

社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会

養護老人ホーム

偕楽園

福祉サービス第三者評価報告書

2011年12月28日

評価機関：特別非営利活動法人メイアイヘルプユウ

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7月5日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①利用者調査 平成23年9月6日～8日
 - ②職員自己評価 平成23年7月5日～8月15日
 - ③経営層自己評価 平成23年7月5日～8月15日
 - ④訪問調査 平成23年9月9日・10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 56名

4. 評価調査者

加藤 浩之（組織マネジメント項目担当）
北村 とし子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）
要 厚子（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10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 北村 とし子
- (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

今年度から県より民間委譲を受け、新たな基本方針のもとで、組織改革に着手している

公益性・広域性・中立性の追求を謳った法人の経営理念のもとで、利用者の権利の尊重と自立支援を柱とする事業所の基本方針を立て、施設内に掲示しているほか、施設案内用のパンフレットや年度の事業計画書等に明示している。事業計画書は年度初めの全体会議で職員に配付し、管理職が重要な部分を説明している。今年度より県から委譲を受け、他の法人施設より異動した新園長のもとで、民間施設として再出発した。経営層は、自立経営の基盤強化を図るために、職員の意識改革を進め、民間としての活力を高めていくことを今後の課題として認識している。

園長を中心に管理職が結束して改革に向けての推進力を高めていくことが期待される

法人の職務規定や事業所の運営規程等に園長他、各職種の職務が明記されている。組織としての意思決定は全体職員会議とサービス提供を直接担う支援員による会議、および推進テーマごとの委員会等で検討され、重要な連絡事項は毎朝の引き継ぎの場で周知が図られている。民間委譲の初年度、管理職が率先して関係機関を訪問し、担当者と顔の見える関係の構築に努めている。今後は、意思決定機関と位置づけられた管理職による運営会議の活性化を通じて、園長を中心に改革に向けての推進力をより一層高めていくことが期待される。

利用者に対し、施設の方針や重要な決定事項をより丁寧に伝えることが期待される

長い歴史を持つ本施設では、以前より利用者による自治会が組織されており、役員は利用者全員の選挙で選出されている。利用者の高齢化や身体状況の変化により、自治会の機能も一定の影響を受けている。職員側が働きかけを強める中で、毎月行われる懇談会に参加する利用者の数は昨年よりも増えているものの、そうした場で、施設の方針や重要な決定事項をより丁寧に利用者に伝え、判断材料を提供していくためのさらなる工夫や配慮が期待される。

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

カテゴリー2の講評

法人の倫理綱領を踏まえた職員のモラル向上のさらなる取り組みが期待される

法人職員の倫理綱領を策定するとともに、倫理綱領を踏まえた具体的な行動計画を事業所ごとに策定している。本事業所では毎年その内容を見直した上で、4月前後の職員会議で読み合わせを行っている。また昨年3月、法人として定めた利用者の「身体保護宣言」を階段の踊り場など事業所内の目立つ場所に掲示し、虐待防止に対する基本的なスタンスを職員および利用者にも周知しているものの、職員の理解の度合いを確認する仕組みは必ずしも明確とは言えない。今後は、継続的に職員の理解を深める取り組みを行いより一層のモラル向上につなげることが望まれる。

運営の透明性の確保に向けたきめ細かい取り組みが期待される

周辺の町会や県内の福祉事務所その他の関係機関等に年4回発行の会報を発送し、事業所の活動等に関する情報を地域に発信している。また、外部委員による第三者評価を受審し、その結果をホームページで自主的に公表している。ただし、画面上、文字が非常に小さく、読み手の利益を意識した情報提供という点では、改善の余地を残している。その他、年度の事業計画・予算書と運営規程、重要事項説明書を閲覧用ファイルに綴じ込み、1階玄関付近のカウンター内に置いているものの、外からは見えにくい場所にあり、設置場所の変更が望まれる。

地域との交流を通じて、社会資源としての機能を還元する取り組みに力を入れている

ボランティアを利用者の生きがいを共に支える人材と位置づけ、担当者を置き受け入れ体制を整えている。毎年2回、ボランティアを招待する感謝の集いを実施。事業所機能の還元として地域住民や保育園に事業所の畑を貸し出したり、また町会行事に利用者が参加し、住民と顔なじみの関係をつくるなど、積極的に地域社会に溶け込む努力がある。地域の関係機関との連携として、町内会の会合には担当の副園長が毎回参加、また地元の消防団などと合同の防災訓練に参加。今後の課題として、町内会以外の関係機関との連携について意識的な取り組みが必要である。

