

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
介護老人保健施設
天神介護老人保健施設

2018年 10月 10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
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	5
I. 福祉サービスの基本方針と組織 ……………	5
II. 組織の運営管理 ……………	10
III. 適切な福祉サービスの実施 ……………	20
内容評価項目 ……………	30

【添付資料】

◆職員自己評価・利用者調査 集計結果

福祉サービス第三者評価結果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：天神介護老人保健施設	種別：介護老人保健施設
代表者氏名：林 天明	定員（利用人数）：100名
所在地：岡山県笠岡市神島5300-2	
TEL：0865-67-5500	ホームページ： http://www.tenjinkai.org/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成2年4月2日	
経営法人・設置主体：社会福祉法人 天神会	
職員数	常勤職員：58名 非常勤職員：0名
専門職員	医師1名、薬剤師1名 管理栄養士1名、介護福祉士18名
	理学療法士3名 看護師11名、介護支援専門員2名
	言語聴覚士1名
設設・設備の概要	4人室：18部屋 個室：10部屋
	2人室：9部屋

③ 理念・基本方針

●基本理念

- ・われわれは、「愛と献身」を基本方針とし、利用者のこころとからだを癒し、安全で品質の高い介護サービスを提供することで地域社会に貢献する。

●経営基本方針

- ・地域の福祉ニーズを把握し、多様なニーズに合った高い介護技術を確立し、利用者への福祉サービスを提供する。
- ・法人としてリスク管理体制を確立し、安心・安全なサービス提供に努める。
- ・全職員の守るべき法令、規範、倫理を理解し、公平・公正な法人経営を行う。
- ・幅広く優秀な人材を採用し、職員の教育と資格の取得を支援することで人材育成に取り組む。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

平成29年度はケア・アセスメントにインターライ方式の完全導入を目指し、前年度からの学習会を継続開催した。そして、全利用者のアセスメントをその方式で実施し、ケアプランの作成に至る流れの理解を深めた。この過程で、多職種によるチームケアが行いやすくなっている。

在宅復帰パスシートを平成29年度末までに完成させて、平成30年度は、これを活用した計画的な在宅復帰支援に努めている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年4月26日（契約日）～ 平成30年10月5日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成27年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 法人として提供するサービスの質の向上に取り組む方針を明確にして取り組み体制を構築し、現場（事業所）に周知している。当事業所はこの方針に基づいて体制をつくり、実践に向けて一丸となっている

法人として「福祉サービス向上委員会」を設置し、その下部に「第三者評価部会」を設置し、第三者評価の定期受審、評価の結果の活用などを検討している。この「第三者委員会」の目標・方針として、第三者評価の結果を活用した、継続的な改善活動の推進を掲げ、各事業所の進捗状況を発表する機会を設定している。また、平成29年度には職員の自発性に力点を置いた業務改善を課題とし、新たに「QC委員会」を設置し、この分野の専門家による研修会を開催して事業所ごとにリーダーを育成し、活動を開始している。

第三者評価については、法人として平成25年度から受審事業所を定めて取り組みを開始し、当事業所は今回が2回目の受審である。今回の第三者評価における職員自己評価の回収率は約9割で、各評価項目・細目に関するコメントも多く、現場の取り組みが具体的に記載されている。第三者評価の結果は事業所内のリーダー層が参加する「施設運営会議」で検討され、改善課題は事業計画に取り上げ、各種委員会やリーダー層が中心となり、実践に取り組んでいる。

こうした取り組みの成果が実感できるよう常にPDCAサイクルを意識し、職員のモチベーションの向上につながるように、さらなる取り組みに期待する。

2. ケアの標準化に向け、事業所全体で取り組んでいる

インターライ方式のアセスメントに取り組むための学習を重ね、平成29年10月末で、全利用者にこの方式によるアセスメントを実施できた。インターライ方式の導入は、法人の方針でもあったため、当事業所でも各専門職が統一した書式でアセスメントに取り組めた。そして、ケアプラン策定の際には医師をはじめとする全職種の参加のもとにカンファレンスを開催している。さらに、カンファレンスに利用者とその家族の参加も呼びかけ、ケアプランに対する意向や要望の確認に努めている。なお家族の

カンファレンスへの参加率は、前年度との比較で上昇している。これは在宅復帰率の向上に取り組んでいる事業所として重要な働きかけと考える。

介護老人保健施設として利用者に対する在宅復帰支援を強化するため、事業所独自の「在宅復帰パスシート」を作成して本年度から本格活用している。これは、利用者が入所前から退所までをどのように事業所で過ごすのかを「見える化」するための材料にしている。本年の4月以降に入所した利用者から活用しているため、まだ人数は少ないが、これが定着すれば、在宅復帰率向上に大きく寄与するものと考えられる。

職員のケアの標準化に向けて各種のフロー図を事業所として作成している。なかでも褥瘡と関連する「マットレス一覧表」および「マットレスの選定基準」は、非常に解りやすく表現されている。また、「移乗用具選定基準フローチャート」も、利用者の機能を活用すると同時に、職員の身体を守る双方の視点から作成されている。

事業所としてケアを標準化すること、それに向けて各種の委員会などを中心にして事業所全体として取り組んでいることがわかる。これら取り組みを目に見える形にしたものが「在宅復帰パスシート」や各種のフロー図と考える。

◇改善を求められる点

1. 地域の関係機関との連携の充実、利用者に対する地域の社会資源の提供など、“地域”を意識した積極的な取り組みと、その充実を期待する

今回の第三評価の自己評価を実施し、事業所としての課題を認識している。その内容は、①利用者に対する情報提供の不十分さ、すなわち、契約時の説明、当事業所としての取り組み内容、そして、社会資源に関する情報提供の不十分さと、②地域の関係機関との連携不足、地域の福祉ニーズに関する取り組みの不足である。

法人として、中・長期計画に「地域に根差した施設運営」を掲げ、「地域連携部会」を設置し、「相談窓口の設置」「地域住民の支え合い体制づくり」などの取り組みを開始している。当事業所としては、地域での清掃活動や、サロンの開催による転倒予防等をテーマとする教室を開催するなどの取り組みを開始している。また、関係機関との連携については、関連団体などへの参加はあるが、積極的ではないことを課題にしている。地域の福祉ニーズの把握に関する計画的な取り組みをはじめとして、関係機関との連携などの職員全員への周知と参加促進により、充実していくことを期待する。

2. 口腔ケアのさらなる強化を期待する

現状は、口腔機能のチェックが必要な利用者を介護職員と看護師がピックアップし、月1回訪問してくる歯科衛生士に見てもらい、必要な指導を受けている。しかしながらどのような口腔機能の利用者を歯科衛生士に見てもらおうのかの基準が明確になっていない。さらに職員が専門家から咀嚼・嚥下機能や食事形態との関係、口腔ケアについて学ぶ機会などは不足している。これらについての学習の必要性は、リーダー層、職員自己評価結果ともに認識している。

専門職の協力を得て、職員が「口腔ケア」を系統的に学ぶ機会が必要と考える。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第2回目の第三者評価の受審により、自施設の弱いところが明確になったと思います。施設の方針に基づいて運営していましたが、まだまだ不十分と思われる取り組みが多くあり、さらなる努力が必要であると痛感しました。

天神老健は、情報の共有、多職種連携、チームワーク強化を意識しながら取り組んでいます。第三者評価を受審することで、職員アンケート・経営層会議を通じて、その取り組み状況が確認できたと思います。

改善を求められる点では、自施設の弱さを指摘していただけたと思っております。外部に対する取り組みを強化すべく、積極的な運営の実践が重要です。

また、利用者・家族への情報公開に関しては自施設のみの問題とせず、法人としても検討しなければならないと感じました。

今回の評価を真摯に受け止め、改善活動に取り組みたいです。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.5～37）の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)44.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当法人は基本理念として「『愛と献身』を基本方針とし、利用者のこころとかだらを癒し、安全で品質の高い介護サービスを提供することで地域社会に貢献する」とし、経営基本方針や教育基本方針等を定めている。それらは事業所内玄関、職員の休憩場所等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」に掲載している。 ・職員への周知は、毎年4月に全事業所が参加する「施設方針説明会」を開催し、理事長の基本理念を踏まえた当該年度の方針を発表している。また、毎週月曜日の朝礼では、基本理念を唱和し、1名の職員が順番に「心得帖」に記載されている理事長方針(中長期計画)などに関する個人の取り組みや気付きなどを報告する時間を設定している。さらに、新人研修において、基本方針・理事長方針を説明している ・利用者への周知については、施設内への掲示の他、重要事項説明書には当施設の運営方針の記載がある。</p> <p>■ 改善課題 利用者および家族に対する理念や方針の周知への取り組みは、パンフレットの記載、玄関などへの掲示であり、周知への取り組みは不十分である。重要事項説明書を始めとし、今年度作成した法人が運営する施設のガイドブック、また、入所者に配布する「ご利用のしおり」にも記載は見られない。利用者面接でも肯定率はかなりの低率であり、職員自己評価でも肯定率は4割に留まる。年1回の家族懇談会でも、計画的な取り組みはなく、今後の課題としている。理念・基本方針等の周知は実施するサービスに対する安心感や信頼を高めることのもつながると考えられる。検討を期待する。</p>	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に対応している。

