しを期待する。 ・薬に関する研修は行っているが、利用者それぞれの薬効、副作用などは把握し切れていない。特に、薬を自己管理している利用者については、処方内容と服薬状況まで把握していない状態にある。さらに、服薬管理を拒否している利用者についても、現在のところ事業所として関与していない。 ・高齢者の服薬については、多剤投与等に関する問題がクローズアップされている。利用者への定期面接の機会などを利用し、服薬状況や残薬チェックの必要性を利用者に伝える等して、適切な服薬内容を目指して取り組むことを期待する。 		

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) 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>■ 非該当</p>		

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。	b
	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>■ 職員自己評価の結果は、a)36.4%、b)63.6%、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"> ・家族に対しては、近況報告や、必要時には電話連絡をしている。また、年4回発行している広報誌を送付する際には、主に健康状態についての近況を担当職員と相談員が手紙にし、広報誌に同封して知らせている。利用者と家族の関係が継続するように、行事の案内なども行っている。なお、利用者本人あるいは家族の意向に従い、3割余りの利用者・家族については広報誌の送付をしていない。 ・利用者の状況を確実に家族に伝える必要のあるときには、家族の就労時間に配慮したり、希望する家族にはメールで連絡するなど、柔軟に対応している。 ・家族懇親会を年2回開催し、サービス内容について説明したり、要望などについて確認している。なお、直近の家族懇親会への参加家族は、15家族(24名)であった。 ・家族との相談は、相談員が担当し、受け付けた内容は記録して職員間で共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族との関係に問題があり、広報誌等の受け取りを拒否する家族がいる。さらに、家族懇談会に参加しても、利用者に会わずに帰る家族もいるなど、職員はどう対応すべきか、大きな問題として感じている。 		