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 8/8
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		
サービス内容に関する事業所内外の相談・苦情窓口を設け、利用者に伝えている サービス内容に関する事業所内外の相談・苦情窓口の担当者の氏名と連絡先を1階玄関ロビー等に掲示している。また、意見箱は、利用者が投函しやすいよう、今年から設置場所を玄関から食堂前に変更した。今回実施した調査の結果では、第三者委員の存在を知っていると答えた利用者の数は対象者の約1割にとどまっている。今後、第三者委員が事業所を定期的に訪問して利用者顔見知りの関係を作るなど、安心感をもって相談できる体制を整えていくことが重要と思われる。		
利用者全体の意向を把握するため、毎月の懇談会とアンケート調査を実施している 利用者全体の意向を把握するしくみとして、毎月の利用者懇談会と年2回のアンケート調査を実施している。生活上のルールの変更など重要な事項については、懇談会の前に自治会役員との間の話し合いを行い、意見を聞く機会を設けている。アンケートの結果は担当者が集計し、対応方法と合わせて、法人本部に報告している。アンケートは職員の対応やサービス内容に関する選択式の22項目と自由記述で構成されている。今後、実施が形式主義に陥ることのないよう、項目の継続的な見直しが期待される。		
経営の安定化に向けた新事業の立ち上げとサービス形態の移行が検討されている 平成18年度より外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業所としての指定を県から受け、また今年10月からは地域支援センター内に訪問介護事業所を立ち上げて、そのヘルパーを当事業所の職員が兼務する形で、利用者の介護ニーズに対応する準備が進められている。さらに、経営の安定化を図るため、個別契約型への移行を視野に入れた検討が管理職を中心に進められており、収入の試算や課題の洗い出しが行われている。今後、そうした検討の結果を事業所の中長期計画に反映していくことが期待される。		

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
		11/11
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(0000)		
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 checked="" type="radio"/> あり <input 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

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

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

カテゴリ-4の講評

事業計画の策定からその実行、検証、見直しに至るサイクルを法人全体で回している

事業計画の策定からその実行、検証、見直しに至る、いわゆるPDCAサイクルを本部事務局を中心に法人全体で回している。今年3月に策定された法人の中長期経営プランをもとに各事業所が年度の事業計画を立て、四半期ごとに実施状況を本部が集約して、計画の見直しにつなげている。年度末には、法人がその事業を実施する必要性など5つの項目について自己評価を行い、総合的な評価点をつけている。

前期および年度末における活動の総括を通じて、事業計画の策定と見直しを行っている

事業計画は職員の討議による年2回の総括(前期・年度)を踏まえて策定および見直しがされている。重点課題に対する取り組みのほか、委員会や係の活動に関して、経過と反省、課題の洗い出しが行われている。事業計画書の冒頭には事業所の基本方針が掲げられ、次いで当年度の重点項目と具体的な数値目標(入所率)が明記されている。全体的に事業所として取り組む項目が内容ごとに列挙されている印象で、優先順位をつけたり、アクションプランへの落とし込み(5W1Hの要素への分解)といった部分で改善の余地を残している。

事故等に関する情報を集約し、原因分析を行ったうえで、防止対策に取り組んでいる

利用者の高齢化が進む中で、昨年は転倒による骨折が発生しており、事故予防の取り組みに力を入れている。リスク管理委員会が中心となって転倒の原因について検討し、利用者の履物を変えるなどの対応を行い、成果につなげている。災害の発生に備え、地元消防団、町内会、隣接の特養等との応援・協力体制を確認し、年2回、総合防災訓練を実施している。また食中毒の発生等に備え、給食委託業者と代行保証の契約を結んでいる。今後は、サービス提供を継続できない事態をより幅広く想定し、優先順位をつけながら具体的な対策を検討することが望まれる。

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(○○●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(○●●●●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(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>利用者の高齢化が進む中、介護の資格保有者の割合を計画的に高めている 利用定員80名に対して、常勤職員が20名、うち支援員が13名という手厚い体制をとっている。利用者の高齢化と介護・医療ニーズが進む中、新規採用、法人内異動、既存職員に対する資格取得の奨励を通じて、介護の資格保有者の占める割合を高めている。法人の中長期経営プランでは、階層別のキャリアアップの仕組みの構築について、具体的な方向性を示している。今後、現場職員に期待する専門性や能力像の階層化および管理職・専門職のコース分けを行った上で、職員の能力と適性に合ったキャリアアップの道筋を明確にしていくことが期待される。</p> <p>個別の育成計画を作成し、進捗と成果を相互に確認する仕組みの整備が期待される 人事考課を年2回実施し、その結果を業績手当に反映するしくみがある。法人の中長期経営プランでは、来年度からの実施を目的に新たな制度を検討することが謳われている。今後、個別の面接を通じて職員一人ひとりの仕事を通じた自己実現の意向を把握するとともに、組織として職員に期待する役割を伝え、合意した内容を個別の育成(研修)計画にまとめた上で、進捗と成果を相互に確認する仕組みを整備することが期待される。</p> <p>職員の学びを共有し、向上への意欲につなげる取り組みの強化が求められる 園長は、職員の意識の把握とやる気の向上を図るために、一人ひとりのコミュニケーションを密にすることを心がけている。外部研修に参加した職員は報告書を提出し、必要に応じて関連部署への回覧と職員会議の中での報告を行っている。しかし、研修で学んできたことを業務の中に活かす実践の結果を検証するしくみは必ずしも確立しておらず、研修成果を全体で共有するしくみと合わせ、今後の改善が期待される。法人全体で毎年取り組んでいる福祉QCの活動が、職員のやる気とスキルの向上につながるよう、見直しを図ることも必要と思われる。</p>		