I-2-1(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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)44.0% b)42.0% c)4.0% 無回答)10.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・社会福祉事業全体の動向の把握は、主に法人本部の役割、活動である。法人の方針や課題を検討する「経営会議」には、理事長及び本部関係者と各事業所の管理者層が参加し、経営環境を把握・分析する機会である。当事業所としても、全国及び岡山県老人保健施設協会等の各団体のホームページや機関紙等から把握することもある。また、介護保険制度における介護報酬改定時は、担当者を決めて改定内容を把握し、担当者報告する機会を計画している。 ・地域の各種福祉計画の策定動向や利用者数等の福祉ニーズに繋がる情報については、笠岡市社会福祉協議会や地域包括支援センター運営協議会等へ参加することを通じて把握している。 ・当事業所では、法人が毎月開催する「経営会議」「予算実績会議」において、予算の執行率、目標の達成率、職員の勤怠等の状況の共有を図っている。また「施設運営会議」で稼働率、在宅復帰率、消耗品費、加算に関する収益報告を行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所内では、毎月施設長、施設長代理を始めとするリーダー層で「施設運営会議」において、経営会議の報告等を活用し、当事業を取り巻く環境の把握に努めている。しかし、地域の福祉ニーズの把握の視点からは、不十分さがあるとしている。本部の活動のみではなく、当事業所の活動として、福祉サービスのニーズや潜在的利用者の把握など、積極的な活動を期待する。</p>	

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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)34.0% c)8.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では、経営環境等の分析に基づき、2年前から「地域連携部会」や「第三者委員会」などを新設し、新たな課題の解決やサービスの質の改善などに計画的に取り組んでいる。また、年度ごとの「利益計画」を策定し、それに基づき、事業所別に月ごとの「損益」、「要員」、「職種別の人件費、福利厚生費、研修費、教育・研修計画」の推移を整理して「経営会議」で確認している。この経営会議では理事長からの発案や情報提供が行われている。 ・当事業所内では、「施設運営会議」、「職員会議(可能な限り全職員が参加)」、また、各種委員会で課題を明確にして協議、進捗状況を確認している。そして、会議資料はパソコンの共有フォルダ内に掲載して、全職員で共有する仕組みである。</p> <p>■ 改善課題 法人・組織として現状を把握し、新たな課題に計画的に取り組んでいる。また、当事業所では職員に対する共通理解の浸透を課題とし、各種委員会を計画している。さらに、29年度には、施設のビジョンを定め、その実施のために3年間の取り組みとして施設の経営計画を定め、各年度の目標を明確している。しかし、職員自己評価では、肯定的な回答の割合が全て5割未満である。この施設の経営計画と中長期計画及び年度計画の関連性等分りにくさがあり、PDCAサイクルを意識した整理が求められる。また一律的な情報提供方法に加え、より周知徹底すべき情報の優先順位を明確にするなど、その周知方法の工夫に期待する。</p>	

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
	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。	
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)78.0% b)14.0% c)2.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では理事長の方針を「中期経営計画」(平成29年4月～平成32年3月)として取りまとめ、法人の理念や基本方針に基づく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、それらに基づく重点施策を明示している。各当事業所では、法人の中期経営計画の各項目に沿って、当事業所の課題を整理し「天神老人保健施設 中期経営計画」を定めている。そして、項目ごとに「重点施策」を明示している。 ・平成29年度には、中長期の具体的な取り組みとして、施設ビジョンを定め、その実現に向けた3年間の施設経営計画を年度ごとに策定し、計画的に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・法人では平成29年度から新たに「第三者委員会(委員長は理事長、各事業所の施設長・課長級で構成)」を設置して、第三者評価の受審結果の共有や改善に向けた取り組みを計画的に行うこととしているが、中期経営計画の進捗状況についても同委員会で把握・共有する計画としているが、現場への周知はまだ不十分である。 ・現場の理解は、収支計画は、単年度のみで策定であるとしており、法人としての取り組みについても周知が求められる。</p>	

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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)74.0% b)16.0% c)4.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・帳票「事業計画書」には、法人理念・基本方針、法人中長期計画が記載され、それに次いで、当事業所の施設長方針が記載されている。事業計画としては、「施設の利用計画」(稼働率など)、「組織力強化に向けての取り組み」(組織体制、人材育成、事業計画の策定と着実な実行など)、「サービスの品質確保に向けての取り組み」(個別支援計画の作成や直接的な介護支援等)に分類して記載、その内容は、まず施設の現状として前年度の取り組み状況そして、改善目標と改善計画を記載している。 ・事業計画の具体性と確実な実践を期し、各項目ごとにスケジュール表を作成して担当者を明記し、施設運営会議で進捗状況を確認するプロセスである。 ・法人として、年度当初に「施設方針発表会」を開始し、職員への周知に努めている。また、年度当初は「ランチミーティング」を開催、全職員を対象に、事業計画を説明し、周知の機会を充実させている。</p> <p>なお、中長期経営計画や施設方針と関係性については、事業計画からはわかりにくい。帳票「事業計画書」には、当事業所として作成した「天神老人保健施設 中長期経営計画」の記載はなく、法人として作成した「中長期経営計画」が記載されている。関係性をわかりやすくするための検討を期待する。</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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)60.0% b)30.0% 無回答)10.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 事業計画の策定は、「事業計画策定手順」に準じている。課題の抽出方法や時期、計画の策定期間などの手順が記載されている。利用者アンケートからの課題抽出、各委員会からの意見などを「施設運営会議」で報告を受け、事業計画を策定している。「事業計画」に記載された、改善目標と改善計画の実施に当たり、「課題抽出・改善等検討シート」を活用し、取り組み内容を具体化している。 ・事業計画の進捗管理については、各項目ごとの「スケジュール表」に実施状況を記載し、進捗状況を管理している。そして、年度末に事業報告としてまとめている。 ・事業計画は職員会議で説明するとともに、パソコンの共有フォルダ内に掲載して共有を図っている。 ・法人全体としては、経営会議及び予算実績会議において目標と達成度合いを確認している。</p> <p>なお、職員自己評価では、事業計画策定と実施状況などに関する体制がある事は理解していると思われるが、周知レベルに留まらず、さらに理解を促す取り組みに期待する。</p>	

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。	C
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)28.0% b)22.0% c)40.0% 無回答)10.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題 事業計画は、「天神だより」において理事長や法人としての方針などを周知する機会はあるが、それ以外の取り組みは現状では実施していない。今後の課題として、「施設運営会議」で検討する意向がある。 ・事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもあり、主な内容を利用者や家族等に周知し、理解を促すための取組を行うことが必要である。同時に、利用者や家族等への説明にあたっては理解しやすい工夫を行うなどの「配慮」が求められる。さらなる取組みに期待する。</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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)66.0% b)26.0% c)2.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「福祉サービス向上委員会」を設置し、その下部に「第三者評価部会」、「人材育成部会(権利擁護含む)」、「地域連携部会」、「褥瘡部会」、を置いている。そして、当事業所ではこれらの各部会と関係する委員会として「人材育成委員会」、「ケア向上委員会」「衛生委員会」、「事故対策委員会」等を設けている。 ・法人として平成29年度、新たに、品質管理や業務改善を課題とした取り組みを開始しており、「QC(Quality Control)委員会」を設置し、この分野の専門家による研修会を開催してリーダーを育成し、活動を始めている。そして、法人全職員を対象に、「QC活動発表会」を開催し、取り組んだ事業所・チームが報告している。当事業所では、3チームがこの活動に取り組んでいる。チームリーダーはQC活動に関する研修会に参加し、取り組みの適切性を図っている。 ・法人として平成25年度から第三者評価の受審に計画的に取り組み、当事業所は平成27年度に受審し、今回が2回目である。評価の結果は、施設運営会議の課題とし、事業計画に活用し、改善に取り組んでいる。 ・今回の第三者評価における職員自己評価の回答率は約9割で、各評価細目・項目に関するコメントも数多く記載されており、自己評価に積極的に取り組んだと結果といえる。 <p>なお、サービスの質の向上に向けた法人として積極的な取り組みとして、新規に「委員会」を立ち上げたり、また職員の自発性に力点を置いた「QC活動」を実施している。これらの取り組みの成果が実感できるよう、常にPDCAサイクルを意識し、また職員のモチベーションの向上に繋がるよう、今後の取組みとその成果に期待する。</p>	

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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)66.0% b)20.0% c)2.0% 無回答)6.0%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、基本的には改善課題は、事業計画として取り上げ、各種委員会やリーダー層が中心となり、取り組んでいる。QC活動の成果も今後事業所内で水平展開するとしている。そして「施設運営会議」で進捗状況の確認をし、計画の修正や新規の取り組みをしている。今回の評価のプロセスでの気づきも活用する方針がある。 ・法人としては、「第三者評価部会」の目標・方針として、第三者評価の結果を活用した継続的な改善活動の推進を掲げ、各事業所での改善活動の進捗状況を発表する機会を設定している。 	

