

平成 29 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
介護老人福祉施設
「このしま介護老人保健施設」

2018 年 2 月 7 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
評価結果の公表	1
共通評価項目	
Ⅰ. 福祉サービスの基本方針と組織	7
Ⅱ. 組織の運営管理	11
Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施	20
内容評価項目	29

(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 29 年 4 月 25 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①自己評価 平成 29 年 4 月 26 日～29 年 5 月 31 日
 - ②利用者調査 平成 29 年 6 月 8 日～29 年 6 月 9 日
 - ③事業所訪問調査 平成 29 年 7 月 18 日、7 月 19 日

2. 評価の実施方法

全社版 福祉サービス第三者評価基準ガイドライン

3. 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 36 名

4. 評価調査者

鳥海 房枝
新津 ふみ子
田中 稔

5. 評価決定合議日

平成 29 年 8 月 14 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

福祉サービス第三評価結果の公表

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：こうのしま介護老人保健施設	種別：介護老人保健施設
代表者氏名：中西 紀男	定員（利用人数）：１００名
所在地：岡山県笠岡市神島３６２８－３	
TEL：０８６５－６７－６１１２	ホームページ：http://www.tenjinkai.org/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：２００４年４月１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：５３名 非常勤職員：２名
専門職員	医師１名、薬剤師１名 管理栄養士２名、介護福祉士１６名
	理学療法士２名 看護師１２名、介護支援専門員１名
	作業療法士１名
施設・設備の概要	４人室１８部屋 個室６部屋
	２人室１１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

- ・法人は、老人保健施設として、利用者の在宅復帰率３０％継続を目標にして取り組んでいる。それを実現させるために、今年度は理学療法士の複数人配置に踏み切った。これにより、利用者の入所前在宅訪問や利用中の訪問を通じて在宅への退所を利用者に具体的に示し、強い動機づけにしていこうとしている。そして、利用中の生活についても職員一丸となって、利用者の出来ることを増やしていく支援に努めている。

・法人は自然災害までを踏まえ、事業の継続性についてのリスクマネジメント体制の構築に取り組んでいる。これについてはリスク管理の専門家を入れ、年単位で法人全体のリスクについて学び、その体制づくりに取り組んだ。これは、同時に社会福祉法人としての地域貢献にも直結する動きと言える。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年4月29日（契約日） ～ 平成30年1月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成25年度）

⑥総 評

◇特に評価の高い点

1. 理事長をはじめとする管理者層のリーダーシップのもと、さまざまな業務改善やサービスの質の向上に真摯に取り組んでいる

当法人の理事長は、法人の基本理念を踏まえ、中長期的なビジョン（中期経営計画）を示している。それに基づいて事業計画を定めて、人材育成方針に基づく職員育成のシステム化、職員育成を統括するヒューマン・リソース室（専任職員配置）の新設、職業倫理や基本介助技術等を掲載した小冊子である『てんじん心得帖』の発行（全職員携行）、第三者委員会・地域連携部会・QC委員会等の新設、地域に向けた取り組みの強化など、法人をあげて業務改善やサービスの質向上に真摯に取り組んでいる。

また、当事業所においても、前回（平成25年度）の第三者評価の受審を契機に、施設長および施設代理のリーダーシップのもと、事業所内の委員会構成の再編、事業計画の見直し、事業所の説明用パンフレットの刷新等による情報発信の強化、ボランティアの受け入れ体制整備などの業務改善に意欲的に取り組んでいる。

管理者層のリーダーシップと職員の不断の努力によって、組織の強化とサービスの質の向上のために計画的かつ継続的に挑戦する姿勢は高く評価できるものである。

2. 中間施設として、在宅復帰を視野に入れた機能訓練に取り組んでいる

利用者の在宅復帰を意識し、利用申し込みを受け付けた段階で家庭訪問を実施している。また、病院入院中に利用の申し込みのあった場合は、入所後の早い段階で利用者本人と共に家庭を訪れている。この目的は、どのような構造の家で暮らしているのか、その時の生活上の不都合な点を明らかにし、生活障害をより軽減させるための訓練計画の立案に役立てるためである。

このように、早い段階から在宅復帰を視野に入れた施設利用ができることは、利用者本人の訓練への意欲を高め、同時に家族の受け入れもよくすることに他ならない。

当事業所では機能訓練の職員体制の充実に努めてきた成果として家庭訪問を重要な支援に位置づけ、確実にこれに取り組めるように変化してきている。このような充実を受けて、予定入所期間の中間で、日中のみ帰宅する日帰り訓練や退所前の一時帰宅により退所後の問題を把握し、その解決を図った上で在宅復帰支援ができれば、さらに成果は上がるものと考ええる。

その一方で「在宅復帰のめどは立っていない」「ここでは身体のためになる運動は特別していない」などと利用者面接で回答する利用者も少なくなかった。ただし、職員は、トイレ誘導による排泄や入浴など、利用者自身の身体機能を最大限に引き出す支援に、生活動作を通して取り組んでいる。これらの支援の効果をさらに高めるためには、体操や器具を使ったやり方だけが機能維持の訓練ではないことを利用者の身体機能等に合わせて丁寧な説明を加えるなど、意識的な動機づけを図る必要もあろう。

◇改善を求められる点

1. 法人・事業所における効率的な組織（委員会）構成のあり方や、具体的な取り組みに関する職員の理解促進、合意形成について、さらに取り組むよう期待する

法人と当事業所では、多くの委員会等を設置している。法人は、中央安全衛生委員会、介護サービス向上委員会のほか、リスクマネジメント構築推進委員会、広報委員会など8つの委員会を設置し、そのうち中央安全衛生委員会のもとに衛生専門部会などの3つの部会を、介護サービス向上委員会のもとに人財育成部会など4つの部会を置き、それぞれの部会には事業所ごとに委員会を設置している。さらに当事業所では独自の委員会も設けている。

法人全体の委員会等の構成については『てんじん心得帖』に掲載しているが、数が多く、複雑なため、職員は「委員会」と「部会」の位置づけの違いや構成・役割を必ずしも正確に理解していない。

また、今回の第三者評価受審に伴って実施した職員自己評価では、計61項目の「a」「b」「c」の判断について、その半数以上に当たる32項目で職員の6割以上が「a」と回答をしていた。しかし、回答の具体的な判断根拠を問う「評価の着眼点」（取り組みの状況）の項目ごとに見ていくと、肯定的回答の割合が5割に満たないものが散見された。このことから、職員は個別の具体的な取り組みを必ずしも高く評価していないか、もしくは理解が十分でないことが伺える。

法人および当事業所では、さまざまな業務改善にも取り組んでいるが、業務改善を推進する効率的な組織（委員会）構成のあり方や具体的な取り組みに関し、意思決定過程への職員の参加、職員への周知方法や知らせる時期や機会を工夫することを通じた職員の理解の促進、および合意形成など、さらなる事業所の取り組みに期待する。

2. 法人・事業所の特性を生かし、より積極的な実習生の受け入れに取り組むことを期待する

実習生の受け入れについては、平成28年度の実績は、10人に満たない状況である。平成29年度に「実習生受入マニュアル」や「実習指導者マニュアル」の整備は行っているものの、基本的には学校側からの要請に応じて実施しているものであり、積極的に取り組んでいるとは言い難い。事業計画にも、具体的な記述は見当たらない。

専門職の実習を受け入れることによって、福祉サービスに係る専門職の養成に協力することは、福祉事業所の重要な責務の一つである。特に、当法人は多様な事業所を経営しており、当事業所は老人保健施設として多様な専門職を置いていることが大きな特徴であり強みでもある。結果的にそのことが職員の採用活動にもよい影響を及ぼすことにつながる可能性もある。

当事業所は、魅力的なプログラムの開発を課題と捉え、また平成28年度には、リハビリ職について当事業所から学校側に働きかけ実習生を受け入れたという取り組みも行っている。養成学校との連携を深めつつ、さらなる取り組み強化に期待する。

3. 1フロアの利用者数 50 名という「多人数のフロア運営」の課題は少なくない

前回の第三者評価の受審後に、事業所として改善に取り組んだ事項は多い。まず、環境面では廊下の広報の掲示が利用者の目線に合わせた位置となるように配慮されている。これは、利用者面接の折にも「展示物を見ている」という声が聞かれるなど、成果が出ている。展示の仕方も、落ち着きのある空間づくりがなされており、工夫の様子がうかがえた。

