

平成 26 年度
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人天神会
軽費老人ホーム
「ケアハウスこうのしま」

2015 年 3 月 29 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
実施概要	1
I 組織マネジメント項目	3
II サービス提供プロセスの項目	13
III サービスの実施項目	18
総評	27

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成26年7月17日
- (2) 情報収集の実施(調査)
 - ① 経営層自己評価 平成26年7月18日～8月20日
 - ② 職員自己評価 平成26年7月18日～8月4日
 - ③ 利用者調査 平成26年8月7日～8月9日
 - ④ 事業所訪問調査 平成26年9月11日～9月12日

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 聞き取り調査
- (2) 調査対象者数 利用者64名

4. 評価調査者

新津 ふみ子(組織マネジメント項目担当)
鳥海 房枝(サービス実施項目担当)
村上 信(サービス提供のプロセス項目)

5. 評価決定合議日

平成26年10月13日

6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO法人メイアイヘルプユー 鳥海 房枝
- (2) 評価責任者 NPO法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先
NPO法人メイアイヘルプユー事務局
〒141-0031 東京都品川区西五反田2-31-9 シーバード五反田401
電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○○●)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/>非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) <input type="radio"/>非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(○○)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している <input type="radio"/>非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○●)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/>非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <input type="radio"/>非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <input type="radio"/>非該当

カテゴリー1の講評

理念の職員への浸透の方針に掲げ、施設長は具体的な取組み、実践している

法人の理念、基本方針は、ホームページや広報誌に掲載。法人方針として、理念の職員への浸透を掲げている。本事業所でも施設長方針として「基本理念を職員に周知し、共通理解を深める」を掲げ、具体的な取組みとして事務所内に掲示、朝礼時に唱和している。また年度始め、施設長は施設内研修で、法人の方針や重点施策を説明している。施設長は職員から相談を受けたときに、理念、方針を意識し対応している。利用者への理解を促す取り組みは、現状は広報誌の配布にとどまり、今後の課題とし元旦の挨拶などを機会を活用して対応する意向がある。

施設長は現場の状況を把握、また法人との渡し役を担い、役割、責任を果たしている

本事業所は職員6名(常勤4名、非常勤2名)であり、職員自己評価から、施設長の役割、責任に対する肯定率は高く、またチームワークの良さが判断できる。施設長は自らの役割を、安全管理と事業の継続に必要な人材育成、財務状況の把握、また事故・ヒヤリハット、介護記録の点検など、日々の変化を把握し対策を講じることが役割であり、利用者と職員を守り全ての責任は自分にあると総括している。また法人との橋渡し役として、理事長が主宰する経営会議に出席し、事業所の活動状況を伝え、また事業所内では職員会議で報告している。

重要な案件の意思決定のプロセスについて、職員への周知に工夫が求められる

重要な案件の検討に関する決定は、法人全体の事案は、理事長が主宰する月1回の「経営会議」で検討・決定、予算が伴う事案は、「予実会議」で検討、本事業所の施設長はどちらの会議にも参加している。施設内の事案に関しては月1～2回の職員会議である。しかし、職員自己評価では、肯定率は低く対応策が求められる。職員会議は、事業運営や利用者支援に関すること等事業所内のすべての事案を検討する場である。利用者に報告すべき事案は、施設長が判断している。提供するサービスの変更などの事案が主であり、文書で配布している。

カテゴリ-2		
2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

利用者の人権擁護に関するファイルの整備や職員研修で取り上げている

虐待防止や身体拘束の廃止、個人情報保護など利用者の人権委関連する取り組みの指針や規程をファイルに綴じ、職員が集う事務室に常備している。年1回は人権に関するテーマを施設内研修で取りいれている。また老人福祉施設倫理要綱を事務所内に掲示している。

第三者評価の受審、ホームページや広報誌などで情報開示・公表をしている

サービスの質の向上を期し、法人の方針として昨年より第三者評価の受審を取入れ、結果はホームページで公開・公表している。今年度は本事業所が対象である。情報公開・事業の透明性の確保として、年4回広報誌を発行、基本方針や法人内横断的な委員会の紹介や法人決算を掲載している、ホームページにはこの広報誌を掲載している。広報誌は法人全体でやく1,500部発行し、行政、福祉・医療分野の関連機関・事業所、また近隣自治会、公民館などに配布している。本事業所としては、利用者、ボランティアに配布している。

地域貢献や関係機関とのネットワークづくりを意識した取り組みがある

事業機能の還元として、地域の趣味グループに多目的室の開放、年1回検診車を呼び地元住民に利用の呼びかけるなどがある。法人は、2年前から年1回公開講演会に取組み多く人が参加している。ボランティアは主に行事の際に参加、相談員が対応している。地域の関係機関との連携は、地域包括支援センターや行政の関係窓口と随時に連絡を取りあい、また近隣の病院が主催の地域連携会議、ケース検討会に参加など施設長は関係機関のネットワークづくりに積極的に取り組んでいる。地域との連携などに関する取り組みを職員に周知することが課題である。