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(1) 管理者の責任が明確にされている。

II-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)56.0% b)36.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所の管理者等の役割は「職務分担表」で明示している。そこでは、施設長については「施設全職員を指揮し、施設全体の経営、介護・医療の運営を担当する。利用者の健康管理及び療養上の指導にあたる」とし、施設長代理は「施設長の命を受け、施設全体を統括管理する」と定めている。職員はそれをパソコンの共有フォルダで閲覧でき、また、この職務分担表は組織図とともにフロアに掲示して利用者等へ周知している。なお、実務上では施設長は医師として事業所内の医療関係を管理し、その他の支援分野全般は施設長代理、事務分野は管理課長が担当している。特に「施設運営会議」の場を活用し、方針等の説明をしている。 ・施設長代理は、今年4月に着任し、管理職の役割の理解及び管理課長と協力して本事業所の改善に取り組むとし、特に29年度に作成した施設ビジョンの実践計画である施設の経営計画に示された取り組みの実践が課題だとしている。 ・有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任については、法人が定めた事業継続計画(BCP)で明示している。</p> <p>■ 改善課題 ・経営層の自己評価では、経営・管理に関する方針と取り組みの明確化について不十分だとしている。今後の実践に期待する。 ・職員の自己評価では、「管理者の責任とリーダーシップ」では、ほとんどの項目で肯定的な回答の割合が6割を超える。現場を大切に経営の更なる充実を期待する。</p>	

II-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)38.0% b)50.0% c)4.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法令遵守の徹底については、法人として「経営基本方針」に掲げ、「てんじん心得帖」に「社会福祉法人が担うことが期待される支援」、「当法人に関する法令・通達」、「個人情報とプライバシー」、「各法令」等を明示している。また、職員対象に年1回、コンプライアンス(各種関連法令、就業規則や運営規程など)に関する研修会を実施し、法令遵守に努めている。</p> <p>■ 改善課題 経営層の自己評価及び職員自己評価では、管理者として法令やその遵守などに関する把握は不十分だとしている。計画的な取り組みを期待する。</p>	

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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)38.0% b)54.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では毎年4月に法人内の全事業所による「施設説明会」を開催し、各事業所の代表者が当該年度のサービスの質の向上等に関する取り組みなどを発表している。当事業所では法人の基本方針のもとに、研修の計画的実施や参加促進、第三者評価の定期的な受審、法人および事業所内の部会・委員会の活動等を通じて福祉サービスの質の向上に努めている。 ・施設長、施設長代理、管理課長は、協力して指導力を発揮している。そして、各種委員会では職員の意見を確認しアドバイスをしながら、実現の可能性を課題とした取り組みを重視している。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者層の自己評価、及び職員自己評価では、サービスの質の向上を課題とした体制の構築とそこへの参加において、肯定率は4割である。この現状を管理者層は認識しており、今後の役割の発揮を期待する。</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。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.0% b)42.0% c)6.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・実務上では施設長は医師として事業所内の医療関係を管理し、その他の業務全般は施設長代理が管理している。 ・施設長および施設長代理、管理課長は、法人の意向を踏まえて、経営会議(毎月開催)で示される試算表、予算実績資料、勤怠データなどによって、当事業所の現状の把握に努めている。また、その結果について、施設運営会議や職員会議等を通じて職員に周知するとともに、各委員会へも参加するなどして業務改善を図ろうとしている。 ・当事業所としては、職員の業務改善の一つとして、入浴支援の検討による負担の軽減、そして今後の課題として記録時間の短縮を課題としペーパーレスに取り組む意向がある。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者層の自己評価、及び職員自己評価では、特に、「経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえて分析をしている」ことについて、肯定率は低い。現在取り組んでいる業務改善への指導力の発揮、そして更なる課題の明確化による改善を期待する。</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。

Ⅱ－２－(1)－① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)48.0% b)38.0% c)8.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「人材育成方針」を定め、「人材育成の目的」、「人材育成システム」、「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明示している。人材確保は本部の人事課が担当し、例年7月頃に次年度に必要な職員の人数や資格等を各事業所から聴取し、事業所ごとの「要員計画」を作成している。採用活動は、常勤及び非常勤職員についても本部人事課が担当し、ハローワーク、リクナビ、就職説明会への参加などで対応している。加えて、本部からの依頼で事業所としても独自に採用活動をしている。 ・法人として、ヒューマンリソース室(HR室)を設置し、職員教育の企画・立案を担当、また新人研修計画を作成し、講師などの手配をしている。の役割を教えてください。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の3カ年の経営計画の実現に向け、リハビリテーション分野の専門職や認知症に関する専門性を有する職員の採用と育成を課題としているが、現状では、介護職員の離職に対し人員の補充ができていない状況である。職員自己評価でも人材の確保に関する問題意識が高い。さらなる取組みに期待する。 	

Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)38.0% b)52.0% c)4.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が定めている「人材育成方針」において、「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明示し、人事管理は法人本部が一元的に行っている。 ・人事考課制度として、「プロセス評価」では、各職種に応じて評価基準を設定し、意欲・勤務態度、職務遂行能力等を評価する内容である。この評価は、「セルフチェックシート」として項目化され、年2回自己評価をした後に、上司と面接して評価(アウトプット)をするプロセスである。また、介護職員については、特に技術面、知識面についてのプロセス評価として、「マルチジョブ評価」を加えている。 ・個人の目標管理として「個人育成計画シート」を活用し、個人として1年後の自分のあるべき目標を定め、年2回上司と面接「育成面接」して目標を達成するための取組みがある。 ・現在の人事考課制度は新たに平成28年度後半から採用したものであるが、その実施にあたって法人は「人材評価マニュアル」を定め、「評価制度の概要」、「評価の運用」、「評価プロセス」、「留意点」などを明示している。 ・29年度は、職員アンケート調査を実施し、仕事、職場環境、賃金や勤務条件、職場や仕事に対する考え方等、そして最後に今後習得を目指している資格について調査し、施設運営会議で検討している。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人として方針を明確に示し、人事考課制度や研修制度を整備し、新たな人事考課制度の実施にあたってマニュアル作成によって適切な運用に努めている。しかし、職員自己評価では、採用、配置、異動の基準の不明確さを始めとし、意向の把握、分析、改善についても不十分であるという結果である。職員アンケート調査の分析、活用の不十分さは管理者層も認識している。また、人事考課制度の周知、理解への取り組み、そして目標管理の活用など、総合的な人事管理に関する更なる充実が求められる。</p>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)52.0% b)32.0% c)10.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、メンタルヘルスは「健康管理部会」が、セクシャルハラスメントやパワーハラスメント防止は「ハラスメント委員会」が、腰痛対策は「衛生専門委員会」が、それぞれ所管する体制である。また、法人が主催する毎月の「中央安全衛生衛生委員会」でも、職員代表が意見を述べる機会がある。さらに委員会「次世代育成支援対策推進法」に基づく、仕事と子育ての両立を図るための「一般事業主行動計画」(平成30年4月1日～平成35年3月31日)を策定し、働きやすい職場づくりを目指している。 ・協力病院に委託して、職員の悩み相談室を設け、ストレスチェックを実施している。また各事業所では衛生管理者を配置している。健康診断を年2回実施し、年2回の職員面談で職員の状況把握に努め、職員アンケート調査を実施している。 ・職員の有給休暇の取得状況や時間外労働時間の管理は「勤怠支給控除項目一覧表」を作成し、毎月の「予算実績会議(予実会議)」で把握している。 ・福利厚生事業としては、福利厚生センター(ソウェルクラブ)に加盟しているほか、慶弔金や職員互助会による職員旅行への資金援助などを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人として、多様な取組みを実施しているが、職員自己評価では、肯定的な回答の割合は4割強から6割程度であった。多方面からの取組みの継続と充実を期待する。</p>	

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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)52.0% b)40.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人材育成方針」において「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明確にしている。 ・職員一人ひとりの目標設定と管理を行う現行の人事考課制度は、平成28年後半から導入したもので、法人としての全体目標および部門目標に関連づけながら職員一人ひとりの目標を設定することとしている。その職員の目標は「個人育成シート」に記入し、年2回の上司との面談により確認等を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度の事業計画では、改善目標に「個人育成シート」の活用が不完全であり、改善計画として、職員のモチベーションが図れるような研修計画を立案する、及び経験年数を考慮しながら「個人育成シート」を作成する、を挙げている。職員自己評価でも、この改善計画を裏付けており、目標項目、目標水準、目標期限などの更なる具体化とそれに向かう上司の面接技術の向上が求められる。今後の成果に期待する。 	

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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)42.0% c)2.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人材育成方針」において「求められる能力と職務内容及び習熟に必要な業務教育」などを明示している。その「方針」に基づき、HR室が所管して作成する「階層別人材育成計画」において、役職別(管理者、監督者、シニア、新人)に「求められる能力」「目標」、対象となる内外の「研修」を明示している。 ・当事業所では年度ごとに「教育計画」を定め、施設内研修、及び外部研修など各研修の実施時期を明示し、内部研修については担当職員名、外部研修については参加者名を記載している。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人として人材育成方針や育成計画を明示し、具体的な研修機会も設けているが、管理者層をはじめ職員自己評価では、基本方針や計画の中に、事業所が必要とする専門技術や専門資格が明示されているか、については肯定率が低い。管理者層は、3カ年の経営計画の実施・達成に向け認知症やリハビリに強い介護職の育成を課題として、外部研修の受講、また内部研修でも取り組んでいるが、このような取組をPDCAの視点から評価し、周知に努めることが求められる。職員の理解促進を図りつつ、より適切に職員の教育・研修が実施されることを期待する。</p>	