また、トイレの構造自体を変えることは難しかったものの、その条件下でも利用者の安全を確保して自然排便を試みるための用具づくりを独自に行っている。入浴支援でも身体機能がかなり保たれている利用者でなければ利用できない大型浴槽を有効活用するため、独自にシャワー椅子を作成し普通入浴を試みている。それぞれの取り組みで、職員は利用者にとってのよりよい環境づくりに努めている。

しかしながら、1フロア 50 名という利用者の人数のため、床面積も広く、職員の動線も長くなりがちである。特に風呂場が 1 カ所にしかないため、風呂場のないフロアの利用者はエレベーターを利用した縦移動を週 2 回することになる。そして、縦移動に必要になっている職員の人手は、無視できないほど大きい。利用者にとっては「ゆったりした風呂」とは言えない状況でもある。食事と同様に、大人数で食事する状況は、利用者の介護度の上昇とリクライニング車いす利用者の増加で食堂での自由な動きが難しくなって、結果的に順番に食堂に誘導するため、食事の拘束時間が長くなっている。

よいケアを展開するための一つの条件として、職員の動線を短くして、利用者の生活空間を広くとることがあげられる。これは、建物構造と利用者の要介護レベルとも関係する。要介護レベルが上昇するなかで、職員の動線が長いことは、事業所として重視している個別ケアではなく、一律のケアに容易に偏っていきやすい。個別ケアを徹底させること、さらに在宅復帰までを視野に入れば、例えば風呂の構造も「家でよく使われている形の風呂」の導入も検討する必要がある。

環境を見直すことは、予算を伴うことでもある。事業所としてどのようなケアを目指すのか検討して、課題に優先順位をつけ、環境の見直しに着手することを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

1. 法人・事業所における効率的な組織（委員会）構成のあり方や、具体的な取り組みに関する職員の理解促進、合意形成について、さらに取り組むよう期待する

このご指摘につきましては、部会の位置づけは法人（中央）が開催するものとし、また委員会は各事業所が開催するもと、今後、改善していきます。

委員会の議事録は各サービスステーションにファイルしたものを置き、全職員に周知するために回覧し、目を通したら職員にサインしてもらうように改善していき、さらなる取り組みの強化を図ります。

2. 法人・事業所の特性を生かし、より積極的な実習生の受け入れに取り組むことを期待する

このご指摘につきましては、現在リハビリ職は在籍中の学生をリハビリ助手として雇用し将来に備えています。また近隣の介護福祉士の養成学校へは、当事業所の実習担当者が学校に出向きボランティアの勧誘、夏季、冬季、春季の休日等にアルバイトの募集等を行う中で学校との連携を深めていき、来季の事業計画にも盛り込み、さらなる取り組みの強化を図ります。

3. 1フロアの利用者数 50 名という「多人数のフロア運営」の課題は少なくない

このご指摘につきましては、3 階食堂で、多人数が食事をしていましたが、現在はご利用者を前後 2 グループに分け食事席テーブルを減らし、広い空間でゆっくりお食事をしていただいています。このことで以前の見守り不足が解消でき、自力摂取、嚥下状態を確認できるようになりました。

・よいケアを展開するための一つの条件として、職員の動線を短くする

このご指摘につきましては、改善事例の一つとして、当事業所の QC グループチーム・武縄が今まで 3 階の物品補充を 2 階のリネン庫まで取りに行っていたが、必要物品を居室に設置したことで、動線が短くなりました。

今後の課題として、さらなる在宅復帰を視野に入れ環境の見直しを行うにあたって場所と優先順位をつけ取り組んでいきます。

⑧第三者評価結果

別紙の「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) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 62. 8% b) 23. 3%であった。	
	■ 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こととし、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、談話コーナー、サービスステーション等)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」(平成29年4月発行)に掲載している。 ・法人では毎年4月に全事業所が参加する施設説明会を開催し、理事長が基本理念を踏まえた当該年度の方針等を発表し、職員への理解に努めている。また、基本理念等については職員の採用時に研修会で説明するとともに朝礼や申し送りの際に唱和を行い、さらに、年2回の職員面談の機会にも「てんじん心得帖」に記載されている理念等の理解度を確認している。	
	■ 改善課題 利用者および家族に対する理念や方針の周知の取り組みは、パンフレットの記載、玄関や利用者フロアへの掲示であり、周知への取り組みは不十分である。今回の第三者評価の実施に伴って実施した「職員自己評価」では、「理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている」について、肯定的な回答の割合は5割未満であり、自由意見でも「利用者・家族への周知が不十分」という旨の意見が散見された。さらなる取組みに期待する。	

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 55. 8% b) 18. 6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・社会福祉事業全体の動向については、全国老人施設協議会、全国老人保健施設協会等の各団体の機関紙等から把握し、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、施設長等が笠岡市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行っている。 ・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。 ■ 改善課題 ・法人の経営会議や当事業所の施設運営会議など、経営課題を明確にして共有する仕組みは整えられているが、各会議の議事録を見る限り、内容は事務的な報告が多く、施設長代理も「分析まではできていない」として課題と捉えている。 ・社会福祉事業全体の動向、地域での需要の動向、利用者数・利用者像の変化、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を把握するとともに、実施する福祉サービスの内容や組織体制、設備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析を適切に行うことが重要である。さらなる取組みに期待する。	

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a)48.8% b)27.9%であった。	
	■ 取り組み状況 法人では「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、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)」、文書回覧、また会議資料はパソコンの共有フォルダ内に掲載して共有する仕組みである。共有フォルダに掲載する際には、あらかじめ朝礼の場で支援相談員からその旨を情報提供している。	
	■ 改善課題 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。 しかし、事業所では職員に対する共通理解の浸透を課題としている。職員自己評価の「経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている」についての各項目では、肯定的な回答の割合が全て5割未満であった。「自由意見」でも職員への「周知」を課題とする旨の記述が散見された。文書回覧やパソコンの共有フォルダの活用は重要ではあるが、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。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 76.7% b) 7.0%であった。	
	■ 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)としてとりまとめ、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。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「このしま老人保健施設 中期経営計画」を定め、項目ごとに「重点施策」を明示している。 また、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は把握・共有する計画である。 ■ 改善課題 ・中・長期の収支計画は策定しておらず、中・長期の事業計画に対する財務面での裏付けが十分に行われているとは言えない。 ・職員自己評価の「中・長期的なビジョンと計画が明確にされている」についての各項目のうち、「経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている」「数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容になっている」「必要に応じて見直しを行っている」の項目では、肯定的な回答の割合は5割前後であった。職員への理解浸透も課題である。 ・新たに第三者委員会を設置したところであり、今後の取組みに期待する。	

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 69.8% b) 16.3%であった。	
	■ 取り組み状況 当事業所では、法人の中期経営計画を踏まえて年度ごとの「施設方針」および「事業計画」を策定している。「施設方針」では、中期経営計画の主な項目に沿って「施設の重点施策」、「施設の具体的な取り組み」を明示し、「事業計画」は、「施設長方針」、「施設の利用計画」のほか、前回（平成25年度）の第三者評価の受審結果の項目ごとに具体的な取り組みを明示している。	
	■ 改善課題 ・当事業所の事業計画の各項目にはそれぞれ「改善目標」が設けられているが、抽象的な記述が散見され、また、具体的な数値目標を設定した項目はほとんど見受けられない。単年度の事業計画には、年度終了時に実施状況の評価が可能であることが必要であり、できる限り数値化等によって定量的な分析が行えることが求められる。 ・職員自己評価においても、「中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている」の各項目のうち、「単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている」について、肯定的な回答の割合は約4割であった。さらなる取り組みに期待する。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 55. 8% b) 23. 3%であった。	
	■ 取り組み状況 事業計画は、前回の福祉サービス第三者評価の受審結果に対する取り組みや、各部署および各委員会での課題を施設運営会議で協議してまとめている。事業計画の進捗管理については、本年度から「進捗状況表」を作成し、毎月の施設運営会議で目標およびスケジュールに照らした確認を行っている。また、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。	
	■ 改善課題 職員自己評価において「事業計画が適切に策定されている」についての各項目では、肯定的な回答の割合が4割から5割であった。事業計画は、どのような手順やプロセスで策定や評価や見直しを行うかについて、各委員会や各部署からの意見集約の機会も含めた検討体制を明確にし、職員の参画・理解のもとに組織的に取り組むことが重要である。また、事業計画を職員がよく理解することは計画達成のために不可欠であり、文書を配布したうえで説明を行うなど、より理解を促進することが求められる。さらなる取組みに期待する。	

