

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
介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】
風の杜

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン …	1
 共通評価項目	
I. 福祉サービスの基本方針と組織	7
II. 組織の運営管理	12
III. 適切な福祉サービスの実施	22
内容評価項目	31

(添付資料)

- ◆ 職員自己評価・利用者【聞き取り面接・家族アンケート】調査
集計結果

福祉サービス第三評価の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 風の杜	種別：指定介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 大塚 芳子	定員（利用人数）：29名
所在地：静岡県富士市原田2030-1	
TEL：0545-32-6411	ホームページ： https://miyoshikai.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成26（2014）年9月27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：22名 非常勤職員：5名
専門職員	介護福祉士 14名 社会福祉士 1名 作業療法士 1名 介護支援専門員 2名 管理栄養士 1名 看護師 3名 管理栄養士 1名
施設・設備の概要	<施設> ユニット個室型施設（4ユニット） 特別養護老人ホーム：3ユニット ショートステイ：1ユニット <設備> トイレ：各ユニット4カ所 個浴：各ユニット1カ所 特浴：1カ所

③ 理念・基本方針

<理念>

想いに副う

地域での心豊かな生活のために

<基本方針>（事業所独自）

ユニット型施設の特徴である少人数での家族的で温かい生活、個々の生活スタイルに合わせたサービスの提供を目指します。

相手の声にしっかり耳を傾け、一人ひとりと深くかかわっていくなかで、顔なじみの関係をつくり、利用者の皆様が安心して生活できるよう努めています。

ご利用者の皆様が主体性を持って生活できるように働きかけていきます。

また、積極的に地域に出向き、地域の方々に必要とされる存在となれるよう様々な活動を行っていきます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

平成 31 (2019) 年度より、摂食・嚥下チームを立ち上げ、多職種協働で定期的なカンファレンスを実施している。個別ケアのことや施設全体の課題等を検討し、課題の共有などを行っている。

今後も、課題解決等に取り組みたいと考えている。

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）	0回

⑥ 総評

◇特によいと思われる点

1. さまざまな休暇制度、職員の育成を目的とする個別面談、ハラスメント対策など、職員が働きやすい職場づくりに向け、きめ細かい取り組みを進めている

法人では、当事業所に隣接する養護老人ホームの管理者を法人の人事担当者に任命し、法人をあげて「働きやすい職場」を目指し、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」や、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」など）の取得などを実行している。

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。

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などを行っている。

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点で評価できる。

2. 配置医師の協力を得て、開設当初から事業所内看取りに取り組んでいる。歯科衛生士を配置し、歯科医師の往診診療体制を整えて口腔ケアに取り組んでいる

当事業所には歯科衛生士が配置され、介護業務に従事しながら、週1～2日間は歯科衛生士の役割を果たしている。具体的には、新規利用者を迎えると、入所後1～2日以内には口腔内をチェックして、口腔内および歯牙の状況に合わせた歯ブラシなどの用品を選択する等である。なお、これらの用品は、1カ月での交換を目安にしている。そして、実際の口腔ケアは、利用者の状態に応じて、そのつど介護職員に助言・指導している。

こうした取り組みを行いながら、一方では、職員に対する「口腔ケア」についての研修は実施できていない。事業所、職員の自己評価でも、その必要性については認識されている。今後の取り組みを期待する。

口腔ケアに取り組むにあたり、歯科医師が定期的に当事業所を往診し、必要な治療と口腔内の保清に向けたケア方法などを指導している。また、配置医師として定期往診している内科医師とは、24時間連絡・相談できる体制にある。

当事業所では、週1日は看護師が勤務していない日があるなか、看護師不在の曜日や夜間帯でも、電話対応する職員を置き、事業所内看取りに対応している。

このような外部の専門家との協力・連携体制により、昨年度退所した利用者のほとんどを事業所内で看取ることができている。

◇さらなる改善が必要と思われる点

1. 組織とサービスの両面において、改善に向けた課題の分析、体制やしくみ等の整備が課題であり、適切なリーダーシップの発揮による改善に向けた取り組みが期待される

法人の方針として、民間企業の経営分析、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、法人および事業所の経営改善を進めている。しかし、当事業所の組織とサービスの両面において、改善に向けた課題の分析、体制やしくみなどの整備が課題である。

職員自己評価では、特に「福祉サービスの基本方針と組織」と「組織の運営管理」に関する項目では肯定的な回答の割合が非常に低率であり、自由意見でも「不十分である」との主旨の記述が複数見受けられた。多くの職員は、管理者のリーダーシップ、管理者の責任と役割の明確な表明、適切な中・長期計画および単年度事業計画の策定とその具体化、職員育成・研修計画等に課題認識を持っている状況が伺える。

今回の第三者評価の受審結果や職員の意向を踏まえ、事業所の組織とサービスの両面に関する現状と課題を分析し、優先順位を明確にして、中期的に取り組むことが重要であり、そのための管理者による適切なリーダーシップの発揮が期待される。

2. 災害時における利用者の安全確保に向けた取り組みの充実を期待する

災害時の対策は、法人として「非常災害対策マニュアル」を策定している。このなかでは法人として災害対策本部を設置し、災害時に招集され、機能を発揮される体制となっている。また、当事業所では防災計画を作成し、取り組んでいる。

しかし、その内容は、利用者の安全確保の視点からは、不十分である。職員自己評価では、肯定率は3%程度である。毎月、防災訓練（火災・地震）は実施しているが、その内容は、動ける利用者にだけ廊下まで出てきてもらうレベルであり、実践的な訓練とは言えない。また、寝たきりの利用者に対する取り組みや、夜間の消防訓練は未実施である。実践的な訓練とは言えず、職員は不安を抱えている状態と言える。

さらに、事業継続計画（BCP）を作成しているが、内容を周知する取り組みは今後の課題である。災害時の取り組みについては、利用者に対する周知はもちろんのこと、地域の協力だけでなく、家族の協力も必要である。地域との連携は、地域の自治会や民生委員協議会の会議に参加し、情報を把握している段階である。災害に関しても、地域との連携・協力を得ることを課題とした具体的な行動が必要である。

3. 食事内容および環境についての見直しを期待する

当事業所の食事について満足度を利用者面接で尋ねたところ、5割が肯定的回答をしているものの、そのコメントは「多くを望んでいない」「できれば肉料理を多くしてほしい」等で、決して肯定的内容ではない。

さらに「どちらともいえない」のコメントを見ると「まずい」「仕方がないので食べている」「彩りが汚い」等の否定的な内容である。これは、職員の自己評価でも、事業所としての自己評価でも、食事についてはさまざまな課題があると認識されているということである。

提供している食事の形態を見ると「刻む」「とろみづけ」が常態化している。刻むことが食塊形成を困難にし、誤嚥性肺炎などの原因になっていること、増粘剤は食物の温度変化に左右され粘りを増し、咽頭部の通過を困難にすることなどが指摘されている。そのため、使用方法を厳密にする必要がある。これらの視点から見直しや検討を期待する。

また、安全な摂食姿勢を保つという視点から環境を見たとき、椅子の座面高とテーブルの高さが一律であることについては、再検討を期待する。併せて、食事を生活リハビリテーションの機会とするのであれば、車いすから椅子への座り替えや、たとえ車いすのままであったとしても、利用者の足底を床につけるための工夫が必要になる。検討を期待する。

4. 当事業所における認知症ケアは、BPSD の行動障害の分類と、その利用者への対応結果の記録にとどまっている。認知症ケアは高齢者理解を深めることにも関連する。より積極的な取り組みを期待する

認知症の研修に参加できている職員は少なく、たとえ受講しても、その内容を他の職員に伝達・報告する場が十分にない。また、当事業所として「認知症研修」に取り組めていない。そのため、職員自己評価のコメントとして「認知症について知識がない職員が多く過ぎる」等の否定的意見が多く寄せられている。事業所として入居時に認知症に関するアセスメントを実施しているものの、その結果を、ケアに結び付けられていない。そのため、利用者に対する支持的および受容的なかかわり方が不足している。ユニット個室という環境を活かし切れず、利用者が落ち着ける環境づくりの視点から「課題がある」と事業所としても認識している。なお、職員自己評価では「認知症の状態に配慮したケア」については、肯定的回答率は1割に満たない。

現在の入居者の状況を「認知症高齢者の日常生活自立度」で見ると、Ⅲa 以上が 46.4% を占めている。認知症高齢者へのかかわり方は、高齢者へのかかわり方の原則でもある。ぜひとも認知症ケアに关心を持ち、事業所として優先順位を高くし、かかわりを持つことを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、事業所の開所から 6 年目を迎えて、初めて外部評価を受審しました。ご利用者や職員からの聞き取り調査や、現地でのヒアリング調査等を受けるなかで、事業所としての取り組みが体系的になっていないことや、取り組み自体が不足していることなどがあり、改善しなければならない部分が多いことを痛感しています。