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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)48.0% b)38.0% c)2.0% 無回答)12.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事評価制度で使用する「個人育成計画シート」において、個々の職員の課題や目標等を確認している。 ・新人職員はHR室が担当して1か月間(中途採用の場合は業務経験等による)の研修を行い、その後、各事業所に配属されて2日間の研修を行う。各事業所ではチューター制度によって新人職員を指導する先輩職員を定めている。 ・新人職員の3カ月、6カ月、1年のフォローアップは、HR室が所轄、当事業所では、新人職員は5日間ごとに「研修日報」を記述、「新人研修チェック表」で、ケア業務について確認し、現場での研修に活かしている。 ・研修参加については、当事業所では教育計画(階層別研修、テーマ別研修)に基づき、あるいは研修案内があった際には、関係する職員を推薦している。また、職員は、専門職団体に所属して研修に参加、法人として団体に参加して外部研修の情報を収集し、参加を促進している。 <p>■ 改善課題</p> <p>個々の職員の研修課題等を掲げ、組織的に育成の機会を設けているが、管理者の自己評価、及び職員自己評価では、個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している項目について、肯定率は低い。目標管理との関連性など要因分析が求められる。</p>	

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	a
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)64.0% b)24.0% c)2.0% 無回答)12.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・実習生の受入れに関しては、法人の人財育成部会が所管し、平成29年7月に「実習生受入マニュアル」と「実習指導者マニュアル」を整備した。その「実習生受入マニュアル」において、実習生を受け入れる意義を「次世代を担う福祉の人材を育成する」「施設・事業所の社会的使命を果たす」と明示している。また、「実習指導マニュアル」では、介護実習に関する「目的」「期間」「実習内容」等を明示している。そして実習生を積極的に受け入れるために、関連する学校を訪問する事、受け入れの説明会に参加するなど積極的に取り組んでいる。 ・実習生としては、理学療法士、栄養士、介護福祉士など多職種の実習を受け入れている。</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について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)54.0% b)38.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として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。ホームページは平成28年10月にリニューアルしたもので、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情報公開している。情報の更新は各事業所から提供された情報を法人本部が一括して行っている。当事業所に関するものでは事業所内外で行った取り組みの写真(「スタッフノート」のページ)を中心に更新されている。 ・紙媒体のものでは、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)。 <p>■ 改善課題</p> <p>当法人のホームページには「苦情・相談の体制や内容」あるいはその「改善対応」などは掲載していない。今日、透明性の確保は非常に重要な課題とされており、検討を期待する。</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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)36.0% b)44.0% c)6.0% 無回答)14.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、実務や経理等に関するルールを一元的に整備し、職員は必要な規程等をパソコンで閲覧することができる環境を整えている。 ・法人内の監査を年2回実施、外部監査の活用は行っていないものの公認会計士と契約して、財務管理を中心に必要に応じて相談・助言を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <p>・職員自己評価の「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」の各項目は、肯定的な回答の割合は4割前後から5割強であった。職員へのさらなる周知徹底が求められる。</p>	

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

Ⅱ－４－(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ－４－(1)－① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.0% b)48.0% c)4.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者が地域と交流する機会として、希望者を募り、施設外へのドライブや散歩、買い物ツアー、近隣のお祭りへの参加、また、法人内他事業所が取り組む移動図書館などの機会がある。また、地域の保育園児や中学校との交流会、移動スーパーマーケットが3か月ごとに事業所を訪れて商品を展示し、利用者は買い物を楽しんでいる。</p> <p>■ 改善課題 当事業所では、利用者と地域との交流を目標にした、計画は見られない。利用者調査(面接)では、多くの利用者が外出をあきらめている。ボランティアの来所などに留まらない活動、それへの支援が求められる。日常において地域の人々との関係を築き、活動範囲を広げることは、事業所が地域社会の一員としての社会的役割を果たす意味でも重要である。さらなる取組みに期待する。</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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)52.0% b)38.0% 無回答)10.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・「ボランティア受入れマニュアル」を定め、ボランティアの受入れに関する「理念」、「受入れ窓口」「オリエンテーション」「活動内容」「注意事項」「ボランティア保険の取り扱い」等を明示している。そして、支援相談員を担当者に任命し、受入れ体制を整備している。受入れの際には、担当者がオリエンテーションを行い、マニュアルに沿って活動内容をはじめ、個人情報保護の取扱い等について周知を図っている。 ・定期的には、毎月傾聴ボランティアが来所し、また学校教育への協力、授業の一環として受け入れをしている。</p> <p>■ 改善課題 これまでは、ボランティアの受け入れについて取り組みは乏しく、課題として、本年度の事業計画にボランティアの受け入れの目的や重要性について職員間で理解し推進する内容がある。計画の具体性と確実な取り組みを期待する。</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	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.0% b)16.0% c)28.0% 無回答)14.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市役所が毎年度作成している「やさしく支えたいマップ」(行政機関、交通機関、スーパー、コンビニエンスストア、郵便局、病院、福祉施設・事業所等の場所と連絡先等を地図上に記したものをフロア、会議室等に掲示している。 ・県老人保健施設協議会、笠岡市部介護支援専門員協会、笠岡市地域包括支援センター運営協議会、県笠岡市介護保険施設協議会などに参加しているほか、井笠地域の老人保健施設で構成している「災害時等栄養・食生活相互支援ネットワーク」に加入し、災害時や食中毒が起きた際の食事の確保に関する事業所同士の相互支援体制を整えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対してより良いサービスを提供するために、行政機関、関係機関(医療・教育等)、ボランティア団体等との連携が必要であり、それらに関する情報の共有化が図られているか、必要に応じて職員が活用できるように資料の保管場所等が整備されているか、情報が職員に周知されているか、などが重要な課題である。 ・管理者層の自己評価では、会議の開催は必ずしも定期的とは言えない事、また受け身である事等を問題視している。職員自己評価でも肯定率は低く、なぜ関係機関との連携が必要なのか、からの検討が求められる。計画的、積極的な取り組みを期待する。 	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)44.0% b)46.0% c)2.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>法人では中期経営計画に「地域に根差した施設運営」を掲げ、「相談窓口の設置」、「地域住民参加の支え合い体制づくり」、「地域コーディネーター制度の確立」を位置づけている。また、平成27年4月に新たに「地域連携部会」を設置し、地域の清掃活動やサロン開催による転倒予防教室などを実施している。そして夏祭りなどの地域行事には利用者が職員とともに参加するなど、法人全体として地域との交流を心掛けている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「地域連携部会」が中心となって、毎年地域の方々を対象に講座「福祉を考える会」を開催したり、市内でサロンを開催して「転倒予防」などをテーマにした啓発活動を行ったりしている。また、「認知症ひとり歩きSOSネットワーク」に参加し、徘徊する高齢者の見守り体制を整えている。 ・法人では、災害等の有事の際に地域住民の支援を得るための協定を締結し、また「福祉避難所」として指定を受けていることについて地域住民に周知している。 ・法人として地域の自治会に加入し、自治会の活動や祭りなどの行事に参加しているほか、各事業所の備品(介護関連、娯楽・レジャーなど)や地域交流スペース等を地域住民に貸し出しており、ホームページを通じて周知に努めている。 ・当事業所としては、独自に「地域連携委員会」が主催し、地域住民を対象とする研修会を4回開催し、研修会後には意見交換会をして交流を深めている。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人では地域連携部会を設置して、地域に対する専門的機能の発揮に努めている。また、当事業所としても独自の取り組みを開始している。管理者層、及び職員自己評価では、当事業所が有する機能の更なる活用、及びまちづくりへの貢献などの点において肯定率が低い。当事業所が持ち合わせている機能の再点検と、その機能を発揮するための取組みを示唆しており、今後の取組みに期待する。</p>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ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) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.0% b)22.0% c)26.0% 無回答)10.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、「地域に根差した施設運営」を中期経営計画の柱の一つに位置付け、新たに地域連携部会を設置して地域での清掃活動や転倒予防教室(サロン活動)などの取組を行っている。 ・当事業所では、法人の中期経営計画に沿って「施設方針」を策定する中で「地域に開かれた施設」を掲げ、平成29年度から新たに多職種が連携して対応する「相談窓口」を設置したところである。また、笠岡市地域包括支援センター運営協議会や笠岡市介護保険協議会に参加することで、市内の要介護高齢者の分布や要介護の取得率などの情報収集を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>福祉施設・事業所が地域社会における福祉向上に向けて役割を果たし、福祉ニーズを把握して公益的な事業・活動を積極的に行っていくことが求められている。当法人としてはまだこの分野に関する計画的な取り組みは今後の課題であり、管理者層の自己評価、及び職員自己評価も肯定率は低い。今後の取組みに期待する。</p>	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)52.0% b)38.0% 無回答)10.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・基本理念を受け、経営基本方針及び教育基本方針を定め、この中で利用者を尊重したサービスの実践を明記している。それを職員が携帯する「てんじん心得帖」に掲載し、組織内で共通理解が図れるよう努めている。毎週月曜日の朝礼では、理念の唱和を実施することで基本理念及び経営基本方針の理解・確認を促している。 ・昨年度は年2回、「権利擁護」「虐待」「身体拘束」についての研修会を開催するなどして、利用者の権利擁護や尊厳について学ぶ機会を設けている。 ・4年前頃より「尊厳等に関するレポート」を本事業所独自に開始し、担当者が毎月の職員会議にて発表することで周知を図り、人権や尊厳について考える機会としている。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では「職員が理解し実施するための取り組みを行っている」という設問の肯定率は3割強に留まっている。「尊厳等に関するレポート」等、事業所独自の取り組みもあるが、老健としての特性、役割を意識した取り組みとしては、分かりにくい。また、このレポートの結果の分析・有効活用も課題である。取り組みを期待する。</p>	

Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁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等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護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の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)48.0% b)44.0% 無回答)8.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・施設内研修として「個人情報保護、プライバシー保護」や「権利擁護」についての研修を開催し、プライバシーや人権について学ぶ機会を設けている。 ・「てんじん心得帖」では、法令遵守の項目の中でプライバシーについて明記しており、また、人権についての中で、権利擁護についてのマニュアルも記載しており、職員への理解の共有化を図っている。 ・「居室に入室する際にはノックをし声掛けを行う」、「排泄援助時の羞恥心に配慮する」、「入浴には同性介護の希望を受け入れる」等、プライバシーや尊厳に配慮したサービス提供に努めている。 ・プライバシー保護についてのアンケート調査を実施し、食堂へ結果を掲示するなどして、プライバシーについて考える機会を設けている。 ・年3回定期的に言葉遣いチェックを行うなど、接遇面に関してのマニュアルも整備されている。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、「利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みの周知」において、2割代の肯定率である。入所時の説明に使用する重要事項説明書(個人情報の保護については記載)、及び「ご利用のしおり」には、プライバシー保護や利用者の権利の視点から、わかりやすさに配慮した記載が必要である。職員への周知とその重要性の視点からも検討が求められる。 ・入所入浴に関する利用者調査の結果には、「男性職員に入浴介助されるのは嫌だ」や「異性の介助となる時もあるが、職員の都合もあるもの」と思い我慢するようにしている」等の否定的な意見もある。はっきりと物を申せない利用者もいることから、声にならない気持ちを汲み取れるような支援についての熟慮を期待する。</p>	

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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)40.0% b)52.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページでは、施設の概要だけではなく「スタッフノート」と題して施設内で実施された行事やイベントの情報を写真を豊富に使うことで、視覚的にも分かり易く伝えられるよう努めている。パンフレットや広報誌にも写真や絵を適度に使用する等の工夫をすることで、利用希望者により多くの情報を提供できるように努めている。また、パンフレット等は玄関の窓口の手に取りやすい場所に設置しており、見学者に分かりやすいよう工夫している。 ・利用希望者や見学への対応は相談員が窓口となっており、利用希望者のスケジュールに合わせるだけでなく、随時の見学等にも対応している。相談員は、土日祝祭日も交替で出勤し、随時の対応ができる体制を整えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者を意識した関係機関や事業所への情報提供は計画的な取り組みには至っていない。今後の課題として関係機関との連携の強化を意識しているので、取り組みを期待する。 ・利用希望者への情報内容として、老健・当事業所の特徴・役割の明確化が必要である。またこれまで体験入所や1日利用の希望はなかったが、対応可能であることを地域に対して情報発信することで、施設の有している機能を更に知ってもらえるよう検討を期待する。 	

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とづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	b
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)48.0% b)42.0% c)2.0% 無回答)8.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの開始に当たっては、「重要事項説明書」や「ご利用のしおり」を使用しながら説明し同意を得るようにしている。利用費用のことを気にしている利用者も多くいると考えられるが、重要事項説明書を基に、基本料金や加算についての説明を丁寧にしよう努めている。 ・「ご利用のしおり」は、高齢者でも読み易いように文字を大きめにしたり、図や絵、フローチャートを適宜使用しわかりやすさに配慮している。 ・施設利用可否の自己決定が難しいと思われる利用者には、可能な限り本人への理解を図ると共にご家族に丁寧に説明するよう努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、サービス開始・変更時に活用する資料のわかりやすさ、及び意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化と適切な説明、運用について、肯定率は3割代である。要因分析が必要である。 ・「ご利用のしおり」の内容について、老健の特徴、リハビリ分野が乏しい。更なる取り組みを期待する。 	

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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)42.0% 無回答)8.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本事業所は在宅復帰率の目標値を30%に掲げ、昨年度は32%の実績となっている。在宅復帰までのスケジュールを明確化しスムーズに支援するために、本年度より「在宅復帰パス」の本格稼働が開始された。 ・退所時には情報提供書・退所時指導書等の文書を作成し情報提供することで、退所後の福祉サービスの継続に配慮している。 ・家族への情報提供書には、退所後であっても随時相談に応じることを明記している。その際には、相談員が窓口となり対応している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「在宅復帰パス」は使用開始直後のため、対象利用者がまだまだ少ない状況にある。今後の充実と、サービスの質の向上及び在宅復帰率の維持・向上のために有効な活用ができるよう計画的な取り組みとその充実を期待する。 ・職員自己評価では、サービス終了後の利用者や家族等に対する、その後の相談方法や担当者についての説明についての項目の肯定率が4割強に留まっている。退所時に渡す「情報提供書」には、「困ったことがあればいつでもご相談下さい」と明記してあるが目立たないため、レイアウトの再考と内容の充実を期待する。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.0% b)46.0% c)6.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度の把握を目的として、これまでは年1回職員により利用者アンケートを実施していたが、昨年度より「傾聴ボランティア」に依頼して利用者へのアンケート調査を実施している。第三者に依頼することで、公正な意見聴取ができるよう努めている。そして、アンケート調査の結果を分析し、翌年度への事業計画に反映する方針である。 ・利用者満足度を把握する目的で、家族交流会を年1回開催している。家族交流会には職員も参加することで、利用者及び家族との意見交換やコミュニケーションの場を確保できるよう努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族交流会への参加者が少ない状況となっており、より多くの意見聴取のためにも、家族等が参加し易いような充実した内容への検討が必要である。職員自己評価でも、利用者懇談会や利用者が参画の検討会議の設置の肯定率は3割程に留まっており、利用者満足度の把握を課題とした体制づくりと実施を期待する。 	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 50.0% b) 40.0% 無回答) 10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・「苦情解決に係る取り扱い方針」を策定し、円滑に苦情解決が図れるよう努めている。利用者や家族への周知方法として、重要事項説明書に苦情相談窓口を明記すると共に、事業所内に苦情相談窓口や第三者委員の案内を掲示している。また、玄関前には意見箱を設置している。 ・受け付けた苦情は、苦情受付書・苦情報告書及び苦情解決・改善結果報告書に記録し保管している。対応策や検討内容については、口頭や電話にて本人及び家族へ随時報告している。受け付けた苦情をフロア内の話し合いだけでなく、苦情解決検討委員会を通して事業所全体で共有できるよう周知に努めている。</p> <p>■ 改善課題 ・苦情解決体制として、①苦情解決責任者、②受付担当者、③第三者委員を設置しており、体制の構築はできている。しかしながら、苦情解決状況の公表を実施していないため、ガイドラインの基準に従い「c」評価とする。今後、苦情解決状況の公表を実施していくことを期待したい。</p>	

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、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 38.0% b) 50.0% c) 6.0% 無回答) 6.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業所内には、第三者である介護相談員へ施設利用に関しての相談ができることを掲示するなどして周知に努めている。また、利用契約時には、重要事項説明書にも苦情受付担当者や苦情解決第三者委員、行政の担当窓口を明記し説明することで、書面にて同意を得ている。 ・介護相談員は月2回訪問してきて、相談がある利用者以外にも施設内を巡回しながら対象者を抽出し、声掛け相談にのってくれている。 ・相談しやすいスペースの確保のために相談室以外にも、談話コーナーを設置しパーテーションや観葉植物で間仕切りをするなどして話しやすいような環境整備に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者調査の結果には、「誰に相談したらよいかわからない。相談員はいない」や「我慢するのに慣れているので、相談はしない」等、否定的な回答もみられている。事業所の担当者以外の相談方法があることへの周知方法や相談しやすい環境体制とは何かについての再検討を期待する。 ・職員自己評価の結果からも、「相談や意見を述べたりする際に複数の方法がある」「文章の配布やわかりやすい場所に掲示している」という設問への肯定率が3割に留まっている。</p>	

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)40.0% c)4.0% 無回答)6.0%であった。</p>	
	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの意見等を把握するために年1回実施している利用者アンケート調査(昨年度より傾聴ボランティアの活用)や意見箱の結果を分析することで、利用者の要望やサービスの質の向上に繋がるよう努めている。また、利用者アンケート調査の結果等を、次年度の事業計画に活用する方針である。 ・利用者との1対1のケアの際には、利用者の声を傾聴しゆっくり話を聞く機会を持つことで、意見や意向の把握ができるように努めている。そこで把握した意見や相談された内容は、支援経過に記入することで職員間での共有が図れるようにしている。 	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの意見や要望は、内容により相談員が対応する等一連の流れがあるが、マニュアル化までには至っていない。組織的な改善体制をより効率的に図れるようにするためにも、マニュアル化することで業務の標準化と定期的な見直しを実施する手順の構築を図り、更なるサービスの質の向上へ繋がることを期待したい。 	