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 53. 5% b) 18. 6%であった。	
	■ 取り組み状況 利用者等に対する事業計画の周知については、事業計画の記載事項のうち、「Ⅰ 基本方針」、「Ⅱ 重点目標と実施事項」、「Ⅲ 人材育成と職場活性化」の3点をA3版1枚に要約して事業所内に掲示するとともに、その旨を入所時に支援相談員が説明している。	
	■ 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、それ以外では、要約したものも含めて利用者や家族には配布してはいない。また、事業所内にA3版1枚に要約したものを掲示しているとはいえ、「利用者等の参加を促す観点からの周知や説明の工夫」という意味では、不十分である。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。	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 48.8% b) 27.9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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」、「人財育成部会」、「地域連携部会」、「褥瘡部会」、「権利擁護部会」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「人財育成委員会」や「ケア向上委員会」等を設けている。また、法人および各事業所では、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、活動を始めている。 ・法人では平成29年度、新たに第三者委員会を設置して各事業所の計画的な受審を進め、その結果を共有したうえで各事業所による改善報告会を行い、次年度の目標を設定する計画である。 ■ 改善課題 職員自己評価の「質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている」について、ほとんどの項目で肯定的な回答の割合が4割前後であった。第三者委員会やQC委員会の取組みが始まったところであり、今後の取組みとその成果に期待する。	

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実行している。	b	
	b) 評価結果を分析し、組織として取り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、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。		
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 53.5% b) 11.6%であった。 ■ 取り組み状況 ・法人では平成29年度に新たに「第三者委員会」を設置し、当事業所における平成29年度の受審結果に基づく課題と改善策を検討する計画である。 ・そのほか、当事業所では、「ケア向上委員会」(平成28年度までは褥瘡予防委員会)が褥瘡予防のための勉強会を、衛生専門委員会が感染症や食中毒の予防ための研修会を、リスクマネジメント委員会が介護事故防止のためのマニュアルの周知を、新たなQC委員会ではサービス改善に向けた検討を、それぞれ行っている。 ■ 改善課題 ・当事業所では、前回(平成25年度)の第三者評価の受審結果を踏まえて、人財育成委員会の設置、パンフレットの見直し、法人の理念の掲示、事業計画の見直しなど、多くの新たな取り組みを行ってきた。しかし、職員自己評価では、「評価結果にもとづき組織として取り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」の各項目について、肯定的な回答の割合は3割前後であった。「自由意見」でも「課題の共有」を課題として指摘する声が散見された。 ・各委員会での研修会などの取り組みは行われているが、課題の明確化、改善計画の策定と実施、職員間の共有、といった点では必ずしも十分とは言えない。法人に「第三者委員会」を設置して受審結果を踏まえて改善に取り組む方向性が明確に示されたところでもあり、今後の取り組みに期待する。		

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

Ⅱ－１－(１)－① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	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	■ 職員の自己評価の結果は、a)48.8% b)27.9%であった。	
	■ 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、それを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、その他の業務全般は施設長代理が管理している。 ・施設長代理は、特に職員が中長期的に定着することについて問題意識を持っており、介護福祉士の資格取得率の向上も含めて、責任を果たしたいと考えている。 ・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。 ■ 改善課題 職員自己評価の「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5割未満であった。有事の場合を含め、管理者層の役割および責任を書面で明らかにすることはもとより、それを会議や研修会等の機会を通じて職員に表明し、周知を図っていることが職員との信頼関係を築くうえで重要である。職員への周知と理解促進について、さらなる取組みに期待する。	

Ⅱ－１－(1)－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 65. 1% b) 16. 3%であった。	
	■ 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。 ・施設長代理は職員に対して、「てんじん心得帖」に記述されていることの適切な理解を求め、会議等を通じて周知を図っている。そのほか、施設長代理は、県老人保健施設協議会（法務委員会）主催の研修会に参加し、法令遵守に関する研鑽に努めている。	
	■ 改善課題 職員自己評価の「管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している」について、肯定的な回答の割合が4割前後の項目が散見された。管理者には、自らが法令等を遵守し、利害関係者との適正な関係を保持することにとどまらず、職員に対しても同様の理解を促すための具体的な取組みをより積極的に行うことが求められる。職員における管理者の取組みへの理解促進や職員に対する周知が課題である。	

Ⅱ－１－(２) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

Ⅱ－１－(2)－① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 55. 8% b) 27. 9%であった。	
	■ 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意向のもとに、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。 ・施設長は今回の第三者評価の受審にあたり、「前回（平成25年度）の受審結果を踏まえて、できる限り取り組んできた」としており、また、施設長代理は事業所内の「ケア向上委員会」（月1回開催）をはじめとする各委員会に毎回参加して現状の把握に努めてきている。 ■ 改善課題 ・当事業所では施設長は医務を中心に管理監督し、施設長代理が「ケア向上委員会」をはじめ、ほとんどの委員会に出席し、内容の把握をしている。職員自己評価の「管理者は、実施するサービスの現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている」の各項目では、肯定的な回答の割合が4割前後であった。管理者には、理念や基本方針を具体化する観点から、福祉サービスの質に関する課題を理解・分析したうえで、その改善に向けて積極的に組織全体での取組みに広げていく役割が求められる。さらなる取組みに期待する。	

Ⅱ－１－(2)－② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 48. 8% b) 32. 6%であった。	
	■ 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、各委員会への参加等に機会によって業務改善を図ろうとしている。	
	■ 改善課題 ・職員自己評価では、「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」の各項目では、肯定的な回答の割合は5割未満であった。 ・管理者層には理念・基本方針の実現に向けて、人事、労務、財務等の視点から常に検証を行い、将来に向けた効果的・効率的な業務の実現を目指す改善に向けた具体的な取組が求められる。また、それについては管理者自らの取組とともに組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な事業運営を目指すための指導力が求められる。さらなる取組に期待する。	

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

Ⅱ－２－(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ－２－(1)－① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 48. 8% b) 27. 9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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。そして、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、それをベースに、非常勤職員を含めて不足が生じれば各事業所からの要請に基づき法人本部の人事課が一括して採用活動を行っている。また、採用後の育成は法人本部のヒューマン・リソース室(HR室)が中心となって実施している。 ・当事業所では、介護員の50%以上が介護福祉士の資格を取得している。また、本年度新たに理学療法士および言語聴覚士が配置されている。	
	■ 改善課題 職員自己評価の「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」の各項目について、肯定的な回答の割合は4割前後であった。また自由意見でも、「体制が整備されている」という旨の意見がある一方で、課題の指摘も散見される。人材育成方針の明示やHR室の設置など、組織的な取組が進みつつあり、さらなる取組に期待する。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 51. 2% b) 30. 2%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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。そして、介護職をベースとして「キャリアパス」を明示し、「階層別人財育成計画」「個別育成計画」によって職員個々の目標を定め、年2回の「育成面談」によって達成度を確認している。 ・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。	
	■ 改善課題 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っても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、職員自己評価の「総合的な人事管理が行われている」の各項目では、肯定的な回答の割合が4割前後のものが見受けられた。新たな人事考課制度が始まったところであり、今後の成果に期待する。	

Ⅱ－２－(２) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ－２－(2)－① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 48. 8% b) 32. 6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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、「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24年4月1日～平成29年3月31日)を策定している。 ・産業医(協力病院の精神科医)が毎月1回、各事業所を訪問して職員が相談できるように配慮し、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、職員向けの「意見箱」を事務所内に設置している。また、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。	
	■ 改善課題 職員自己評価では、「職員の就業状況に配慮がなされている」の各項目について、肯定的な回答の割合は3割から5割程度であった。QC活動の反映などを検討し始めているが、働きやすい職場づくりに向けて、職員の意向・意見をより的確に把握し、その結果を分析・検討し、改善に向けて取り組むことが求められる。さらなる改善に期待する。	