カテゴリ-3		
3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用		
サブカテゴリ-1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-3の講評		
苦情解決制度をはじめ、意向が出しやすい環境づくりが求められる 苦情解決制度は重要事項説明書には、苦情受付体制として苦情解決責任者と受付担当者、第三者委員2名、また行政機関などを明示し入所契約時に説明している。また事業所内にも掲示している。しかし、利用者調査では、この制度を知っているかの設問に約5割が肯定、職員に気軽に不満や要望をいうことができるかの設問は、5割を少し上回る肯定率である。契約時のみの説明に止まらず、相談機能の説明も含めた丁寧な取組みが求められる。意見要望などは施設長に報告、即座に対応した職員に周知、職員調査でも対応に関し肯定率は高い。		
利用者アンケートを実施し、結果を受け止め改善に取り組んでいる 利用者自治会がないこともあり、利用者の意見を聞く機会が必要と判断し、25年度から年2回、利用者アンケートに取り組んでいる。アンケートの内容は、クラブ活動や行事に関する満足度、職員のマナー、事業所に対する希望などである。集計結果は職員間で話し合い提示、また結果を受けてクラブ活動は回数を増やしている。26年度は、勉強会や講演会の希望、施設の快適さ、職員の態度についてアンケートを実施している。結果を生かし多具体的な取組みを期待する。また意向(意見・要望・苦情)の把握はアンケート調査のみでよいのかの検討も期待する。		
地域ニーズの把握や福祉事業全体の動向は把握しているが、分析が課題である 地域の福祉ニーズなどについては、関係機関との連携、ネットワークにより情報を把握することはある。また地域包括支援センターと病院連携室を訪問、本事業所の紹介・営業をする際にも意見交換をしている。福祉事業全体の動向は業界団体からの情報誌やマスコミなどで把握、また県外の施設の視察などがある。本事業の特徴を生かし今後のサービスの在り方については、まだ分析途上であり、法人としての取組みが待たれる。		

カテゴリー4

4 計画の策定と着実な実行

サブカテゴリー1(4-1)

実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

0/11

評価項目1

取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

評点(●●●●)

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

評価項目2

多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している

評点(●●●●●)

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

評価項目3

着実な計画の実行に取り組んでいる

評点(●●●●●)

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

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-4の講評

中長期、年度計画の策定とその内容、及び職員への周知が課題である

理事長方針として3年間の経営目標(取組み、方向性、重点施策)を掲げ、徐々にその実現に取り組んでいる状況である。この方針を受けて、本部長及び施設長が方針と重点施策を定めている。しかし年度事業計画はこの方針を重点目標とし重点施策を実施事項とし、取組みにおける具体策、数値目標、指標、担当者などの明示には至っていない。職員自己評価では、中長期計画、年度計画の策定についても肯定率は低い。事業計画の策定と周知について法人としての取り組みを期待する。

職員参加を課題とし、事業計画策定・実施に関する全般的な見直しが必要である

年度事業計画は、施設長が年度末の当期の課題を整理し策定、このプロセスに職員の参加、たとえば職員会議で提案・検討するなどの機会は計画されていない。施設長は法人が示す方針を意識し、また日常的な支援を振り返り課題設定に努め、利用者の意向を把握するためのアンケート調査などを取り入れている。進捗状況の確認は施設長が意識して取り組んでいる。職員の自己評価は、計画策定から評価のプロセスにおける参加については低率である。事業計画策定の目的、計画内容、策定プロセス、進捗状況の確認など全般的な見直しが必要である。

法人として安全管理に関する委員会を設置し、積極的に取り組んでいる

安全管理面から、法人内に事業所内横断組織である防災部会を設置、防火点検や防災備蓄品チェックリストなどを作成して現場で実施、また併設する3施設合同で避難訓練に取り組んでいる。地震など大規模災害に備えた事業継続計画は現在検討中である。法人及び事業所では事故、感染に対応に関するマニュアルを策定、また利用者の離荘で問題になる人については当直者の業務マニュアルに対応を明示している。事故は相談員が現場検証をしたうえで報告書に記載して施設長と職員が参加し検討。ヒヤリハットはすぐに施設長に報告、対策を講じている。

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

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(○●●●)

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

カテゴリ5の講評

人事制度に関する方針を職員に周知する取り組みが求められる

法人として教育基本方針を定めるなどの取り組みはあるが、人事制度に関する方針などの周知は職員調査では肯定率は低い。施設長は、期待する職員像を、利用者個々の個性を理解し、ニーズを予測できる力を持ち、日々のくらしが安心して維持できるよう支援できる職員、としている。新卒者の採用は法人として定期採用を行い、現場から人材の募集を申請する仕組みがある。本事業所は常勤者は、経験者を対象として法人内での異動であり本部が決定している。今年度、施設長は営繕面を担当する非常勤職員の配置を提案し採用になっている。

人材育成に関する実践的、具体的な取り組みの検討が必要である

年2回、職員は自分の能力(観察力、客観性、心理面の観察)を判断する「セルフチェック表」に記載し施設長と面接して職員個人の課題・目標を確認している。この取り組みは開始したばかりであり、人材育成への活用は今後の課題である。このような取り組みは、職員個別のキャリアや能力向上を課題とした目標管理、人材育成に活用されるまでには至っていない。職員自己評価でも肯定率は低率である。法人の中期計画には、高度な介護技術の提供を掲げている。この方針を各事業所、職員個人の課題として具体的に取り組むことが求められる。

少人数職場で学ぶ機会充実に取り組んでいるが、制度面に関する周知が課題である

評価制度を導入。評価要素として:意欲、勤務態度、職務遂行能力であり、年2回自己評価を上司と面接をしている。施設長は職員の意向を把握する機会としている。そして本部に提出、人事異動や昇格に反映される仕組みである。少数職場であり、日頃のコミュニケーションに配慮、またOJTを重要視し互いに学ぶ機会に関しては職員自己評価は高率である。また内部研修の定例化、外部研修に参加した場合は、職員会議で報告するなどの取り組みがある。職員自己評価では、人材マネジメント、やる気の向上、就業状況の把握と改善については低率である。