今後は、このたびの第三者評価の結果に基づいて、さまざまな部分の業務改善を行い、自分たちの提供しているサービスがよりよいものとなるように、事業所全体で取り組んでいきたいと考えています。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～39）の通り、報告します。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-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なされていない。	
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23. 1%、b) 76. 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"> ・法人の理念は、ホームページ、法人の年報(活動報告)である『想いの輪』や事業所のリーフレットなどに掲載している。また、法人の理念は、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。さらに、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、行動規範については、内容をわかりやすくするための見直しを行うことを検討している。 ・利用者の家族に対しては、入所時に、生活相談員が「重要事項説明書」の内容を説明する際に、併せて理念や基本方針について説明している。 ・法人では、毎年度「職員満足度調査」を実施し、法人の理念への共感の状況も含めて「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、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、当事業所として独自に定めている「基本方針」の掲示などではなく、職員や利用者、および利用者家族に対する周知は十分ではない。事業所でも「事業所単体では周知する取り組みができる」といえるとは言えない「利用者や家族への周知は図れていない」としている。 ・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、職員はもとより、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)15.4%、b)53.8%、c)26.9%、無回答)3.8% 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。この会議の参加者は、理事長、理事(当事業所の施設長)、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ヵ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。 ・法人の経営状況は「MGR(マネージャー)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(Key Performance Indicator:重要業績評価指標)管理シート」の活用や、各事業所の収支状況、稼働率などによって確認している。 ・なお、当事業所では、法人の経営状況の内容を「風の社会議」(毎月開催:全職員で構成)で共有している。「風の社会議」に参加できない職員に関しては、印刷した会議録を読むように促し、また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もできるしくみとしている。案件によっては、印刷して職員別のレターケースに入れ、周知する場合もある。 ・当事業所に関するところでは、「職員体制の整備」と「利用者の確保による経営収支の安定化」が重要な課題となっているので、上記の諸会議で協議を行ってきている。 ・隣接する法人内の養護老人ホームが、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」のスタートアップ認証を受けている。これを契機として、今年度からは、当事業所でも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、意欲的にSWOT分析やKPI管理など主に民間企業で用いられている経営改善手法を活用し、経営状況の分析や改善に取り組んでいる。幹部職員がそれらに関する知識を深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。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)7.7%、b)61.5%、c)23.1%、無回答)7.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、法人の3ヵ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(マネージャー)会議」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(マネージャー)会議の内容を「風の社会議」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。 ・当事業所では、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"> ・法人では、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) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準		
	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。 b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない、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。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)19.2%、b)46.2%、c)11.5%、無回答)23.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -法人および各事業所では、SWOT分析の手法を活用して3ヵ年計画を策定し、今年度はその計画の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」などのカテゴリーで分析して「1 on 1(職員の個別面接)の定期的実施」など2項目の中期目標(具体的なアクションプラン)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は示していないが、毎年度の事業計画に反映させ、組織目標とリンクさせて具体化するしきみとしている。 -当事業所では「事業方針作成会議」(施設長、マネージャー、リーダー、さらに今年度からユニットリーダーを加えた構成)で「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> <p>■ 改善課題 -事業所では、内外の環境変化を踏まえて「中期目標」として2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、これらの取り組みは十分ではない。 -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)と、それを実現するための組織体制、設備、職員体制、人材育成等が具体的に定められていることが期待され、またその財政面での裏づけも不可欠となる。ここ数年の大きな懸案事項であった職員体制は、整備されてきている。今後の取り組みに期待する。</p>		

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準		
	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。 b) 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。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)23.1%、b)57.7%、c)7.7%、無回答)11.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -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年後の目標、達成するためには必要なこと)と、2項目の「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「年間の目標」については、それぞれ月ごとに実施する取り組みの予定を「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。</p> <p>■ 改善課題 -単年度の事業計画は「3年後の目標」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り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り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り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。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 b) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 7.7%、b) 73.1%、c) 19.2%、無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、マネージャーヒリーダーが前年度の振り返りを踏まえて原案を作成し、その内容について施設長の了解を得た上で、法人の「MGR(マネジャー)会議」で検討している。 ・管理者は、職員に対して、例年3月に開催される「風の社会議」で次年度の事業計画を説明している。 ・事業計画には、月ごとの取り組みを明示した「年間計画書」の欄があり、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」などを記述する書式である。また、事業の進捗状況は毎月の「MGR(マネジャー)会議」で確認している。 ・当事業所では、年度当初に「業務分担」(事業所内の行事、研修、物品管理、苦情事故対応、法人の委員会の委員などの分担)を定め、事業の実施体制を整備している。 <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策定している。また、評価指標を設けて進行を管理するなど、計画的な取り組みの実施に向けて工夫している。 ・しかし、リーダー層以外の職員の意見を反映する機会はなく、また記述内容からは、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。さらに、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で「達成するために必要なこと」「担当者」「納期」欄が未記入であることなど、十分には活用されていない。 ・事業所では、中期目標との関係性の明示や事業計画に対する職員の理解度などに課題を感じ、また「事業計画の見直しや職員に対する周知も十分ではない」としている。事業計画の内容の充実、職員の参画や理解の促進など、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) 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。	C
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 19.2%、b) 34.6%、c) 42.3%、無回答) 3.8% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>事業計画を利用者や家族に周知して理解を促す機会は設けていない。事業所においても課題と認識している。事業計画は利用者の生活と利用者に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、分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。適切な実施に期待する。</p>	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 15.4%、b) 73.1%、c) 11.5%、無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人に4つあるチームの一つである「サービス品質向上チーム」内に4つのグループ（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各グループ）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ではなく、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。 ・法人として内部監査のしきみがあり、2年ごとに実施されている。 ・当事業所内では、不定期ながら「風の社会議」や「ユニット会議」で現場の課題について協議を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・質の向上に向けた組織的なPDCAサイクルのしきみは十分ではない。法人の「権利擁護・身体拘束禁止」などのチームの取り組みの多くは、研修の実施などの定型化した内容が多く、さらにサービスの質を向上させるためには「計画策定（P）、実行（D）、評価（C）、見直し（A）」のPDCAサイクルを継続して実施することによって、恒常的な取り組みを機能させていくことが期待される。 ・当事業所においても、評価や評価結果を分析・検討する体制を構築することを課題としている。利用者からの苦情や要望内容の集約・分析を行い、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しながら、改善活動が組織的・継続的に実施されるように、取り組みの強化に期待する。 		

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。	C
	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) 11.5%、b) 57.7%、c) 23.1%、無回答 7.7% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所における自己評価や福祉サービス第三者評価の結果を踏まえ、組織として課題を明確化し、それに基づいて改善に向けた計画を立て、それらを文書化し、職員の理解と共有を図りながら改善に向けて取り組むとともに、然るべき時期に振り返って次期の取り組みにつなげていくという一連の取り組みが求められている。評価結果に基づく今後の取り組みの強化に期待する。 		

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) 管理者の責任が明確にされている。

II-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。	C
	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)0.0%、b)61.5%、c)30.8%、無回答)7.7% 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」については、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について明示したものは、特にない。 ・当事業所の管理者は、法人の理事として経営責任を担う立場である。当事業所では、ここ数年は「職員体制の整備」と「経営収支の安定化」が最大の課題であったが、そのなかでマネージャー等とともに経営改善に取り組み、経営の安定化に努めている。なお、当事業所の管理者は、介護支援専門員も兼務している。 ・有事(災害、事故等)における施設長の役割は、防災計画に明記されている。 <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しては、文書化等による明示や、その内容が職員に理解されるための事業所内での表明等の取り組みは、必ずしも十分ではない。職員自己評価の結果は厳しく、複数の声として「職員への周知が十分ではない」という旨の指摘があった。 ・管理者と介護支援専門員との役割の区分も含めて、管理者の役割・責任の内容・範囲、不在時の権限委任のあり方等に関して、職員や利用者に対して十分な周知を行い、理解を促進することは不可欠である。さらなる取り組みに期待する。 		

II-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)26.9%、b)57.7%、c)3.8%、無回答)11.5% 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に「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、事業所の行政の集団指導への参加などを通じて、法令の理解と遵守に努めている。また、介護保険制度の改正や働き方改革などの労務管理の取り扱い変更の際は、法令の遵守について「風の社会議」などで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して自らの理解を図り、また職員に対して周知する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る」とした回答の割合は3割に満たない結果であった。また、管理者自身も「職員への周知は十分とは言えない」としている。 ・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)、および教育・研修の実施などに関して、積極的に取り組むことが求められる。さらなる取り組みに期待する。 		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準		
	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 b) 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。	C
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)7.7%、b)50.0%、c)26.9%、無回答)15.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・管理者は「風の社会議」や「ユニット会議」への参加の機会を通じて、職員の取り組み状況やサービスの質の現状を確認することに努めている。</p> <p>■ 改善課題 ・サービスの質の向上への取り組みにおいて、管理者の指導力の発揮は十分ではない。職員自己評価の結果も低率であった。 ・管理者には、提供しているサービスの質に関しては、その現状と課題について十分に理解・分析しつつ、その向上を図るために組織全体に影響を与える直接的あるいは間接的な指導力の発揮が求められる。さらに、職員の理解を醸成する取り組みを行うことも不可欠である。 ・管理者自身も「体制構築が不十分である」としている。現状分析を踏まえ、職員育成の実施に向けて、管理者には適切なリーダーシップを発揮するよう期待する。</p>		