Ⅱ－２－(３) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ－２－(3)－① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 55. 8% b) 27. 9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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。 ・職員に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。なお、対象とする職員は正規・非正規を問わない仕組みである。 ■ 改善課題 ・職員自己評価では、「職員の質の向上に向けた体制が確立している」の各項目では、特に職員の一人ひとりの目標の設定、進捗管理、達成度の確認などに関する項目において、肯定的な回答の割合は3割程度であった。また、「自由意見」でも同様の主旨の指摘が散見される。 ・現行制度の導入が平成28年度後半からであり、また職責に応じた役割の明確化は検討中であるとしていることから、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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 48. 8% b) 32. 6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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）の「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、各研修の実施時期を明示している。	
	■ 改善課題 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、職員自己評価では、「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」のほとんどの項目で、肯定的な回答の割合は4割前後であった。その原因分析とともに、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。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 53. 5% b) 25. 6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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。 ・新任職員は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任職員を指導する先輩職員を定めている。当事業所では、入浴・排泄・食事・業務の基本(身だしなみ、報告・連絡・相談等)に関する具体的な指導内容をチェックリストとして明示し、チューターが1か月、3か月、6か月、1年の単位で実施状況を点検している。さらに新任職員は5日間ごとに「研修日報」を記述し、それを介護課長まで報告している。 ・研修参加については、当事業所では教育計画に基づき、あるいは研修案内があった際には、正規・非正規を問わず職員に周知して参加を促している。	
	■ 改善課題 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、職員自己評価では、「職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている」のほとんどの項目で、肯定的な回答の割合は4割前後であった。当事業所では研修成果の評価と分析を課題としている。平成29年度の実施状況や成果については、法人の人財育成部会で検討されることが予定されており、今後の取組みに期待する。	

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

Ⅱ－２－(4)－① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 51. 2% b) 32. 6%であった。	
	■ 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。 ■ 改善課題 当事業所では、「次世代を担う福祉の人材を育成する」と実習の意義を明示しているものの、実習プログラムの充実や指導者に対する研修等を課題としており、必ずしも積極的な取組とは言いきれない。多様な事業所を運営している当法人や老人保健施設である当事業所の特性を活かし、実習生の幅広い受入れや魅力的なプログラムの開発して専門職の育成に協力することは重要な社会的責務である。また、そのことが結果的に職員の採用活動にも良い影響を及ぼすことに繋がる可能性もある。さらなる取組みに期待する。	

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

Ⅱ－３－(１) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

Ⅱ－３－(1)－① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	a
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 72. 1% b) 9. 3%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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)。 なお、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。	

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。	a
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 67. 4% b) 9. 3%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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。 ・法人内の監事監査を年2回実施し、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。 ・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割前後であった。職員へのさらなる周知徹底が求められる。	

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

Ⅱ－４－(１) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ－４－(1)－① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 51. 2% b) 34. 9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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。また、夏祭りなどの地域行事には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。 ・当事業所では、法人の中期経営計画を踏まえて平成29年度の施設方針として「地域で暮らす人が施設と繋がるきっかけを作れるような様々な機会を作り出す」ことなどを掲げている。	
	■ 改善課題 当事業所では行事以外で利用者の外出の機会を設けることが難しく、毎月近隣の商店やレストランに出向き、回数を増している。法人の中期経営計画を踏まえた平成29年度施設方針では、「地域の社会資源と協力する」など、地域に視点を置きたいいくつかの取組を位置づけている。利用者が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。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 60. 5% b) 23. 3%であった。	
	■ 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。 ・学校教育への協力として、社会福祉協議会が主催する「夏のボランティア」(中高生対象)や中学校が実施する仕事体験のための「生き生きチャレンジ」において生徒を受け入れている。 ・なお、事業所では、ボランティアをさらに積極的に受け入れ、その交流を通じて利用者の生活の喜びに繋がりたいと考えている。 ■ 改善課題 事業所ではボランティアを積極的に受け入れたいとしているが、今回の第三者評価の実施に伴って実施した「利用者・家族聞き取り調査」では、「ボランティア等、地域の方々と触れ合う機会がありますか」の問いに対して、4割が「いいえ」と回答している。これには「誰がボランティアか分からない」という主旨が含まれている可能性もあるが、事業所の方針と利用者側との認識とに差異が見受けられる。ボランティアの受入れは、施設の役割として重要であると同時に利用者も当事者であり、説明や理解促進の方法の工夫も含め、さらなる取組みに期待する。	

Ⅱ－４－(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ－４－(2)－① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 65. 1% b) 20. 9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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)をフロア、会議室等に掲示している。 ・岡山県老人保健施設協議会、笠岡市ケアマネ会、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。	
	■ 改善課題 ・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。 ・職員自己評価の「関係機関との連携が確保されている」の全ての項目について、肯定的な回答の割合は5割未満で、4割に満たない項目もあった。利用者に必要な社会資源について連絡方法の体系的な把握、実質的な連携に向けた取組みと、それらに関する職員間の情報の共有化に期待する。	

Ⅱ－４－(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ－４－(3)－① 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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 55. 8% b) 32. 6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・法人の「地域連携部会」が中心となって、毎年度に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」などをテーマに啓発を行ったりしている。 ・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。 ■ 改善課題 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、中期経営計画では平成29年度から新たに福祉や医療の専門職が協力して対応する「相談窓口の設置」を位置づけ、当事業所でも相談窓口専用の電話回線を設置したところである。当事業所では、今後、地域に出ていく機会をさらに設けて行きたいという課題認識を持っており、地域の民生委員等と協力して食事や感染症などについて学習する機会を設けることなども計画している。 なお、職員自己評価の「福祉施設・事業所が所有する機能を地域に還元している」の各項目について、肯定的な回答の割合は5割未満であった。今後の取組みに期待する。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 58. 1% b) 23. 3%であった。	
	■ 取り組み状況 ・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。	
	■ 改善課題 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。当法人では中長期的な方針のもとに組織体制を整備し、地域のニーズを把握しながら新たな事業を開始したところである。それに従って当事業所でも「相談窓口」の設置など地域に対して計画的に事業展開を図ろうとしている。今後の取組みに期待する。	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ－１－(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ－１－(1)－① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)22.2%であった。	
	■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「てじん心得帖」に掲載し、周知を図っている。年度初めに理事長は全職員を対象にした会議で基本方針を説明し、理解が深まるよう努めている。また、昨年度は、権利擁護、身体拘束・虐待についての研修会を開催し、小テスト・アンケートを実施するなど理解の促進を図った。	
	■改善課題 ・取り組みはあるが、職員自己評価では、周知や理解における肯定率は4割に留まる。 ・利用者の尊重を基本にしたサービスの点検・対策として、振り返りシート「日々のケアを通じ、その人を尊重するためにチャリスト」の活用を開始したところであり、活用は今後の課題としている。現場における実践への反映、及び確認の機会は計画性とその実践が求められる。継続と更なる充実を期待する。	

Ⅲ－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	■ 職員の自己評価の結果は、a)69.4% b)25.0%であった。	
	■取り組み状況 ・「てんじん心得帖」には、「人権」に関する項目は多く、人権擁護を実践するための到達目標を定め、そして基本的な概念や人権侵害に繋がる行為の説明、人権に係る制度の紹介などである。また、「個人情報とプライバシー」に関する規程類の整備、そして虐待防止に関するマニュアル作成と研修をしている。	
	■改善課題 ・生活の場にふさわしい生活の場にすべく、観葉植物や絵画などの配置など居室フロアの設えへの配慮がある。しかし、プライバシーの保護や利用者の選択・主体性などを課題にしたとき、当施設は、ほとんどが4人部屋であり、また居室フロアは2フロアであるが風呂場は1カ所のみであるなど、このような環境が影響し確保に困難性がある。 ・職員自己評価でも、利用者のプライバシーが守れるような設備などの工夫に関しては、肯定率は4割を切る。また、利用者調査では、小人数ではあるが、入浴に関してはプライバシーの視点から否定的な意見がある。	

