

平成30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【A型】  
軽費老人ホーム ケアハウスこうのしま

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
組織マネジメント項目 .....	1
サービス提供のプロセス項目 .....	11
福祉サービス第三者評価「総評」 .....	23

### 【添付資料】

- ◆ 職員自己評価・利用者【聞き取り】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30年6月13日
- (2) 情報収集の実施（調査）
  - ① 職員自己評価 平成30年7月17～31日
  - ② 利用者【聞き取り】調査 平成30年8月31日～9月1日
  - ③ 事業所訪問調査 平成30年10月16～17日

### 2. 利用者調査

- (1) 調査の方法 利用者聞き取り調査
- (2) 調査対象者数 利用者86名  
〔聞き取り面接者数70名／有効回答68名（有効回答率97.1%）〕

### 3. 評価調査者

鳥海 房枝  
北村とし子  
田中 稔  
塚田 章宏

### 4. 評価決定合議日

平成30年11月25日

### 5. 本評価に関する問い合わせ先

- (1) 評価調査責任者 特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー 鳥海 房枝
- (2) 評価責任者 特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー 代表理事 新津ふみ子
- (3) 連絡先  
特定非営利活動法人 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)

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 6/7
	評価項目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)を周知している <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	◎あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	◎あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
	評価	標準項目
	◎あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float: right;">○非該当</span>
	◎あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している <span style="float: right;">○非該当</span>
	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 <span style="float: right;">評点(〇〇●)</span>	
	評価	標準項目
	◎あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている <span style="float: right;">○非該当</span>
	◎あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <span style="float: right;">○非該当</span>
	○あり ●なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <span style="float: right;">○非該当</span>
	カテゴリ1の講評	
	法人は基本方針等を明示し、小冊子に掲載して全職員に携行させて理解促進に努めている 当法人では「愛と献身」を基本方針とし、経営基本方針や教育基本方針等を明示している。それらは事業所内に掲示するとともに法人のホームページ、パンフレット、広報誌(天神だより)、全職員が携行する小冊子「てんじん心得帖」(新規に平成29年4月に発行し順次改定)に掲載している。また、毎年4月に全事業所が参加する「施設方針発表会」を開催し、理事長が当該年度の方針等を発表して職員への理解に努めている。当事業所では平成30年度のカレーパーティーに初めて家族も招き、当事業所の方針や法人内各事業所の概要を説明する機会を設けた。 施設長は利用者の意向把握と安全、職員の考えの集約、事業所の環境整備を重視している 施設長の役割は「職務分担表」に規定され、諸規程の一つとして事務所に配置されている。当事業所の施設長は法人内の他事業所の勤務を経て当事業所の施設長に就任して9年目である。自らを理事長の方針を職員に伝えるパイプ役とし、利用者の意向把握と安全、職員の考えを集約して一定方向に向けていくこと、事業所の環境、特に事業所内が殺風景にならないことなどを重視している。また行事の目的や意味を職員に理解してもらうことが法人の理念や方針に直結すると考えている。なお、施設長は自らの役割と責任に関する周知は十分ではなく課題としている。 重要案件の職員に対する周知は案件によって随時あるいは職員会議等を通じて行っている 法人からの重要案件の職員に対する周知は、職員数が少ないため緊急なものは随時行える。会議は職員会議(法人の経営会議の伝達など)と施設運営会議(当月の行事や研修に関する協議など)を毎月開催して必要な情報共有を図っている。利用者に対しては、感染症や事業所内の工事など生活に直接影響する情報は食堂前と各フロアの廊下に掲示し、さらに食事の際に口頭で伝えることもある。事業所の方針等を周知する取組み(カレーパーティーへの利用者および家族の参加)は本年度からの取組みである。周知方法などの工夫も含め、さらなる取組みに期待する。	

2 カテゴリー2		
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		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について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な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 4/5
評価項目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)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 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. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 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

## カテゴリー2の講評

### 利用者アンケートの定期的な実施や職員の日常的なやりとりで現状の把握に努めている

利用者アンケートを年2回行い、食事、日中活動、職員の態度などに関する意向を把握して集計結果と改善事項は食堂前に掲示している。事業所運営(研修テーマ、行事内容等)に関しては職員会議等で協議するが、意見があれば施設長と直接相談する。地域の福祉ニーズは行政や地域包括支援センターとのやりとりはあるがニーズ把握を目的としたものではなく、福祉業界に関する情報は全国組織からのメールや雑誌で把握する。経営状況は法人の予実会議で各事業所の収益、利用者数等を共有している。しかし、ニーズの検討と課題の抽出は必ずしも十分ではない。

### 可能な数値化を含めた目標設定、具体策、実施体制などより具体的な計画策定を期待する

法人では理事長の方針を「中期経営計画」としてまとめ、施設経営やサービス提供における方向性などを定めるとともに重点施策を明示している。そして当事業所では法人の中期経営計画の各項目に沿って中期経営計画と単年度の事業計画を定めている。しかし当事業所の中期経営計画と事業計画の各重点施策の記述は全く同じ内容である。現状分析に基づく中期的な目標とそれを実現する具体的な取組みに関する記述がいずれも抽象的であることが主な要因と考えられる。可能な数値化を含めた目標設定、具体策、実施体制など、より具体的な計画の策定を期待する。

### 取組みの達成度等を検証して次年度の事業計画につなげるなどのプロセスは十分でない

当事業所独自に年度の「予定表」を作成し、月ごとの行事の名称、研修テーマ等を明示している。これを基本に各担当者が立案し、施設運営会議で協議しながら事業を進めるしくみである。これらによってスケジュールの管理は行えているが、各取組みがめざす目標レベル(可能は範囲の数値化を含む)、達成度の指標などが設定されていないため、取組みの達成度の確認や検証によって課題を明確にし、それを次年度の事業計画に繋げるプロセスとしては十分でない。具体的な事業計画を策定し、より着実に目標達成に向けた取組みの実現に向けた取組みに期待する。

