

社会福祉法人こうほうえん

軽費老人ホーム（ケアハウス）

ケアハウスいなば幸朋苑

福祉サービス第三者評価報告書

2011年12月16日

評価機関：特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

鳥取県認証評価機関

認証番号 福祉サービス第三者評価（第8号）

目 次

【1】 実施概要	1
【2】 事業評価結果	
I 組織マネジメント	3
II サービス提供のプロセス	15
III サービスの実施項目	21
【3】 総評	27

(添付資料) 職員自己評価・利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成23年6月22日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①利用者調査 平成23年8月20日・21日
 - ②職員自己評価 平成23年6月22日～7月15日
 - ③経営層自己評価 平成23年6月22日～7月31日
 - ④訪問調査 平成23年8月22日・23日

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 聞き取り調査
- (2) 調査対象者数 37名

4. 評価調査者

新津 ふみ子（組織マネジメント項目担当）
鳥海 房枝（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）
小原 十紀子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）

5. 評価決定合議日

平成23年10月11日

6. 本評価に関する問い合わせ

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

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○●●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	○あり ●なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えて いる ○非該当

カテゴリー1の講評

職員に対しては、「互恵互助」を周知しているが、利用者への周知に課題がある

理念・基本方針は法人として策定し、玄関と食堂に掲示している。これらの具現化に向け、職員としての行動基準を理事長が小冊子「互恵互助」に表し、全職員に配付している。理念などは毎日唱和、また夕礼では「互恵互助」の1項目を取り上げ読み合わせをしている。日常の業務との関連付けは、まだ弱いと認識している。利用者等への周知は、入居の契約時や利用者懇談会で意識的に取り上げることはない。利用者調査では、肯定的な回答は約19%である。法人・事業所として大切にしている運営・考え方の周知について工夫が必要である。

少人数の職員体制であり、お互いの職務を理解し、協力している

本事業所は、平成7年開設であり定員50人の一般型である。施設長は昨年5月に着任、今回の第三者評価の機会には、利用者支援とマネジメントの側面から、大切にすべき考えと今後の課題を検討する機会になったとし、職員の育成に責任を感じている。利用者調査で、施設長を知っている人は4割であり、検討の必要性がある。職員は、生活相談員、介護職2人を含む5人体制と小規模であり、協力する人間関係を大切に日々の意見交換をしている。職員自己評価では、チームワークとコミュニケーションの良さが認められる。

会議ごとに専決事項が定められ、検討、伝達の場としている

重要な案件とその意思決定の場・手順と報告は、法人として明確にしている。本部・エリア・各事業所で実施される各種会議がある。現場では、エリア内での決定事項などは毎日のミーティング、月1回の職員会議で報告、検討している。ケアハウスが抱える今日的な課題については、法人内ケアハウスの施設長会議「ステップアップ会議」で検討することになっているが、取り組みは弱い。利用者に伝えるべきことは、施設長及び職員会議で判断し、家族会(特養と2つのケアハウスで構成)で報告、毎月の利用者懇談会で報告と掲示、個別配付等で報告している。

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

カテゴリー2の講評

法人として守るべき規範・倫理を明示し、周知している

福祉サービスに従事する者として、守るべき規範・倫理については「互恵互助」、職員倫理綱領・就業規則に明示。抑制廃止宣言、個人情報保護規程を掲示している。また人権や倫理、プライバシーや接遇に関する法人研修には年1回は参加している。日常的には特段の取り組みはしていないということであるが、利用者調査では、職員の言動で気になることや嫌な思いをしたことがないという回答が95%である。現場を担当する職員は本事業所での経験が長く、利用者の個性を理解した丁寧な対応ができていると評価できる。

事業の透明性を意識した取り組みがある

事業の透明性を確保する一つの取り組みとして、平成12年から法人独自のオンブズマンである「ふれあいの橋の会」による訪問が年2回あり、1時間程度ケアハウス内を巡回し、希望する利用者とは面接している。その後に感想・気になった点などについてフィードバックがあり、改善課題としている。また行政から派遣される「あんしん介護相談員」が2か月に1回訪問。地域や関係者への活動の紹介・情報発信として、広報誌はエリアとして発行、広報誌の配布は、利用者及び同法人が経営する在宅系事業所を通して町内会、公民館などである。

地域貢献活動は充実しているが、関係機関とのネットワークづくりに課題がある

地域福祉に役立つ取り組みは、エリアとして委員会「地域展開プロジェクト」の取り組みに特徴がある。本事業所からも職員が担当者として参加している。認知症サポーター養成講座、社会福祉協議会と共催による講座、介護の日には独自にイベントを開催等である。また鳥取砂丘の清掃・除草には、年2回多くの職員がボランティアで参加している。ボランティアは、エリアとして受け入れている。地域の関係機関とのかかわりは、利用者へサービスを提供している介護保険事業所との連携に止まり、ケアハウスに関する課題を取り上げた連絡会等は未実施である。