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

Ⅲ－１－(2)－① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 69.4% b) 19.4%であった。	
	■ 取り組み状況 ・ホームページは平成28年10月にリニューアルし、事業概要の紹介を始めとし内容を充実させている。そして当法人のパンフレットも同時に見直し、当事業所の紹介は、サービスの概要のほかに、写真入りで行事や外出などの紹介、そして本事業の特徴を踏まえた問い合わせの内容をQ & Aとして紹介している。これらのパンフレットは市民病院、市役所(福祉事務所、介護保険課)の置いてある。	
	■ 改善課題 ・見学には対応し、また今回「入所のしおり」を見直し、入所希望者のみに配布、支援相談員が丁寧な説明に心がけているが、体験入所、一時利用は実施していない。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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 80. 6% b) 13. 9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・サービス開始時・契約時の対応は支援相談員であり、重要事項説明を使い説明し同意を得ている。また、基本方針を記載し入所から退所に至る流れやサービス内容、生活上での留意点などを写真やイラスト入りでわかりやすさに配慮した「入所のしおり」を使い説明している。	
	■ 改善課題 ・入所時は、重要事項説明書の説明と同意は家族を対象としている。利用者への説明については、方針化されていない。利用者の特性を踏まえた対策、また事業所に慣れた時点での説明等の工夫はない。職員自己評価では、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正な説明、運用については肯定率は4割を切る。 ・利用者調査では、今後の生活について見通しがなく、不安を抱えながらの入所生活について、また退所を希望しても誰に相談したらいいのかわからないという意見がある。利用者の個別性と主体性に配慮した具体的な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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 80.6% b) 11.1%であった。	
	■ 取り組み状況 ・本事業所では、在宅復帰率30%継続を目標にしている。28年度のサービス利用終了者の内訳は、高率の順位は医療機関への入院、在宅復帰、特養などの福祉施設とグループホームやサービス付きの高齢者住宅である。3か月ごとにサービス計画のモニタリングを実施し、退所の検討をしている。 ・在宅復帰時は、家庭訪問を実施して、介護支援専門員など関係機関との話し合い、また、医療機関への入所、他機関への移行時は医師に診療情報提供書、看護・介護・リハビリの多職種からの注意事項をまとめた情報提供書を作成し、手渡しをしている。 ・他施設への変更の場合は、移行先の職員の来所を依頼し、申し送りをするようにしている。また、退所後の相談窓口、相談方法を記載した文書を作成し、渡している。	
	■ 改善課題 ・職員自己評価では、担当者や相談窓口の設置については約6割の肯定率であるが、退所時の対応や他機関との連携に関しては、5割代である。職員への周知において更なる取り組みを期待する。	

Ⅲ－１－(3) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ－１－(3)－① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 58. 3% b) 30. 6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・利用者の満足度を把握するための対策は、年1回のアンケート調査を計画している。担当は支援相談員であり、結果の分析・検討は施設運営委員会で取組み改善に活用する。アンケート調査の結果と対策・改善点は、パブリックスペースに掲示し、閲覧できる状態にしている。28年度は外泊・外出に関するアンケートを実施し、外出機会の充実に活用している。全体のサービスに関するアンケート調査を方針とし取り組む計画がある。 ・アンケート調査の他に、利用者の満足度を把握する機会として、支援相談員が利用者の居室を訪問することを意識し、年間30%程度は訪問できている。 ■ 改善課題 ・利用者懇談会や家族会などの実施はなく、この取り組みに代わる対応策の検討が求められる。また、支援相談員の居室訪問の目的と把握した内容の活用についても明確化が求められる。	

Ⅲ－１－(４) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ－１－(4)－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	b
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 80. 6% b) 13. 9%であった。	
	■取り組み状況 ・「苦情解決に係る取り扱い指針」を策定、これに基づき対応している。利用者への周知として、苦情解決の体制は、事業所内に苦情窓口や第三者委員を掲示し、対応の方針を明らかにしている。重要事項説明書にも明記、意見箱も設置している。 ・苦情を受け付けたときには、内容を記載し苦情委員会で検討し職員にも回覧している。検討内容や対応策については、利用者・家族を対象にした掲示板にも掲示している。	
	■改善課題 ・利用者調査では、「職員に気軽に不満や要望を言うことができるか」の設問に対し、肯定率よりも「どちらともいえない」「いいえ」を合体した回答率が高い。職員への遠慮や職員の忙しさへの配慮を語っている。 ・第三者委員の活用は具体的ではなく、機能しているといえない。職員自己評価でも、苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者・家族等に配慮した上で公表している点については、約4割の肯定率である。今後の取り組みとして家族会の開催を計画しており、この時にも苦情・意見の受付について説明する計画があり、更なる充実を期待する。	

Ⅲ－１－(4)－② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 61. 1% b) 25. 0%であった。	
	■ 取り組み状況 ・重要事項説明書には、本事業所が提供するサービスの一つに、相談および援助があり、その内容として「日常生活に関する悩みや、介護サービスに関する事等、何でもご相談の応ずる」と記載し、入所契約時に説明している。また、「入所のしおり」には、「困りごとやわからないことは、相談員はじめ職員にお気軽にお尋ねください」と記載をしている。 ・市から派遣される介護相談員の写真が掲示され、2名が月2回本事業所を訪れ利用者と懇談している。この結果は、市主催で3か月ごとに開催される懇談会で報告され、改善に活用している。 ■ 改善課題 ・利用者調査では、「相談したい時に気軽に相談できるか」の設問に対し、肯定的な回答より、「どちらともいえない」「いいえ」を合体した回答率が高い。家族に相談するので職員には相談しないと判断している利用者もいるが、誰に相談したらよいかわからないなどの意見を始めとし、相談することへの戸惑いを語っている。 ・相談しやすい場所として、各フロワーにベンチや椅子、テーブルを配置しているとしているが、活用されたいたるとは言いにくい。定員100名を2フロアで支援している状況を鑑み、効果的な対応の検討を期待する。	

Ⅲ－１－(4)－③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 63. 9% b) 27. 8%であった。	
	■取り組み状況 ・「苦情に関わる取り扱い指針」を策定、必要に応じて見直しをし、利用者が意見を述べやすいよう配慮と適切な対応として、利用者のプライバシーに配慮し、内容の理解に努め、最後まで粘り強く意見を聞くと方針を述べている。 ・意見などは施設内ケア向上委員会、もしくは施設運営委員会で検討、かりに検討に時間がかかる場合は支援相談員が窓口として状況の説明をしている。	
	改善課題 ・職員自己評価では、対応マニュアルの見直し、利用者が相談しやすい対応と傾聴、利用者の意見に基づくサービスの質の向上などにおいて肯定率は、3割から4割程度である。職員への周知と対応における参加の在り方などについて検討を期待する。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 69. 4% b) 25. 0%であった。	
	■取り組み状況 ・法人としてリスクマネジメント構築推進委員会を設置し、法人内各事業所からの報告を受け、まとめ、各事業所に報告している。また、ヒヤリハットの事例の提出を喚起している。また、委員会メンバーの中から監査員を選出し、介護事故防止安全管理に関する指針、事故対応マニュアル、苦情解決に係る取扱い指針などの内容を中心に、法人全体の事業所を巡回し、職員を対象に質問し内部監査を実施している。・本事業所内にはリスクマネジメント委員会(事故と苦情を担当)を設置して毎月開催、現場から報告される事故について検討、集計している。事故報告書とヒヤリハット報告書に分類し、この違いは「介護事故防止安全管理に関する指針」に明記、ヒヤリハットは報告のみであるが、報告が多くなっている。さらにリスクマネジメント委員会では、昨年度は介護事故に関する研修会を実施し、昨年度の成果として移乗時の事故を防ぐことができたと報告している。 ・現場で起った事故はまず現場のリーダーや発見当事者で要因分析をして対策を検討(対策などについては、「スタッフノート」でも意見を徴収)している。 ■改善課題 ・職員自己評価では、実際の事故事例を基に、職員が参画の基での要因分析や対策について検討する取り組みが弱く、また原因不明で終わることがあるなどの意見がある。研修会の内容などを検討し、実践的な取組み、改善に繋がることを期待する。	

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。	b
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 75. 0% b) 16. 7%であった。	
	■ 取り組み状況 ・法人として、中央安全衛生委員会に健康管理部会を設置、事業所内に衛生委員会を設置し感染症対策の指針、マニュアルを策定し、各セクションに設置、感染症マニュアルの見直しもしている。感染症が発生しやすい季節の前に、予防策や発生時の対応について勉強会を実施、吐物処理については演習をしている。	
	■ 改善課題 ・職員自己評価では、予防対策、発生時の対策についての充実、標準化が求められている。管理体制・責任などについての検討と実践、またマニュアルの適切性を期し、最新情報を入手し見直すことなど、課題を明確にして具体的に取り組む事を期待する。	

Ⅲ－１－(5)－③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	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るが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a)83. 3% b)11. 1%であった。	
	■取り組み状況 ・法人として、安全対策・危機管理には、計画的に取り組み充実させてきている。法人内に危機管理室を設置し、室長が管理者となり備蓄を整備して、また、火災・地震の発生時の防災マニュアルを策定し、各部署に設置している。避難訓練は消防署立ち合いによる初期消火・避難・通報訓練を実施し、夜間の避難通報訓練を実施している。 ・大災害時などに備えて天神会危機管理を設置、事業継続経計画を策定、「危機管理マニュアル」「安否確認システム」を構築し、安否確認メール、食料・備品などの備蓄がある。来年度から、専門業者と契約し、メール通信を主体とした安否確認システムの導入をし、災害発生時の職員間の情報共有を図るとともに、継続した介護体制の確保を課題としている。確実な実施を期待する。	