3 経営における社会的責任			カテゴリ-3
サブカテゴリ-1(3-1)			
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	2/2
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、遵守されるよう取り組んでいる		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、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(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(3-2)			
利用者の権利擁護のために、組織的な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	4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待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、組織的に防止対策を徹底している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として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
サブカテゴリ-3(3-3)			
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	1/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる		評点(〇●)	
評価	標準項目		
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(●●●)	
評価	標準項目		
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている		<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している		<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当



カテゴリー3の講評

苦情解決制度に関する利用者等への周知について、より積極的な取組みが求められる

法人は「てんじん心得帖」を職員に携行させ、法令遵守や社会福祉法人に期待される役割、個人情報やプライバシーの保護などを明示している。当事業所では職員の理解度を確認する機会は設けてはいないが、施設長は事業所内研修の機会にこれを読み合わせ、職員の理解促進に努めている。利用者からの意見等には施設長を中心に対応している。しかし、苦情解決制度について重要事項説明書に明示しているが、事業所以外の相談先を遠慮なく利用できることを特に説明してはいない。事業所内に分かりやすく掲示することも含めてより積極的な取組みが求められる。

虐待防止を研修テーマに掲げて学んでいるが、より徹底した理解と対策が求められる

虐待防止について事業所内で毎年研修テーマに掲げ、利用者に対する言葉かけが不適切と思われる場合には職員同士で指摘している。また、人事考課制度の中で作成する「セルフチェックシート」に「利用者を理解・尊重し、優しく接したか」「利用者への挨拶、声かけや言葉遣いは適切だったか」の項目があり、年2回自ら振り返っている。仮に虐待案件を発見した場合には地域包括支援センターに連絡することを職員間で共有する。しかし、自覚の有無にかかわらず行われる可能性のある不適切な対応について、職員のより徹底した理解と対策が求められる。

当事業所に関するホームページ等での情報公開について取組みの強化を期待する

法人がホームページとソーシャルネットワークサービスを運営している。ホームページには法人の理念、事業概要、福祉サービス第三者評価の受審結果、法人内研修、決算情報等を掲載している。印刷物では法人パンフレットのほか「天神会だより」を年4回発行し、利用者および利用者家族のほか、関係する市町村行政、実習関係の学校、近隣の住民、福祉施設などに配布している(発行部数:利用者を除き300部)。なお、ホームページには各事業所の情報を掲載することができるが、当事業所の今年度の情報更新は滞っている。取組みの強化を期待する。

4			カテゴリ4	
リスクマネジメント				
サブカテゴリ1(4-1)				
リスクマネジメント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 4/5	
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			評点(○○○○●)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている			○ 非該当
● あり ○ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している			○ 非該当
○ あり ● なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる			○ 非該当
● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる			○ 非該当
サブカテゴリ2(4-2)				
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4	
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			評点(○○○○)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している			○ 非該当
● あり ○ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている			○ 非該当
● あり ○ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している			○ 非該当
カテゴリ4の講評				
<p>転倒等の要因分析をした結果を予防につなげている</p> <p>利用者が安心して暮らせる生活の場づくりを事業所の基本方針として、安全性に配慮した支援に取り組んでいる。事業所でリスクの高い順に転倒次いで感染症の蔓延という。転倒の要因分析の結果、浴室の床面を改修、手すりの増設をして効果を出している。また、エレベーター利用時に扉に挟まれるなどの事故に対応して、エレベーターの扉を開閉時間を延長させるなど即応に努めている。こうした事故やヒヤリ・ハットは相談員を中心に現場検証をした結果を所定の様式に記載。さらに集約したヒヤリ・ハット等は年2回開催の「介護事故防止委員会」で検討する。</p> <p>施設の平面図を各居室におき、火災時等、自主的に避難できるよう配慮している</p> <p>感染症対策にマニュアルを整備している。インフルエンザ等の好発期には、手洗い、うがい等の標準的予防対策を強化する。利用者一人ひとりが予防対策の重要性を自覚できるよう「ポスター」を掲示している。災害については火災を想定した避難訓練を実施し、有事の際に活用できるよう「平面図」を各居室に置いている。BCP計画は「いかに命を守るか」を基本方針として、法人が作成しており事業所ではそれを準用するとしている。計画の内容は介護要員の確保の方法や事業所の復旧をフローチャートにまとめている。職員、利用者への提示はこれからである。</p> <p>利用者の個人情報等、法人の文書規程に基づき適切に管理している</p> <p>利用者の個人情報の取り扱いに関して、法人のプライバシーポリシーに沿い、利用目的を明記した文書で利用契約時に説明し同意を得ている。外部と個人情報をやり取りする際は、同意を得た範囲内とすることを原則にしている。重要事項説明書には職員及びボランティアの守秘義務について明確にしている。事業所内におかれている4台のパソコンには、それぞれ職階によるパスワードでアクセス制限を設けている。法人の文書規程で、廃棄や開示請求への対応を取り決めている。職員の情報管理意識向上に毎年、研修を実施している。</p>				

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・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 9/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成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. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(○○○●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲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. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2(5-2)

組織力の向上に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

3 / 3

評価項目1

組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に  
取り組んでいる

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリー5の講評

採用は法人が行い、学校訪問、職員による紹介制度、退職者の再雇用等の工夫をしている

職員の採用活動は臨時職員(常勤パート)およびパート職員(短時間勤務)も含めて法人の人事担当が行う。専門学校や高等学校への訪問、岡山県域で行われる就職イベントへの参加、ハローワークへの登録、職員による紹介制度などに取り組んでいる。法人全体では現状で新規採用者の約半数が高卒である。そのほか、退職者の再雇用やその紹介による人材確保にも努めている。当事業所では例年7月頃に次年度に必要な職員数、資格、勤務時間帯等の条件と業務内容を法人に提出し法人本部と調整して配置される。当事業所の離職者は平成29年度には無かった。