カテゴリ-3		
3	利用者意向や地域・事業環境の把握と活用	
サブカテゴリ-1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
◎あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇●)		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
◎あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ-3の講評		
意向を言いやすい雰囲気がある 法人の大切にしたい価値観の一つに「苦情は財産」を明示し、利用者の意向の把握に努めている。苦情受付窓口を重要事項説明書に掲載、また施設内に掲示している。ご意見箱の設置、ふれあいの橋の会の訪問、法人直通のフリーダイヤル等もある。利用者からの意見については、朝礼、夕礼で検討している。利用者調査では、相談しやすさを感じている利用者が7割を超え、相談しやすい雰囲気を認める。またケアプラン作成時の個別面接を、意向を把握する機会にしたいとしているので、意識的・計画的に取り組み、相談機能を充実させることを期待する。		
利用者意向の把握に取り組んでいる一方、更なる検討を課題としている 利用者意向の把握として、法人が年1回「利用者アンケート」を実施し、その結果を広報誌に掲載している。この結果をまず、エリアの主任会で検討、その後施設長が責任を持って対応するとしている。利用者意向を把握する機会として利用者懇談会があるが、参加者が少なく開催方法などについて検討が必要だとしている。意向を検討し、介護保険外でリハビリを希望する利用者に対し、有料で開始している。課題として厨房は併設する施設にあり、給食委員会に参加しているが、単独での改善が困難な事項が多く、更なる検討をしたい意向がある。		
ケアハウスの今後の方向性などを見定める取り組みが不足している 地域展開プロジェクトの目的は、地域の福祉ニーズの把握を課題としている。また地域ニーズの拾い上げとして、エリア内にあるグループホームが町会に加入しており、会合などを通して得た情報の提供がある。また利用者の主治医である医療機関(地域連携室)との情報交換や競合事業者が本事業所を訪ねてきた時に、積極的に情報把握をしている。しかし、ケアハウス事業を進めるにあたり、事業全体の動向などについての情報把握と分析が必要であり、「ステップアップ会議」の責任と活性化が期待される。		

カテゴリ4		
4 計画の策定と着実な実行		
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
評点(000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(000●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

カテゴリ-4の講評

法人として計画策定の様式を定め、実施している

法人として中・長期計画を定め、各事業所(部門)の年間計画は、様式「部門別目標管理記録」に記載している。法人が定める目標をいなしエリアとして検討、方針と主な取り組みを決め、それを受けて事業所として改善すべき取り組みを具体化するプロセスである。行事や年度内における取り組みは、起案書を作成し実施している。

組織強化を課題とし計画を策定、さらにケアハウスの特性を踏まえた計画が必要である

事業所の計画は、職員会議で検討している。様式「部門別目標管理記録」は、事業所の問題・課題、これを解決するための取り組み、確認方法と目標値、そして実施状況の評価と次期の改善点を記載する様式である。進捗状況は事業所内で毎月評価し、毎月のエリア会議に報告し、必要に応じ修正する仕組みである。施設長は、事業所の今年度の課題は、BSC、ISOなどの理解による組織強化であるとし、事業所内で勉強会を開催している。一方、事業所内外の先進事例等を参考にする取り組みは弱く、対策としてステップアップ会議の活性化が期待される。

安全性の確保対策に努めているが、さらにケアハウスの特性を踏まえた検討を期待する

安全対策として、災害・感染・事故・緊急時の対応をマニュアル化し、法人としてリスクマネジメントに関する体制を定め、現場での取り組みを明確にしている。安全管理上の課題・情報は、エリア内で共有し、事故・ヒヤリハットの基準を決め「いろんなこと報告書」に記載、危険予知訓練の実施等予防対策に取り組んでいる。エリアの防災部が中心になり、新たに積雪と地震対策を検討・マニュアル化している。外出が自由であるケアハウスの特徴から、入居者が外出時に事故等にあった場合の対策について検討し、利用者と共有することが課題である。

カテゴリー5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(00000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	○非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリー5の講評		
<p>人事制度を明示し人材を確保、また同敷地内の施設との協力体制がある</p> <p>法人として人事制度に関する方針を明示し、人事考課制度、エルダー制度を導入している。新規採用は法人が、中途採用はエリアが担当している。本事業所の現場職員は3人であり、在職年数は10年を超え安定感を感じさせる職場である。同敷地内の老健の看護師に日中夜間共に相談できる体制がある。利用者49人中、介護保険制度利用者が39人、車椅子常時利用者は3人であり、要介護者と認知症の割合が増加、また他事業所との連携にも時間が必要であり、職員数の増加が課題だとしている。</p> <p>学習する組織風土が醸成されている。さらに本事業の特性に対応した研修を期待する</p> <p>法人が大切にしている価値観の一つに「職員こそ大事」と表し、本部に教育研修部・専任者を配置、キャリアや経験年数などに対応した研修体系を構築し、計画的に取り組んでいる。法人内研修会、海外研修など多様な研修機会を用意している。かつ本エリアでは専属の教育研修部長を配置し、エリア独自に課題を抽出し取り組んでいる。年間事業計画に示す、事業所目標に対応した個人目標を定め人事考課面接を通して個人別教育訓練計画を立案、評価している。学習する組織風土が醸成されているが、ケアハウスの特性に対応した研修の企画は弱い。</p> <p>法人及び事業所として、職員に気づきとやる気の向上を課題とした取り組みがある</p> <p>職員の主体性を促す職員同士の気づきの機会として、法人内研究会をあげている。施設長は、事業を進めるにあたりISOやBSCの理解を通し、チーム全体の能力を上げることを課題とし、今年度は毎月1回勉強会を実施している。また今年度環境改善を取り上げ、毎月危険個所等についてキャプション評価を活用、職員から意見が多く出るようになったと評価している。職員のストレス対策として、メンタルヘルス研修会への全員参加、本人が自己チェックし法人に提出するストレス診断などがある。また残業が少ない職場づくりをしている。</p>		