カテゴリ7		
7	情報の保護・共有	
サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる 評点(000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している 評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ7の講評		
アクセス権限の設定、重要な情報の整理整頓に取り組んでいる 情報の重要性機密性を踏まえ、職責により情報へのアクセス権限を設定している。法人組織として収集・蓄積している情報は、ペーパーまたは電子化された状態でファイルやフォルダに整理され、事務室内の書庫やネットワーク対応型ハードデスクに保管・保存されている。保存については、法人が定める規定に準じている。利用者個人情報に関しては、パソコン内ソフトを使用する場合と本事業所独自の用紙を使用する場合とがあり、活用の視点から管理についてはまだ整理が不十分だとしている。		
個人情報保護に関する研修を毎年実施して周知に取り組んでいる 個人情報の保護に関する方針を定め、法人のホームページに掲載すると共に、利用契約時の重要事項説明時に、「個人情報使用同意書」に個人情報の利用目的や開示請求などの受付窓口を明記し説明し、同意を得ている。法人として入社時研修、及び事業所の内部研修では毎年1回、個人情報管理規程・個人情報保護に対する基本方針に関する研修している。職員自己評価では開示請求に関する取り組みについて周知が弱い。検討を期待する。		

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>利用希望者にはホームページで事業所情報を提供している</p> <p>事業所情報は利用対象者に広く提供するため、ホームページ、広報誌などを活用している。ホームページの内容は、施設整備・利用対象者の条件・利用料等に加えて、居室や浴室などの写真も掲載してケアハウス全体をイメージできるように工夫している。ホームページを見ての問い合わせなど、直接事業所を訪れない場合も、事業所独自に作成したリーフレットを送付するなど、利用希望者の都合に合わせている。特に本事業所はケアハウスという特性により、他県など遠方からの問い合わせもあるため、このように柔軟に対応している。</p> <p>事業所情報は市内の関係機関に定期的に提供している</p> <p>季刊発行の広報誌の発行部数は法人全体で1500部で、本事業所単体では120部である。広報誌を含む事業所情報は、行政や市内の病院、地域包括支援センターなどの関係機関に月1回、訪問もしくは郵送で提供している。法人本部は法人・事業所の活動に対する地域住民の関心と理解を深めることを目的に、昨年の広報誌「秋号」から近隣住民(神島協議会員580戸)への全戸配布を開始した。本事業所としては広報誌などの紙媒体での情報提供に加えて、地域住民が参加できる催し物の開催に取り組みたい意向がある。</p> <p>利用希望見学者には、施設長・生活相談員が対応している</p> <p>利用見学者への対応は、施設長または生活相談員の役割とし、見学時間などは希望者の要望に応じるようにしている。見学に来荘した際には、既利用者のプライバシーに配慮しながら、事業所内を案内している。見学時の説明のポイントは、まずケアハウスの特徴ともいえる「賄つき下宿」の意味である。そのため、すべて介助するわけではないことと自立的に生活できるように支援していること、加えて利用料金などについてである。</p>		

サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(○○●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している 評点(○○●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
<p>入居についての説明は、可能な限り利用者に行うようになっている</p> <p>サービス内容やそれに伴う事業所内でのルール、利用負担金額などは、可能な限り直接本人に説明して同意を得るようにしている。入居後の暮らしが事前の期待と相違が起きないように、このプロセスを重要視している。なお、利用者面接で「入居に当たり、サービス内容を納得して入居」と回答した利用者割合は6割を超えている。その一方で、入居時に利用者(家族)から、入居後の暮らしに関する意向の把握は不十分で、本人から要望がない限り事業所側からは尋ねていない。入居時状況表には意向などを記録する欄もない。取組の強化を期待する。</p> <p>利用開始前に可能な限り、本人の事業所見学を進めている</p> <p>利用前に見学してもらい、本人に直接入所後の生活上のルールなどを説明しているが、暮らしに慣れるまでに1カ月程度を要すると考えている。そこで新規入居者を、食堂で紹介し、他の利用者から声をかけやすい環境づくりに努めている。また、風呂の使い方、食事時間、洗濯の方法やゴミだしなどについては、繰り返し説明している。戸惑いや困りごとなどに的確に対応するため、職員は意識的に食堂で頻繁に声掛けもしている。特に食事の時を、利用者の様子を把握する機会とし、当日出勤している職員は食堂で配膳などの業務につくようにしている。</p> <p>サービス利用前の暮らしの継続性への支援は不足している</p> <p>利用者のサービス利用前の生活状況を把握していない。さらに利用についての意向の確認もしていない。そのため利用前の生活の継続性という視点から支援を見ると十分とは言えない。また、利用者面接の折に、「本事業所でいつまで暮らせるのか」「体が不自由になったら退所させられるのではないかと」いった先行き不安を口にする利用者も複数いた。これらの不安に丁寧に対応するため、例えば年1回の面接を定例化させるなどの必要性があると考え、今後の積極的な取り組みを期待する。</p>		

サブカテゴリ-3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

6/11

評価項目1

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

評点(○○○)

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

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している

評点(○●●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(●●)

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

評価項目4

利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している

評点(○○)

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

サブカテゴリ-3の講評

入居時状況表でアセスメントしているが内容が不十分である

利用者の心身状況や生活状況を「入居時状況表」に記載し、これをアセスメント実施として生活支援をしているが、入居時状況表には生活状況を見る欄が設けられていないため、把握しているとは言い難い。また、利用者の心身の状況も、自立・一部介助・全介助などで記載する様式で、そこから処遇計画書を作成している。つまり、なぜ介助を要する状態にあるのかを、検討・判断して処遇計画を作成した過程がない。この過程を経ることで、具体的に支援を要する事項(ニーズ)が見える。書式の見直しなど基本的な事項からの取り組みを期待する。