施設長は個々の職員の希望や担当業務を勘案して外部研修に参加させている

法人は「人材育成方針」を定め、「人材育成の目的」や「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」等を明示している。キャリアパスは法人で検討中であるが、職員育成の計画と実施は法人のヒューマン・リソース室が担い、そのほか委員会主催の研修や事業所内での勉強会も行っている。職員は毎年度「教育・研修計画(個人票)」を作成し、「取得したい免許・資格・技能」や今後「知りたい知識」「身につけたい技術」等を明示する。施設長は外部研修に職員を参加させる際にこれを参考にしたり担当業務に関係する研修に参加させたりしている。

法人として平成30年度から「健康経営」を標榜して「働き方改革」に取り組んでいる

法人は人事考課制度を導入し職員の自己評価と考課面接を行って賞与に反映させる。称賛の機会では平成29年度から採用した車両管理システムによる「安全運転表彰」「善行表彰」「改善提案表彰(QC活動)」がある。また、健康管理部会やハラスメント委員会などがそれぞれメンタルヘルスやハラスメントに関する研修や相談窓口の設置などに取り組んでいる。法人では平成30年度から「健康経営」を標榜して「働き方改革」に取り組み、プロジェクトを立ち上げて残業時間の削減やワークライフバランスの向上、AI化・IT化の検討などを行っている。

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

・当事業所では、平成29年度の事業経営に必要な財源を確保するためには、利用者数の一日平均が86名、稼働率にして95.5%と算定し、これを年間稼働率の目標値に掲げた。これらは平成29年度に必要な人件費、事業費、物品の補修費等の執行のために必要最小限なものであり、事業所の経営にとって重要な目標値であった。  
 ・施設長や生活相談員の経験上の認識では、利用者の契約に結びつく経路は病院(ソーシャルワーカー)や地域包括支援センター(介護支援専門員など)からのいわゆる「ロコミ」が多いことから、パンフレットを作成し、主に施設長が市内の病院や地域包括支援センターを訪問して事業所のPRに努めた。パンフレットはA4判1枚で、当事業所での行事の様子を写真付きで掲載したほか空部屋の状況を一人部屋、二人部屋、和室ごとに人数を表示して具体的に理解してもらえるように工夫した。  
 ・平成29年度の稼働率は95%と、概ね目標を達成することができた。病院等への訪問活動がどの程度に効果があったかは分析していないが、当事業所では利用者の確保を平成30年度のQC活動のテーマに取り上げることとし、平成30年度での取組みに繋げている。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む)</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> <li><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

〔目標の設定と取組み〕  
 事業所の経営維持に必要な「稼働率」を目標に設定した。そして施設長が利用者の重要な入所経路となっている病院等の関係機関を訪問して利用者確保に向けた周知に取り組んだ。そのために新たにリーフレットを作成し、写真での行事紹介や空き部屋の状況を部屋の種類別に具体的に表示して現状を分かりやすく伝える工夫に努め、概ね目標を達成した。

〔取組みの検証〕  
 関係機関への周知の取組みは平成29年度事業計画に明示されておらず、事業報告にも記載はない。また、周知方法、ツール、対象、時期などが適切だったかなど、取組みの検証を行っていない。

〔検証結果の反映〕  
 ・目標達成が取組みの効果かどうかは不明である。また、平成30年度のQC活動のテーマに掲げることにはしたとはいえ、平成29年度に取り組んだことでの課題を明確にしておらず、次期事業計画への反映もなされていない。  
 ・利用者の安定的な確保は継続的な経営において重要課題である。それだけに、目標やその達成に向けた具体的な取組みの事業計画等への明示、実施体制やスケジュールの設定、取組みが効果的であったかの検証、次年度事業計画への反映といった一連の取組みが求められる。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

・QC活動として、「いきいき体操クラブ」と「サポート活動」への男性参加率をそれぞれ20%向上させることを目標に設定した。数年前から余暇の充実と介護予防を目的に「映画観賞」など7つのクラブ活動を行ってきたが、この二つの活動を取り上げた理由は、介護予防の観点から参加してほしい男性利用者が複数いること、さらに「サポート活動」についてはより多くの利用者に当事業所に対する愛着を持って欲しいこと、などであった。  
 ・取り組みは生活相談員がリーダーとなり、他の全職員がメンバーとなって進めた。「いきいき体操クラブ」では周知方法の改善、体操内容の見直しなどに、「サポート活動」では男性利用者に対するアンケート実施と分析、周知方法の改善、ポイント制導入などに取り組んだ。  
 ・両活動とも目標は達成できなかったが、新たな男性利用者の参加が得られた。取り組みの検証は行っていないが、平成30年度には施設運営会議での年間計画の共有、定期的な内容検討、周知方法の改善などに取り組むこととした。  
 ・当事業所では一連の取り組みによって、マンネリ化した取り組みに対してチームとして役割分担し、計画的に取り組むことである程度の成果を上げられることを実感している。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった</li> <li><input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった</li> </ul>
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った</li> <li><input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた</li> <li><input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない</li> <li><input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である</li> </ul>

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

〔目標の設定と取り組み〕

法人全体の取り組みであるQC活動において、当事業所では日中の活動への男性利用者の参加促進が課題だったことから、「参加率向上」を目標に掲げて生活相談員をリーダーに取り組んだ。QC活動は小グループによる改善活動であり、当事業所では全職員6名で一つのチームを構成して取り組みを進めた。そのため、選定したテーマに対する要因分析、対策の検討と実施、効果の確認、標準化と管理の定着、活動の反省、にいたるQC活動の所定のプロセスに沿って取り組んでいる。

〔取り組みの検証〕

このテーマとした課題やその解決に向けた取り組みは平成29年度事業計画から具体的に読み取ることはできない。また、取り組みの検証は職員の感想程度にとどまっており、その点はチームリーダーであった生活相談員も認識している。

〔検証結果の反映〕

この取り組みが参加者の増加に結び付いたのか、課題は何かなど対象となった男性利用者へのヒヤリングなども含めて適切に振り返り、次期事業計画に反映させるプロセスが重要である。なお、マンネリ化した取り組みに対策を講じ、一定の成果が得られたことは課題解決の可能性を実感したという意味で職員の学びにつながっている。

## Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○ 非該当
サブカテゴリー1の講評		
<p><b>事業所情報をホームページやご利用ガイドブックにて提供している</b>            利用希望者等が入手できる情報媒体として主に「ホームページ」と「天神会施設ご利用ガイドブック」がある。ホームページの本体は法人本部が作成しており、当事業所が作成できる範囲は施設内や行事等の写真の更新である。当事業所は情報機器の取り扱いが得意な職員が少ないということもあり更新が滞り気味である。それらのことを職員も意識しており、多忙な業務の中でも更新ができるよう業務の効率化を検討し、法人本部と協働する方法を模索している。定期更新により新しい情報を利用希望者に届けられる体制の構築に期待したい。</p> <p><b>事業所圏内の関係機関に対して情報提供をしている</b>            昨年度は、当事業所のある井笠圏内の行政機関や地域包括支援センターを中心に、居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)、病院の医療相談員等に本法人のガイドブック、空き状況、全国老人福祉施設協議会が作成した「ケアハウス」の冊子を持参する等の広報活動を展開した。その際には空き情報だけでなく、「ケアハウスの持つ機能」についても広報した。また、随時の問い合わせには、ガイドブック等を郵送する等、柔軟に対応している。しかしながら定期的な広報活動の実施には至っていないため、計画的な広報活動実施に向けた体制作りを期待したい。</p> <p><b>見学者等の状況や都合を考慮した柔軟な対応をしている</b>            利用希望者等からの問い合わせや見学希望者には、生活相談員及び施設長が窓口となり対応している。見学日時等は利用希望者の都合に十分配慮しながら対応している。随時・突発的な見学にも柔軟に対応することで利用促進に努めている。また、施設見学の際には、他の利用者にも配慮しながら、空き室を見学してもらう等して、施設内の設備や雰囲気を感じてもらえるよう心がけている。見学時には「施設サービスのご案内」や「入居者心得」を使いながら、入居後の生活の不安を少しでも解消できるよう努めている。</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

7/7

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(〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○ 非該当

評価項目2

サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○ 非該当
◎ あり ○ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○ 非該当
◎ あり ○ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○ 非該当
◎ あり ○ 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行っている	○ 非該当

サブカテゴリ-2の講評

入居は本人の同意を得ることを基本に説明している

入居に当たっては利用者本人の同意を得ることを基本として、契約時には家族や身元引受人の同席を依頼することで、入居後のトラブルの回避に努めている。説明の際には、一番関心のある利用料金と施設の特性について、重要事項説明書や入居者心得を使用し丁寧に実施している。そして利用者がわかりやすいように当事業所での暮らしを「賄い付き下宿」と表現して、納得や同意を促している。また、介護認定を受けている利用者には、担当ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員と協働して対応することで入居がスムーズになるよう努めている。

入居判定会議に介護職も参加することで、入居時の情報共有を図っている

入居の際には、見学時や入居前訪問時の状況を「入居前状況シート」に整理し、それをういて入居判定会議を開催している。本年度より会議には施設長、相談員の他に、介護職も参加することで、入居時の情報共有を図っている。以前は、入居判定会議に介護職の出席がなかったことで、入居時の利用者の状況の共有が図りづらかったことが課題としてあったが、現在はこれまで以上に職員間の情報共有を図ることができている。入居申し込み→入居前訪問→入居判定会議→入居といった一連のプロセスの連動により情報共有が図れるようになってきた。

サービス終了後の次の施設への円滑な移行を支援している

当事業所はケアハウスという特性上、重度の介護状態になった場合等にはサービスを終了して次なる施設等への移行を支援している。昨年度は27件のサービス終了があり、在宅復帰等3件、他施設への移行が20件、医療機関へ入院等が4件となっている。その際には、その後のサービス利用が滞らないよう必要な情報の提供をするなどしている。また、入居中の利用者に対しても、身体機能や認知機能が徐々に落ちてきたら介護保険サービスの利用を提案する等、利用者の状態に応じたアドバイスや支援により、不安の軽減に努めている。



サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリー毎の  
標準項目実施状況

11/11

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(〇〇〇)

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(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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 checked="" type="radio"/> あり <input 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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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(〇〇)

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

サブカテゴリー3の講評

アセスメント表に利用者本人の意向確認欄を設けることを期待する

入所判定会議への職員の参加率を高めたことで入居時の状況把握は向上している。一方、アセスメント表(入居前状況シート)には、本人や家族の意向の確認欄がないために、現状では「精神的支援」欄に意向確認の記録をしている。そのため、精神的支援と本人の意向が混同することも否定できない。入居前訪問時や契約時に意向確認したことを「精神的支援」とは別に記録化することで、入居前の生活の継続性と本人の意向を踏まえた支援の計画が回りやすくなるものとする。記録様式の見直しを期待する。

処遇計画書は定期的な見直しをしている

処遇計画書は、入居時に暫定プランを相談員が作成し、入居後1カ月を目処に本プランを居室担当職員が作成する。その後は6カ月ごとに評価を実施し、1年後には計画を見直ししている。要介護認定を受けている利用者の場合には、ケアマネジャー等の開催するサービス担当者会議に出席した後に、その情報を基に事業所内でケア会議を開催して計画を作成している。利用者調査の結果では、計画書やサービス内容の理解への肯定率が低い。ケア会議等への利用者の出席率を上げ、意向の確認と計画書への理解度を深める取り組みの強化を期待する。

利用者を取り巻く新しい情報の共有を図っている

日頃の支援経過の記録にはパソコン内の記録システムを使用している他に、「日常生活支援実施表」、「入居者状況表」等がある。入居期間が長くなっている利用者も増加しており、キーパーソンの変更等の状況が入居時と変化していることが多くなっている。そのため、新しい情報を職員間で共有しやすくする必要性を感じて検討した結果、定期的な情報整理について職員間で合意が得られた。その結果、「入居状況表」を次年度より1年間で更新することを予定している。