7			7	
7				
情報の保護・共有				
サブカテゴリ-1(7-1)				
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(○○●)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している			○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している			○非該当
○あり ●なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している			○非該当
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(○○○●)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している			○非該当
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している			○非該当
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している			○非該当
○あり ●なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている			○非該当
カテゴリ7の講評				
<p>組織として収集し共有することが必要な情報の洗い出しと管理方法の検討が期待される</p> <p>職員間で共有するための情報は、紙媒体と電子ファイルの状態をストックされている。前者は種類別にファイリングされ、事務室内の所定の書庫に、後者はパソコン上の共有フォルダに保存されている。パソコンを事務室の外に持ち出すことは禁止されているものの、外部記憶媒体の使用に関しては必ずしもルールが明確になっていない。今後、課題に取り組む優先順位を整理した上で、事業所として収集し、職員間で共有することが必要な情報の洗い出しと、その管理の方法について検討することが期待される。</p> <p>法人として個人情報保護規程を定め、職員研修等で周知を図っている</p> <p>法人として個人情報保護規程を定め、個人情報の取り扱いや守秘義務等について、新任研修等で職員に対する周知を図っている。本事業所では、個人情報の利用目的についての同意は口頭のみであったが、今年度より利用期間と使用条件を明示し文書で同意を得ることに取り組み出したところである。個人情報の開示請求に関する対応は規程の中に謳われているものの、利用者に明示されている状態にはなっておらず、今後の改善が期待される。</p> <p>個人情報保護の視点から守秘義務について理解を促す取り組みが望まれる</p> <p>職員倫理綱領の具体的行動計画の中で、個人情報の保護に関する内容を盛り込み、周知を図っている。また、実習生やボランティアに対するオリエンテーションの中で、利用者のプライバシーに対する守秘義務等を明示した文書を配付し、担当者が説明を行っている。今後は、個人情報の保護に関する方針等についても資料に明示した上で、実習生・ボランティアの理解を深める取り組みが期待される。</p>				

8		カテゴリー8	
8 カテゴリー1～7に関する活動成果			
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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		<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	
・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」			
改善の成果			
事業計画に掲げた重点課題に組織的に取り組み、具体的な成果につなげている ・事業計画の策定からその実行、検証、見直しに至る、いわゆるPDCAサイクルを本部事務局を中心に法人全体で回している。今年3月に策定された法人の中長期経営プランをもとに各事業所が年度の事業計画を立て、四半期ごとに実施状況を本部が集約して、計画の見直しにつなげている。 ・今年度の事業計画における重点項目の一つである「施設運営基盤の強化」については、10月からは地域支援センター内に訪問介護事業所を立ち上げて、そのヘルパーを当事業所の職員が兼務する形で、利用者の介護ニーズに対応する準備が進められている。			
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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		<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	
・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」			
改善の成果			
利用者の高齢化が進む中、介護の資格保有者の割合を計画的に高めている ・利用者の高齢化と介護・医療ニーズが進む中、新規採用、法人内異動、既存職員に対する資格取得の奨励を通じて、介護の資格保有者の占める割合を高めている。 ・法人の中長期経営プランでは、階層別のキャリアアップの仕組みの構築について、具体的な方向性を示している。今後、現場職員に期待する専門性や能力像の階層化および管理職・専門職のコース分けを行った上で、職員の能力と適性に合ったキャリアアップの道筋を明確にしていくことが期待される。			
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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		<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	
・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」			
改善の成果			
転倒要因を分析し対応の結果、転倒リスクが減少した ・リスク管理委員会が中心となり転倒要因を検討し、利用者の履物を変えた。その結果、昨年度より転倒者が減少した。 ・昨年まで有料だった喫茶を今年度より無料にし、全員対象におやつと飲み物を提供している。その結果、喫茶利用者数の増加につながった。 ・週2回の介護予防レクリエーションのうち1回をバス外出として定例化し、利用者の楽しみにつなげている。			