II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。

II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準		
	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。 b) 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。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)11.5%、b)65.4%、c)15.4%、無回答)7.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・管理者は「職員体制の整備」と「経営収支の安定化」を自らの最大の課題として取り組んできている。職員に対しても「風の社会議」で「人手不足のなかでの業務改善のアイデア」を求めるなど、職場全体での業務改善に努めている。 ・経営収支の安定化に向け、ショートステイとの連携を強化し、稼働率の向上を図っている。 ・今年度、新たに「見守りセンター」を導入した。これは法人の実験的な取り組みであるが、これによって基本的には夜間の巡回を行わないこととした。職員の業務負担の軽減や勤務シフトの見直しにつなげたいという意図からの一つの試みである。 ・物品の購入については、管理者の職務権限の範囲で、できる限り迅速な対応を行うよう心がけている。</p> <p>■ 改善課題 ・「職員体制の整備」と「経営収支の安定化」が喫緊の課題であるなか、当事業所では法人全体での取り組みを図るとともに、ショートステイとの連携強化などによって、課題の解決に向けて取り組んでいる。 ・しかし、管理者自身は「そのつどの対応となってしまって、体制整備などの取り組みは十分ではない」としている。事業所の施設長には、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、組織全体で効率的な事業運営を進めていくために、指導力を発揮することが求められる。さらなる取り組みに期待する。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

判断基準	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 b
	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) 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。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)7.7%、b)61.5%、c)30.8%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 隣接する養護老人ホームの施設長は法人の人事担当に任命され、人事労務全般を担当している。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、現場のマネージャーの意見も踏まえて採否を決めている。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、マネージャー級が決定する。また、一次面接はリーダーやある程度経験のある一般職員が担い、法人をあげて職員の採否に関わっている。 職員の募集は年間を通じて行われている。「働きやすい職場」を掲げ、法人ホームページの採用案内の充実、SNS(リーシャル・ネットワーキング・サービス)を活用した情報発信、就職イベントへの参加(年間約20回)、民間就職サイトの活用などに取り組んでいる。インターネット経由の採用面接(WEB面接)も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。法人内の他事業所では、今年度の中途からEPA(経済連携協定)に基づいてベトナム人の介護職を採用し、当事業所でも来年度はその採用を検討している。 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であるとして企業認定される「ユースエール」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。 当事業所では、1階を担当する職員を2階の勤務に入れたり、管理栄養士や歯科衛生士資格を持つ職員を介護のシフトに就けたりするなど、苦慮しながら状況に応じた職員体制の維持に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 人材確保の取り組みでは、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、その前提となる「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」および「人材の確保と育成に関する方針」などを明確にした採用計画は、明確には定められていない。 なお、この項目に関する職員自己評価の結果では、肯定的な回答の割合は、全体的に低率と言わざるを得ない。職員に対する丁寧な周知と理解の促進を含めて、さらなる取り組みに期待する。 		

判断基準	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	評価 b
	a) 総合的な人事管理を実施している。	
	b) 総合的な人事管理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)3.8%、b)69.2%、c)26.9%、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隣接の養護老人ホームの管理者を配置して体制を整備している。 法人では平成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」等を明示しており、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ー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、その進捗状況の確認は上司による毎月の「1on1」で行って、半期ごとの評価面接で評価を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って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ており、介護職キャリアパスでは、初任者を1級として7級までの等級を設定して等級ごとに必要なスキルの期待レベルを明示し、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である。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と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、管理者は「1 on 1(職員の個別面接)」が定期的・計画的に実施できていないこと、あるいは考課面接などについてリーダー級職員についての職員育成の視点からの取り組みが十分ではないことなどを課題としている。また、この項目に関する職員自己評価では、肯定的な回答の割合は全体的に低率と言わざるを得ない。職員への丁寧な周知と理解の促進を含め、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) 11.5%、b) 73.1%、c) 7.7%、無回答) 7.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は「働きやすい職場」を掲げ、育児休暇・介護休暇の拡充、連続休暇も含めた年間の有給休暇取得予定を立てる「計画有給休暇制度」、職員育成を目的とした職員の個別面談(1 on 1)、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。有給休暇の取得状況は、毎月の勤務シフトを作成する際に把握してバランスを考えし、残業の状況は「MGR(マネージャー)会議」でマネージャーが個別に把握している。 ・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の取り組みを行っている。 <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課題と位置づけ、取り組んでいる。職員自己評価でも「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」に対する肯定的回答の割合は1割に満たない項目が複数あり、全体的に低率と言わざるを得ない結果であった。 ・現状では「1 on 1(職員の個別面接)」が計画的に実施できていないことなどへの対応も含めて、改善に向けてさらなる取り組みを行うことを期待する。 		

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) 15.4%、b) 84.6%、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"> ・法人では平成28(2016)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。そのなかで「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、所定のシートの作成とマネジャーおよびリーダーによる面談を通じて、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」を設定し、それらの進捗状況の確認は、上司による毎月の「1 on 1(職員の個別面接)」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しくみである。 <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、目標管理の取り組みにまだ不慣れであることなどから「職員ごとの目標を適切に設定することや、考課者のスキル向上等に課題がある」と考えている。組織の目標や方針の徹底に向けて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-(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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)23.1%、b)69.2%、c)7.7%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人が年度の研修計画(会議研修計画)を定めている。この計画では、MGR(マネージャー)会議や職員会議(法人の全職員)における研修や、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」と略称)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。 職員会議の研修では、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「風の社会議」で年5回程度「高齢者虐待」や「事故の一次対応」などのテーマを定めて研修を行っている。なお「風の社会議」で行う研修は、法人の研修を伝達する研修が多く、その計画はマネージャーが介護の現場の状況を考えて策定している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設長は、義務的に行わなければならない研修以外に十分な研修が実施できていないことから、時間確保と内容の両面において「研修の充実」を課題とらえている。現在提供しているサービスの質に関す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ことを期待する。 	

	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。 b) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)30.8%、b)61.5%、c)7.7%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 4月の職員採用時には、法人では当法人の概要、規則、健康管理、ハラスメントへの対応、個人情報保護等について、3日間の研修を行っている。なお、中途採用者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するようにしている。 新しい職員に業務を指導する場合には「業務マニュアル」を使用することをルール化するとともに、新人教育には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、新人と同じローテーションを組み、半年から1年程度をかけて「新人育成マニュアル」に基づき「新人チェックリスト」を使用し、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、個人目標に関連する研修があれば、個別に参加を促している。 法人では「与薬」「契約締結」「法人後見」という3つの法人内の資格制度を設け、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としている。なお、介護職は「与薬」の法人内の資格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"> 法人が行う4月の定期採用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。そのほか、管理者は「エルダー制度の適切な活用」「伝達研修の徹底や実施方法の工夫」なども課題としている。 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・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する専門職の研修・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する専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準		
	a) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・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) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・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する専門職の研修・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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23. 1%、b) 38. 5%、c) 26. 9%、無回答) 11. 5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 - 法人として「実習生マニュアル」を整備しているが、当事業所では、現状においては介護職等の専門職の実習の受け入れ実績はない。 - 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職員に受講をさせている。</p> <p>■ 改善課題 - 市内には養成校がない上に、学生数の減少などもあり、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、看護師など関連領域の専門職の実習、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いて、当事業所の役割が發揮できるように、今後の方針の明確化と取り組みの強化に期待する。</p>	

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

II-3-(1)-① 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をについて、適切に公開している。 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 30. 8%、b) 53. 8%、c) 11. 5%、無回答) 3. 8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 - 法人では、ホームページやSNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)を活用して情報を発信している。法人内の他事業所の情報も含めて、隣接する養護老人ホームの管理者が担当し、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回発行: 約1, 000部)を発行し、各事業所で行われた行事の様子、委員会の取り組み、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、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』を発行して『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、広報誌『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> <p>■ 改善課題 - 法人の取り組みとしてホームページを数年前にリニューアルし、さらに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。</p>	

	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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)11.5%、b)50.0%、c)26.9%、無回答)11.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「経理規程」を定め、法人内に統括会計責任者、会計責任者、出納職員を置き、出納や資産の管理、契約等の取り扱い方法などを規定している。なお「経理規程」等は印刷して事務所内に配置するとともに、内容はグループウェアでも閲覧できるしくみである。 ・法人は「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ち、会計事務所に依頼して財務面についての点検を受けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適正な経営や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1割程度であった。 ・取り組みに関する職員への周知を含めて、さらなる取り組みに期待する。 	

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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)23.1%、b)57.7%、c)19.2%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・隣接している同法人の運営する養護老人ホームと合同で祭りを開催する際に、町内会の掲示板への開催情報の掲示や地域のスーパー・マーケット・学校にも情報を周知し、地域住民が祭りに訪れている。 ・利用者一人ひとりの意向による買い物などは行っていないが、誕生月の外出のほか、各ユニットの工夫で気候のよい時期の散歩などについて対応している。</p> <p>■ 改善課題 ・行事以外では、ユニットの工夫の範囲で利用者の外出の機会を設けている。しかし、各利用者が外出する機会は年数回程度であり、利用者が活用し得る社会資源についても、事業所内で特段には検討していない。利用者と地域との交流の機会を広げるための取り組みも、十分であるとは言えない。 ・法人では「行動規範」において「よりよい生活に必要と考えられるできる限りの情報を、利用者の状態に応じて利用者自身にお伝えします」と明示している。利用者の活動範囲を広げるための体制整備が求められる。さらなる取り組みに期待する。</p>	