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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)52.0% b)38.0% 無回答)10.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本法人には「介護事故防止・安全管理に関する指針」が作成されており、法人としての管理体制を明確化している。法人本部にリスクマネジメント構築推進委員会を設置するとともに、各事業所へリスクマネジャーを配置することで、責任とリーダーシップをの明確化が図られている。 ・本事業所にもリスクマネジメント委員会が設置されており、その下部組織である事故対策委員会が毎月1回開催され、安全確保や事故防止についての検証の場となっている。委員会での取り組み内容を周知する方法としては、主に共有フォルダを活用している。 ・リスクマネジメントの取り組みとして、年1回の法人主体の研修会、年2回の本事業所内での研修会を開催することで、職員間でのリスクマネジメントに対する意識の共有化に努めている。また、本部により年2回の内部監査による、職員のリスクマネジメントに対する周知や理解度の状況を確認する機会が設けられている。 ・ヒヤリハット報告書の提出を喚起することで月に30～50件程の報告がある。その内容を毎月1回開催される事故防止委員会で集計・要因分析を実施することで、再発の防止や改善策を検討する等サービスの質の向上につながるよう取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、「事故防止策などの安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に見直しを行っている。」という設問に対しての肯定率が5割に満たない。事故やヒヤリハットの要因分析と対策の充実に向けた取り組み、そして全職員に対して周知徹底することで、更なる事故防止や安全管理につなげていくことを期待する。 	

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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)84.0% b)8.0% 無回答)8.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部には衛生専門部会・健康管理部会が設置され、その中で感染対策は健康管理部会が担当している。法人としての「感染症及び食中毒予防及び蔓延予防のための指針」が作成され、本事業所にも感染担当者が任命されており、衛生専門委員会を毎月開催し、感染症対策等の管理を実施している。 ・感染症対策の研修を本事業所内にて年2回開催し、嘔吐処理演習や手洗い講習会等も計画的に実施している。 ・職員が感染症に罹患している可能性がある場合には、法人規定の対応をとるだけではなく、利用者とは接することの無い間接業務へ従事させる等の対策もとっている。 ・「てんじん心得帖」には、福祉施設における感染対策の基礎から、感染症別対策、食中毒への対策等が26ページにわたり細かく掲載されており、職員への周知、標準化を図っている。 ・職員自己評価でも、感染対策については「マニュアルに沿って実施している」との意見が多数聞かれており標準化も図られている。マニュアルは年1回の見直しを実施している。 	

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
	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ないが、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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)82.0% b)12.0% 無回答)6.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部に危機管理室が設置され、担当者を明確にするなど、安全対策・危機管理には組織をあげ計画的に取り組んでいる。「事業継続計画書」には、災害時の対応等が明記されており、マニュアルも整備されている。 ・事業継続計画書には災害時用備蓄食材一覧や備品一覧が整備されており、年1回は実際に備蓄食を作り、利用者・職員が食べる等万が一の際の想定も図っている。 ・災害時にもサービス提供の継続ができるよう、職員の安否確認を携帯電話でできるようにシステム化している。また、災害時に必要な職員の通勤移動方法や通勤時間の把握も一覧となっている。 ・避難訓練を年2回実施し、消防署や消防団と連携しながら避難訓練の状況や訓練内容を評価をすることで、更なる安全対策へつなげている。その他、危険予知訓練や図上訓練も定期的を実施している。 	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-1 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-1-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)52.0% b)42.0% 無回答)6.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・基本的なサービス実施方法や、人権、接遇、各種制度、感染症対策等が「てんじん心得帖」に明記してある。そして、「てんじん心得帖」の理解度を確認するために定期的に評価する仕組みもある。また、更に細かなマニュアルも各種取り揃えてあり、毎年1回はマニュアルの見直しを定期的に実施するなど業務の標準化が図れるよう努めている。 ・新人職員には、基本的な職務遂行能力を確認する「マルチジョブ評価」を年2回実施するとともに、チューター制度によるチューターからの助言や相談支援体制の構築も図っている。</p> <p>■ 改善課題 ・新人職員の標準的な実施方法についての評価を実施する制度はあるが、中堅職員、ベテラン職員を評価する仕組みが未成立のため、職員自己評価でも肯定率は低くなっている。すべての職員を対象にした具体的な取り組みへの検討を期待する。</p>	
Ⅲ-2-1-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な懸賞・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)38.0% c)2.0% 無回答)10.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・「標準作業手順書」が作成されており、その中でマニュアルの役割、マニュアルの運用、マニュアルの見直しについての基準が明記されている。マニュアルは年1回10月にケア向上委員会において定期で点検・見直しをすることが決められている。各委員会でも、年1回のマニュアル類の見直しを義務付けており、見直しが必要ない場合であっても、その旨を記録に残している。 ・各種マニュアルには、改善点の空欄に各職員が気付いたことを自由に記載することができ、見直しの際には職員の意見を反映できるよう努めている。 ・法人としての基準書でもある「てんじん心得帖」も毎年見直しを実施されており、内容の充実を期している。</p> <p>■ 改善課題 ・「検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている」の設問に対し、職員自己評価では肯定率が4割となっている。マニュアルの見直しの際には、職員だけではなく利用者の意見をこれまで以上に反映できるような仕組みの構築に期待する。</p>	

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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)56.0% b)36.0% 無回答)8.0% であった。</p> <p>取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昨年度より、インターライ方式のアセスメントが導入された。各専門職(介護、看護、リハビリ等)が、統一した書式によりアセスメントを実施することで、アセスメント・ケア指針の2段階でサービス実施計画の策定を行うことができるようになっている。ケアプラン策定の際には、医師、看護師、理学療法士、介護士、管理栄養士等が参加し、カンファレンスを開催している。多職種によるケアプランの作成手順もマニュアル化されており、福祉サービス実施計画策定責任者はケアマネジャーが担当することで責任の所在を明確にしている。 ・入所時には、本人や家族からも生活歴の聞き取りを行うことで入所後のサービス開始が円滑に進むよう取り組んでいる。 ・また、インターライ方式のアセスメントは、実施者によるばらつきを少なくすることができ、業務の標準化の観点からも効率的に作用し、課題抽出もしやすいという利点もある。利用者本位のケアを提供するためにも、インターライ方式のアセスメントを継続することでアセスメントの経験値や知識の蓄積を期待する。 	
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。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)70.0% b)18.0%で 無回答) 12.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施計画の評価・見直しはケアプラン作成手順書通りに3カ月毎を基本に実施している。また、利用者の状況や状態等に変化が見られた際には、ケアマネジャーが中心となり随時・緊急時のカンファレンスを開催し、ケアプランの変更を実施している。カンファレンスには、医師・看護師・リハビリ職・管理栄養士・介護士等多職種が参加することで情報の共有を図っている。 ・カンファレンスに利用者及び家族への参加を積極的に促すことで、意向や要望を確認できるように努めている。昨年度の利用者参加率は55%、家族の参加率は30%となっており、前年度よりも上昇傾向にあり、本年度も継続中である。本人や家族がカンファレンスに参加できない場合には、電話等で事前・事後に意見や意向の聴取や説明を実施することで、利用者本位のケアプランとなるよう努めている。 	

Ⅲ－２－(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ－２－(3)－① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)62.0% b)32.0% 無回答)6.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者の身体状況や生活状況は、入所者状況表に記録している。また、サービス実施記録は、電子カルテシステムに毎日記録することで、日々の利用者の変化や状況が理解できるよう記録の整備が図られている。 ・業務上必要な情報共有の方法としては、電子カルテの他に「共有フォルダ」を活用している。「共有フォルダ」は、ステーションのパソコン内に設置されており、必要に応じて随時の閲覧が可能となっている。また、本事業所としての情報の流れを明確にするために、「多職種連携フローチャート」を作成し、情報の共有化を図っている。 ・記録に関する研修会を年1回開催し、記録内容や書き方に差異が生じないように取り組んでいる。また、「てんじん心得帖」には、記録の意義や方法等の基準が記載されており、職員は常に記録についてのマニュアルを確認できる状況になっている。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、「情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取り組みがなされている」の肯定率が4割に留まっているため、多職種間での情報共有を目的として「多職種連携フローチャート」を有効活用できる取り組みに期待する。</p>	
Ⅲ－２－(3)－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ、適切に管理が行われている。	b
	b) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規定が定められていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)42.0% 無回答)8.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者の記録に関しては、個人情報保護規定を法人として定め、文書責任者が任命され、適切な個人情報の取り扱いが可能となるよう努めている。また、重要事項説明書では、個人情報を使用する場合の条件を定め利用者や家族に説明し書面にて同意を得ている。 ・毎年コンプライアンスに関する研修会を開催し、その中で個人情報保護についての教育が行われており、記録の取り扱いについて学ぶ機会にもなっている。 ・電子カルテやその他のパソコン内の記録や情報を見るためには、パスワードの入力が必須となっており、閲覧可能者の制限を設けている。電子化できない記録や情報は、施錠できるロッカーにて保管・管理するなど記録物の管理体制を明確化している。</p> <p>■ 改善課題 ・個人情報保護規定には、個人情報の漏えい時の対応方法が明記されていないため、その際の対応をマニュアル化することを今後の取り組みとして期待する。</p>	