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

入所率向上のための営業活動に組織的に取り組み、昨年を上回る成果につなげている

施設のキャパシティを最大限活用し、保有している価値を社会に還元するために、入所率の目標を昨年より10ポイント以上高く設定し、管理職を中心に組織的な営業活動を展開した結果、昨年を上回る成果につなげている。

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

利用者アンケートの効果測定と継続的な改善に向けた検討が期待される

・サービス内容に関する事業所内外の相談・苦情窓口の担当者の氏名と連絡先を1階玄関ロビー等に掲示し、利用者に伝えている。また、利用者からの意見や要望を吸い上げる目的で、2階食堂前に意見箱を置いている。利用者が投函しやすいよう、今年から設置場所を玄関から変更した。今回実施した調査の結果では、第三者委員の存在を知っていると答えた利用者の数は対象者の約1割にとどまっている。
 ・利用者全体の意向を把握するしくみとして、毎月の利用者懇談会と年2回のアンケート調査を実施している。アンケートは職員の対応やサービス内容に関する選択式の22項目と自由記述で構成されている。今後、実施が形式主義に陥ることがないように、項目の継続的な見直しを期待される。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>事業所の情報を広く伝える主な媒体はホームページである</p> <p>本施設への入所は自治体の措置による入所施設であることから施設が直接関与することなく、措置機関である自治体に対応している。事業内容をはじめとする施設の情報は措置機関である自治体に提供している。施設の情報は、リーフレット、ホームページ、年間4回発行の広報誌「かいらくLIFE」で提供している。リーフレット、広報誌は施設内の現況や生活の様子を写真を多用し見やすさに工夫している。また、広報誌は作成の都度、公道に面した敷地内の掲示板に掲示し、行き交う地域住民も目にすることができるようにしている。</p> <p>利用者の生活の様子を知らせる広報誌は近隣の町会の役員等を通して地域に配付している</p> <p>高齢である利用者の特性に配慮して写真を多く、字体を大きくしたリーフレットや広報誌は、措置機関である自治体、福祉事務所、近隣の民生委員や町会の役員等に配付している。入所定員を確保する目的もあり、今年度より園長をはじめとする管理職が広く県内の自治体窓口、福祉事務所等にリーフレット、広報誌を持参し訪問して広報活動を行なっている。</p> <p>利用希望の見学者には居室の状況を丁寧に説明する事になっている</p> <p>利用希望に関する問い合わせや見学は月に1～2件程度あり園長、副園長が対応している。問い合わせには入居申し込みの窓口は自治体であることを伝え、時には住民の近くにいる民生委員に相談する事を勧めている。見学者には見学希望の曜日等、柔軟に対応することによりリーフレット等を使いながら施設内を案内している。案内をする場所は、食堂やロビー等の共有スペースにしている。居室は二人部屋であることを必ず説明して、入居者のプライバシーに配慮して離れたところから見てもらうだけにとどめている。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、理解を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要な事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容について、利用者の理解を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレス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2の講評

生活上のルールやサービス内容は「生活のしおり」を使い説明している
 予め入所が決まっていれば生活支援課長が利用者を訪問して、措置機関の担当者を交えて事前面接を行い生活環境や健康状態等の情報を収集・把握している。サービスの開始にあたり入所後の生活について、生活上のルールやサービス内容をわかり易く記載している「生活のしおり」を使い説明をしている。その際は居室の状況、社会復帰する為の通過施設であることを必ず伝え了解を得ている。また事前面接表に利用者、家族のサービス利用に関しての要望を聞き取り記録している。

緊急保護で入所する場合は福祉事務所の担当者と連携を取り支援にあたることにしている
 サービス開始直後に必要な利用者の情報は、予め入所が予定されている場合は、福祉事務所、事前面接で得た情報を居住棟に伝え職員への周知を図っている。昨今は、措置決定を待たずに緊急保護により入所する事例が増えている。そのような時は、付き添ってきた福祉事務所の担当者、本人から健康状態や保護に至った経緯を聞き取り、また観察をして得た情報をもとに、留意点を現場に伝えている。サービス前の生活は継続できるよう支援をする方針であるが一般的に不適切と考えられている習慣(例えば過度な飲酒)は徐々に改善を目指すようにしている。

環境変化によるストレス軽減に努めている
 環境の変化による利用者のストレスの軽減に向けて、特に対人関係が重要であることから同室者との相性を見ながら場合により居室を変更するなどの試みをしている。入所後2週間を観察期間と位置づけ、利用者の様子を食事・排泄・入浴等の観察ポイントを決めて記録し、職員間で共有して支援にあたっている。高齢や虚弱により介護が必要と判断されれば隣接する同法人の特養を紹介することもある。その際はサマリーを発行して情報提供している。社会復帰の可能性があれば近隣の施設所有の一軒家「体験の家」を使い社会生活の体験を学べる仕組みがある。