カテゴリ-8	
8	カテゴリ-1～7に関する活動成果
サブカテゴリ-1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ-4:「計画の策定と着実な実行」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>職員個人目標の策定とその実施に意識的に取り組み、職員自身の自己評価が向上している</p> <p>①個人目標について、施設長が勉強会を実施し、法人目標、エリア目標、部門目標、個人目標が連動していることを説明した結果、職員の自己評価が向上してきたと施設長は評価している。</p> <p>②施設長は、職員の資質の向上を課題とし、部門計画にBSC、ISOの理解促進を取り上げ、毎月勉強会を開始している。職員から質問が出るようになってきたと評価している。</p> <p>③昨年度法人内の他のケアハウスが第三者評価を受審した際に提案された改善課題を「ステップアップ会議」として、取り組みを開始している。支援計画書の様式や支援計画手順等を作成、これを活用し利用者全員に計画書を作成した。しかし、本エリアはよなごエリアとは距離的に離れており、テレビ会議になることが多く、十分な意思疎通ができていないことを今後の課題としている。作成した書式と作成手順についても、使用後の評価と改善が必要であり、委員会の体制や進め方について再検討が必要である。</p>	
サブカテゴリ-2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-5:「職員と組織の能力向上」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>本事業所の特性に対応する職員の能力の向上を課題とした研修などが必要である</p> <p>職員は経験豊富な人材で構成され、安定的な職場であることが、利用者調査でも評価されている。今年度の改善点として、「ステップアップ会議」で検討、作成した支援計画を使い、順次、支援計画書を作成している。利用者と面接する機会、意向を汲み取る機会は充実したが、現行の書式では、把握すべき項目、課題の表示などについて分かり難いので、改善が必要である。また、支援計画作成の意義や方法などについての研修が必要と思われる。</p>	
サブカテゴリ-3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリ-7:「情報の保護・共有」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<p>支援計画を作成し利用者への説明を開始したが、利用者の理解は今後の課題である</p> <p>①「ステップアップ会議」で、ケアハウスの利用者を対象に支援計画書を作成し、活用を開始している。利用者個別に説明し、配付しているとのことであるが、利用者調査(面接)ではこの事実を認識している利用者は少ない。介護保険制度の利用者に提供されている「ケアプラン」についての理解は認められるので、なぜ理解が得られていないのかについての検討を期待する。また、重要事項に明記されている「相談及び援助」について、具体性が弱いのでこの点も関連させて検討する必要がある。</p> <p>②昨年度の第三者評価の改善提案を参考に、安全管理、環境整備のため月2回の居室訪問を開始、2人の利用者の居室が整理整頓上、多大な問題を持っていたので、本人、家族の了解を得、清掃、整理を行い環境改善が出来ている。</p>	

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

経費節減に努めているが、収支を黒字にすることはできない

無駄な経費削減のため、使わない電化製品のコンセントを外したり、エアコンをこまめに点検しているが、電気、ガス、上下水道の請求及び明細がエリア全体の合算であるため、ケアハウス単独の使用料や料金は不明であり、成果の判断はできない。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している

・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者の意向・意見を受け止め、食事に関する選択メニューを取り入れた。

食事に関する要望を受け止め、3か月に1回の選択メニューに取り組んでいる。8月、11月に実施した結果、利用者からの評判がよく、頻度を多くする方針で提供回数を検討している。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
◎あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
◎あり ○なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>サービス情報は法人の広報紙やホームページなどに掲載し提供している</p> <p>サービス情報は、法人として取り組んでいるホームページや、エリアで毎月発行している広報紙などで提供している。広報紙は、近隣の公民館や自治会にも配布している。自治会を通して広報誌は各戸配付もされている。さらに、3か所の地域包括支援センター、市内の居宅介護支援事業所に広報誌とパンフレットを配布するなど、事業所情報は多様な機関を通して、市民が入手できるようにしている。事業所を紹介するパンフレットについては、居室の間取りを示しているが、これを写真に替え、よりわかり易いものにする予定とのことである。</p> <p>見学者への対応は利用者のプライバシーに配慮しながら随時受け付けている</p> <p>見学者への対応は、原則として生活相談員の役割としている。職員の人数が少なくそれぞれが経験豊かなため、例えば生活相談員が不在であっても、誰でも対応できる体制にあり、見学は、随時受け入れている。入所を前提にした見学者に対しては、この時点で相談者・相談内容などからなる「相談受付票」を作成している。また、空き室があれば、居室も見学してもらっているが、あくまでも現在いる利用者のプライバシーに配慮した施設内見学としている。なお、見学に要する時間は概ね1時間程度である。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
◎あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
○あり ●なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している		評点(○○●●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	○非該当
○あり ●なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	○非該当

サブカテゴリー2の講評

入所の契約は重要事項説明書やエリアで独自に作成したリーフレットを用い説明している
 入所に利用予定者と家族の見学を原則にしている。見学時に、リーフレットや重要事項説明書などを用いて説明し、本人・家族が入居後の暮らしのイメージを描き、納得して入所できるよう配慮している。その時の説明ポイントは、入所費用、病気の時の対応、外泊・外出などである。なお、利用者や家族の意向は、「相談受付票」に記録する様式になっているが、記録は不十分な状態が見られた。また、記入が鉛筆書きや裏紙使用が見られるなど、文書保存の視点からの改善も併せて期待する。