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-1 (1) 生活支援の基本

A-1-1-(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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 40.0% b) 48.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所前訪問を行って、対象者の生活リズムを確認している。また、入所時には本人の意向確認したり、食事の好み等の生活習慣の把握に努めている。 ・本人への意向の確認や生活習慣を踏まえて、サークルやクラブ活動に誘ったり、洗濯物たたみや簡単な清掃を依頼して役割を持ってもらえるようにしている。 ・事業所として「移動スーパー」を週1回呼び、利用者に買い物の機会をつくっている。また多種類のクラブ活動を提供、外出もバスハイクなどを企画して楽しめるようにしている。 ・利用者それぞれに応じた生活については、ケアプラン(介護・医療計画)にその経過を記載し、カンファレンスで検討して修正している。 <p>■ 改善課題</p> <p>アセスメントをインターライ方式で行うようになり、入所前や入所時に本人や家族から趣味や意向、生活習慣等を意識して把握するようにはなってきた。しかしながら、利用者から意向は聞いているものの対応は集団対応になっている。これは職員の自己評価でも複数人から、集団になりがちで利用者それぞれへの対応が不十分といった意見が寄せられている。また利用者面接でも、「楽しめる行事やクラブ活動」についての肯定率は3割であり、価値観や生活習慣の尊重についても同様の肯定率である。利用者一人ひとりがどのように過ごせるように運営するのか、事業所として方針を示し、更なる充実に向けて取り組むことを期待する。</p>	

A-1-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
	b) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 46.0% b) 44.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人のコミュニケーション能力に応じて、簡単に答えられる工夫をしたり筆談などで対応している。また家族からの情報を活かしたり、協力を得てコミュニケーションを図っている。 ・まず職員が利用者の言葉の傾聴に努めている。さらに傾聴ボランティアや介護相談員なが定期的に事業所を訪れており、利用者が話せる機会になっている。 ・全職員が言葉遣いチェック表で自己チェックする機会(年2回)を設けたり、接遇についての研修会を行っている。言葉遣いは食事、排泄、入浴、起床介助などの場面で指示、命令的言葉を使っていないかをチェックする内容で、事業所独自で検討したものである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所は、排泄、入浴支援など利用者1対1で関わる時をコミュニケーションを深める機会と捉えたいとしているが、関わりが作業的になりその時間を有効に使えていないことを課題としている。 ・職員の言葉遣いに対する苦情が寄せられており、これを減らすための取り組みとして「言葉遣いチェック」を行っているが、自己チェックに留まり、これを使って検討したり見直しに役立てる等の取り組みは行っていない。更なる取り組みを期待する。 	

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。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)58,0% C)30,0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・権利擁護(身体拘束・虐待)に関する研修会を開催している。また、身体拘束防止に係る指針を定め、身体拘束問題発生時の対応マニュアルを作成して職員に周知している。 ・年2回研修会を開催している。また高齢者虐待防止セルフチェックシート、虐待の目チェックリストを使用するなどして職員が自ら考え、気づける機会を設けている。</p> <p>■ 改善課題 ・権利侵害防止に向け、利用者に具体的事例を提供して周知するなどの取り組みはない。 ・「身体拘束」に関する説明が、「重要事項説明書」と「てんじん心得帳」とで違いがみられる。統一性のある表現となるよう早急な見直し・検討を期待する。 ・所管行政への虐待の届け出や報告について職員へ周知されているかについては、職員自己評価でも肯定率が4割であった。事業所としても周知の書式が分かりにくい事を課題と認識しており、作成し直す予定である。権利擁護については取り組みの徹底が求められているため、「C」の評価とした。全職員に周知するための取り組みを期待する。</p>	

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b
	b) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50,0% b)44,0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業所内は毎日清掃して清潔の保持に努めている。更に外部業者が行う定期清掃も年2回実施している。 ・季節に合わせた装飾や壁面の絵画や掲示物、生花の置き方などにも利用者が落ち着けるような工夫をして快適性を高めている。そして毎月「5」のつく日を「5Sの日」として環境整備の取り組みが確実に継続して取り組めるようにしている。 ・環境整備に利用者の意向を反映させるために「利用者アンケート」を行い、その結果を施設運営会議で話し合って改善に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・事業所内の全体的な環境は利用者の快適性に配慮したもとなるよう、5S運動を始めとする取組が行われ成果をあげているが、利用者それぞれの意向やこれまでの生活習慣を尊重したすし方が出来るような居室環境への配慮は不十分としている。これは事業所としての合議結果と、職員自己評価結果も「不十分」で一致している。この理由として多床室におけるプライベート空間づくりの限界がある。現在多床室ではプライベートカーテンで空間を仕切っている。これを踏まえての改善のため困難を伴うとも考えるが、できる工夫による改善を期待する。</p>	

A-3 生活支援

A-3-1 利用者の状況に応じた支援

A-3-1-1-① 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。	a
	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) 60.0% b) 30.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望と身体機能に合わせて3種類ある浴槽タイプから使用する浴槽を選んでおり、その際にはより自立的な入浴を目指している。そして食事摂取姿勢を参考にしながら、入所1週間程度で使用する浴槽のタイプを決めている。仰臥位で浴槽に入る機械浴槽使用者は、尖足で普通浴槽に入るのが難しい利用者、及び座位を保てない利用者で13%程度である。端坐位リフト浴槽と普通浴槽使用の割合は半、半である。 ・安全に入浴できるように、シャワーチェアー、浴槽内椅子、滑り止めシートなどを準備している。 ・同性介助希望者にはそれに対応している。普通浴槽、リフト浴槽使用者には1対1対応で、脱衣場で待つこともなく入浴できている。 ・利用者の意向に応じて入浴日を変更したりシャワー浴とするなど柔軟に対応している。 <p>・なお今後の課題として、利用者の身体機能に合わせた入浴方法になっているか、身体機能に合わせた入浴形態決定の仕組みづくり、加えて決定した入浴方法で問題は無いかを評価したい意向がある。また、本事業所では仰臥位の機械浴槽が1階にあるため、その移動動線が長くなっている。これも踏まえた検討が必要になっている。今後の取り組みに期待したい。</p>		

A-3-1-1-② 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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 58.0% b) 36.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄アセスメント等を通じて情報収集し、オムツ外しに取り組んでいる。 ・入所後3日間(72時間)に渡って尿量測定をして使用する尿取パットの選定に役立てている。尿取パットは6種類準備しており、その中から利用者の特徴に応じてどのように組み合わせるかを1週間程度で決めている。適切な尿取パットの選定については学習会を計画している。 ・居室でポータブルトイレ使用時は、他の人の目に触れないように羞恥心に配慮している。 ・トイレの清掃は毎日行うと共に汚れに気づいた時には随時おこなうようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が排泄動作をより自立的にできるような支援をするために、トイレ誘導する利用者の機能レベルを標準化する必要がある。 ・排尿パターンの把握に努めているが、それに基づいてトイレ誘導のタイミングを計っていくまでには至っていない。 ・終日オムツ使用で、ベッド上で定時交換(1日4回)している利用者が3割弱いる。トイレ誘導可能なADLレベルを標準化できれば、オムツ外しはより進むものとする。作成している排泄フローチャートをどのように活用するのか、より自立的な排泄支援とリンクできるよう検討を期待する。 ・トイレの構造を見ると、便器の高さが一律で、身長の高い利用者は足底全体が床につきにくい高さである。また、手すりは設置されているが、利用者が便器から立ち上がる動作を誘導する位置にない。利用者の自立性を引き出すために、併せて職員の介護量軽減のためにも環境の見直しを期待する。 	

A-2-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 64.0% b) 30.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態をアセスメントし、それを基にカンファレンスで移動方法について協議して多職種が情報共有して支援している。 ・移動動作の際にも利用者自身の力を引き出すように多職種が介助方法を統一させている。 ・利用者の機能に見合った福祉用具を選定して、安全で自立性の高い移動になるようにしている。 ・在宅復帰が明確になっている利用者については、それを想定して移動手段を決定している。 ・リハビリスタッフが移動能力を評価して、その機能に見合った車いすや歩行器を入所1週間程度で選定している。その際に必要な用具は取り揃えている。なお、車いすと歩行器については、点検箇所とそのインターバル、担当者を決めて取り組んでいるがその他の用具については定期的には行っていない。安全と適切な使用方法の視点から、その他の用具の点検に取り組むことを期待する。 	