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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)30.8%、b)46.2%、c)19.2%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人としてボランティア受け入れのマニュアルを整備し、このマニュアルには、受付からオリエンテーションの実施、ボランティアの登録に至る手順について明示している。 ・隣接ボランティアのほか、毎月の「お楽しみ会」などの行事の際には近隣の学生に協力を呼びかけている。また、恒常的に協力してくれるグループが「童謡」や「踊り」などを披露している。そのほかにも、隣接する養護老人ホームの利用者2名が、当事業所の利用者の将棋の相手として訪れて来ている。</p> <p>■ 改善課題 ・ボランティアの受け入れに関する法人のマニュアルはあるが、ボランティアの活動やメンバーは固定的である。 ・事業所では、ボランティアについては積極的に受け入れたい意向はあるが、そのための具体的な取り組みは必ずしも積極的とは言えない。また、学校教育への協力活動も含めて、そのための体制づくりや取り組みは十分ではない。 ・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。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 26.9%、b) 57.7%、c) 7.7%、無回答 7.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -関係機関では、主に医療機関のほか、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどとの日常的なやりとりがある。 -関係機関等との連絡会については、富士市内の福祉施設関係者による「施設長連絡会」や「生活相談員連絡会」等に参画している。</p> <p>■ 改善課題 -医療機関等との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。 -医療福祉関係の団体はもとより、ボランティア団体、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、また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。それらに関する職員間で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。</p>		

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) 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。
	b
■ 職員自己評価の結果は、a)30.8%、b)53.8%、c)7.7%、無回答)7.7% であった。	
■ 取り組み状況	
・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。	
・当事業所では「運営推進会議」を通じて地域の福祉ニーズを把握している。	
・事業所として地域の自治会に加入するとともに、地区民生委員協議会の定例会(毎月)にも参加して、地域の福祉ニーズの把握などに努めている。	
■ 改善課題	
・運営推進会議や民生委員協議会で地域の関係者との情報交換の機会があることを除いて、地域の具体的な福祉ニーズを把握する取り組みには特に取り組んではない。	
・事業所として広く公益的な活動を実施するためには、地域の福祉ニーズを把握する取り組みを積極的に行うことが重要となる。法人として行われている地域に向けた取り組みや、隣接する養護老人ホームとの連携なども含めて、取り組み方針の明確化とその具体化に期待する。	

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) 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。
b	
■ 職員自己評価の結果は、a)11.5%、b)69.2%、c)11.5%、無回答)7.7% であった。	
■ 取り組み状況	
・法人として、介護の仕事を希望する未経験者などを対象とする「介護職員初任者研修」を開催するとともに、登録制の「地域サポーター」との交流会や講習会、法人後見の受任などに取り組んでいる。	
・また、公益的な活動と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、職業紹介ガイダンスを行ったこともある。	
・当事業所では、自治会に加入するとともに、地域の防災訓練に職員が参加している。また、地区民生委員協議会の定例会(毎月)に参加している。なお、同協議会の会長である民生委員には、運営推進会議のメンバーとして参画してもらっている。	
・公民館の生涯研修の一つである「地域高齢者向け講座」では、当事業所のマネジャーが、隣接の養護老人ホームの職員とともに講師を担当している。	
■ 改善課題	
・地域の福祉ニーズをより積極的かつ主体的に把握するとともに、災害発生時に地域住民を支援することに向け、その備えの検討なども含めて、法人とともに公益的な事業・活動の取り組みの強化を図るよう期待する。	

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) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

III-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) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 15. 4%、b) 69. 2%、c) 11. 5%、無回答) 3. 8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念「1. 地域でこころ豊かな生活のために」「2. 想いに副う」は、年1回、法人が発行する年報『想いの輪』に掲載されている。また、当事業所を紹介したリーフレットやホームページにも記載されている。 ・職員の理解促進を図り、周知するための取り組みの一つとして、法人全事業所の全職員を対象に開催して理事長も参加する「職員会議」で取り上げている。また、当事業内の玄関にも掲示している。さらに、行動規範を策定するとともに、重要事項説明書に記載し、掲示している。 ・法人として、権利擁護(虐待、身体拘束)に関する研修を複数回実施して「虐待の目チェックリスト」を紹介している。 ・「風の社会説」では、マネージャーは「虐待等を感じる事例はないか」と問い合わせたり、他事業所で発生した事例を紹介するなどして、理解の促進を図っている。 <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。職員自己評価では肯定率が低く、行動規範の周知は不十分であるとしている。例えば、事例検討を行ったり、職員自らが経験を報告する機会などをつくり、法人の理念や行動規範の理解を促進する取り組みに関連させた活動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、その活用の状況については不明確である。記載する規程類やその掲示の場所、周知の方法などについて明確化する取り組みが求められる。 	

III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。 b) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 34. 6%、b) 53. 8%、c) 3. 8%、無回答) 7. 7% 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り入れている。また、エルダー制度で新人職員に研修を行う際には、マニュアルを活用してチェック・確認する機会がある。 ・職員の行動規範12項目の一つに「人格とプライバシーの尊重」を掲げ、重要事項説明書に記載している。 ・生活環境は、全室個室で、ユニットケアである。入浴は個浴であり、利用者の羞恥心に配慮することを意識している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の利用者聞き取り面接調査(利用者28名中10名に実施)では「利用者のプライバシーは守られているか」の問い合わせに対する「はい」の回答は40. 0%、「いいえ」20. 0%、「無回答」40. 0%で、プライバシーが守られているとは必ずしも感じていないという結果である。利用者の声やコメントを大切にした取り組みを行い、改善を図るよう期待する。 ・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、生活の場において利用者のプライバシーを守れる設備等の工夫が不十分であることなどを判断している。また、利用者・家族への周知に関する視点からは、重要事項説明書の説明時の留意点として検討することも期待する。 ・「プライバシー等の権利擁護」は「個人情報保護」のみを対象にしたことではない。そうした理解を深めるための取り組みが求められる。 	

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

III-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)53.8%、b)38.5%、c)3.8%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページで、当事業所を含む法人の各事業所の役割・特徴・活動内容など、その概要を紹介している。また、法人として毎年発行する年報では、法人の全事業所とその具体的な取り組みを紹介し、街づくりセンター、地域包括支援センター、他の事業所、学校、医療機関などに1,500部を配布している。 ・また、法人広報誌『社のたより』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。年報や広報誌は、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、法人が運営する2つの特別養護老人ホームを紹介したリーフレットがある。その内容は「Q&A」や「入所の申し込み」などが記載され、内容がわかりやすく伝わることに配慮している。 ・見学には365日対応する方針で、2カ月に1回は「施設見学会」を開催している。見学および入所の相談は、生活相談員が窓口であり、当事業所の特徴である「ユニット個室」の場合の費用負担は、資料を使って詳しく説明している。また、医療依存度を把握し、当事業所での対応が可能かどうかを判断している。 ・入所申込希望者には「入所申込書」を渡し、登録してもらって、年1回は状況の確認をしている。また、併設している「短期入所サービス」を紹介することもある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、事業所の紹介内容のわかりやすさから判断したときの不十分さ、そして「配布先が不明である」という結果が読み取れる。さらなる検討を期待する。 		

III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもど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ど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ど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)42.3%、b)57.7%、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"> ・サービスの開始時には、入居申し込み後に訪問し、利用者の状況等を把握している。この訪問は、基本的には生活相談員、看護師、理学療法士、ケアマネジャーが実施する。この訪問時の留意点は、家族の意向のみではなく、本人の意向を確認することである。訪問の結果は「フェイスシート」に記載して「判定検討委員会」に報告し、優先順位が決定される。 ・入居時の説明は、生活相談員が担当する。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。また、入居に際しては、個人情報利用同意書、看取りについての事前確認書について説明し、署名を得ている。 ・入居が決定した際には、事前訪問したケアマネジャーが「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、健康状態などについて記載している。また、ケアプラン(施設サービス計画)を作成し、ユニット会議(カンファレンス)で共有している。 ・入居した時点で、栄養士、理学療法士が面接を行い、その結果によって「栄養計画」「リハビリ計画」を作成している。 ・入居の当日には「サービス担当者会議」を開き、家族や多職種(ケアマネジャー、ユニット担当介護士、看護師、作業療法士、栄養士、生活相談員などが参加して、各職種から支援内容を説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、入居時に意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化されていない状況である。 ・例えば、後見制度を利用している人、あるいは通常のコミュニケーションが困難な人、認知症の人などの意思決定に困難さを抱えた本人・家族を想定して、さらなる取り組みを行うこと、そのルール化について検討するよう期待する。 		