入所直後から1か月間を独自のチェックシートを用いて、暮らしの不安軽減に努めている
 暮らしに必要な洗濯機やナースコールの使い方など29項目からなるチェックシートで、1週間ごとに4回確認し、必要に応じて支援している。入所後の利用者の支援に必要な情報は、利用者・家族が記入する「調査票」、「日常生活動作調査票」、「診療情報提供書」などで把握している。しかしながら「調査票」に生活歴の欄があるものの、スペースが狭く把握情報量も少ない。また「日常生活動作調査票」の精神症状チェック表は行動障害に関する内容で、家族が記入する項目として不適切と考える。支援に必要な情報の整理を含め書式の再検討を望む。

退所時は担当ケアマネジャーに情報提供している
 ケアハウスでの暮らしが困難になり退所する場合には、担当ケアマネジャーも交え話し合い、状態に応じて短期入所サービスなどを利用しながら、老人保健施設、グループホーム、特定ケアハウスなどの利用につながるよう支援している。なおケアハウスでの経過は次の入所先の要請に応じ、利用する施設の書式に記入している。また、在宅生活に移行する場合は家族に状況を伝えている。退所者に関するサマリーの作成や、在宅移行では担当者会議に必ず参加するなど、継続的なサービス提供の充実にに向けた更なる取り組みを期待する。

サブカテゴリー3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/11
---	-----------------	-------------------------------	-------------

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(●●●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
○あり ●なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
○あり ●なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別支援計画を作成している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(0●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしきみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評

入居者支援計画書の様式の見直しを望む

介護保険サービス利用者を含め、全利用者に入居者支援計画書を作成している。この様式は、アセスメント項目と支援内容、モニタリング・評価を一表にしたA4版1枚のため、各項目のスペースは不十分である。また、アセスメント項目はADLが中心で、高齢や認知症による理解力・判断力・実行力などの項目が不足している。これらについてもアセスメント項目として設けるべきと考える。さらに書式の構成はアセスメント部分と、利用者説明同意を得る支援計画部分は分けることが望ましい。入居者支援計画書の様式の再検討を望む。

利用者の生活状況は記入基準を定めて「生活記録」に記録している

利用者の日常生活状況は「生活記録記入要領」により、記録すべき13項目を定めている。しかしこれらの記録を個別の入居者支援計画書に基づいた支援との関連で見た時、その内容は不十分な状態にある。これに関しては施設長も、支援の経過とモニタリングに関する課題として認識している。また利用者面接の結果は、入居者支援計画書に関する要望や説明について、介護保険サービス利用者では約半数が肯定的回答をしているが、それ以外の肯定率は低い。現在、支援経過を1か月毎でモニタリングするなど改善に向けて試行中とのことである。

利用者の状況はケアプラン一覧表を作成するなどして共有している

入居者支援計画書による支援の内容を一覧表にして、実施状況をチェックしている。チェックの項目は、通所介護・行事参加などを主にした内容になっている。これらの実施状況を、朝礼、夕礼、職員会議などで共有している。また、利用者に変化があった場合などには、ケアハウス日誌と連絡ノートに記録、職員間で情報共有する仕組みにある。職員の人数が少ないこと、併せて、経験豊かな職員であるため情報伝達と共有は容易になっている。

サブカテゴリー5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	6/7
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当	
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(○○○●)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	○非該当	
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当	
○あり ●なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当	
サブカテゴリー5の講評			
<p>法人の定めるルールに従って利用者のプライバシー保護に努めている</p> <p>個人情報の利用範囲は法人規程で定めており、入所時に同意書を作成している。その内容は5項目、11事項で、施設内での氏名の掲示、写真等の取り扱いなどからなり、それぞれに「同意する、しない」を尋ねる書式である。入所時の同意内容に基づき対応しており、写真掲載や外部からの取材など事前にわかる事柄について改めて説明・同意を得てはいない。入所期間が長期に及ぶ利用者もいることから、入所時同意だけに基じた現在の手法でよいのか再検討を期待する。</p> <p>利用者の居室への出入りや、支援の際には利用者の羞恥心に配慮している</p> <p>居室へ入る際には必ず扉をノックすることを原則にしている。ただし難聴や、新聞受けから室内を覗かれるという理由で新聞受けをテープ止めしている利用者などは、ノックが聞こえにくい状態にある。このような利用者についての対応は明確になっていない。また、事務所前の談話スペースは、職員にみられているようで気軽に利用しにくいという声も利用者調査の折に聞いた。この部分については、環境面への配慮として工夫が求められる。羞恥心については特に経済的なことと排泄について配慮している。</p> <p>利用者が「ノー」の意思表出をしやすい支援を重要視し対応している</p> <p>利用者の意思を確認する際には、意向を「はい」「いいえ」で容易に表出できるような尋ね方をしている。また、利用者への不適切な言動等に気づいた時は早急に話し合うようにしている。法人主催のマナー・接遇研修などにも参加し、利用者の権利を守る支援への意識を高めている。虐待などの事例は現在までないが、発生した場合は家族や医師・ケアマネジャーなど関係者と連携、行政報告を含む対応を法人が定めている。利用者の生活習慣に配慮した支援は、その把握が不十分なためと、相談・支援内容が不明確なため不足している。</p>			

サブカテゴリ-6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

12/12

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(0000)

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

評価項目2

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

評点(000)

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

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(00000)

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

サブカテゴリ6の講評

業務の一定水準確保に向けた手順書はISOの規定で整備している

業務の一定水準確保のためのマニュアルなどは、ISOで規定しているものをファイル化して勤務室に置き、業務点検の際などに使っている。特によく使っているマニュアルは感染症に関するものである。なお、「ノロウイルス」感染の、嘔吐処理対処の実技練習は不足しており、処理物品も各階に配置していない。ケアハウスとして見た時、支援計画とリスクに関するマニュアルは不十分な状態にあり、現在見直し作成中である。サービスが定められた基本事項に沿って実施しているかの点検は内部監査などで確認している。