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－(１) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ－２－(1)－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a)63. 9% b)27. 8%であった。	
	■取り組み状況 ・サービス提供に関する各種マニュアルの作成に計画的に取り組んでいる。その中の一部は「てんじん心得帖」に掲載、項目は、日常生活における基本介助技術7項目、法令遵守、人権、介護保険制度、報告・連絡・相談、記録である。法人の方針、制度の理解、サービスを提供する上での標準すべき事等であり、各委員会の意向を踏まえて掲載をしている。 ・標準的な実施方法などに関する教育、研修、実施状況の確認は、新人を対象にチューター制を導入、また年2回人事考課制度による目標管理の際に取り組む上司面接時にも意識している。	
	■改善課題 ・職員自己評価では、標準的なプライバシー保護などに関する文書化については6割弱が肯定しているが、標準的な実施方法の徹底やそれに基づく実施方法の確認などについては4割程度である。サービス提供に関する標準的な取組みは、文書化とともにそれにもとづいた実施がもてめられる。この視点から具体的な取組みを期待する。	

Ⅲ－２－(1)－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	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	■ 職員の自己評価の結果は、a)72. 2% b)13. 9%であった。	
	■取り組み状況 ・各種委員会が見直しの責任があり、その時に、関係する職員などから意見を徴収している。	
	■改善課題 ・見直しにおいて、さらに利用者等の意見や満足度の反映、見直しの視点の明確化が求められる。委員会として目標と対策を明確にし取り組む事を期待する。	

Ⅲ－２－(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ－２－(2)－① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 75. 0% b) 16. 7%であった。	
	■ 取り組み状況 ・施設サービス計画の策定に当たり、専任の介護支援専門員を配置し、サービス計画策定と実施のプロセス全体の進行、管理に責任をもって いる。また、包括的で根拠のあるサービス計画の策定を課題とし、昨年度から新規にアセスメントシートの取入れ、新入所者を対象に活用を開始し約30%に至っている。 ・入所前の実態調査は、利用者の待機場所に複数の分野の職員が訪問し状況の把握をしている。支援相談員をはじめ事前情報から、介護職、看護師、リハ職など適切な職員を同伴し、情報の把握をしている。そして、入所当日、利用者と家族に介護支援専門員がアセスメントを実施、入所当初の暫定プランを策定し、家族に説明している。1か月後、多職種(医師、看護師、栄養士、リハ職、介護職、支援相談員)によるカンファレンスを実施し、暫定プランの見直し・変更をしている。このカンファレンスには、29年4月から家族の参加を依頼し、1%程度の利用者も参加しているが、利用者を誘う基準は未確定である。その後は、3か月ごとに、多職種によるカンファレンス・モニタリングを実施している。リハビリテーション実施計画、栄養ケア計画についても同様に待直している。職員へ周知は、「スタッフノート」に添付している。 ・施設サービス計画の策定のプロセスは明確であり、実施されているが、職員自己評価では、支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切なサービスの提供が行われている点において4割を切る肯定率である。支援困難ケースの判断や対応について更なる取り組みを期待する。	

Ⅲ－２－(2)－② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 72. 2% b) 19. 4%であった。	
	■ 取り組み状況 ・実施状況の評価は、多職種による3カ月ごとのモニタリング・カンファレンスで確認し、見直しが必要な場合はサービス計画の変更をしている。また緊急にサービス計画の変更が必要な場合は、臨時カンファレンスを実施している。 ・サービス計画で示された、サービス内容は、日常的には個別に提供するサービス内容を列記してその実施状況をチェックする「実施モニタリング表」で確認し、実施できていない項目などは特にカンファレンスで報告、検討し対策を講じている。 ・職員への周知は、「スタッフノート」や記録ソフトで周知している。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a)53. 3% b)33. 3%であった。	
	■ 取り組み状況 ・利用者の日常の様子や変化は、パソコン内の「記録ソフト」を活用し、介護、看護、栄養士、相談員はこのソフトに記載し、毎日リーダーが確認する体制がある。サービスの実施状況は「実施モニタリング表」で確認、また、業務、支援を進める上で必要な情報の共有はパソコン内「共有フォルダー」及び「スタッフノート」を活用している。	
	■ 改善課題 ・職員の自己評価からは、記録すべき内容や書き方などに差異が生じないようにするための記録要領の活用と指導に関し、不十分であると判断できる。また、リハビリテーション分野に関する記録は、介護・看護の部署が確認ができるできていない状況に在り、多職種連携を課題として取り組んでいる本事業所として、検討が必要である。	

Ⅲ－２－(3)－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ、適切に管理が行われている。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 61. 1% b) 22. 02%であった。	
	■ 取り組み状況 ・「てんじん心得帖」に、サービス提供の記録のもくじを設け記録の目的と必要性を明らかにし、そして記録すべき内容として支援内容に留まらず、ヒヤリハット・事故や苦情に関する記録についても考え方や留意点を記載している。 ・個人情報管理規定で、利用者の記録の保管、保存、廃棄、利用者に対する情報の提供などを明記し各階のサービスステーションに設置している。利用者には契約時に個人情報の取り扱いについては説明している。	
	・ ■ 改善課題 職員への周知に関し、記録の管理について、利用者への説明内容など個人情報保護と観点からの教育、研修の取り組みは不足している。また記録の管理者の設置についての周知が不足している。改善を期待する。	

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 51.2% b) 34.2%であった。	
	■ 取り組み状況 ・利用者の生活歴や意向(希望)を把握し、利用者の要望に応じた暮らしの実現に努めている。そしてケアプランに基づく自立的な暮らしに向け、多職種協働で利用者支援をしている。利用者の意向を確認しながら、各種クラブ活動や買い物外出などのアクティビティ活動を実施している。また、少人数ではあるが、同じ敷地内にできた喫茶店に出向き、モーニングサービスを利用している利用者もいる。 ・インターライアセスメント方式を導入し、キャップ検討会、ケアカンファレンスを開催し、そこで利用者一人ひとりに応じた生活になっているかを検討して、改善点を抽出し改善に繋げている。この取り組みにより職員の支援の方向性が統一しやすくなっている。 ・利用者の心身の状況を把握するため入所前訪問を行い、入所後にそれを継続させて生活リズムを整えるようにしている。 ■ 改善課題 ・本評価項目は評価の着眼点として8項目があるが、これらの項目についての職員の肯定割合を見ると6割を超える項目は無い。そして、肯定割合が5割を超えるものは1項目で、その内容は心身の状態に応じた日中活動への参加である。その一方で、利用者の生活が活動的になれるプログラムメニューについては肯定率が3割台である。利用者調査の結果でも、楽しめるクラブ活動や行事についての肯定率は3割である。外出回数についても回数増を望む声がある。職員自己評価結果からは、取組んではいるものの、さらに充実させる必要があると考えている職員が少なくないことを示している。今後の取り組みを期待する。	

A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 51.2% b) 37.2%であった。	
	■ 取り組み状況 ・利用者への直接的なケアや日常生活の様々な場面で、コミュニケーションを図るように工夫している。特に訴えない利用者、返事が返らない利用者については筆談や表情で気持ちを押し量るようにしている。こちらからの発信の仕方を変えたことで、コミュニケーションが可能になった利用者もいる。なお、「もういいわ」の反応は利用者の拒否と受け止めている。 ・利用者の思いの尊重方法としては、それまでの生活習慣を入居したことで諦めないで済むように、生活習慣の把握に努め、それを尊重している。	
	■ 改善課題 ・本評価項目は評価の着眼点として7項目あるが、肯定割合が6割を超える項目は1項目である。その他の6項目は肯定割合が3～4割台に留まる。特に、尊厳に配慮した接し方や言葉づかい、コミュニケーションに配慮した接し方への定期的な検討・見直し、利用者の話しかけやすさ等については不十分と感じている職員の割合が6割を超している。さらなる取り組みを期待する。一方、職員がよく話しかけると回答した利用者は半数を超している。	