III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準		
	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。 b) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)34.6%、b)57.7%、c)3.8%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・契約書には、契約の完了として「事業所の変更」や「家庭への移行」の視点からの記載がある。 ・平成30(2018)年度の退所者は「病院への入院」2名、「当事業所内の死亡」12名であった。通常の年度は、年間5名程度である「事業所内の死亡」が、平成30年度は多かった。 ・「病院への入院」の場合は、利用者の状況に応じて、退所後に必ず訪問している。状況により、生活相談員とケアマネジャーが訪問し、回数も利用者の状況に対応している。 ・提供する情報は、主に医療面に関する情報であり、緊急時に待ち出す情報はサマリー化し、確実な対応ができるよう期している。また、先方から依頼された情報や必要とされる情報は、隨時に提供している。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、退所後の利用者・家族に対する継続的な支援について「相談方法や担当者等について文書化し、説明すること」や「文書の配布」についての取り組みが弱いという結果である。今回の利用者聞き取り面接・家族アンケート調査では、退所を希望する声もあった。事業所の変更や家庭への移行を意図した積極的な取り組みを期待する。</p>	

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

III-1-(3)-① 利用者満足の向上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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)11.5%、b)61.5%、c)26.9%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者満足に関するアンケート調査「顧客満足度調査」(当事業所は家族調査)は、法人として事業所単位に実施しているものであるが、実施は不定期である。 ・本人の様子を見てもらうことや家族にも楽しんでもらうことを目的に、ユニット単位で「家族交流会」を不定期に開催している。各ユニットで3~4家族の参加がある。また、個別面談(個別支援計画、ケアプラン作成時)時を、満足度や困りごとについて把握する機会としている。</p> <p>■ 改善課題 ・今回の第三者評価では、利用者10名に聞き取り面接調査を実施した。総合的な満足度は「大変満足」の回答者ではなく、「満足」が40.0%、「どちらともいえない」が50.0%、「無回答」が10.0%である。 ・利用者からは、率直な自由意見のコメントが寄せられている。また、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して「はい」の回答は30.0%、「どちらともいえない」20.0%、「いいえ」0.0%、「無回答」50.0%であった。一方、家族アンケート調査では「大変満足」52.9%、「満足」35.3%、「どちらともいえない」11.8%であった。それらの結果は、利用者・家族からの率直な意見を受け止め、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・家族の満足度を把握する機会は乏しいという結果であり、さらなる計画的な取り組みが必要である。</p>	

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) 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。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 15. 4%、b) 76. 9%、c) 7. 7%、無回答) 0. 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制は「重要事項説明書」に記載している。当事業所の担当者、外部の関係機関の窓口、第三者委員(2名)などを明示している。また「意見箱」は事務所前に設置している。 ・苦情を受け付けた場合は、ユニットでカンファレンスを実施して検討し「苦情受付表」に記載している。なお、職員に対しては「風の社会議」で報告する。さらに、法人として設置している「内部統制委員会」にも報告し、第三者委員には年1回報告して、助言を得ている。また、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、リーダー層がフィードバックしている。 ・苦情の受理・解決については広報誌で年1回公開し、苦情の申出内容および結果(抜粋)を公開している。平成30(2018)年度は、法人の3事業所で生じた苦情内容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"> ・苦情解決体制は「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、契約時に確實に説明する取り組みが求められる。 ・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」「苦情を表出しやすい工夫をしている」の設問項目の肯定率が低い。ちなみに、今回の利用者面接では、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」に対する「はい」の回答率は10. 0%、「いいえ」40. 0%、「無回答」50. 0%という結果であった。同様の設問項目について、家族アンケート調査では「はい」の回答率47. 1%、「どちらともいえない」5. 9%、「いいえ」47. 1%である。 ・利用者の権利を守るの視点からも、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) 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。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 7. 7%、b) 76. 9%、c) 7. 7%、無回答) 7. 7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員はユニット担当となっており、それぞれのユニットの前に担当職員の写真を掲示し始めている。事務室の前には、職員の写真、氏名、職種を掲示し、相談がしやすいことを意図し、配慮している。なお、生活相談員が直接相談を受けることもある。 ・居室担当職員を決め、相談があった場合には居室を訪問し、利用者が落ち着いて相談・意見を言いやすい環境づくりに配慮し、内容によっては家族と相談している。そして、家族との面会時には、話し合いの機会をつくるようにしている。 <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り組みが不十分である」という結果である。 ・苦情の把握にとどまらず、相談や意見を聞くことの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目指す必要がある。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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 23. 1%、b) 73. 1%、c) 0. 0%、無回答) 3. 8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -ユニットごとの懇談会時や家族面会時などに把握した意見は「ユニット会議」で検討し、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。さらに「苦情・事故委員会」でも検討し、全職員が参加する「風の社会議」に報告して、その会議を職員への周知の機会にしている。 -家族から「報告不足」との指摘を受けたことで、家族面会時には必ず担当職員をはじめ勤務する全職員が声をかけるように改善している。</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・要望は対応されているか」の質問に対する「はい」の回答率は30. 0%、「どちらともいえない」40. 0%、「いいえ」10. 0%、「無回答」20. 0%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。 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 34. 6%、b) 61. 5%、c) 3. 8%、無回答) 0. 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -リスクマネジメント分野に関して4つの委員会(感染症対策、身体拘束廃止、褥瘡予防、事故・苦情)をまとめた「コンプライアンス会議」を3ヶ月ごとに開催している(施設長、リーダー、各専門員で構成)。また、対応手順のマニュアルを作成し、取り組んでいる。 -事故発生時は、発見者個人の責任ではないことを基本的な考え方として職員に伝え、ユニット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「事故報告書」に記載、パソコンに記録を入力し、共有している。法人のコンプライアンス委員会にも報告する。 -ヒヤリハット事例は、同一利用者について数件あげられた場合に「ユニット会議」で対応方法等を検討している。 -リスクマネジメント・事故に関する研修は、法人や事業所として年2回程度、計画的に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 -法人として、事故の要因分析の手法である「RCA分析シート」の活用を検討している。取り組みを期待する。 -職員自己評価では「体制整備」「要因分析と対策の検討」「評価・見直し」は40%前後の肯定率で、さらなる取り組みを期待する。</p>	

	III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。	評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 42. 3%、b) 57. 7%、c) 0. 0%、無回答) 0. 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -法人として感染症委員会を設置して「感染症予防マニュアル」を作成している。当事業所の委員会は、施設長をはじめとするリーダー層で構成され、毎月開催している。法人では「感染症予防マニュアル」の見直し・改定を予定している。 -感染症について、当事業所では「風の社会議」で取り上げ、研修会を年2回ほど実施している。専門職である看護師が感染症の種類に応じた研修を行い、実技を交えて注意喚起をしている。インフルエンザの流行期には職員はマスクを着用し、手洗い・うがいの徹底、手洗いチッカーを使用して年1回確認し、手すりの消毒もしている。ノロウイルスについては、吐物処理を法人研修で対応している。 -家族の面会時も、手洗い・うがい、マスクの着用を徹底してもらっている。</p> <p>■ 改善課題 -職員自己評価では、感染症に対する「法人内の取り組み」「事業所内の取り組み」の両面で不十分とする結果で、研修は全職員が参加できていない状況である。感染症予防や発生時の対策には、確実性が求められている。取り組みの充実を期待する。</p>	

	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。	
■ 職員自己評価の結果は、a)3.8%、b)92.3%、c)3.8%、無回答)0.0% であった。		
<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。このマニュアルで、法人として「災害対策本部」を設置し、これが災害時に招集され、機能を発揮する体制となっている。 ・また、当事業所では「防災委員会」が防災計画を作成して取り組み、職員には「安否コール」による確認と年2回以上の訓練を実施している。毎月「防災訓練」(火災、地震)を実施し、その際は動ける利用者だけ廊下に集合してもらっている。 ・地域の防災訓練には昨年度から職員が参加し、また同敷地内で同法人が運営する事業所との合同訓練を実施している。 ・食料や備蓄品のリストを作成している。 ・BCP(事業継続計画)は、平成30(2018)年度に作成している。当事業所で発生する災害時の状況を想定し、サービスと収入への影響を勘案した対策を講じている。 		
<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災訓練(火災、地震)を毎月実施しているが、実践的な訓練内容とは言えず、不安を抱えている。また、寝たきりの利用者などに対する取り組みや、夜間の消防訓練は未実施である。さらに、事業継続計画(BCP)を作成しているが、周知の取り組みは今後の課題である。 ・災害時の取り組みについては、利用者への周知はもちろんのこと、地域の協力、家族の協力も必要である。重点課題として位置づけ、確実な取り組みが必要であり、当事業所独自の「災害対策マニュアル」の作成が求められる。 		

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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)34.6%、b)61.5%、c)0.0%、無回答)3.8% 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「マニュアル一覧」を5分類に分けている。「共通」の分類としてはリスクマネジメント、個人情報保護、新人育成などがある。また「介護」の分類としては介護技術、身体拘束、送迎などで、「医療関係」の分類としては健康管理、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」の分類としてはカンファレンス、相談援助など、「地域」の分類としてはボランティア受け入れ、施設見学である。プライバシー保護の視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のマニュアルは、業務に関する分野である。 ・マニュアルはエルダー制度で活用している。新人・中途採用者を対象に「マニュアルを一読してわからない箇所は質問する」「エルダーはマニュアルを見ながら確実な説明を行う」などの視点を活用している。 ・マニュアルは、各ユニットと職員休憩室に設置している。また、新人教育・指導時に活用している。 <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実施方法に基づくものか」という視点の肯定率は低い。活用の充実に向けた取り組みを期待する。 	