手順書の見直しには現場の意見を反映させる仕組みがある

手引書改変の時期はISOの規定で定められており、そこに職員や利用者の意見を反映させる仕組みになっている。ただし、ケアハウスの特性に考慮した手順書としては不十分な側面があり、法人内のケアハウス全体でこれを課題とし、エリアとしてたき台の作成に着手したとのことである。新たな改善への取り組みとして期待したい。また、全ケアハウスの施設長参加のステップアップ会議は、テレビ会議で意思疎通に限界があるため、生活相談員や主任の参加も含め、会議のあり方を再検討したい意向を施設長は持っている。

利用者の安全性確保のため、居室環境のチェックなどに取り組んでいる

居室環境の点検を兼ねて、1か月に2回は職員が居室を訪れている。1回は請求書の手渡し、1回は未使用のシャワールームの排水口洗浄のためであるという。また、ナースコールも年1回点検している。畳使用の居室については段差部分に手すりを設置するなどの改修も行った。居室訪問時に、利用者の居室内での動線も確認すると、さらに転倒予防対策などが充実するのではないかと考える。共用部分は床の濡れに気づいた時はすぐに拭く、滑りにくいワックス使用など、経験豊富な職員がお互いの気づきを相談し合い環境整備に取り組んでいる。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

		サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		33 / 35	
1 評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 個別支援計画に基づいて支援を行っている		○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
◎あり ○なし	4. 利用者の支援は関係職員が連携をとって行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>入居者支援計画書に基づく支援は、1か月毎に援助一覧表を作成し経過を記録している</p> <p>全利用者の入居者支援計画書に基づく支援内容を、1か月毎に一覧表として作成し、それに基づいた支援をしているが、具体的な利用者の反応や状況までは記録しにくい部分があり、管理者は課題として書式の改善に取り組む必要性を感じている。利用者とのコミュニケーションでの工夫は、難聴の障害のある利用者や認知機能の低下した利用者に行っている。具体的には、難聴のある利用者には、電話に音声拡張機器を設置、筆談、認知機能低下については繰り返しの説明などである。</p> <p>利用者が楽しめる娯楽、生きがいプログラムを提供している</p> <p>本施設は利用者自身が自分のしたいことを主体的に考え、それを生かして暮らすことを基本にしている。施設内の娯楽として、懐メロの歌の会や生け花、喫茶コーナー、園芸や畑で作物を作るなど、ボランティアも運営参加するプログラムもある。また、市民図書館から定期的に配達される図書コーナーもあり、利用者が読みたい本をリクエストすることもできる。一方、利用者の生活歴や得意な事、趣味などの把握は不十分な状況にあり、それらに配慮した支援は弱い。利用者面接でも、「生活習慣などを聞いてほしい」の声があった。更なる取り組みを期待したい。</p> <p>関係職員が連携して支援に取り組める体制を整えている</p> <p>同一の建物内に老人保健施設、通所リハビリ、訪問介護、居宅介護支援事業所などの事業所が併設されている。中でも介護保険サービス利用者については、全利用者が併設事業所のケアマネジャー担当のため、サービス担当者会議などに参加しやすく、連携した支援ができる体制にある。また、徘徊傾向のある利用者については、これら同一敷地内にある事業所職員にメールで紹介し、さりげない見守りができるようにしている。</p>			
2 評価項目2 食事は、利用者の状態や要望を反映したサービスを行っている			
		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や支援(見守り・声かけを含む)を行っている		○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者が選択できる食事を提供している		○非該当
◎あり ○なし	4. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○非該当
◎あり ○なし	5. 食事を楽しむ工夫をしている		○非該当

評価項目2の講評

利用者それぞれの状態に応じた食事を提供している

利用者の状態に応じ、減塩食や糖尿病食などの療養食、咀嚼・嚥下機能に応じた形態食を提供している。また、精神・身体の状態に応じ見守りや、必要時には居室配膳なども行っている。利用者に対する嗜好調査は年1回実施し、その結果を管理栄養士が嗜好表を作成して、利用者の嗜好に合わない献立の時には代替え食を提供するなどの配慮をしている。また献立に関しても利用者懇談会での意見や給食委員会での意見を反映させる仕組みがある。

食事時間は利用者の状態や意向に沿えるよう余裕を持たせている

食事時間は利用者の状態や意向に沿えるよう余裕を持たせている。現に大部分の利用者が食事を終えた後に1人で食事をする利用者の姿もあった。その一方で、食事時間の1時間程前から食堂前に集まっている利用者の姿も少なくない。施設は、この状況を変えるため、食事開始時間を2グループに分ける試みをしたが、利用者が廊下で待つ姿は変わらず中止した。食事は同一敷地内の他施設の厨房で作り、温冷機能のない運搬車で運んでいる。そのため利用者は急いで食事を開始する傾向があり、これを施設長は課題と認識している。

利用者が選択できる食事や、楽しめる食事の機会を提供している

選択食としてのメニューは朝食で、ご飯・パン・お粥など主食について可能になっている。嗜好品としてのコーヒー・ヨーグルト・牛乳も選べるようになっている。本年8月から月1回の選択メニューの日を設定し取り組みを開始した。また、年10回程度の行事食や、月1度のご当地メニューの日を楽しみにしている利用者の声を面接の折に聞いた。さらに施設内での食事に止まらず、旅館やレストラン、行楽地での食事会なども年3～4回企画し、食事に変化を持たせるようにしている。なお、この企画には毎回20名前後の利用者が参加している。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