A-3-(2) 食生活

A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 56.0% b) 36.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事を楽しめる工夫として、カレーパーティやおでん等をバイキング形式で年4回提供している。また、月1回は、「地産地消」の献立日がある。さらに利用者が季節を感じられる献立での提供に努めている。 ・朝食、昼食に選択食(月1回程度)を導入している。 ・食中毒などの発症予防に向けて、毎週、衛生チェックシートを厨房委託先である業者から週1回提出してもらっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行事食などの時を除いて食事環境を見た時に、美味しく食べられる「雰囲気づくり」について工夫の余地があることを事業所として課題にしている。更なる取り組みに期待する。 	

A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 66.0% b) 28.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食堂のテーブルの高さは、利用者が天板に肘をつける高さに調整、併せて自助具なども活用して安全で自立性の高い摂食になるように工夫している。また、車いすから椅子に座り替えて食事する、座り替えない場合にもフットレストを上げて足底を床につけるなどの取り組みを開始している。 ・利用者の摂食・嚥下能力に見合った食事形態にするため、食形態は5種類準備している。副食のパスつきを無くすため、「餡」をかける等している。提供している5種類の食事形態の中には、「極刻み食」がある。この形態は「パスつき」を生じさせやすく「食塊形成」も困難になりやすい。この視点からの見直しを期待する。 ・新規入所者については入所2日目ぐらいで、咀嚼・嚥下能力を観察して提供する食形態を決定している。食形態の決定については法人内他事業所と兼務のSTも関与している。 ・誤嚥・窒息等の摂食中の事故予防に向けて、緊急時の対応について研修会を開催している。 	

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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 48.0% b) 42.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能のチェックが必要と判断する利用者介護・看護職員がピックアップし、月1回訪問している歯科衛生士に見てもらって指導を受けている。 ・食前に嚥下体操を行ったり、必要とする利用者には口腔マッサージをしている。 ・食後に口腔ケアをするよう努めている。又経管栄養の利用者には、1日1回口腔ケア及びチェックをしている。 ・口腔ケアのフロー図を作成している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が口腔ケアについて学ぶ機会としては必要時にSTが利用者に関わり、それを職員にケア方法として伝えている。そのため系統的ではなく学習としては不十分である。職員自己評価においても、口腔ケアの研修、口腔ケアの実施及び評価については肯定率が5割に満たない。 ・歯科医師の診察、歯科衛生士の口腔ケアは、職員が必要と考える利用者ピックアップしている状態で、全利用者の口腔チェックを定期的に行う機会はない。また職員が口腔ケアを学ぶ機会も不十分である。人が「嚙む力」「咀嚼力」は単に食物を摂るだけでなく、大脳への刺激、誤嚥性肺炎の予防等の視点から重要視されている。専門職の協力を得て職員が「口腔ケア」を系統的に学習できる機会を設定することを期待する。 	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
	b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)74.0% b)20.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の褥瘡予防指針を基に、事業所としての「褥瘡マニュアル」を作成している。 ・多職種で褥瘡ラウンド(回診)を月1回実施すると共に、ケア向上委員会の中で、褥瘡の状態を報告し、その対応についても協議している。 ・ケア向上委員会の委員が外部の研修会に参加し、最新の情報を得て褥瘡ケアに生かすと共に、年1回全職員を対象とした研修会を行っている。 ・昨年末にはケア向上委員会が褥瘡発生の危険度を解り易く示したフローチャートを作成し、その周知に努め職員の意識向上を図っている。また、各種マットレスの選定基準もフロー図化、そこにマットレスの特徴を具体的に示した一覧表を作成している。</p>	

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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)00.0% b)00.0%であった。</p> <p>■ 喀痰吸引は看護師が行っているため、本項目については非該当とした。</p>	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っている。	a
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)60.0% b)34.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・本人の希望を基に目標を設定したリハビリ室での訓練や、居住フロアでは生活動作をリハビリテーションと位置付けて取り組んでいる。そして生活動作を支援するに当たり介護職員は、リハビリ職員に相談したり助言を得て行っている。 ・施設サービス計画・ケアプランを基にリハビリテーション実施計画書を作成し、3カ月毎に評価・見直しをしている。 ・リハビリテーション実施計画書作成に当たり、自宅から入所する利用者については利用前に在宅訪問することを原則にして取り組んでいる。病院など自宅以外から入所してくる利用者については入所1週間以内に在宅訪問している。この時利用者も同行するようにしている。特に本年度から本格活用となった「在宅復帰パスシート」により、在宅訪問が確実に行われるようになり、関係職種間の情報共有も促進されている。今後は、在宅を意識した環境づくり、特に利用者毎に、自宅玄関の出入り、浴槽構造を踏まえた入浴等の動作について動作分析を行い、「訓練動作」への動機づけを強化したいと考えている。 ・在宅復帰する利用者については、退所前に自宅を訪問し、在宅で担当となるケアマネージャーに情報提供している。</p>	

A-3-(6) 認知症ケア

A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)42.0% b)48.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター講座を全職員が受講している。さらに「認知症介護実務者研修」「認知症介護実践リーダー研修」の受講者が、その内容を施設内研修会で伝達報告し、職員が認知症に対する知識を深める機会にしている。法人としても年2回の認知症研修を今年度計画している。 ・本人・家族から生活歴、現在の日常生活能力、行動障害になっている事などの利用者情報を得て、インターライ方式のシートでアセスメントしている。 ・面会に訪れた家族と利用者がゆっくり過ごせるような空間として、談話コーナーを設けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の言動に何らかの意味があることを見出せるように、常に傾聴的態度で対応するとしている。そして1日の利用者の行動を記録して職員間で共有し、対応を統一するように話し合っているが、行動の特徴やその意味などまで深められず対応が不統一になっていることを課題としている。職員の自己評価結果も利用者の行動・心理症状についての分析については肯定的割合が4割に満たない状態にあり、事業所、職員の共通課題になっている。 ・認知症症状を有する利用者が落ち着けるように居室環境を検討するなどの取り組みも強化する必要がある。また、どのような作業や役割がそれぞれの利用者を落ち着かせるのか、意識して生活歴を把握し、本人が誇りとしていることや得意技などを探り、それを個人に合わせて提供するなどの積極的な取り組みを期待する。 	

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
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)50.0% b)44.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急変時対応マニュアル(ポケット版)に利用者の体調変化のチェックポイントなどが記されており、これを常に職員は携行している。 ・日々の利用者の健康状態の把握方法は、食欲、食べ方、反応などについて「いつもの違い」でまず気づいている。そのため「いつもの違い」の見方をマニュアルにしている。また、入浴前には血圧、体温測定を実施している。そしていつもの違いに気づいた時には、フロア担当看護師に連絡する体制になっている。 ・適切な服薬を目指して、服薬カードに個別の対応を明記して服薬介助している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の健康管理については、「てんじん心得帳」の中に感染症、医療面に関することとして「体調変化時への対応」などが記載されており、その周知に努めている。薬の効果や副作用に関する研修について、職員自己評価結果では肯定率が3割に留まっている。事業所としても薬に関する研修会は不十分と認識しており、充実の方向で検討している。また、体調変化時への対応として職員のレベルに応じた指導については、肯定率が5割以下であった。職員が必要な知識と技術を備えて利用者に対応できるように、更なる取り組みの強化を期待する。 	

A-3-(8) 終末期の対応

A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	b
	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。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 48.0% b) 46.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りに対する指針は事業所として定めている。そして入所時に終末期の医療についての説明を行い、「終末期医療に関する確認書」を作成している。意向は、本人・家族から聞くようになっている。 ・看取りを行う場合は家族を交えて「看取りカンファレンス」を開催し、ケアの内容についてはケアプランに記載して同意を得ている。 ・実際の診療と死亡確認は、事業所の医師が行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所としての看取り指針はあるが、看取りについての手順書は作成していない。職員の不安軽減のためにも必要と考える。その整備を期待する。 ・職員に対する終末期に関する研修会は未実施であり、職員自己評価では肯定率は3割である。 ・終末期ケアに携わる職員への精神的なケアも事業所として不十分として認識している。職員自己評価では肯定率が2割台に留まっている。デスカンファレンスの実施など、具体的な取り組みが必要であり、積極的な取組みを期待する。 	

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b
	b) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a) 48.0% b) 46.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態に変化があった時には相談員が電話で迅速に報告し、その後面会に見えた時に直接説明するようにしている。毎月の利用料の支払い先を事業所の窓口に行っている家族が8割を占めており、この時を利用して職員は顔を合わせるようにしている。そのためケアプランの説明やカンファレンスなども料金の支払いに家族が見えた時を活用するようにしている。 ・家族交流会を年1回開催し、そこで利用者アンケート(昨年度は11月に食事について実施)の結果や、事業所が提供しているサービスについて説明し、家族から意見や要望を聞いている。 ・利用者が家族と共に楽しめることを目的にして、家族に参加を呼びかける行事として、七夕まつり、天神夏祭り、利用者作品展、忘年会などを開催している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅復帰を目指す利用者に対しては、ケアプラン策定時などの他に定期的に話し合う時間を設けて、利用者が「家」で暮らすことを意識してもらえるようにする必要があると事業所は考えている。利用者面接の折にも、「帰りたいが家族に迷惑をかけるのであきらめている」という言葉を複数の利用者から聞いている。今後の取り組み強化を期待する。 ・事業所は家族同士の交流ができる場、職員と家族が関係強化を図れる場として定期的な家族交流会を開催したいとしている。 	