個別処遇計画書(個別支援計画)には利用者意向が反映されていない

個別処遇計画書(個別支援計画)は、入居時状況表で自立的に行っていないとした項目を中心にして作成している。また、個別処遇計画書の作成に当たり、利用者の意向を改めて尋ねることもしていない。そのため、計画に関する利用者説明も実施していない。ケアハウスとして、介護保険サービスを含んだ支援計画の策定、その際、事業所の特徴でもある安全管理と相談機能を含めた支援計画の策定が求められる。事業所としても、本項目についての取り組みが不十分であることを認識している。今後の重点的な取り組みを期待する。

個別処遇計画の内容は職員全てで共有している

個別処遇計画書、及びそれに基づく生活支援実施表の内容は、職員全員で共有化されている。共有は職員の人数が少ないこと、またそれぞれが経験豊かなこともあり容易になっている。共有化するために、2週間に1回の割合で、1回に4人程度の利用者について話し合うケア会議を開催している。また、日々の状態はPCIに入力し、朝礼時の申し送りで伝えるなど、職員間で漏れの内容に取り組んでいる。

サブカテゴリ-5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

7/7

評価項目1
利用者のプライバシー保護を徹底している

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2
サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-5の講評

利用者の権利を守る支援に配慮して取り組んでいる

利用者情報を外部の期間とやり取りする機会は、現在のところ担当ケアマネージャーと主治医連絡が主である。その必要性が生じた場合は、利用者本人の了解を口頭で得ている。郵送物などは個人ごとに設置された郵便受けに配達される。ここにはみ出す状態で「広報」なども入れると、利用者の処理能力が分かり、それを見極めて介入支援時期の判断材料にしている。なお、認知症などで処理能力がない場合には、家族に郵送する場合もある。居室を訪れる場合は、インターホンを押して返事を待ち、身づくろいする時間を考えて入室している。

身体安全上の問題がない限り利用者の暮らしを制限していない

日常の支援にあたっては、身体的安全上の問題がない限り、利用者の意思を尊重する方針で、決して無理強いしないことを心がけている。また、利用者の生活習慣の尊重し、食堂での食事も自由である。職員による利用者への虐待防止に向けては、年1回開催の定例研修会で、一般的な事例に加えて、ここで感じたことなどを出し合うようにしている。なお、虐待防止に向けたマニュアルは未整備なため、事業所としてすぐに取り組みたい意向を管理者は持っている。虐待被害への対応方法として、地域包括支援センターとの連携を研修で確認している。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

11/12

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(0000●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー6の講評

業務の手引書は職員の意見を取り入れて作成、見直している

現在ある手引書は、業務・感染対策・防火管理・災害時対応・ボランティア受け入れなどについてである。これらの手引書は現場の職員で作成している。なお、感染対策・事故防止については施設内研修実施時に内容を点検し、その他の手引書は、職員会議で年1回見直している。本事業所においては、職員人数が少なく、しかも経験豊かなため、日常業務で手引書を使うことは少ないが、各種手引書は業務点検の手段として誰もが見るように、事務所の所定の位置に置いている。

業務の一定水準確保に向けた様々な取り組みがある

月1回の職員会議、月2回のケア会議、毎朝の申し送りなどで職員は意見を出し合いサービスの基本事項や手順を確認している。また、職員が知識や技術を学べる機会として、法人内研修・事業所内の独自研修がある。本事業所は職員全体の人数が少ないことに加え、経験豊かな職員構成になっているため、互いの気づきに基づく助言もしやすい風土がある。なお、安全管理は図上訓練や研修の他、施設長が危険箇所チェックで週2回ラウンドしている。今後は、点検箇所の明確化と利用者の居室内の安全確保に向けた具体的取り組みを期待する。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

		サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	25 / 35
1	評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している	評点(○○●●)	
	評価	標準項目	
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	<input type="radio"/> 非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画が実際の生活場面で活かされる取組みを期待する</p> <p>個別支援計画は利用者の担当者が入居時面接で得た情報をもとに入居後10日以内に作成している。実施した支援や入居後の様子は生活支援実施表に記録し、利用者の変化を経過を追ってモニタリングする仕組みになっている。計画は6ヶ月ごとに再評価し、1年ごとに見直している。8割を超す利用者が介護保険の要介護認定を受けており、介護保険に基づく個別支援計画と整合性を図る必要があるが、取組みは不十分である。また、職員は実際の生活場面で計画を活かしているかについても課題があるとしている。課題解決に向けた今後の取組みに期待する。</p> <p>聴覚や視覚、認知の障害に配慮したコミュニケーションを工夫している</p> <p>聴力が弱い人に対しては耳元に近づいて大きな声ではっきり話すようにしたり、メモを渡したりするほか、視力が弱い人には利用者の代わりに読んであげたり、食事の時に献立を説明したり、個別の特性に配慮したコミュニケーションのとり方を工夫している。認知障害がある人には口頭で説明するだけでなく、さらにメモを渡すなどの工夫をしている。一方、食事時間前から廊下に利用者が並ぶ姿を改善すべく、食事時間の延長などを試みてはいるが、並んでいる時間が利用者のコミュニケーションになっており、無理にこに介入していない。</p> <p>利用者がその人らしく生活できるように、職員は密に連携し、情報を共有している</p> <p>利用者一人ひとりの体調変化や服薬変更、転倒後の経過観察、新しく入居した利用者の7日以内の状況観察記録などの情報も共有しているが、利用前の生活把握が不十分なため、利用者個々の特徴ある暮らしの実現には課題がある。日々の状況は「申し送りノート」に記載して職員間で情報を共有している。介護保険の担当ケアマネジャーが開催のカンファレンスには担当職員が出席している。しかし、実際にサービス利用しているホームヘルプや通所介護との連携は不十分である。関係職員との連携強化を期待する。</p>			