サブカテゴリ3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	6/11
	評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		
	評点(〇〇●)		
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(○●●●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたくうえで、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

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

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

サブカテゴリー3の講評

アセスメントは担当支援員により所定の様式に記載しているが、活用上の課題がある
 利用者の状況は、支援記録や看護職等関係職員から把握した情報をもとに担当職員が、所定のアセスメントシートに記載している。アセスメントシートは身体的、精神的・心理的、生活の遂行、社会性に関する4つの領域から構成されている。それぞれの領域ごとに観察結果、利用者の意向、計画の優先度を記載し、更にアセスメントの総括表を作成しニーズ確定の判断材料にしている。しかしアセスメントツールとして必要項目は十分であるが空欄が多く分析が不十分な状況である。また見直しの基準や時期については今後の課題である。

個別支援計画作成の方針は自立生活を支援することである
 個別支援計画の方針は、自立生活を目指して「出来る事は極力利用者自身が行う」として担当職員が生活支援課長、係長と話し合い作成している。利用者の意向は直接、聞き取りが難しい場合は、支援記録や日常の言動から把握する事になっている。計画の説明は、利用者の判断能力に応じて説明し同意を得ている。判断能力に課題がある場合は、家族に電話で説明をしている。計画の見直しは、原則的に年1回としているが、緊急に見直しをする場合も含めそのプロセスを明確にして確実な実行が望まれる。

利用者状況は毎月職員間で共有/記録の基準について検討が必要である
 計画は作成時にミーティングで報告しているが、内容について必要時に確認するにとどまり支援担当の全職員の活用に至っていない。また利用者の日常の様子は、支援記録に記載しているが記録の基準等は設定されずその場面に遭遇した職員の判断に任せている。記録内容は毎月、園長、生活支援課長等が検証している。支援の結果、利用者の状況変化について担当職員は、毎月末にまとめて記載し、様式「ケアプラン実施報告書」作成に活かし、生活支援課会議で報告をして情報の共有に努めている。

サブカテゴリ-5			
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	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(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(000●)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-5の講評			
<p>文書による個人情報に関する同意は取り組み始めたところである</p> <p>利用者の個人情報は法人のプライバシーポリシーに沿い利用目的を明確にしているが、外部サービスの利用や広報誌への写真掲載等については、その都度口頭で同意を得るのみであった。その為今年度より全利用者に文書で同意を得るべく取り組み始めたところである。本施設は基本的に二人部屋でありプライバシーや羞恥心に特段の配慮が必要となる。利用者へは他室の訪問を禁じ、入浴や排泄介助は同性介助を基本にしている。個人宛の自治体からの文書は紛失を防ぐ目的で担当職員と本人で開封時には職員が保管。その他の文書は直接本人が開封し保管している。</p> <p>利用者の意思や価値観、生活習慣はできる限り尊重する方針である</p> <p>利用者の意思や価値観、生活習慣は倫理綱領の具体的行動計画の「自己決定の保障」に示し尊重する方針である。行事等への参加については、その都度利用者の意思を確認している。意思が表明できない利用者への支援はその反応を観て判断している。毎月、死亡した利用者の供養を施設内で仏式で実施しているが価値観を尊重して参加の強制はしていない。生活習慣の配慮として、例えば飲酒は施設外では自由であり、喫煙に関しては喫煙場所のみ設定し自主管理としている。</p> <p>不適切な職員の言動予防の対策は更に強化する取り組みが必要である</p> <p>倫理綱領の具体的行動計画に、職員は利用者に対しての言葉遣いに注意する事や虐待は許さない等と示しているが、その対策は不適切な職員の言動を見聞きしたときは、園長、生活支援課長が当該職員へ注意するにとどまっている。今後、職員間の話し合い等により職員の理解が深まるような具体的、計画的な対応が望まれる。虐待被害にあっているもしくはその疑いがある利用者に気付いたときは、事実を確認して園長承認のもと副園長、生活支援課長が自治体の担当窓口、福祉の担当者に連絡を取ることにしている。</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

7/12

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(○●●●)

評価	標準項目	
○あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○ 非該当
○あり ●なし	2. 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	○ 非該当
○あり ●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	○ 非該当
○あり ●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	○ 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(○○●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○ 非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○ 非該当
●あり ○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	○ 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(○○○○●)

評価	標準項目	
●あり ○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	○ 非該当
●あり ○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	○ 非該当
○あり ●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	○ 非該当
●あり ○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	○ 非該当
●あり ○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	○ 非該当