サブカテゴリー5		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当	
<b>評価項目2</b> サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○ 非該当	
サブカテゴリー5の講評			
<b>利用者のプライバシーに配慮して支援している</b> 個人情報保護に関しては法人の規定に従い、契約時に同意書を交わし同意を得ている。また、肖像権についても確認・同意を得ることで、施設内に貼り出す行事の写真などにも十分に配慮して掲示している。郵便物の取り扱いにも配慮しており、事務所へ届いた郵便物は個々の郵便箱へ仕分けすることでプライバシーが守られるよう努めている。事務所内の施錠が可能なロッカー(金庫)を貸し出すことで、貴重品の管理も可能としている。居室へ入る際にはインターホンを押してから本人の応答があるまで入室しないなどの共通の対応も図っている。			
<b>選択肢のある聞き方をして、利用者の意思を尊重している</b> 日常の支援にあたっては、利用者の意見を尊重し「No」と言える機会を設定するため、必ず「どうですか」等のような聞き方をするすることで、利用者が自らの判断で選択・行動できるよう努めている。これは、支援が介助者側の押し付けになることを防止するだけでなく、利用者が主体的に過ごせるように心がけているからである。利用者調査の結果でも、「私のペースで過ごせるように気を使ってくれる」や「やりたいようにさせてくれる」など肯定的な意見が多数寄せられていることから、無理強いせずに利用者の意思を尊重したサービス提供の姿勢が伺える。			
<b>利用者の生活習慣や価値観を大切にしている</b> 当事業所は施設の特性を生かし、入居前の価値観や生活習慣に配慮しながら支援している。例えば、居室内の設えも自由になっており、馴染みの家具や物を持ち込み配置することで、入居前の自宅の環境に少しでも近づくように工夫している。また、当事業所は自然豊かな場所に立地しており施設外への散歩や外出も自由にすることができ、利用者は地域に出かけている。早朝に散歩へ出かける習慣のある利用者に対して、午前7時前でも施設外に外出できるよう対応する等して要望に応えている。その他、定期的に街中へバスを出す等のニーズにも対応している。			

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 5/5
<b>評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○ 非該当
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○ 非該当
サブカテゴリー6の講評		
<b>職員間のコミュニケーションでマニュアルによる確認よりも迅速に業務確認できている</b> 当事業所の職員は勤続年数も長く、6名と少数であるために、意思の疎通が円りやすいという特徴がある。そのため、法人作成の「てんじん心得帖」以外のマニュアル類を見る機会も少なく、その中で業務の標準化を図る手法としては、随時の確認・話し合い、申し送りノートを主流にしている。こちらの方が情報共有・サービスの実行共に迅速に対応できるからである。また、各種マニュアルを整備しており、業務マニュアル類の見直しの時期は、毎年度の年間計画の中で明確にしておき、その都度更新している。		
<b>口頭の他、ご意見・要望書にて利用者の要望に応じている</b> 当事業所の利用者はケアハウスという特性もあり、基本的に自立度が高く自分の意見を表明することができる。そのため、施設内での生活上の要望を口頭の他に「ご意見・要望書」で伝えてくる。昨年度は「入浴時間(15:30~19:30)の最後の方で湯がぬるくなる」との意見が寄せられたため、湯温機を購入して対応した。その結果、入浴の準備方法を一部変更し、利用者満足度も向上する結果へとつながっている。その他、事業所内の分煙スペースに対する非喫煙者の意見に対しても、試行錯誤を重ねながら解決方法を模索している。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況
		35 / 35
サブカテゴリー4		
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(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
評価項目1の講評		
<p>個別に作成している「生活支援実施表」に基づいて支援している</p> <p>ケアハウスとして作成している「生活支援実施表」は処遇計画として、入居1カ月程度で作成している。その内容は医療・看護(留意点)、身体状況、移動(方法・留意点)などから精神的支援、社会生活技能、補装具・日常生活用品などまでの11項目で利用者への支援の必要性とその留意点などを記載する様式である。これを意識して職員は支援するとしているが、支援内容に具体性が乏しい。これが充実すると利用者の特徴に気づけ、身体機能が比較的保たれている利用者への支援のポイント、利用者同士の関係に配慮した支援に役立つのではないかと考える。</p> <p>コミュニケーションは、身振り、その都つどメモを用いる等、利用者ごとに工夫している</p> <p>利用者が耳が遠い場合には、そのつどメモ書きして手渡す、また理解力が低下していると判断した時には掲示などで「伝えた」とせずに、個別に対応している。また手話の使えない聴覚障害者の場合には、家族から情報を集めてジェスチャーで意思疎通を図るなど様々な工夫をしている。利用者の日常生活を支えるために、介護予防目的の「生き生き体操」や買い物バスを週1回運航させているが、これらのサポート活動は「さらに今後充実させていきたい」とし、事業所としての今後の取り組みを課題としている。</p> <p>利用者の支援は関係者で連携して行っている</p> <p>今年度から利用者受け入れの判定会議に介護職員も加わるようになったため、新規利用者の情報を職員全員で共有できるようになった。また要介護状態になったことで外部サービスを利用する人々については、担当するケアマネジャーやホームヘルパーと情報交換を密にしている。さらに担当者会議にも参加している。特に前回の第三者評価受審以降は、ケアマネジャー主催の会議などにも積極的に参加することを意識的に行っている。その結果、それらの関係者(機関)との連携が深まったことを実感している。</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(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている	○ 非該当

評価項目2の講評

利用者の状態や希望に応じ、食事形態の変更などを迅速に行っている

食事時間としては90分の幅を持って案内している。ただし利用者が食堂の外の廊下に並んで食堂が空くの待っている状態は変わらず、「自分の席に他の人がいる」等の小さなぶつかり合いはある。職員はこれに対して最小限の介入に留めている。そして食堂で食事する利用者それぞれのいつもの違いを観察して、身体・精神状態の把握に努めている。また、利用者の状態に応じた食形態の変更は、次の食事から可能で、迅速な対応と言える。

利用者が楽しみにしている特別食を月1回提供している

月1回バラエティ食として特別な食事を選択食で提供している。食事は同じ法人の2事業所と同じ献立で厨房でつくられているため、当事業所の利用者意向を取り込むには限界もある。その条件下で厨房は昨年度実施した利用者アンケートの結果も取り入れようとしている。今回の第三者評価での利用者面接でも、「食事」に厳しい意見が寄せられており、肯定割合も5割に届いていない。自立度が高いという利用者特性を活かし、提供される食事を待つ立場から、自ら参加できる食事にする機会を増やす取り組みも必要ではないかと考える。検討を期待する。