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		
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)23.1%、b)50.0%、c)7.7%、無回答)19.2% 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「マニュアル委員会」の提案および「処遇会議」で職員からの提案を受け、最終的に「マニュアル委員会」が更新の必要性とその是非を確定する。 ・更新したマニュアルは、マニュアル委員会が会議で報告し、周知されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、マニュアルなどの見直しの体制、取り組み、活用などの全般について「周知が弱い」という状況である。また「利用者や家族からの意見・提案を受け止め、改善に活かすこと」についても、意図的な取り組みが求められる。 	

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)30.8%、b)53.8%、c)3.8%、無回答)11.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居に際し、ケアマネジャーは事前面接で「フェイスシート」(アセスメントシートでもある)を活用し、生活歴、家族の状況、ADL、健康状態などを把握して「施設サービス計画書」(ケアプラン)を作成している。そして、入所ユニットでカンファレンスを開催し、担当職員を決めている。ケアプランについては、家族に説明し、承諾を得ている。 ・入居1ヵ月をめどに、居室担当者が介護分野の支援内容の計画である「施設介護計画書・評価票」を作成する。この計画書は、ケアプランで取り上げた短期目標から重要と判断した1項目を取り上げ、次回の評価日までに実施(支援)することを記載し、実施計画の評価も記載するシートである。作成時は「ユニット会議」を活用し、多職種(ケアマネジャー、看護師、作業療法士、生活相談員、栄養士)が参加して、カンファレンスを行う。そして、毎月の「ユニット会議」でケア・支援を見直し、さらに「施設介護計画」に記載した短期目標は3ヵ月ごとに見直している。このときには「栄養ケア計画」「口腔ケア計画」も報告している。これらの計画は、利用者・家族には説明していない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族アンケートでは、支援に関する個別計画について、3項目の質問をしている(①ケアプラン作成時に利用者と家族の要望をよく聞いてもらえたか、②ケアプランの説明を受けたか、③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)。 ・これら3項目の質問に対する「はい」の肯定率は「②ケアプランの説明を受けたか」で8割程度、「①ケアプラン作成時に利用者と家族の要望をよく聞いてもらえたか」「③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」は、4~5割程度である。ちなみに利用者面接では「いいえ」が「無回答」であった。 ・「計画」ということ自体がわかりづらいということがあると思われるが、利用者の主体的な参加、そして家族の理解・協力の視点から、適切な取り組みを期待する。 	

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)38.5%、b)53.8%、c)0.0%、無回答)7.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーとしてのアセスメントやケアプランの見直しは年1回である。「サービス担当者会議」を開催し、家族の参加を得ている。 ・「施設介護計画・評価票」の評価・見直しは3ヵ月ごとに行って「ユニット会議」で見直している。6ヵ月ごとに実施する「ケアプランの見直し」は、利用者の状態の変化により、緊急性を要する場合には、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、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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.3%、b)38.5%、c)0.0%、無回答)19.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -各職種の「計画」に基づくサービスの実施は、パソコンの「記録管理システム」を活用して記録しているため、他の職種の記録内容も見られるようになっている。また、業務に関する申し送りは「申し送りシート」を活用し、共有している。 -記入項目や方法について明確化した書面を職員に配布して「ユニット会議」で説明し、また見直しもしている。 -記録内容の標準化の取り組みとして、エルダー制度による指導に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 -職員自己評価では「情報共有の体制」「記録内容の書き方などに関する標準化・質の向上」の視点において、肯定率が低い。さらなる取り組み、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。

	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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.3%、b)42.3%、c)3.8%、無回答)11.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 -利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、また不適切な利用や情報漏洩に関しては「個人情報管理規程」に網羅されている。そして、全職員に個人情報の漏洩などの禁止については誓約書に署名してもらうなどして、その徹底を期している。 -「重要事項説明書」に個人情報保護について記載し、個人情報利用同意書を得ている。</p> <p>■ 改善課題 -職員自己評価では「利用者における個人情報保護の取り組みの理解が不十分であること」が認識されている。利用者の権利擁護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>	

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。 c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫していない。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)19.2%、b)69.2%、c)11.5%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クラブ活動、軽体操を週1回実施している。また、毎月変わる「行事メニュー」も準備し、利用者が楽しめるようにしている。さらに、利用者ごとの体力やそれぞれの希望に応じられるように、活動メニューは複数を準備するなどして工夫している。洗濯物たたみ、メニュー書き等の自分の役割を持っている利用者もいる。 ・利用者一人ひとりに合った暮らしになっているかどうかの検討は「ユニット会議」で話し合っている。 ・利用者の「生活の楽しみ」への配慮については、利用者の意向を反映した外出、おやつ作りのほか、利用者間の交流の機会を設けるなど工夫している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者聞き取り面接では「事業所内の暮らし」について「食べて居室に戻り、テレビを見るだけである」「もっと自由に外出や外食などができるよう機会を増やしてほしい」といった要望が寄せられている。このような要望に対して、職員は「日中の勤務者がユニットに1名だけという場合もあり、利用者がユニット内でただ座っているだけになってる状態がある」と認識している。また、それぞれの利用者に応じた自立のための支援の提供についても、職員自己評価では「一律的に支援する流れになっている」という意見が寄せられている。さらに、この評価項目に対する職員自己評価の結果は、肯定的回答率が2割に満たないという状況にある。事業所全体の課題として検討することを期待する。 	

	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) 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。	b
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)38.5%、b)53.8%、c)3.8%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の話は、なるべく傾聴するように心がけている。コミュニケーションが難しい失語症の利用者にはメッセージカードを使用している。また、難聴の利用者にはホワイトボードを使ったり、ジェスチャーで伝えるなど工夫している。言語的なコミュニケーションだけでなく、非言語的なコミュニケーションによって得られた利用者の反応などを記録し、ユニット会議などで情報共有している。 ・利用者が話したいことを話せる機会として、介護相談員の定期訪問があり(月1回)、これを楽しみにしている利用者もいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「業務に追われて利用者とコミュニケーションをとれる時間が少ない」「食事・排泄・入浴介助に追われている状態」「利用者の思いや希望を把握していても、それを取り入れて対応することは時間的に困難である」といった意見が寄せられている。いずれにしても、職員自己評価の自由意見には、人手不足を理由にした不十分なかわりが多くあげられている。 ・食事、排泄、入浴の支援などの場面でも、コミュニケーションを図ることは重要である。そのほかにも、改めて「コミュニケーションについて時間設定が必要な事項としては、どのようなものがあるのか」について、検討することを期待する。併せて、利用者に直接かかわらずに行っている「作業」を洗い出して合理化し、職員が利用者にかかわれる時間を創出する必要がある。業務の見直しと検討を期待する。 	

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。 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。	C
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)46.2%、b)3.8%、c)30.8%、無回答)19.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の権利侵害の防止について、当事業所では掲示物や重要事項説明書に明示して説明しているが「利用者への周知は不十分である」と認識している。なお、身体的虐待を早期発見するため、利用者の身体を観察し、記録に残すようにしている。 原則禁止とされている身体拘束をやむを得ず行う場合の手続き等は指針で示し、会議などを通じて研修も行っているが、周知徹底については不十分である。 身体拘束や虐待のことについては研修が行われている。また、権利侵害の防止について職員が検討する場としては、ユニット会議、コンプライアンス会議などがある。権利侵害が発生した場合、関係職員を集めてカンファレンスを実施するしきみになっている。 当事業所では、ベッドのマットレスにセンサーが組み込まれ、利用者の睡眠状態や心拍数などが自動的に表示される。これによって、夜勤帯の巡回回数を減らすことができている。なお、マット式のセンサーコール(転倒・転落防止目的)については、使用期限を検討しているところである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の権利侵害等に関する取り組みはされているが、徹底には至っていない。 事業所としての経営層の合議では「c」で、職員自己評価の結果でも、肯定的回答率は約46%である。この評価項目で着眼点としてあげられている「権利侵害の防止と早期発見するための具体的取り組み」「権利侵害が発生した場合、再発防止策等を検討し、理解、実践するしきみの明確化」など6つすべてについての肯定的回答率は20~30%台である。それらの結果を踏まえて総合的に判断し、評点を「c」とした。 		