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

評価項目3の講評

共用の浴槽は利用者が入りたい時を原則に利用者間で調整できている

保清状態を把握し、声掛けが必要な利用者は2人程度である。この利用者については、食事の折などに観察して入浴の声掛けをしている。全ての居室にシャワーがあり、それを利用している利用者もいる。また、介護保険で通所介護・通所リハを利用している利用者は、通所先での入浴で十分と、利用者面接の折に話している。そのため共用浴槽は通所サービスを利用していない比較的高い自立度の高い利用者と、ヘルパーの介助を受けている利用者の利用になっており、入浴時間も利用者間で調整できる人数である。

利用者がゆったり入浴できるよう工夫している

共用浴室の利用予定、利用可能な時間をわかり易く表示している。また、実際の利用時には、浴室の入り口にカードを下げるなどして、利用者が急いで入浴しないで済むような工夫もしている。なお、お湯からの感染予防のためのレジオネラ菌の検査は、専門の業者に委託して年2回実施している。お湯の交換は職員が汚れ具合を見て、適時に行っている。利用者自身でお湯を替えることもある。浴室や脱衣室の清掃は定期的に週3回と、汚れに気づいた時には随時職員が行っている。

4 評価項目4 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている		評点(〇〇〇〇●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	2. 精神的なケアが必要な利用者に対して支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 日常生活上で介護予防につながるような働きかけや工夫をしている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
○あり ●なし	5. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>利用者からの健康にまつわる相談を受ける体制を整えている</p> <p>日常的な相談は生活相談員をはじめとする職員が応じている。相談内容が健康にまつわるもの場合は、必要に応じて同一建物内にある老人保健施設の看護師が受ける体制を整えている。看護師への相談は便秘にまつわる内容が多い。また転倒骨折が疑われる場合などにも、看護師の判断の後に受診などに結び付けている。特に精神面でのケアが必要な利用者に対して職員不在となる夜間帯は、老人保健施設の職員が巡回する、あるいは老人保健施設のスペースで過ごしてもらい、職員の巡回を多くするなどの対応をしている。</p> <p>専門職と連携して介護予防などに取り組んでいる</p> <p>老人保健施設の言語療法士の協力の基に、利用者向けに口腔ケアの重要性についての学習会などを開催している。参加は利用者の意思に任せているが、毎日食堂で漢字や計算ドリルなど、頭の体操の時間を設けており、ここに10～15名程度の利用者が参加している。さらに、認知症サポーター養成研修を受講した利用者も23名いる。また、脱水症を予防するため、常に熱いお茶と冷たいお茶を食堂に準備し、利用者がいつでも飲水できるようにしている。居室に持ち帰ることも勧めている。</p> <p>利用者の体調変化に対応できる体制を整えている</p> <p>家族の連絡先と主治医連絡先はファイル化して事務所に準備している。利用者の体調変化は、まず食事の時に把握し、それらを朝礼と夕礼時の申し送り職員間で共有している。また、AEDを設置し、職員はその取り扱いについて研修を受けている。医療機関との連携については、ケアハウスで往診治療を受けている利用者については疾病や治療内容まで把握できている。その一方で、外来通院している利用者については、受診回数や薬を含む治療内容等について利用者任せになっており把握不十分な状況にあり、今後の課題となっている。</p>		
5 評価項目5 日常生活では、利用者の状態や意思を反映した支援を行っている(食事・入浴以外)		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じて、身の回りのことができないときには支援する体制がある	○非該当
●あり ○なし	2. 掃除や更衣など身の回りのことを自分で行うのが難しくなった利用者には外部サービスの利用ができるよう支援の体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 区市町村・福祉事務所等と連絡をとり、必要に応じ利用者への情報提供・手続き等の援助を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者同士の間関係を良好に保つ工夫をしている	○非該当

評価項目5の講評

利用者の自立的な暮らし困難の判断基準を設け、適切に支援できる体制を整えている

利用者の自立的な暮らし困難の判断基準は、居室の清掃状況や更衣・保清の不十分さ、身体機能の低下に気づいた時などとしている。また、月2回の居室訪室時に居室の整理状況の変化で気づかされることもある。これらの変化に気づき、支援の必要性を職員間で協議し、家族の理解を得てタイムリーに介護保険サービス利用等に結びつけている。介護保険サービスの対象とならない場合でも、市の社会福祉協議会のファミリーサービス利用で、通院介助や居室清掃の支援を受けている利用者も少数いる。

介護保険申請時や更新時の手続きなどについては必要時支援している

介護保険申請時や更新時の手続きなどについて必要となる支援をしている。例えば、介護保険の認定調査の際には、利用者の状況を情報提供している。また、市町村からの連絡事項などは、利用者の状況に応じて個別に伝え、対処できるように支援するなど、外部サービスを適切に利用できるよう取り組んでいる。

利用者同士の人間関係を良好に保つために配慮している

利用者同士の人間関係を保つ工夫としては、まず相性があると考えている。特に食堂での座席の配置には、それを考慮している。ただし食堂が狭いため、車いす利用者では出入りに近い席にならざるを得ない状況もある。全ての居室が個室ではあるものの、隣室からのテレビやラジオの音が煩い等の訴えも利用者面接の折にあった。難聴や認知症等で音量調整が困難な利用者もあり、具体的な対応は難しいと判断するもの何らかの工夫が必要と考える。また、利用者が気軽に集まれる場所として、談話コーナーや食堂などの環境を整える工夫も求められる。