食事を楽しめる工夫として地産地消の日を設ける等の工夫をしている

行事食として岡山の郷土料理(そうめんうり)、笠岡産の食材で地産地消の献立にする等、栄養士が出来る範囲で工夫して提供している。利用者もこのような献立の時には会話も弾む。なお、食事が利用者にとって楽しめるものになっているかどうかについての職員自己評価結果は、肯定率が3割台で他の項目に比べ低く、今後の課題になっている。

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(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎ あり ○ なし	1. 利用者の状態や希望に応じた入浴方法や支援(見守り・声かけを含む)を行っている	○ 非該当
◎ あり ○ 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	○ 非該当
◎ あり ○ 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	○ 非該当
◎ あり ○ なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○ 非該当

評価項目3の講評

浴槽は多人数で入れる大浴場および個人浴槽を備えている

浴槽の設備については、大型の浴槽と個人浴槽の双方を備えている。利用者の起居動作や認知機能に低下が見られるようになると、介護保険の要介護認定を受けて訪問介護や通所介護を利用ようになる。その中で、通所介護の利用者ではそちらで入浴サービスを受け、当事業所では入浴しなくなる例もある。また、訪問介護で入浴介助を受ける利用者には、ホームヘルパーが当事業所の個人浴槽で介助している。そのため、事業所で大浴槽に入る利用者は、入浴動作が自立している利用者である。

年間を通して大型の浴槽は週六日間、入浴できるように準備されている

個人浴槽は入浴する利用者がある場合のみ準備し、入浴を終えたらその都度清掃する。そのためホームヘルパーは入浴後の風呂場の清掃まで行っている。なお、起居動作に問題が無くても、特別な事情で個人浴槽を利用する場合は、職員がその準備と清掃をしている。事故予防のために利用者は大型浴槽に「一人で入らない」ことを約束事に行っている。すると「私が出たのであの人一人になる」など職員に知らせてくれている。また、事故予防のために浴槽内の「バブル発生」を止めたり、湯温の低下を防ぐ「加温器」を設置するなど環境に配慮している。

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(〇〇〇〇〇)

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

健康管理は、利用者の「いつもとの違い」への気づきを重視している

健康状態の観察は日々食事に食堂に来ている利用者の様子、例えば歩行状態をはじめとする身体の動き、声の大きさ・話し方、食べている様子などについて、いつもとの違いを観察するようにしている。「暗い付き下宿」である当事業所では、食事の際の観察を大変重視している。なお、利用者面接の結果は、肯定的回答率が41.2%であったが、一方で「自分で対処できている」という回答も26.5%にのぼる。実際に職員に寄せられる相談は、怪我や傷の処置が多く、そのつど対応し、さらに相談にはいつでも応じることを伝えている。

精神的な支援が必要と考えられる利用者を選んで傾聴ボランティアを活用している

利用者同士の軋轢があると考えられる利用者や、内向的性格の利用者を選んで本人の同意を得て傾聴ボランティアを活用している利用者が10名程度いる。それでも問題が解決しないと判断した場合には受診に結び付けている。なお、介護予防に向けた取り組みとして前回の第三者評価受審以降に、週1回「生き生き体操クラブ」活動を発足させた。また自分たちが住まうこの施設をより良いものにするために「サポートクラブ」も発足させた。この活動への参加をポイント制にして敬老会で感謝状を出す等の動機づけをしている。

夜間の利用者の体調変化には当直が対応する等、24時間のサポート体制を整えている

夜間の体調変化には当直者が対応する体制である。また日常的に利用者の健康状態を把握するために、必要に応じて主治医連絡したり服用中の薬を把握するようにしている。なお、事業所としては協力病院を定めて、必要時に搬送できるようにしている。

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

日常的に支援が必要になってきた時には介護保険サービスの活用に結び付けている  
 利用者の身体・精神機能の低下などにより日常生活を送るうえで支援が必要になってきた時には、利用者(家族)に説明して介護保険の認定を受けるように勧める。なお、それについての了解が得られれば、必要に応じて申請代行などの手続きを行う。そして介護保険のサービス利用となるが、それまでの期間は必要な支援を職員が担っている。また、介護保険サービス利用開始時には、担当ケアマネジャーに日頃の様子を伝えたり、訪問介護員に挨拶する等して関係者との連携を深めるようにしている。

行政に連絡し必要な手続きをする等の支援を行っている  
 当事業所に住民票を移している利用者も約4割いるため、様々な書類が行政等から送られてくる。その処理ができない場合には、代筆や書類作成の代行なども行っている。特に高額医療費の請求手続きや、各種年金の現況届、更に当事業所の利用料を確定させる前年所得の提出などは、自ら処理できる利用者が少ないため、不安軽減も兼ねて相談に乗るようにしている。利用者同士が集まれる場や作業を共にできる場を設けて、関係を良好に作るきっかけになるようにしている。



## 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	
● あり ○ なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当

## 評価項目6の講評

日常生活の中で楽しみと役割を作って、利用者自らが選んで参加している

利用者86名のうち、要介護認定を受けている利用者数は66名にのぼる。その中で要介護1以下が86.4%を占め、それらの利用者はサービスを利用している。なお利用、多くのクラブ活動に取り組んでいる。さらに玄関先のホールにはソファが置かれ、新聞3紙、月刊誌3誌等が置かれ、お茶も自由に飲めるよう準備されていて、利用者が談笑しやすい雰囲気を作っている。加えて、動物の餌やりや下膳、洗濯物量、畑づくり、庭の手入れなどをサポートクラブ活動としてポイントにして表彰するなど、楽しみと役割を上手に振り分けている。