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) ー	
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 65, 1% b) 4, 7%であった。	
	■ 取り組み状況 ・権利侵害の防止と早期発見するための資料を作成し、権利擁護に関する研修を全職員に実施している。 ・身体拘束廃止に関する指針を定め、身体拘束する場合の具体的な手続きと実施方法を明確に定めて全職員に周知している。 ・虐待の届け出・報告についての対応フローチャートを作成し、その流れを明確にしている。 ・市から派遣される介護相談員2名は、月2回事業所を訪れ利用者と懇談をしている。職員は市が主催する介護相談員との懇談会に出席し、意見交換をしている。	
	■ 改善課題 ・職員の自己評価では、評価着眼点の6項目のうち肯定率が6割を超える項目は無い。そして5割をわずかに超える項目は、緊急やむを得ない場合の身体拘束実施時の方法の周知についての1項目である。そして権利侵害防止や早期発見、権利侵害についての職員の検討の機会等についての肯定率は3～4割台前半に留まっている。定期的に事業所を訪れている介護相談員の活用も利用者調査から不十分なことがわかる。また、転倒リスクの高い利用者を使用しているセンサーも「何のために、何時まで使用するのか」といった検討を経ないで使用している。日常生活全般から見た不適切ケアは、容易に権利侵害につながる。職員への周知徹底を図るための積極的な取り組みを期待する。 ・本評価項目では、利用者の権利が守られているのかを問っている。そして権利侵害防止への取り組みの徹底を求め、取り組みが不十分であれば徹底していないという判断をする項目である。従って評価結果を「C」とした。	

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b
	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 55, 8% b) 25, 6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・居住スペースの温度・湿度の管理方法は、担当者を定めて1日3回確認している。清掃は専門業者が月～金曜日まで入り、食堂は1日3回、それ以外は1回清掃している。なお、土・日曜日は職員が清掃しているが、主にトイレ、食堂などをポイントにして行っている。 ・快適な環境を作り出すために、観葉植物を置いたり花を飾るなど季節感も感じられる設えに配慮している。また廊下の掲示物は、車いす利用者でも見やすいような高さにしている。フロアに利用者・家族が集えるようなテレビコーナーを設ける等、大掛かりではないが様々な工夫をしている。 ・入居前の環境を踏まえた設えにするため、入居前訪問を実施して環境調整をしている。そしてより自立的な暮らしの可能性を探るため、ベッドサイドに突っ張り棒(福祉用具)を設置して自立度を向上させ、在宅復帰に結びつけた事例もある。	
	■ 改善課題 ・前回の第三者評価実施時と比較したとき、様々な工夫がみられる。例えば利用者調査では6割を超える利用者が「献立の掲示を知っている」と回答している。これは利用者が見る「目線」を意識した掲示の仕方への工夫の成果と考える。とはいえ職員の自己評価の結果は、4項目ある評価着眼点で肯定率が6割を超える項目は無い。そして環境に対する利用者意向や居室環境の整え方に関しては肯定率が3割台に留まっている。さらなる取り組みを期待する。	

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A-3-3(1)-1 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	b) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 62. 8% b) 25. 6%であった。 ■ 取り組み状況 ・身体機能と利用者の希望も併せて4タイプある浴槽を選んで使用している。その際に、より本人の機能を活用した入浴形態にするため、シャワー椅子を独自に作成して大型浴槽に端坐位で入れるようにするなどの工夫をしている。 ・入浴前にバイタルチェックをおこない入浴の可否判断をしている。 ・利用者が自力で入浴できる機能を備えていても、事故予防のために必ず見守るようにしている。 ■ 改善課題 ・居住フロアが2フロアあるものの風呂場は1カ所のため、入浴は1フロアの利用者をエレベーター使用で移動させている。そのため職員の動線も長くなっている。加えて4種類の浴槽は2部屋に分かれて設置され、かつ脱衣場は1カ所のため、常に複数人の利用者が使用している。衝立を使用したり、壁面に絵をかくなどの工夫が見られるものの、プライバシーに配慮するには現在の構造では限界がある。 ・利用者調査でも、「脱衣室も浴室も混雑してゆっくり入れない」「リフトで持ち上げられる姿勢は恥ずかしい」「脱衣所で待たされる」「複数人に入る風呂は汚いのでシャワーにしている」等の意見が寄せられている。老人保健施設として在宅復帰を視野に入れた時、利用者が家庭にあるタイプの浴槽で入浴できる体験も必要なのではないかと考える。そのためには普通浴槽の設置も課題になろう。今後の事業所としての方針に関わることで、改善に向けた計画的な検討・改善を期待する。	

A-3-3(1)-2 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	b) 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 排せつ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 53. 5% b) 32. 6%であった。 ■ 取り組み状況 ・入居から1週間程度で排泄動作のアセスメントを行って支援方法を決定している。尿・便意を訴えられ端座位姿勢を保てる利用者には日中トイレ誘導している。 ・利用者の機能に変化が見られた場合には、臨時にカンファレンスを開催して排泄支援方法の見直しを迅速に行っている。 ・トイレでの排泄時に腹圧をかけやすいように、前傾姿勢を引き出す「足台」「肘助くん」を理学療法士が作成し、自立的排泄に活用している。 ■ 改善課題 ・本評価項目についての評価着眼点は9項目あり、それについての職員自己評価は5項目が4割台の肯定率で、それらの内容は介助方法やトイレ環境の安全性、利用者の身体状況や意向を踏まえた支援方法について等である。一方、6割を超える肯定率の項目は1項目で、「尿や便の観察を通じた健康状態の確認」である。排泄支援は利用者の尊厳の尊重に関係する。 ・その視点から利用者調査の結果を見ると、「必要な時に排泄介助が頼めるか」「自分に合った排泄支援が受けられているか」についての肯定率は4割台と3割台である。そして「紙パンツのサイズが合っていないが、申し出ても対応してもらえてない」「排尿はオムツ交換、トイレで排泄したいが職員は忙しいので仕方ない」といった意見が見られる。自立的な排泄支援に向けて、支援方法の再確認と徹底が望まれる。	

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。	b
	b) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせておこなっているが、十分ではない。	
	c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 65.1% b) 23.3%であった。	
	■ 取り組み状況 ・本人の意向も踏まえ、身体状況に合わせた移動用具を選択するようにしている。用具の選定は入居後1週間程度の期間に理学療法士を中心に選定している。そして自立的な移動動作をめざし、残存機能の活用によるADLの向上に努めている。また、介助方法の適切性とその周知を図るため、利用者の状態に応じて理学・作業療法士と介護職員、介護支援専門員等が協力して検討・見直しをおこなっている。 ・車いすの定期点検は3カ月毎で、点検箇所はブレーキとタイヤの空気である。 ・利用者の安全な移動動線確保のため居室や食堂のテーブル・椅子の配置などに努めている。 ■ 改善課題 ・食事摂取姿勢を見ると、車いす利用者が椅子への座り替えをしないで食事摂取している。また、車いす利用者の中にはシートに直に座っている者も見られる。車いす利用時は座面にクッションを敷く必要がある。また、利用者のレベルにより摂食時に椅子に座り替えた方が良い場合もある。適切なシーティングの視点から、車いすの種類、クッション、食堂の椅子等についての検討・見直しを期待する。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 62.8% b) 27.9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・旬のものを取り入れ季節感を感じられる献立を工夫し、地元産の食材を使って提供している。また、食堂の設えには観葉植物を置いたり、季節に応じた飾りつけなどを行っている。月1回ではあるが主菜を選択できる日を設けている。朝食は米飯とパンのどちらかを、飲料も牛乳・コーヒール牛乳・乳酸菌飲料から選べるようにしている。 ・委託調理業者の衛生マニュアルと法人のマニュアルをすり合わせて、安全な食事提供体制の中で食事提供している。	
	■ 改善課題 ・職員自己評価では、「食事環境と雰囲気づくり」についての肯定率が約4割で、6割が不十分としている。さらなる取り組みを期待する。 ・利用者調査で、「食事の1時間前に食堂テーブルの前に座らせられているのが辛い」の声が寄せられている。1つのフロアでは、五月雨式食事で利用者に合わせる形で、一斉に食事せず少しずつずらしている。しかしながらもう一方のフロアではほぼ全員が一斉に食事するため、あわただしい雰囲気がある。ゆったりした食事時間にするための工夫を期待する。	