6 評価項目6

利用者の生活が健康で明るくなるよう、施設の生活に工夫をしている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 日常生活の中で楽しめる機会を設けている	○非該当
◎あり ○なし	2. 施設内で利用者一人ひとりに応じた役割や生きがいを見出せるよう支援している	○非該当
◎あり ○なし	3. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、原則として自由である	○非該当
◎あり ○なし	4. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○非該当
◎あり ○なし	5. 食堂やトイレなどの共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している	○非該当

評価項目6の講評

利用者が楽しめる機会や生きがいを持って暮らせる機会を意図的に作っている

利用者が日常生活の中で楽しめる機会としてレクリエーションや行事、各種イベントなどがある。また、利用者の希望を取り入れ新聞を4紙備え、誰でも読めるようにしている。利用者の生きがいとしては、施設内で役割を作り、それを達成できるよう支援している。具体的には、ごみ袋づくりや草花の手入れ、図書整理など、ケアハウス全体の暮らしを豊かにするものに役割を結びつけている。また、畑で作物を作る利用者もあり、その作物を献立材料にするなど職員は意図した働きかけをしている。

施設での暮らしは他の利用者への迷惑と健康面に影響のない範囲で自由としている

飲酒と喫煙については、喫煙場所のみ決めている。日常的な習慣として飲酒している利用者はなく、行事など特別な時に限られている。喫煙は、火災と火傷等の事故予防の見地から場所と時間帯を決めている。夜間帯のテレビなどの音量についての苦情も寄せられている。これらは隣室との仕切りが、コンクリート構造の部屋と板壁の部屋があり、板壁の仕切りでは騒音対策が不十分なためと、利用者によってはテレビなどの音量調節が困難なためと考えている。これに対して施設長は具体的な対策が打ち出せず苦慮している。

落ち着ける雰囲気づくりに利用者の声を反映させている

玄関を入ったところに食堂があるため、食事の様子が施設を訪れた人々からガラス越しに見える環境にあった。利用者から「通りで食事しているようで落ち着かない」との声が上がり、ガラスにレースの目隠しを張るなどの工夫をした。また、食堂の各テーブルに生花を飾るなど、落ち着ける雰囲気づくりに努めている。居室の快適性を高めるため、夏季の西日対策として酸漿の活用や、和式の居室については障子の張り替えを勧めている。

7 評価項目7 施設と家族との交流・連携を図っている		評点(○○○○●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族との接し方について本人や家族等の意思を確認している	○非該当
●あり ○なし	2. 家族が参加できる施設の行事を実施している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者と家族がゆっくり話せるように配慮している	○非該当
○あり ●なし	4. 緊急時に家族等と連絡が取れる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 家族からの相談に対応する体制を整えている	○非該当

評価項目7の講評

家族への連絡は緊急時を除き利用者の意思を確認して行っている

入所直後の家族への連絡は生活相談員が行い、それ以降は担当者が行っている。家族の面会も多く、月に1回以下の面会に止まる利用者は3人程度である。家族連絡に際しては、緊急時を除き利用者の了解を得ることを原則としているがルール化はしていない。連絡先となる家族は、優先順位を設定して複数人を入所時に決めているが、長期の利用期間になると家族との関係や、家族そのものの状態も変化してくる。確実な連絡先の把握のためにも、定期的に連絡先を確認する必要がある。本人の意思確認のルール化を含め検討を期待する。

利用者と家族との関係が疎遠にならないよう配慮している

家族に参加を呼び掛けるケアハウス単独の行事はなく、エリア全体での行事を紹介している。具体的には、広報や施設内に行事予定を紹介し、家族への参加の呼びかけは職員から行わず利用者に任せている。家族の面会が多いため、利用者と家族が落ち着いて過ごせる場所として、談話コーナーや食堂などの利用を勧めている。また、利用者面接で、家族や知人との交流頻度について「満足」と回答した割合は7割を超える。なお、それ以外の回答者コメントは「親族間の事情」「遠方にいるため」「親族の高齢」等であった。

家族からの相談は随時対応できる体制を整えている

家族からの相談に対しては、随時に生活相談員と介護職員で対応している。介護保険サービス利用者の家族は担当ケアマネジャーと連絡し合い、職員はサービス担当者会議に出席するなどして、ケアマネジャーとの連携に努めている。

8 評価項目8 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(○○○)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	○非該当

評価項目8の講評

地域情報は掲示・口頭説明など、利用者が活用できる工夫をしている

市が毎月発行している広報紙は必ず入手して談話室におき、利用者が居室に持ち帰れるようにしている。県や市のイベント情報は食堂に掲示するとともに、食事の際に職員から口頭でも紹介している。これにより博物館の見学希望などが出て、外出の機会ともなっている。また、寝具の丸洗いサービスの情報を見て、利用を希望したため、手続きを支援した例などもある。新聞の折り込み広告も利用者は良く見ている。折り込み広告はファイルせず、そのまま置く方が見やすいことが分かり、手を加えない状態で談話コーナーに置いている。

利用者が職員以外の人々と交流できる機会を設けている

近隣の小学校や幼稚園・保育園との交流として、児童・生徒が施設を訪れる、利用者が招かれる等の相互交流がある。定期的に訪れクラブ活動を支援してくれるボランティアとして、生け花や唄の会などもある。また、地域資源利用としてある、出張販売や移動美容室、移動図書館などについても、利用者面接で「知っている」と回答した利用者が約8割を占めている。