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) 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。	b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.3%、b)42.3%、c)11.5%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 建物の共用部分の清掃は週5日、居室では週1日のシーツ交換時に掃除機をかけている。これらの清掃は、担当職員を配置して行っている。廊下については、照明の暗さはあるが、共有スペースは明るい雰囲気が保てるよう工夫している。 ユニット内の掲示物は季節感を味わえるものにするなど、ユニットそれぞれで工夫して取り組んでいる。 居室内の環境づくりにあたっては、家族にも協力を依頼して馴染みの家具を持ち込むなどして、利用者が落ち着ける空間となるように工夫している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 廊下は広いが、照明は暗く、隠れしている。廊下に設けられたフリースペースも、ソファーは置かれてはいるものの、使われにくい状況である。この廊下スペースを、今後は利用者・家族がくつろげる空間にする工夫を期待する。 清掃を専門とする担当職員が配置されている。それでも、職員の誰もが、事業所内の汚れ、ごみ等に気づいたときには対処できるようにしておくと、環境整備になるだけでなく、さまざまな事故の発生防止にもつながる。利用者の転倒のきっかけが「落ちているごみを拾おうとしたときに、食堂の食べこぼしにつまずいたから」という場合もある。 トイレの清潔や清掃についても「汚れ等に気づいたら誰でもきれいにする」という職場風土であることが重要になる。積極的な取り組みを期待する。 		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A-3-(1)-① 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) 38.5%、b) 57.7%、c) 0.0%、無回答) 3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浴槽は2種類で、そのうち一般型の個別浴槽はユニットごとに、また機械浴槽は事業所として1台が設備されている。どの利用者に、どちらの浴槽を使うのか、その明確な基準は設けられていないが、利用者の4割強は機械浴槽を使用している。その理由は、一般型の個別浴槽への出入りを「立位で浴槽壁を跨ぐ方法で行う」としていることによる。浴室の設備には、シャワー椅子、バスグリップなどの入浴福祉用具がある。 ・2種類の浴槽はどちらも個人浴槽であるため、入浴支援は利用者の羞恥心にも配慮しやすい環境で行われている。なお、入浴の可否は、看護師と相談しながら決定している。 ・入浴を拒否する利用者に対しては、声かけ、誘導、入浴順の変更等を臨機応変に行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴は、利用者の残存機能を活用した入り方をすると、リハビリテーションの機会になると同時に「ゆったりできる入浴」になる。その視点から、当事業所の入浴を見ると、利用者に立位で浴槽壁を跨がせているため、残存機能を発揮しにくい入浴方法になっている。そのため、一般浴槽の入浴介助では職員2名で浴槽から抱え上げる重介護の状態が出現している。 ・自立的入浴の視点からは、立位で浴槽壁を跨ぐ現在の入り方を、端坐位姿勢で出入りする入浴方法へと変更する必要がある。事業所および職員自己評価では「浴槽が深いため、出入りが難しい」という意見が出ているが、これについては浴槽内に沈める「質の子」などで浴槽を底上げすれば、対応可能となる。人手不足などを理由に、週2回の入浴ができない利用者もいる。 ・自立的入浴では、利用者の持っている力を活用するため、利用者・職員ともに「ゆったりできる入浴」につながる。自立的入浴に向け、浴槽環境の整え方を含めて、入浴介助についての研修に取り組むことを期待する。 		

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) 42.3%、b) 50.0%、c) 0.0%、無回答) 7.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規利用者を迎えると、入居して1週間ほどの期間のうちに排泄アセスメントを行い、排尿間隔と排尿量、排便間隔と便の性状等について観察し、使用する物品を決定している。そして、可能な限り、トイレで排泄することを目指している。 ・トイレ誘導する利用者の身体機能は「端坐位姿勢が保持できること」を基準としているが、現在そのような利用者の割合は約8割である。また、おむつ使用を極力控え、リハビリパンツ使用に変更するとともに、使用する尿取りパッドも、日中と夜間とも排尿量等で調整している。 ・便の性状や排尿量については、観察を隨時実施し、排泄チェック表や記録に記載している。 ・トイレ誘導、おむつ交換については、利用者に合わせて概ね時間を決めているが、利用者から訴えがあれば、隨時対応している。なお、夜間帯の排泄支援では「利用者の睡眠状態」を意識し、眠っている利用者を起こしてまでは行っていない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩下剤の使用者が半数に及び、これに対する看護師の業務が、座薬の挿入、摘便となっているが、緩下剤使用の理由と便の性状を関連づけて観察することによって、結果的に自然な排泄に結びつき、緩下剤使用量を減少させることができる。 ・端坐位姿勢が保持できることをトイレ誘導の基本としていて、利用者の2割はベッド上でおむつ交換されている。なお、当事業所では「おむつ交換時の利用者のプライバシーへの配慮は、不十分な状態にある」と自己評価している。具体的には「おむつ交換が居室ドアを開放した状態で行われていることがあるため、ドアを閉じて行うこと等を徹底する必要がある」としている。また、トイレ誘導が「利用者の便意・尿意に合わせる」というより、職員の都合になっている傾向がある。排泄は、人としての尊厳にかかわる行為である。排泄を最優先の支援とす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
<p>判断基準</p> <p>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) 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> <p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0%、b)46.2%、c)0.0%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者が保持している身体機能を発揮できるように、職員は利用者の身体機能に見合った車いすを提供したり、移動用バーを設置したりして、ベッドからの起き上がりを容易にしている。 なお、車いすや移動用バーの設置など、利用者の移動ための環境整備については、介護職員と作業療法士が検討している。また、利用者の持つ機能に見合った適切な車いすの機種が提供できるように、当事業所では業者とレンタル契約している。 新人職員への移動支援方法の指導は、エルダーによるOJTで、1~2週間にわたり行われている。OJTの実施にあたって、エルダーに疑問点などが生じたときには、2階フロアのリーダーも担当している作業療法士に相談し、助言を得ている。 利用者の居室における動線の確保に向けて、環境整備に取り組んでいるが、その一方で「食堂などの共有スペースについては、動線の確保の取り組みに課題がある」と事業所では認識している。 福祉機器や移動用具の点検は、用具の種類により、納入業者または職員が定期的に行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の持つ機能に見合った車いすなど、移動用具の提供は行っているが、そうした用具を利用者が自立に向けて使えるようにする「駆動練習」は、十分に行われていない。駆動練習については、どのようなときを選んで行うのかなど、具体的な取り組み方法を含めて検討することを期待する。 さらに、事業所では、移動・移乗、歩行介助などの研修について「開催はしているものの十分ではない」と認識している。さらなる取り組みを期待する。 	b

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
<p>判断基準</p> <p>a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 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> <p>■ 職員自己評価の結果は、a)15.4%、b)69.2%、c)11.5%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 栄養士が週2~3回は現場に入り、利用者の摂食状況などを観察している。 炊飯と汁物の盛りつけはユニットで行い、利用者の食べ方に合わせて提供する量を調整している。 月2回、副食の選択メニューを行い、利用者が肉と魚から副食を選択できるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員自己評価で「食事がまずい」という指摘が寄せられ、職員の肯定的回答率も低い。利用者面接の結果でも、肯定的回答率は5割であるが、そのコメントは「おいしい」という内容ではなく「どちらともいえない」のコメントに近い。 利用者は、1日3食をここで食事せざるを得ない環境下にある。栄養士が献立作成に関与できていないなど、食事の提供について多くの課題があることを事業所としても認識している。さまざまな事情があると考えるが、現状から一步踏み出す取り組みを期待する。 	C

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)26.9%、b)69.2%、c)3.8%、無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供している食事形態は、常食、あら刻み食、刻み食、超刻み食、ミキサー食の5種類である。必要時には、ゼリー食も提供している。 ・嚥下機能の低下などによって摂食量が低下した利用者には、付加食を栄養補助食品として提供している。現在、この付加食提供の対象者は6名である。 ・利用者の食事のベースと心身の負担への配慮として、食事直前の離床を行い、ベッド上でギャッジアップ姿勢で食べられるようにしている。また、可能な限り、経口で自力摂取できるように、自助具や提供方法などについて工夫している。 ・食事や水分の摂取量を把握し、それを記録している。また、栄養士は利用者の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を策定して、3ヵ月ごとに評価・見直している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供している食事形態について検討することを期待する。その理由として、食品を刻んで提供することが、口腔内で食塊を形成する上で問題があり、誤嚥性肺炎などの原因となるためである。刻んで提供することを、すでに見直している事業所も少なくない。当事業所も、その認識はあるものの、諸般の事情によって取り組めていない。 ・利用者が自立的に食事するためには、食事形態、摂食姿勢、覚醒状態が重要になる。その視点から当事業所の食事を見ると、食形態は「刻む」から「柔らかい」食事へ移行させる必要がある。また、床に足をつけた端坐位の姿勢で食事することは、利用者の自立性と安全性を増す。そのような姿勢をとるためには、食事の際の椅子の座面高、テーブルの高さも関係する。さらに、卓いすから椅子への座り替えも、食事摂取時のよい姿勢づくりに関係する。食事形態から摂食姿勢のことまで、広く見直しを行うことを期待する。 		

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)46.2%、b)50.0%、c)0.0%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士が常勤職員として配置され、介護の業務に従事しながら、週1~2日は歯科衛生士として利用者の口腔内をチェックする時間を持つている。 ・新規利用者については、入居後1~2日以内に口腔内をチェックして、その利用者に合った歯ブラシを選定している。なお、歯ブラシは、使用して1ヵ月で新しいものに交換することを原則にしている。 ・利用者の口腔環境に合わせたケアの方法については、歯科衛生士から助言・指導を受け、食後3回の口腔ケアを実施するように努めている。なお、利用者の嚥下機能は、月1回、歯科衛生士が評価している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員を対象に行う口腔ケアに関する研修は、必要に応じて月1回の職員会議で取り上げ、15分間ほどの時間で実施している状況である。これについては、事業所としても不十分であることを認識し、また職員自己評価でも「職員に対する研修の実施」の項目だけ極めて肯定率が低い。職員からは、研修の実施を望む声が多く寄せられている。積極的な取り組みを期待する。 		