全室個室(一部夫婦部屋6室あり)の当事業所では、利用者の生活は原則自由としている

飲酒は居室で飲む、喫煙は玄関ロビーに設けられた喫煙ブース内を約束事としている。喫煙ブースはビニールカーテンで囲われているが、非喫煙者から見ると煙が漏れてくるといった苦情もあり、さらなる工夫が求められていると事業所は認識している。利用者が落ち着ける場所としては1階玄関ロビーの談話スペースの他に、2階、3階それぞれの居住階に談話コーナー、図書コーナー等が設けられ、そこで利用者が他の利用者と談笑したり、一人で読書や手芸を行う姿も見られる。

食堂やトイレ、廊下などの清掃は利用者の安全性にも配慮しながら行き届いている

事業所内の清掃・整理整頓に対する利用者調査結果では86.8%が肯定的な回答をしている。職員が館内清掃をしていたが、前回の第三者評価以降は共用部分を週6日、シルバーセンターが担当するようになり、職員は1日3回食堂の床と大型浴槽の清掃のみになった。これにより、清掃が行き届くようになったことと、職員が利用者情報を共有する会議(施設運営会議)を開催したり、日々の利用者支援の記録時間の確保、入所判定会議へ介護職員が参加できるようになった。さらにケアマネジャー主催の会議にも担当職員が参加できるようになっている。

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(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 家族が参加できる施設の行事を実施している	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 家族からの相談に対応する体制を整えている	○ 非該当
評価項目7の講評		
<p><b>緊急時に備え、家族への連絡方法を明確にしている</b> 事業所にとって利用者家族は利用者支援の上で、重要な存在として認識している。家族関係が複雑な利用者もいるため、家族間の不要な摩擦を防ぐために家族への連絡窓口、つまりキーパーソンは明確にしている。家族へ連絡する主な事項は、介護状況の変化、健康上の課題が発生したとき等である。事業所が受診等に対応した際は、その結果を報告する。また、緊急に連絡する必要が生じた際は、利用契約時に把握している緊急連絡先・連絡方法・連絡順位に沿って対処している。</p> <p><b>家族との交流を意図した行事を開催している</b> 事業所では利用者が楽しめる機会として、日本古来の行事等を計画的にほぼ毎月実施している。それらの行事のうち家族にも参加の案内をしているものは、カレーパーティ、運動会、敬老の日の祝賀会で、これについては家族に案内状を出している。中でもカレーパーティは利用者や家族に好評であるという。事業所では、利用者と家族の変わらない関係性の維持、家族に利用者の日々の暮らしぶりや交友関係を知ってもらうことを期待して、家族参加の行事を開催しているが、参加者は固定的で人数も思うほど多くはないという。</p> <p><b>家族からの相談にはいつでも応じられる体制をとっている</b> 日常的な面会や行事で事業所を訪問した家族には、施設長をはじめ職員全員が積極的に関わるよう努めている。家族からの相談事にも、生活相談員が随時対応している。家族からの相談事で多いのは、当事業所のありようを反映し「いつまでいられるか」「どうなったら退所なのか」「次の入居施設について」である。生活相談員は、利用者の現状を説明しながら家族の相談内容を聞き、共に考えることを信条にしている。なお、家族が利用者と落ち着いて話せる場所として、居室、相談室の他に法人内の施設「ふれあい館」の利用を勧めている。</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><b>把握した地域情報(ポスター等)を掲示するなどして利用者には知らせている</b> 地域の情報は、施設長が地域包括支援センターや自治体の所轄課を訪問した際、利用者が関われそうな催事について把握し、そこで得たポスターを事業所内に掲示している。また、自治体が発行する広報誌は、事業所に住所移転している利用者分の部数が事業所に届く。届いた広報誌は職員が、利用者個別のポストに投函している。そういった情報を基に、利用者は地区の祭り見物に出かけている。事業所の特性から自立している利用者もあり、タクシーを手配して少し遠方の大型スーパーマーケットへ買い物に出かける者までいる。</p> <p><b>通所介護施設などの地域の資源を活用しながら利用者の生活の幅を広げている</b> 介護認定を受けている利用者も多く、訪問介護事業所のヘルパーが事業所内に日常的に出入りしている。また、地域資源の一つとして通所介護に通う利用者もいるなど、利用者の状況に応じて地域資源を活用している。さらに「おやつ」や日用品の買い物に利用者の便宜を図ると共に、「自ら選んで買い物する」利用者の欲求に応えるために、移動スーパーマーケットが事業所を毎週訪れている。通所介護で出会う人びと、来所するボランティアなど、事業所は利用者が職員以外の人と交流し、生活の幅を広げられるように側面から支援している。</p>		

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 御中

## 福祉サービス第三者評価「総評」

### <はじめに>

貴法人は法人の方針として平成25年度から第三者評価を受審することを掲げ、平成30年の本年度まで、法人内の2事業所について、第三者評価を毎年度実施してきております。そのため、介護老人保健施設のようにすでに2回目の受審となる事業所もあります。

当事業所も平成26年度に第三者評価を受審しており、今回は2回目の第三者評価の受審でした。

評価結果をまとめるにあたって、事業所としての自己評価結果および利用者調査結果（利用者86名中70名に聞き取り面接調査を実施）、事前に提出された資料、さらに訪問調査でお聞きした事柄に目を通しました。

そこで、前回の結果との比較においても、確実に改善に向けて取り組まれていることに気づかされました。これは、第三者評価の受審を、サービスの質の改善と向上の契機と位置づけている貴法人の取り組みの成果と受けとめます。理事長をはじめとして現場のリーダーと一般職員が一丸となって前進している状況に感動します。

その一方で、当事業所の利用者の76%は要介護認定を受け、外部サービスを利用しています。そして「軽費老人ホーム」の特性上、終の住まいではないという受けとめから「いつまでここにいられるのか」などといった不安感を持つ利用者が少なくないこともわかりました。また、年間の退所者が3割程度で、待機している利用予定者数も少ないため、常に空室があることも、今後の経営への影響として無視できないものがあります。