2011年度第三者評価総評

法人の理念は、「地域」を強く意識した内容である。その実践として、いなばエリアとして委員会「地域展開プロジェクト」を設置し、地域に役立つ取り組みを充実させている。特筆すべき一つとして、鳥取県の名所である「鳥取砂丘」の清掃・除草に、こうほうえんののぼりを掲げ、年2回、多くの職員がボランティアで参加している。広報誌「はまなす」では、この清掃に参加したことを‘地域の一員として、今後も美しい砂丘の維持に貢献していきます’と報告している。法人の理念の実践に、職員が一丸となって取り組んでいる姿に敬意を表する次第である。

特に優れている点

1、施設長は、組織強化に向け独自の勉強会を開催、またチームワークの良さを感じさせる組織風土である

本事業所は、入居定員50名のケアハウス（一般型）である。職員は、施設長、生活相談員1人、介護職2人、兼務で事務職1人と小規模である。施設長は昨年5月着任したが他事業を兼務し、本事業に集中できない環境であった。しかし、今回の第三者評価の機会を、利用者支援とマネジメントの側面から、大切にすべき考えと今後の課題を検討する機会として捉え、臨んでいる。また、事業所の今年度の課題は、職員がBSC、ISOなどの理解による組織強化であるとし、事業所内で勉強会を開催している。小規模職場で職員は協力する人間関係づくりを大切に、日々の意見交換をしている。チームワークとコミュニケーションの良さが認められ、職員自己評価でもそれを裏付ける結果である。更なる課題として、一般型に焦点をあてて、その課題と支援を明確化すること、それを実践するための研修などについて検討することを期待する。

2、利用者にとって安全な暮らしの場となるよう環境整備を始め、安全管理に積極的に取り組んでいる

本事業所はケアハウスの入所者の特徴を前提に支援目標を5つの「安心」の提供とし、住居・見守り・食事・医療・介護を挙げ、利用者の安全を守る取り組みをしている。そして安全対策として、災害・感染・事故・離園（捜索）・緊急時の対応をマニュアル化し、法人としてリスクマネジメントに関する体制を定め、現場での取り組み内容を明確にしている。また、事故・ヒヤリハットの基準を決め、それに基づいて「いろんなこと報告書」に記載、併せて危険予知訓練を実施するなど予防対策に取り組んでいる。さらにノロウイルスの集団感染予防に向け、嘔吐物処理の実技訓練を実施するなど対策を徹底している。一昨年の豪雪被害経験から、積雪と地震などの災害に対しても改めて対策を検討し、マニュアル化するなど時期を得た取り組みがなされている。居室環境の安全性と快適性確保を目指し、全利用者の居室を月2回以上訪れ、室内の整理・整頓状況やシャワー室・トイレなどの清掃状況を確認し、可能な範囲での取り組みも開始している。

今後の取り組みとして、居室訪室の際に利用者個々の移動動線も把握すると、転倒事故予防に向けた具体的対策や、仮に転倒した場合も事故の要因分析が容易になるものと考えられる。外出も自由なケアハウスであるが、利用者が外出先で事故等に遭遇した場合の対策（対応）は明確になっていない。ケアハウスの責任範囲も含め、適切に対応するために何を整備すべきか等を、利用者と話し合いながら具体化させることを期待する。

改善が求められる点

1、ケアハウス（一般型）に関する、事業環境の把握と分析、そして事業計画（部門別目標管理）に活用することが必要である

事業環境の把握として、施設長は、本事業と同様のサービスを提供している事業所の来訪時など意識的にその事業所の活動などについて把握するようにしているが、計画性は乏しい。福祉事業全体から見た時に、ケアハウスに関する

情報は多いとはいえない。したがって、体制を明確にし、意識的、計画的に収集することが必要である。本法人では、ケアハウスの施設長で構成する「ステップアップ会議」が設置されている。そこでケアハウスを取り巻く事業環境を課題として取り上げること、また、エリア・地域の特徴があると思われるので、いなばエリアの2事業所間での情報交換についても検討することが必要である。部門別目標設定時には、事業環境と地域の福祉ニーズを分析すること、また先進事例などを参考にすることを期待する。

2、入居者支援計画書の作成に向けた適切なアセスメントの実施と各書類様式の見直しが必要である

全利用者の「入居者支援計画書」（以下「支援計画書」という。）作成に今年度着手している。支援計画書作成のためのアセスメントは、相談受付票・調査票・日常生活動作調査票で得られた情報を基にしている。しかしながらこれら各種の票には、高齢や認知症による理解力・判断力・実行力を見る項目が乏しく、適切なアセスメントを実施するための情報は不十分と言わざるを得ない。さらに利用者・家族がまず記入するという調査票・日常生活動作調査票の書式を見ると、調査票は病歴と生活歴を記入するスペースが狭く、生活習慣や入居までの生活状況などの情報は得にくい様式にある。また、日常生活動作調査票には精神症状チェック票も含まれており、この項目を家族・利用者にチェックする意味がどこにあるのか疑問を感じる。

支援計画書の様式を見ると、アセスメント内容と利用者意向、サービス内容・モニタリング・評価までが含まれており、これを利用者にして同意を得る形になっている。アセスメントは支援計画書策定のために実施するものであり、これに利用者の同意は不要と考える。

支援計画書の策定に着手して間もないこともあると考えるが、作成の際の希望把握や内容説明について不十分と、多くの利用者が面接で回答している。各種調査票の内容および書式の見直し、また利用者の意向把握や支援計画書の説明などの取り組み強化を望む。