サブカテゴリ-6の講評

標準化の取り組みとして支援に必要な手順の文書化が望ましい

施設の業務を標準化するための取り組みとしてリスクマネジメント、感染症対策、服薬、入退所時、所在不明搜索等のほか各勤務帯の業務に関するマニュアルが作成されている。マニュアル類は作成の都度、職員に配付し、各棟の勤務室にも置いている。しかし、新任職員研修の折に各勤務帯の業務に関して等のマニュアルは活用しているが、日常的にマニュアルを使用する場面は少ない。園長もマニュアルの不足を認識しており、この度の職員自己評価でも標準化に関する肯定率が低かった。職員の意見を反映させ施設の実情にあった手引書の整備に期待したい。

基本事項の見直しにあたり職員等の意見を反映させる仕組みがある

サービスの基本事項や手順についての変更はその都度とし、重要視している服薬マニュアルは今年度見直しを行った。サービスの基本事項や見直しにあたり職員は、生活支援課会議や職員会議、各委員会活動の中で、利用者は毎月の利用者自治会で意見や提案が出来る仕組みがある。利用者からの意見で喫煙場所を減らしたり、職員の提案で口腔ケアや寝衣への着替え支援を業務内容に取り入れるなど利用者、職員の意見を取り入れている。サービスの基本事項の変更が生じた場合は、職員会議や生活支援課会議等のほか、毎日のミーティングで共有している。

利用者の安全性に配慮した支援について、更なる取り組みを期待する

業務の一定水準を保つため新任者は当直をこなせることを目標に主に生活支援係長のOJTを受けている。その他職員は利用者支援で疑問があれば先輩職員から随時助言を受けている。利用者の安全性について、当直職員が定時に訪室して利用者の所在確認をしている。危険箇所等の点検は、危機管理委員会が毎月チェック表を使い実施している。ヒヤリ・ハットの記録を奨励しているが集積は充分とはいえない。職員の危険予知感度を高めるためにも更なる努力を期待する。今後は高齢者が罹患し易い疾患や状態について研修機会を設ける等の取り組みが望まれる。

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	
		24 / 36	
1 評価項目1 個別支援計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(○○○●●)			
評価	標準項目		
○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
●あり ○なし	5. 介助が必要になった利用者には、介護保険サービスの利用による支援の体制を整えている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画に基づいた支援の徹底に努めている</p> <p>「個別支援計画に基づき、(中略)自分らしく生きることができるよう支援する」ことを今年度活動計画に謳って実行を期している。経営層は個別支援計画に基づく支援に努めているところであるとし、実践と支援計画との連動性の不十分さを認めている。職員自己評価からも同様のことが窺える。支援の基本となる利用者とのコミュニケーションについて、難しい場合は職員間の相談や改めて会議に諮るなどして適切な対応に努めている。職員2人対応、メモの活用、タイミングの配慮、対応する職員を決めるなど個々の特性に合わせた取り組みが見られる。</p> <p>計画的な「その人らしい生活」の構築支援に期待したい</p> <p>一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援するには、十分なアセスメントと利用者意向を踏まえた多角的視点での検討を要する。「その人らしい生活」とはどのようなことを指すのか、また、アセスメント様式のどの項目で関連情報を収集するのかについて職員が共通認識しておくことが基本となる。現状、畑作業や収穫、植木の剪定、趣味講座など、その関心を活かしている人もあるが、必ずしもこうしたプロセスを経た結果ではない。支援の基本姿勢として、現生活の充実と共に、将来の生活も見通したその人らしい生活の構築支援も期待したい。</p> <p>ケアマネジャー等を担当として介護保険サービスの活用を支援している</p> <p>各部署からの報告や意見交換を行う朝の打ち合わせを全職員で行い、支援職員の会議への看護職の参加、委員会組織を基本とした支援の推進の他、支援職員・看護職・管理栄養士間では随時のミーティング実施など関係職員が連携して支援している。また、法人内・外のサービスを活用できるようケアマネジャーが該当者に情報提供して利用の相談に乗り、現状、デイサービス、入浴介助等のホームヘルプサービスが活用されている。ヘルパー対応の窓口や、支援中のヘルパーとの連絡体制を決めておく等外部サービス利用の体制を整えている。</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(○○○○○)			
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

食事介助・提供面では個別状況に応じている／誤嚥防止の点で食事姿勢に課題がある

食事介助の要否や方法などについては個人の状況を基に支援職員が看護職を交えて検討して決め、20%近い利用者が全介助・部分介助・見守りなどの支援を受けている。また、普通食のほか、刻み、ソフト食、流動食、塩分や糖分に配慮した食事の提供など、医師の指示や栄養アセスメントの結果を基に、管理栄養士が作成する献立により、個別の状況に合わせて提供している。なお、車いすからイスへの移乗による食事、座面と食卓の高さの調整など、個人の体型や身長にあった食卓、イスの設定は誤嚥防止に欠かせず、この点への配慮が望まれる。