2 評価項目2

食事は、利用者の状態や要望を反映したサービスを行っている

評点(○○○●●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2の講評

主食はご飯・粥・パンから選択でき、少量・おにぎり、アレルギーにも対応している

食事は温冷ワゴン車を使って適温を保ち、主食は利用者の希望で粥への変更が可能で量も調整することができる。納豆やそば、青魚等の嗜好やアレルギーによる食事制限にも対応している。自分で調理したり、出前を頼むことができる。利用者聞き取り調査で「食事はおいしいですか」の問いに「はい」と答えた者は59.4%であり、「献立に満足していますか」に「はい」と答えた者は51.6%である。同一法人が経営する他の2施設と共同調理であるため、本事業所だけで工夫する自由度は大きくないが、一層の工夫を期待する。

定期的な行事食やお楽しみ食として毎月バラエティ食を提供している

敬老の祝い膳等の行事食やカフェテリア食、複数の献立の中から食べたい献立を選択できるバラエティ食など、食事を楽しむ工夫をしている。しかし、その提供回数は少なく、一層の工夫を期待する。嫌いな食物があったとき、希望すれば代わりに別の食物を提供するなど細やかに対応している。夕食の提供時間に幅をもたせて、その時間内であれば利用者が希望する時間に食事をとれる対応をしており、好評である。利用者の要望や反応は給食会議で管理栄養士や厨房職員に伝えるようにしており、それらが実際のサービスに反映させる取組を期待する。

食事の時に適切な座位姿勢を保持することは、命を支える食事の前提条件である

小柄な利用者で椅子やテーブルの高さが身体に適合していないために、不自然な姿勢で、あるいは食事を自分の膝の上に乗せて召し上がっている方が少なからず見受けられる。適切な座位姿勢の保持は食事を自立的に美味しくいただく基本であり、脊柱などの変形といった2次障害を予防する上からも早急な取組を期待する。後片付けを自らの役割として手伝っている利用者もおられるが、利用者の能力の状況に応じた自立支援を考えると、利用者の希望や不安を勘案したうえで、自分の食事の配膳下善の役割を担っていただくことも考えられる。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(○○○●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態や希望に応じた入浴方法や支援(声かけを含む)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 入浴で直接介助が必要になった利用者には訪問介護員等の援助が受けられるよう支援の体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 入浴できる曜日や時間など利用者にわかりやすいように明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

毎日入浴できる、男女別の共同浴室を整備している

共同浴室が男女別にあり、毎日利用することができる。入浴時間や入浴順番は共同浴室入り口や掲示スペースに張り紙で案内している。そして安全のため複数の人数で入浴することを事業所の方針として勤めている。更衣室・浴室の清掃、温度調節等について詳細な手順が現場の写真を多用したマニュアルでわかりやすく示されており、職員はそれを確認しながら快適な入浴ができるように清潔な環境の保持と入浴準備を行っている。

入浴の介助が必要になった場合は、介護保険の訪問介護サービスを利用できる

自力で入浴が困難になった利用者には、介護保険によるホームヘルパーの入浴介助や通所介護での入浴が利用できるよう、担当ケアマネジャーと家族に連絡・調整する体制を整えている。現在、利用者の約6割がヘルパーの入浴介助サービスを利用しているため個人浴室だけでなく、共同浴室(大型浴槽)でも利用者の利用時間前に介助浴を実施している。なお、個室浴室を使用しての入浴準備と入浴介助、浴室清掃はヘルパーが行っている。

手すりの設置等の安全への配慮と人間の尊厳への感受性を高める取組に期待する

共同浴室には浴槽出入の階段に手すりを設置したり、緊急コールボタンを浴室内に設置して安全に配慮している。個人浴室は古い設備に手すりを設置しただけの仕様で、利用者とヘルパーの双方に使い勝手が悪い構造である。事業者は利用者の状態の変化に応じて更衣室から浴槽まで、新たに手すりの設置を検討している。利用者と介助者の動線・動作を科学的に分析しての取り組みを期待する。入浴に際しての注意事項の張り紙で、人間の尊厳を保つ視点からふさわしくない表現が認められた。尊厳の保持に対する感受性を高める取組を期待する。

4 評価項目4

利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている

評点(○●●●●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
○あり ●なし	2. 精神的なケアが必要な利用者に対して支援の体制を整えている	○非該当
○あり ●なし	3. 日常生活上で介護予防につながるような働きかけや工夫をしている	○非該当
○あり ●なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当

評価項目4の講評

利用者が望む健康増進の内容を把握することを望む

いきいき体操とレクリエーションを組み合わせた介護予防プログラムを1週間に1回実施し、そこに20人程度の利用者が参加している。また、ラジオ体操の放送を流したり、戸外に出て身体を動かす機会を作るようにしている。しかし、利用者聞き取り調査では、利用者が期待することと介護予防の実施内容に隔たりがあることが分かった。より自立的な暮らしを送るために希望することの内容把握を前提に、例えば、市の事業や近隣のさまざまな介護予防プログラムの情報を提供し、利用者自らが健康増進に取り組めるよう支援することを期待する。