A-3-(3) 椎瘻発生予防・ケア

A-3-(3)-① 椎瘻の発生予防・ケアを行っている。		評価
判断基準		
	a) 椎瘻の発生予防・ケアを行っている。	
	b) 椎瘻の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。	b
	c) 椎瘻の発生予防・ケアを行っていない。	
	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)26.9%、b)65.4%、c)0.0%、無回答)7.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・椎瘻予防対策のため、当事業所では3ヶ月ごとの会議の開催も含めて、日常においても介護士、看護師、栄養士が連携して対応している。 ・椎瘻発生時のケアとしては、体位変換、使用するマットレスの変更、食事形態の変更等を適宜行っている。その際には、情報共有するために写真撮影して、その変化を観察している。 ・食事面から椎瘻を予防するための取り組みは、管理栄養士を中心に栄養ケアマネジメントを行い、栄養補助食品の提供を適宜開始などしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な椎瘻予防対策の実施や椎瘻発症時の処置等にあたって、椎瘻ケアの最新情報を得るために取り組みが不足している。職員自己評価でも、最新情報の収集を希望する声が寄せられている。こうした希望の背景には、当事業所では椎瘻発生時の対処方法として体位変換とマットレスの変更について検討しているが、いったん椎瘻が発症すると治療しない傾向があることや、職員にも「この手法で本当によいのか」という不安があるためと考える。 ・現在、椎瘻発症者は5~6名ほどいるが、その発症部位は仙骨周辺である。看護師も「椎瘻発生の要因として、おむつ使用による湿潤や座位姿勢などが考えられる」としている。椎瘻の発症予防には保清も重要であるが、当事業所では諸般の事情で週2回の入浴ができていない利用者がいる。椎瘻は、発生させるごとに処置に多くの人手を要し、改善しないと職員の疲労感も増す。椎瘻ケアの最新情報を得るために専門家を招いて学習会を開催するなどの取り組みもある。早急に改善に取り組むよう期待する。 	

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。	
	■ 非該当	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っている。
	b) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っているが、十分ではない。
	c) 機能訓練や介護予防活動を行っていない。
■ 職員自己評価の結果は、a)23.1%、b)69.2%、c)0.0%、無回答)7.7% であった。	b
■ 取り組み状況 ・利用者の状況に応じた機能訓練や介護予防の実施にあたっては、作業療法士が介護業務を兼務しながら2階フロアのリーダーとして配置されているため、利用者の状態把握が行いやすい。そのため、職員もリーダーである作業療法士に相談しやすく、助言を得やすい環境にある。 ・トイレでの排泄や食事摂取など、日々の生活動作に生活リハビリテーションを取り入れている。利用者ごとの機能訓練や介護予防を実施するための訓練計画は、機能訓練指導員（兼務のリーダーである作業療法士）が評価し、見直しを行っている。	
■ 改善課題 ・事業所として「利用者の生活の維持や介護予防に主体的に取り組む支援については不十分である」と認識している。取り組みにあたっては「入居者全員を対象にするのではなく、利用者のなかから活動性を高めたほうがよいと考えられる人をピックアップし、それぞれのユニットで支援したい」としている。今後の具体的な取り組みを期待する。 ・利用者の認知症の症状の変化には、睡眠時間の短縮によって気づかされることが多い。しかし、介護予防の視点から、より早期に変化に気づくための取り組みや、症状の変化に応じたケアや対応方法は見つかっていない。現在は嘱託医に相談しているが、事業所では「今後はさらに紹介状を得て専門医につなぐ働きかけをしたい」としている。今後の取り組みに期待する。	

A-3-(6) 認知症ケア

A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。
	b) 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。
■ 職員自己評価の結果は、a)7.7%、b)80.8%、c)3.8%、無回答)7.7% であった。	C
■ 取り組み状況 ・BPSDのある利用者については、行動障害の分類の状態や対応の結果を記録し、それによって職員間で情報共有している。	
■ 改善課題 ・職員は認知症の研修に参加しているが、その伝達研修が十分ではないため、得られた知識が全職員には浸透しにくい状況にある。また「事業所として研修も行う」としているものの、不定期開催のため、職員が認知症ケアの知識・技術を習得する取り組みとしては不十分である。その結果、利用者の「入居時アセスメント項目」には認知症についての項目もあるが、そのアセスメント結果を介護計画に生かせていない。 ・認知症ケアへの取り組みは、事業所として方針も示していないため、具体的な取り組みも見えづらい状態にある。合議と職員自己評価のいずれでも「取り組みが不十分」という結果が出ている。当事業所の入居者の特徴として、認知症の症状を有する利用者のケアは、さらに求められるようになると考えらえる。取り組みの強化を期待する。	

A-3-(7) 急変時の対応

A-3-(7) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準		
a) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 b) 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。		b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)53.8%、b)46.2%、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"> ・看護師は、出勤するとユニットを巡回し、全利用者に声かけて反応を見ている。なお、週1日、看護師が不在となる日がある。介護職員は、利用者の食欲、身体の動き、反応などから体調の変化に気づく。なお、当事業所では「普段と違う様子に気づいたときには、看護師に相談する」という体制をとっている。 ・看護師は、利用者の状態に応じて対応の必要性を判断し、嘱託医に連絡して相談し、指示を得ている。各ユニットには「緊急時対応マニュアル」を備えている。 ・利用者の状態の変化についての情報共有は、申し送りによって行っている。 ・利用者の状況に応じた適切な与薬等ができるように、事業所としてマニュアルを備えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調変化を中心とする高齢者的心身の状態の見かたや、緊急対応を要する症状について学べる研修が不足している。職員自己評価の結果を見ても、当事業所では看護師が不在となる日が週1日ある。また、夜勤帯は2ユニットを介護職員1名のみで勤務する体制であるため、職員が緊急度の判断基準を学習することも含めた内容で、定期的な研修を開催するよう期待する。 		

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。		b
<p>■ 職員自己評価の結果は、a)19.2%、b)69.2%、c)7.7%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の看取りについては事業所として指針を備え、入居時にそれを説明している。また、その時期が近づいてきたとき、すなわち終末期と判断したときには看取りについて再度説明し、利用者・家族の意向を尊重するようにしている。 ・当事業所では、開設時から事業所内での看取りに取り組み、嘱託医師と連携し、24時間連絡が取れる体制である。ちなみに、昨年度の退所者は12名であるが、その全員を当事業所内で看取っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「終末期ケア」に関わった職員に対する精神的ケアの実施について、職員の肯定的回答率は低い。 ・職員に対する「看取り研修」は実施しているが、定期的ではない。事業所としては「年1回以上、看取り研修を開催したい」としている。当事業所では、すでに看取りケアは定着しているので、その状況を踏まえて研修のテーマを設定し、より専門的な内容が学べる「看取り研修」を実施するよう期待する。 ・終末期ケアに関わった職員に対する精神的なケアとして「個別面談」を行うとしているが、その適切な実施時期の判断は難しい。しかも、一对一の面談では、職員の学びを深める機会とするには弱い。今後は「看取り後のいつまでに、どのような職員が研修に参加するのか」までを含めた「デスカンファレンス」(振り返りカンファレンス)を開催することを期待する。 ・看取りの経験は、職員にとってはそれまでのケアを振り返り、そのなかでの「気づき」も得られる機会となる。職員の学びの場とするには、一对一の個別面談の実施だけでは限界がある。より積極的な取り組みを期待する。 		

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

判断基準	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
	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)38.5%、b)57.7%、c)0.0%、無回答)3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3ヶ月ごとに広報誌を発行し、それを家族に送付している。その際には、各居室の担当者が利用者の日頃の様子を手紙に書き、同封するようになっている。 ・また、家族が面会に訪れたときには、利用者の近況について直接報告するようにしている。さらに、利用者に特変などの体調変化があった場合にも、家族に対して随時連絡を入れている。 ・ユニット単位で「家族交流会」を開催した。定期的ではないが、事業所としては「今後も家族交流会を実施したい」とする意向を持っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族から要望等を聞き取る機会は、改めて設けていない。事業所は「家族交流会」などを定例化し、それを家族からの要望を聞く機会にしたいという意向がある。 ・家族等との連携にあたっては、事業所全体で行う家族会、ユニットごとに行う家族会(家族交流会)の開催など、目的によって多様な取り組み方がある。家族が参加を予定できるように、開催時期の事前周知の方法など、工夫した取り組みを期待する。 ・また、現在は居室担当者が広報誌の発送時に利用者の日頃の様子など状況を伝えているが、その内容は担当者に任せられている。居室担当者および事業所が家族に印象づけられ、関係づくりに役立つような内容とするため取り組みの強化を期待する。 		