利用者の嗜好を活かした食事提供に工夫を凝らしている

年一度、利用者の嗜好調査(ご飯の軟度、味付け、量、好物など)を実施し、毎月、園長・副園長・管理栄養士・委託業者からなる給食委員会で献立や利用者の嗜好、味などについて話し合い、状態や嗜好に合ったものとなるよう取り組んでいる。本年4月から外部委託調理となったがこれによる味の変化への苦言が利用者から挙がっている。このことについては既に給食委員会でも検討されており、調理場に管理栄養士が入るなどして改善に努めている。選択食については可能な限り実施するようしており、その場で選べる献立が月6～9回は組まれている。

楽しめる食事の提供のために様々な取り組みや工夫をしている

食事の取り置きは2時間の範囲で認めているが事情により更なる延長にも別献立で対応している。利用者代表を交えた毎月の「食事サービス委員会」では食事環境や行事食の検討等を行い、利用者の意向の反映にも配慮している。車いす利用者も増え食堂が手狭になり3交代制であるが、会話が弾むよう利用者の理解を得たグループ分けにしている。配膳は、セルフサービス形式が基本で、盛りつけられたものを見て選択をする楽しみもある。ソフト食や流動食の味付けにも配慮し、利用者栽培の野菜、収穫した野菜などを臨機に採り入れる楽しさへの工夫もある。

3 評価項目3

入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(○●●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 利用者の状態や希望に応じた入浴方法や支援(見守り・声かけを含む)を行っている	○ 非該当
●あり ○なし	2. 入浴で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	3. 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

利用者の状況に合った入浴支援には課題を残している／外部ヘルパーの導入もある

浴室は男女別で、各一般浴槽が備えられている。介助の要否や方法などは、主として担当職員が利用者と話し合い決定するが、更に支援方法を充実させる必要があるとの自己評価である。認知症等による入浴拒否への対応についても課題があるとの管理者層の自己評価である。健康や安全に関わる点である事を重く見てこれを評点に反映させた。外部ヘルパーによる介助の場合、浴室前に支援職員が待機し、看護職への連絡等、必要な対応をしている。外部ヘルパー介助を望まない人には職員が対応。二人対応で隣接特養の特殊浴を使った支援をしている例もある。

掲示や園内放送などにより入浴の曜日、時間等を知らせている

介助浴は週3回とし男女別に大まかな時間帯を決め、食堂前など人の集まる箇所への掲示や当日の園内放送で案内をしている。掲示は大きく簡潔な表示とし、園内放送も、直前の誘導を行い利用者の理解促進に配慮した支援をしている。利用者の個別状況により、その都度の個別案内や、居室への掲示なども行っている。入浴自立者には回数や曜日、時間選択に自由裁量ができるゆとりを持たせているが、利用者の理解は一律ではなく(利用者調査による)、更なる周知に工夫の余地がある。

浴室や脱衣所は換気に配慮し清潔に努めている／清掃箇所や点検箇所の標準化が望まれる

浴室の清掃は、その日、入浴介助を最後に担当した職員が担当することになっており、共通認識としては「換気への配慮」が挙げられる。現場視察時には浴室カーテンに湿気による汚れ箇所が認められたが、早速交換するなど快適で清潔な浴室への気遣いが感じられる。浴室の清掃は、衛生面、安全面の点検という意味も持つので、万が一に備え、点検箇所、清掃箇所の標準化をしておくことが望まれる

4 評価項目4

利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている

評点(○○○○●●)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康管理や介護予防等に関する利用者からの相談に応じる体制を整えている	○非該当
○あり ●なし	2. 利用者の主治医や常用薬等について把握し、服薬管理は利用者の状況に応じた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 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	4. 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	5. 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	6. 日頃から医療機関と連携を図り、必要時には措置を講じている	○非該当

評価項目4の講評

健康面での相談体制はある。活用しやすい体制となるよう工夫が期待される

健康管理支援として看護職の配置と嘱託医による月2回の診察・相談があり、健康診断など法定の検査結果は再検査の必要性や結果を、看護職と嘱託医が役割を分けて説明する等して利用者からの相談に応じる体制である。一方、健康のことを気軽に「相談できる」とする利用者は22%(利用者調査)にとどまっており相談し易さへの工夫が期待される。また精神的ケアを要する利用者は少なからずおり、更に増加が予測される。必要に応じて専門科受診や随時の助言により対応しているが、専門家を交えた会議等、支援職員が理解を深める取り組みも期待される。

服薬介助に当たる支援職員の知識の充実、体調変化への速やかな対応体制が課題である

服用薬は一旦はすべて医務管理とし、介助レベル(嘱託医が看護師からの情報を加味して決定する)に応じて支援をする。現状、自己管理は10%強で、多くは食事時に職員の介助を受けている。服薬支援は、健康、安全に繋がる重要事項であり、職員も十分な知識が持てるような取り組みが望まれる。またアセスメントの充実や支援方法の工夫により自己管理に向けた積極的支援も期待される。利用者の体調変化への対応として定期巡回や看護師への連絡に加えて、救急救命やAED使用、発作時の対応技術などを全職員が習得するような取り組みを期待したい。