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。	b
	b) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 食事提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 62. 8% b) 27. 9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・利用者の心身の状態に見合った食事提供をするために、新規利用者や咀嚼・嚥下状態に変化のあった利用者については、栄養士・看護師・介護士・言語聴覚士・理学療法士・作業療法士が利用者の摂食・嚥下状態を観察して、食形態や摂食姿勢を検討して決めている。また、現在療養食を提供している利用者は3割程度いる。 ・食事摂取を自立的に行えるよう、取っ手付きの湯飲みなど食器を工夫している。また、覚醒を促すため、必要に応じてアイスマッサージを食前に行って誤嚥等の予防に努めている。 ・適切な食事提供に向けて、3カ月に1回のケアカンファレンスで食形態などの見直し・検討に取り組んでいる。栄養ケアマネジメントは全利用者に実施している。 ■ 改善課題 ・安全で自立的に食事を摂るためには摂食姿勢が重要になる。本事業所では多くの車いす利用者が椅子への座り替えをせずに摂食している。車いすを自操している利用者では、自ら自由に動けるが故に、あえて座り替えをしない利用者もいると考える。ただし適切な座面高の椅子があれば、車いすからの座り替えはリハビリになり、かつ摂食姿勢も保ちやすい。適切な椅子の整備など、今後の取り組みの強化を期待する。 ・咀嚼、食塊形成、嚥下の過程から刻み・極刻みの形態を全廃してソフト食に変更したいと考えている。現在、フルーツのソフト食に取り組み始めたところである。さらなる取り組みを期待する。	

A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 25. 6% b) 58. 1%であった。	
	■ 取り組み状況 ・月1回来所する歯科衛生士から口腔ケアに関する指導を受けている。また、口腔ケアに関する研修会に参加した職員が、事業所内で伝達研修を実施している。食事前に嚥下体操を実施したり、食後の口腔ケアも実施している。	
	■ 改善課題 ・本評価項目の評価の着眼点は6項目である。そのうち「一人ひとりに応じた口腔ケア計画の作成、実施・評価・見直し」については、事業所としても取り組み不十分としており、職員自己評価でも肯定率は1割に満たない。さらに職員に対する口腔ケア研修、食後・就寝前の口腔ケアについて、職員の自己評価の肯定率が2割台に留まっている。口腔ケアは、食事を安全に自立的に摂取する上で重要になる。また誤嚥性肺炎の予防としても重要視されている。今後の積極的な取り組みを期待する。	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 74.4% b) 18.6%であった。	
	■ 取り組み状況 ・法人として定めている指針、マニュアルに基づいて褥瘡の発症予防に努めている。具体的には褥瘡発生のリスクアセスメントツールを用いた栄養管理、ポジショニング、皮膚管理などで、それを多職種連携で取り組んでいる。発症した褥瘡に対しては、医師の指示で治療を行い、併せて適切なポジショニングで除圧を図るなど、早期治癒を目指した取り組みを行っている。さらに3カ月毎の血液検査でアルブミンチェックをおこない、低栄養と褥瘡発生のリスクがある場合には、栄養補助食品等で捕食している。 ・職員の自己評価では、「褥瘡の最新情報を収集してケアに取り入れる」という評価着眼点のみが肯定率4割未満であった。褥瘡は医学の進歩に伴い、発症予防や使用する用具などが年々進化している。積極的な情報収集とエビデンスに基づいた対処方法の周知などにさらに意識的に取り組まれることを期待する。	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し取組を行っている。	
	b) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制と取組が、十分ではない。	
	c) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制が確立していない。	
講評	■ 職員の自己評価の結果は、a) 〇〇. 〇% b) 〇〇. 〇%であった。	
	本事業所では喀痰吸引等は看護師の業務としており、看護師が24時間勤務しているため、介護職員によるこれらの業務は無い。そのため非該当とする。	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A-3-3-(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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 74.4% b) 16.3%であった。	
	■ 取り組み状況 ・利用者の在宅復帰を意識して、理学療法士が利用申し込み段階で家庭訪問をしている。病院から入居してきた利用者については、入居後の早い段階で本人を伴い家庭訪問するようにしている。これらで得られた情報は、在宅生活への意向を意識した訓練目標を具体化する上で役に立っている。今後は利用者を伴って退所前訪問にも取り組みたい意向がある。 ・インターライアセスメント方式を導入し、キャップ検討、ケアカンファレンスを開催している。 ・日常生活動作の中に取り入れられるリハビリ計画を立案して実施し、3カ月毎に評価・見直しをしている。機能訓練の場では、在宅生活を意識した個別訓練に取り組んでいる。 ・在宅復帰が具体化している利用者以外は、利用者面接で「体の訓練になることはしていない」と解答する利用者が目立った。そのため生活動作に意味を持たせ、利用者に丁寧に説明し、動機づけを行う必要があると考える。今後に期待したい。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 41.9% b) 41.9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・認知症サポーター研修への参加を始めとして、団体主催の初級、実践者研修などに年数名の職員が参加している。なお、法人内でも研修会を開催している。 ・利用者それぞれの興味のあること、やりたいことを探し出すなどして役割を持てるようにしている。利用者の中には、リハ室で雑巾や袋物などの縫物をしている者もいる。	
	■ 改善課題 ・利用者が落ちつけて過ごせるような環境づくりに関しては、リーダー層も取り組みが不十分としている。職員の自己評価結果は、「利用者一人ひとりの生活能力や生活歴などについてインターライ方式でアセスメントしている」と回答した割合が5割弱で、その他の評価着眼点6項目のすべてが2～4割台の肯定率に留まっている。特に認知症ケアの最新情報が得られる研修や、多職種協働による行動・心理症状の分析の機会に関しては肯定率が2割台である。計画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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 58.1% b) 27.9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・法人で作成した緊急対応マニュアルを整備し、その中で利用者の意識レベル、呼吸状態、出血等についてチェックして対処するように定めている。また利用者の日々の体調管理は、バイタルチェックと食事摂取や歩行状態などについていつもとの違いを観察して判断するようにしている。 ・毎日の朝礼時に高齢者の特性を看護師から介護職員に3分間研修をしている。また年2回、消防署主催の救命講習で、AEDの取り扱いを実習したり、緊急時対応についてはマニュアルに沿ってシミュレーションするなど実践的な取り組みをしている。 ・薬については、誤薬防止に向けて看護師が服薬管理票を用いて管理している。併せて、新規利用者については服薬内容の見直しも行っている。	
	■ 改善課題 ・職員の自己評価結果では、利用者の体調変化への対応や連携体制、健康状態の確認と記録については肯定率が6割を超えている。その一方で、「高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用に関する研修」に関する取り組みについては肯定度が2～5割留まっている。また、「利用者の体調変化時への対応方法の周知徹底」についても肯定度が3～5割である。これらを職員の獲得したい意欲と捉え、さらなる取り組みを期待したい。	

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 58.1% b) 30.2%であった。		
	■ 取り組み状況 ・事業所として看取り指針を定め、必要に応じて入所時から緊急時対応、食事がとれなくなった時の対応などについて家族の意向を確認するようにしている。看取りカンファレンスを実施した時には、家族の意向を確認しそれを文書にしている。また、医師とは常時連絡が取れ指示を得られる体制である。なお、昨年度は8名を施設内で看取っている。		
	■ 改善課題 ・終末期に関する研修についての職員自己評価結果は、肯定率が3割に届いていない。また、終末期ケアに携わる職員等への精神的なケアについても肯定率は2割台の前半に留まっている。職員から「終末期ケアを担当したが、何か足りないことは無かったか、これで良かったのか不安を感じている」という意見も寄せられている。具体的な取り組みの強化を期待する。		

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	■ 職員の自己評価の結果は、a) 72.1% b) 20.9%であった。	
	■ 取り組み状況 ・支援相談員が中心になって、利用者に変化が見られたときには迅速に家族に連絡している。また3カ月に1度、担当介護士から日頃の利用者の様子を手紙で家族に知らせている。また在宅復帰を前提にした利用者のリハビリへの取り組み状況を家族に見てもらおうと働きかけており、その成果を担当者は感じられ始めている。	
	■ 改善課題 ・職員の自己評価結果では、「利用者の様子を家族に知らせている」についての肯定率は8割弱であった。その一方で、家族からの要望を聞く機会や、家族から定期的に相談を受ける機会、更には利用者と家族がつながりを持てるような工夫、については肯定率が3～4割台に留まっている。同様にリーダー層の合議結果でも、これらに関する取り組みは不十分としている。今後の取り組みを期待する。	