健康状態や体調の変化に対応する健康相談体制のいっそうの整備に期待する

健康維持は基本的に利用者の自己管理となっているが、職員は日頃の観察から利用者の状態の変化を見落とすことがないように申し送り等で情報を交換している。利用者の体調の変化に気づいた職員は、看護師である施設長や生活相談員に速やかに相談し対応する体制を整えている。その一方で、利用者調査の結果は、相談できる職員がいると回答した利用者は6割である。相談機能はケアハウスとして重要な機能であり、職員も利用者からの健康相談に応じられる体制を一層整えたいと考えている。相談機能の充実を期待する。

緊急時の対応マニュアルを整備している。精神的ケアの充実を期待する。

心不全、骨折、持病の悪化、脱水など、利用者の体調変化に迅速に対応するために、緊急時対応マニュアルを整備している。健康不安が強く一日中血圧計から離れられない、生活の中で能動的な楽しみや役割をもてずに夜眠れないなど、精神的なケアが必要な利用者には職員全員で注意を払う、言葉をかける機会を増やすなどの対応をしているが、それらが個別の支援計画に位置付けられていない。支援が必要になっている状況をアセスメントをするために個人面接をするなど、さらなる取り組みを期待する。

5 評価項目5

日常生活では、利用者の状態や意思を反映した支援を行っている(食事・入浴以外)

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じて、身の回りのことができないときには支援する体制がある	○非該当
●あり ○なし	2. 掃除や更衣など身の回りのことを自分で行うのが難しくなった利用者には外部サービスの利用ができるよう支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 区市町村・福祉事務所等と連絡をとり、必要に応じ利用者への情報提供・手続き等の援助を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者同士の人間関係を良好に保つ工夫をしている	○非該当

評価項目5の講評

一時的に介助が必要な場合も、安心して生活が送れる支援体制を整えている

支援は必要最低限に留めて、できるだけ自立して暮らしていく意欲を高めるよう支援している。一方、利用者の体調が悪いときなどはポータブルトイレを設置するなど必要に応じて迅速に対応している。介護保険の認定を受けていない利用者が一時的に介助が必要となった場合は、まず職員が必要な支援を行いながら家族に状況を連絡して対応を相談している。利用者や家族から依頼があれば、シルバー人材センターのボランティアヘルパー等の外部サービスが利用できるように支援体制を整えている。

関係機関と連携して福祉制度の情報を提供したり、相談窓口を紹介している

日常生活の一部に見守りや介助が必要な場合は、利用者・家族と相談し、地域包括支援センターや居宅支援事業所、社会福祉協議会、福祉事務所等を紹介したり、直接連絡するなどして、必要な支援が利用できるようにしている。社会福祉協議会が行っている日常生活自立支援事業のサービスを利用したり、介護保険の認定を受けて新たなサービス利用につながった事例などがある。事業所はこれまで成年後見制度の利用実績はないが、今後は情報提供が必要となると考えている。

利用者同士の人間関係に配慮しながら観察し、必要に応じて支援している

職員は利用者同士の人間関係に配慮し、日ごろから利用者の日常生活の様子を観察し、良好な関係を保てるように配慮している。特に利用者同士の交流が多くある食堂では食事席の配置に気を配り、利用者同士の関係作りが円滑に進むように配慮している。また、談話コーナー以外にも椅子を設置し、利用者同士がちょっと腰かけておしゃべりができるような工夫をしている。

6 評価項目6 利用者の生活が健康で明るくなるよう、施設の生活に工夫をしている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 施設内で利用者一人ひとりに応じた役割や生きがいを見出せるよう支援している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目6の講評		
<p>行事や余暇活動を楽しめるよう、生活の中で役割が得られるように工夫している 生活を楽しむことができるようにさまざまなプログラムや機会を提供している。囲碁クラブや生け花クラブ、詩吟クラブや映画クラブ、書道、カラオケなどのクラブが活動している。事業者は庭を手入れしてベンチを設置したり、88か所の霊場巡りを模した散歩コースを整備したり、外に出かけたくなる工夫を凝らしている。役割づくりでは新聞の取り込み、食事の下膳手伝い、雑巾づくり、畑作りや花づくり、ヤギや猫など小動物の世話といった機会を設けている。市の事業や地域の行事などの情報を提供し、利用者の意向をさらに引き出す取組みを期待する。</p> <p>施設の生活は他の利用者に迷惑を及ぼさない限り自由である 他の利用者の迷惑になったり、自らの健康に影響を及ぼさない範囲であれば、施設内の活動は原則自由である。飲酒や喫煙、出前を頼んだり自分で調理することもできる。外出や外泊も推奨している。ただし、施設が提供する食事は、体調不良等やむを得ない場合は居室に配膳するが、原則として食堂で提供している。利用者聞き取り調査では、施設の生活が自由だと感じているものが88%である。</p> <p>共用スペースの清掃を定期的に行い、快適に過ごせる環境維持に努めている 食堂やトイレなどの共用スペースはシルバー人材センターから派遣される環境整備員と職員が定期的に清掃を行い、清潔と安全、快適に過ごせる環境の維持に努めている。清掃は現場の写真を豊富に用いたマニュアルに従って行われている。利用者聞き取り調査ではトイレがいつも綺麗であると答えた者は95.3%である。廊下の照明が暗く感じたが、近日中に照明器具の交換を予定しているとのことである。古い歴史がある施設では住環境の快適さを保つために、適時、住環境の専門家による環境チェックを導入することも考えられる。検討を期待する。</p>		