上記のような環境のなかで、貴事業所の評価結果全体についての「総評」として、取り組みの優れた点と改善を要する点を以下にお示しします。

## <第三者評価の結果>

### ○特に優れていると思われる点

#### 1. 事業所内の清掃作業の一部を外部委託したことで、内部の会議を充実させたり、ケアマネジャー主催の「サービス担当者会議」にも参加できるようになったことで、利用者に関する職員間の情報共有が進んだ

当事業所では、これまで、職員が館内清掃作業を担っていた期間が長かった。清掃作業に割かれる時間が長く、利用予定者の「受け入れ判定会議」に現場の介護職が参加できない状況が続き、新規利用者の状況を職員全体で共有しないままでの受け入れになっていた。

しかし、清掃業務の一部を外部委託したことによって、介護職員が参加する利用者予定者の「受け入れ判定会議」が開催できるようになった。この会議の開催によって、職員全体で新規利用者を観察する視点が定まり、支援にあたる職員は意見を出しやすくなった。

また、これまで随時開催であった「ケア会議」は、利用者の処遇計画の作成過程において、利用者支援の適切性を協議する場であると同時に、計画の進捗状況を検証する場でもあった。この会議の充実の様子は、会議録の内容からも推測できる。

さらに、介護認定を受け外部サービスを利用している利用者を担当するケアマネジャー主催の「サービス担当者会議」に当事業所の管理者等が必ず出席し、そこで検討された結果を持ち帰り、職員に周知することができている。それら新たな取り組みにより、利用者を見る目を職員間で統一することができ、それが職員のモチベーションを向上させ、タイミングのよい適切な支援につながっている。

#### 2. 利用者自らが主体的に参加するクラブ活動を開始するとともに、事業所の運営に関わる「サポートクラブ」を発足させた

##### ●介護予防目的の「生き生き体操クラブ」の活動開始

当事業所では、週1回の「生き生き体操クラブ」の活動が開始されている。このクラブは利用者の介護予防を目的に発足したものである。ここに参加する利用者の大半は、要介護認定を受けていない比較的自立度の高い利用者である。活動日時は掲示しているが当日も全館放送で利用者に知らせ、毎回20名程度が集まり、ビデオに合わせて体操している。

手芸や歌などのクラブ活動には参加しにくい傾向のある男性利用者なども、

この活動には参加しやすい様子である。

何より、自らの身体を考えて、一人だけでなく集団の力を利用できるのは、軽費老人ホームにおけるクラブ活動の特長と強みと考える。

### ●「サポートクラブ」の発足

「自分たちが暮らす事業所を少しでもよくしていくために自分たちでできることを考え、取り組んでみよう」という考えで活動を開始したのが当クラブである。極端な言い方をすれば、どのような活動でも自らが「この事業所の役に立っている」「事業所運営を手伝っている」と思えばOKで、そのハードルの低さがよい。

クラブの種類としては、建物の外にいる猫への餌やりや、法人として飼っているヤギへの餌やり、花壇の手入れ、食堂のテーブル拭き、食器の下膳など、たくさんの種類がある。そして、この活動にお金がかかる場合には申告すれば材料費を事業所が補助する。更に活動した分はポイントとして積み重ねられ、一定の点数以上になると「敬老会」の席上で感謝状が贈られる。

当然、これらのクラブへの参加は自由であるが、一人からでも、複数人でも参加できるところがよい。そして何より、誰かがやってくれるのを待つのではなく、自らがやる側になっているところに注目したい。

真の介護予防は「誰かの役に立っている」と実感できる暮らしが送れていることにあり、それがひいては利用者の主体性を引き出す支援につながるものと考えられる。

## ○改善が必要と思われる点

### 1. 事業計画策定にあたり、現状分析を十分に行うとともに「目標」と「取り組み」を具体的に掲げ、より着実に事業展開する必要がある

理事長の方針のもとに、法人および各事業所において中期経営計画と単年度事業計画を策定し、計画的に事業を進めようとしている。

しかし、当事業所の各計画は、現状分析が十分でないこと等から「目標」の記述（可能な限りの数値化を含む）とそれを実現する「具体的な取り組み」に関する記述が抽象的と言わざるを得ない。

そのため、達成度の検証ができず、次年度に向けた課題設定が行えていない。事業所の中期経営計画と単年度事業計画の記述が全く同じであることも要因の一つと考えられる。目標に向けて着実に事業展開するために、取り組みを強化するよう期待する。

## **2. 法人のホームページ等を活用した当事業所に関する情報の計画的な発信により、透明性の確保に向けたさらなる取り組みの強化を期待する**

法人ではホームページやソーシャルネットワークサービス等の活用によって透明性の確保に努めているが、それに関する当事業所の取り組みは、十分とは言えない。

法人のホームページでは、各事業所の情報を「施設・サービスのご案内」のページに掲載でき、その中の「スタッフノート」「フォトアルバム」に各事業所からのお知らせや行事報告などを随時掲載し、発信することができるしくみである。

しかし、当事業所に関する情報更新は、不定期で、滞りがちになっている。年間を通じて、発信する情報や時期をあらかじめ取り決めたり、更新の手順や体制を見直すなど計画的に取り組むことを期待する。

## **3. 利用者の自立性を活かした、さらなる自治組織の立ち上げを期待する**

当事業所への入所基準としては「ある程度の身辺整理が可能であること」を謳っている。そのため、自立度が高く、自由に物が言える闊達な利用者も一定程度いる。そうした状況のなかで、利用者の意見を吸い上げる機会は年 2 回のアンケート調査のみにとどまっている。アンケートの内容は主に職員の接遇や対応についてであり、利用者をサービスの受け手にしたいわば「やってもらう側からの意見」を聞くことに終始している。

なお、アンケートの回収率は高く、介護認定を受けている利用者が約 8 割であるとはいえ、要介護 1 以下が 86%を占めている。そのようななかで、施設の運営に役立つ活動を行うとして「サポートクラブ」が活動を開始した。なお、当事業所では開設以来、利用者による自治組織を経年の課題としながら現在に至っている。「自分たちの居場所は自分たちでつくる」との意識の向上を具体化させるために、職員の側面的な支援で「利用者会」等の自治組織の立ち上げを期待する。