7 評価項目7 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(○○○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 家族との接し方について本人や家族等の意思を確認している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 家族が参加できる施設の行事を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 緊急時に家族等と連絡が取れる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	5. 家族からの相談に対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目7の講評		
<p>利用者が家族や施設職員等と交流できる行事を開催している 季節に応じた行事を開催して、家族参加を積極的に呼びかけている。敬老会は家族や職員、ボランティアが参加して、茶話会形式で開催している。運動会は玉入れやビン倒しなど利用者と家族と一緒に楽しめる種目を用意して、利用者と家族、施設職員が交流できるようにしている。今年度は職員全員が準備にかかわってカレーパーティを開催することができた。利用者や家族のみならず、担当ケアマネジャーや地域の人々、ボランティアが参加して、施設と家族、関連専門職や地域住民との交流・連携を図ることができた。</p> <p>施設と家族の連絡は、利用者と家族の関係に応じて配慮している 利用者の家族関係はさまざまであり、個別の事情に十分配慮している。連絡等による家族との接し方については、利用者と家族双方の意思を確認して行っている。緊急時には速やかに家族・保証人と連絡が取れるようにしている。家族や親族が施設を訪れた際には利用者の居室や談話コーナー、ふれあい館でゆっくり話することができる。ゲストルームに宿泊することもできる。家族の施設滞在時にはできる限り利用者とゆっくり過ごすことができるよう配慮している。</p> <p>利用者・家族を支える相談機能の発揮を期待する ケアハウスにおいては日常的な直接的支援は必要最低限に留めて、できるだけ自立的に暮らしていく意欲を高めるように支援することが原則ではある。しかし、利用者の聞き取り調査では生活相談のニーズは低くない。利用者が相談に来るのを待っているのではなく、生活相談員の側からさまざまな機会を利用して働きかけて(アウトリーチ)、利用者・家族が施設の相談機能を利用しようと思えるようになる活動を期待する。</p>		

8 評価項目8		地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している		○非該当	
●あり ○なし		2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している		○非該当	
●あり ○なし		3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている		○非該当	
評価項目8の講評					
<p>施設内の掲示板を通して、利用者に地域の情報を提供している 施設内の掲示板にスーパーマーケットや病院など、生活に密着した地域資源の地図情報を提供している。施設を訪問する家族にも好評とのことであるが、照明は暗く、目立ちにくいところに掲示してあるのが残念である。さまざまな地域情報やイベント情報を一緒に提供して利便性を高め、利用者が街に出かける契機になることを期待する。照明は改善計画があるということで期待したい。</p> <p>地域資源を活用し、利用者が主体性を持って生活できるように買い物バスを運行している 利用者の外出は基本的に自由であるため、利用者は近隣のスーパーマーケットや病院、銀行などを利用している。施設では買い物バスを運行して外出を支援しており、好評である。施設への出張販売や訪問理美容のサービスも利用できるようにしており、できる限り利用者が主体性を持って自由に生活できることを心がけて支援を行っている。</p> <p>地域のさまざまな人とふれあう機会を設けている 地域住民の囲碁クラブに施設を開放したり、行政が実施する住民検診に施設を提供している。施設のクラブ活動の講師を地域ボランティアに依頼している。地域の婦人会が開催する敬老会に出席するなど、利用者が地域の一員として生活する機会を作るように努めている。</p>					

社会福祉法人天神会

ケアハウスこうのしま荘 御中

2014年度第三者評価総評

2013年から先駆的に福祉サービス第三者評価を受審し、法人を挙げてサービスの向上と改善に取り組んでいます。昨年度は、2つの高齢者福祉施設が受審を済ませ、今年度の対象事業所の一カ所が貴事業所です。第三者評価の活用を掲げる法人の方針及び貴事業所が積極的に第三者評価に臨んだことに敬意を表します。

本事業所は平成5年に開設、平成7年には阪神淡路大震災の被災者を、入居者として受け入れています。そして平成12年度の介護保険の開始により、入居者は、外部の事業者から介護保険サービスを利用できるようになりました。このような変遷の中、利用率を見たときに、平成25年度末から利用率は80パーセント台になっています。このような現状から、管理者は、今後当事業を維持・向上させてゆくために、利用者になることが予測される地域の高齢者数やニーズ、そして同様のサービスを提供する競合事業者の特徴など外部環境を分析し、選ばれる事業所になることが課題であると語っています。適切な認識だと判断できます。

施設長は、第三者評価の受審に当たり今後の課題として、重要な順に以下の3点を挙げています。

- 1) 低所得者が利用できる施設であるという周知を図る
- 2) 老人保健施設や特別養護老人ホームへ繋ぐまでの安全管理や生活支援の構築
- 3) 職員が利用者支援に力を注げる環境づくり

この問題意識を受け止め、第三者評価の総評を以下に提案させていただきます。

<評価結果>

○特に優れていると思われる点

1、施設長は、職員との日ごろのコミュニケーションに配慮、またOJTなど学ぶ機会の充実に取り組んでいる

本事業所は職員6名（常勤4名、非常勤2名）と小規模である。全職員が参加する月1～2回の職員会議は事業運営や利用者支援に関することなど、事業所内のすべての事案を検討している。また月1回の内部研修の定例化と、外部研修に参加した場合は職員会議で報告するなどの取組みがあり、職員自己評価では、互いに学ぶ機会があることに関しては肯定率が高い。これは施設長が掲げている今後の課題「3）職員が利用者支援に力を注げる環境づくり」への取組みといえる。

施設長は、自らの役割を安全管理と事業の継続に必要な人材育成、財務状況の把握、事故・ヒヤリハットへの対応、介護記録の点検など、日々の変化を把握し対策を講じることが役割であり、加えて利用者と職員を守り、全ての責任は自分にあると総括している。職員自己評価では、管理者の役割と責任の執行についての肯定率が高く、リーダーシップを発揮している状況といえる。またチームワークの良さを感じさせられる職場である。

2、利用者と家族との関係に配慮しながら、家族に参加を呼びかける行事を開催している

利用者と家族の関係はこれまでの生活も影響して様々である。利用者の中には、家族への連絡を最小限にすることを希望する利用者がいる。その一方で家族が利用者や本事業所からの連絡を望まない場合もある。そのため事業所としては、利用者本人の気持ちを第一に考えながら、家族関係に配慮している。これらの事情を踏まえた上で、事業所は季節に応じた行事を開催して、家族の参加も呼び掛けている。参加を呼びかける行事としては、敬老会や運動会などがあり、そこにボランティアも参加して、利用者が家族と楽しめるプログラムを工夫して提供している。

今年度は職員全員が準備に関わった新たな行事として、事業所の前庭でカレーパーティを実施した。利用者・家族のみならず、担当ケアマネージャーや周辺地域の人々とボランティアが参加し、利用者と家族が、事業所職員のみならず、関連専門職や地域住民との交流を深める機会とすることができた。これは事業所が開催する「イベント行事」を、地域に開放しておこなう形であり、利用者の人間関係の交流範囲を、家族と職員だけに留めない活動として評価する。

○改善が必要と思われる点

1、事業計画策定・実施・進捗状況の把握などの一連のプロセスについて理解を深め、職員参加の上で策定することを期待する

理事長方針として3年間の経営目標（取組み、方向性、重点施策）を掲げ、徐々に取り組んでいる状況である。この方針を受け、本部長及び施設長が方針と重点施策を定めている。しかし、年度事業計画には、重点施策に取り組む際の具体策、数値目標、指標、担当者などの明示はなく、成果の評価は困難である。そして進捗状況は施設長が意識して取り組んでいる状況である。職員自己評価では、中・長期計画及び年度事業計画の策定、年度事業計画の策定のプロセスにおける職員参加についての肯定率は低い。事業計画策定の目的を理解することから始まり、計画すべき内容、策定のプロセス、進捗状況の確認など一般的な見直しが必要である。施設長が掲げる今後の課題であり、重要性が高い課題「1）低所得者が利用できる施設であることの周知」「2）老人保健施設や特別養護老人ホームへつなぐまでの安全管理や生活支援の構築」は、中・長期計画化して取り組むことが必要である。また年度事業計画で実施すべき課題を明確にし、確実な実行とその評価が求められる。法人を挙げて取り組むことを期待する。

2、相談機能の強化を期待する

ケアハウスにおける利用者支援のポイントは、利用者の自立的生活に向けた支持的関わりにある。それを象徴する言葉として「賄つき下宿」がある。とはいえ現在の利用者は、介護保険サービスを利用している利用者から、単独で外出できている人まで、その自立度には幅がある。その中で事業所が担うべき役割として、全利用者に対する相談機能と安全の確保が位置付けられている。

本事業所における相談体制は、現在のところ「利用者が相談に来るのを待つ」姿勢である。これに関する利用者面接調査の結果を見ると、相談したいことがある 21,9%、先行きに不安がある 34,4%と回答しながら、相談できる職員がいると回答した利用者は 60,9%である。その一方で、職員の態度や言動については 92,2%が肯定的回答をしている。職員への好感度を活かし、利用者のほうから職員に相談を持ちかけるようにするにはどのような取り組みがあるのか検討が必要である。まず職員は、利用者個人が気にしていることや悩んでいると思われることを想定できなければならない。そして職員の方から、話しかけるのである。すなわち「相談日」を設けたりするだけではない関わりから始めることであろう。一つの提案であるが、安全確認のために定期的に部屋を訪れ、家

具の配置や不都合な部分はないかを確認するといった営繕的関わりである。これらを積み重ねることで、利用者と職員の関係は深まる。話しかけられることや部屋まで来てくれる職員は少ないと言った利用者意見もある。身体的自立度が保たれている利用者であるがゆえにこれらの関わりがより重要になると考える。

3、「利用者に必要な支援を明らかにするためのアセスメント強化を期待する」

利用者の心身の状況や生活状況を「入居時状況表」に記入して、これをアセスメントの実施としている。しかしながら、この表には利用者の入居前の生活状況を記入する欄が設けられていない。また、利用者の心身状況についても、生活動作などの自立度を、自立、一部介助、全介助で記入する様式で、どのような介助をしているのか、またその介助を必要とする原因（障害・疾病・環境等）まで記載するスペースもない。そのため、介助が必要となっている事項を中心にした計画を作成している。なぜ介助が必要になっているのかをアセスメントすることで、より自立的な支援計画となり、介護保険サービスの導入や適切な福祉用具の活用ができる。

また、個別処遇計画書の作成にあたり、改めて利用者の意向を確認していない。そのため計画に関する利用者説明も実施していない。これは利用者面接結果にも表れており、他のアンケート項目回答と比較しても、肯定率は明らかに低い。利用者を生活の主人公として位置付け、どのように暮らしたいのか、その際不都合になることは無いか等を利用者から尋ねる姿勢が何より求められる。そして可能な限り自立的な利用者それぞれの暮らしを安全に送れることをめざした、さらなる取り組みを期待する。