認知・身体機能の両面からの介護予防／看護職を窓口とした医療機関との連携

認知機能面の介護予防の取り組みとしてアセスメントに基づく学習療法のほか、今年度から月2回他施設での音楽療法への参加もある。身体機能面では風船パレー、輪投げ、散歩、毎朝の職員合同ラジオ体操等に取り組んでいる。民謡、生花、茶道等のクラブ活動も介護予防の一環として取り組んでいるが、自由参加のため参加者が少数固定化しているものもある。活動参加の動機付け支援など、更なる取り組みが期待される。医療機関との窓口は看護職とし、施設内関係情報や通院付き添い、医療機関への問い合わせ等を集中させて、潤沢な連携につなげている。

5 評価項目5

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

評点(○●●)

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. 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	3. 利用者同士の人間関係を良好に保つ工夫をしている	○非該当

評価項目5の講評

居室の整理整頓等、身の回りのことの支援についても計画的な支援体制が望まれる

身のまわりのことに関する支援については、食事や入浴以外では、衣類整理、リネンの交換、居室掃除等、担当職員を中心に必要に応じて実施していると自己評価している。ここでは、何を利用者自身が取り組み何をどのように支援する必要があるのかアセスメントに基づいた計画的支援が求められている。一日数回は各居室・個人を見廻っているため、この時の観察ポイントを決めておくことで支援ニーズの一端を把握することも可能となる。計画的支援体制構築が望まれる。また排泄面では、現状10%強が全介助、10%がトイレ誘導の支援を受けている。

生活に必要な情報収集や行政等の手続きの支援は担当部署を決めて実施している

利用者の生活に必要な情報や行政等の手続きについては、生活支援課長・係長を自治体との連絡窓口として、利用者の必要性に応じて支援を実施している。本施設は自治体の措置による利用であり、年一度の実施機関による施設訪問や生活保護ケースワーカーの訪問、通院時の関係機関連絡、家族との連絡調整依頼、介護保険の申請・更新、税の申告、選挙権の行使などに関する利用者への情報提供や支援、代行を実施している。

人間関係を良好に保つ新たな取り組みを期待したい

居室は二人部屋である。このことから生じる利用者間のトラブルには生活支援課長や係長によるケースワークにより解決を図り、必要に応じて部屋替えを行うことで解決を図っているとしている。トラブル解決への一つの対応ではあるが、ここでは価値観や生活習慣の異なる人々が人間関係を良好に保ちつつ集団生活をするのできる支援の工夫、好ましい人間関係を醸成する支援が求められている。自治会活動の活発化やクラブ活動の場を活用したグループワークの試み、関係修復のための協働作業の場の設定、学習会等々、新たな取り組みが望まれる。

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(○○○●●)

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

クラブ活動、喫茶、子どもとの交流など日常生活に楽しめる機会がある

やってみたいことのアンケートを実施し実現を目標としている。一泊旅行やいも煮会、長寿を祝う会等の年間行事があり、日常的には、手芸・民謡・生け花・陶芸・紙漉・かたまり等のクラブ活動、園内喫茶、子どもとの交流など楽しめる機会を設けている。利用者の意見で金曜日には外出支援を行っている。また、庭木の剪定をやり甲斐とする人もあり、灰皿洗い、廊下の掃除、トイレトペーパーの交換、洗濯物たたみなど個人の自発的行動は支持し、畑作業や利用者が収穫した作物は優先して活用するなどしている。清掃などは利用者も役割を分担している。

施設内では今年度から禁酒になったが、その他は特に制約は設けていない

本年3月までは施設内に飲酒コーナーを設けていたが、飲酒する当事者の健康や他の利用者への影響もあり、利用者全体の了解を得て施設内では禁酒することとなった。禁煙についても職員間では議論になっているが、現状は居室外の決められた喫煙場所で嗜むようにし向けている。その他、特別な制約はない。

利用者が落ち着ける雰囲気づくり、安全で快適な環境整備を期待したい

落ち着ける雰囲気として一人ひとりの空間づくりを大切に、他者が居室に入らないように協力し、また好みの物を部屋に置くことを認めている。「支援」としては一人ひとりの空間作りの相談に乗り、必要に応じて設えの工夫を援助するなど目的・具体的な関わりが期待される。施設全体としては「落ち着ける雰囲気」について共通認識に基づいた取り組みが期待される。食堂、居住棟のトイレ、共有スペースなど業者や分担を決めて清掃しているが手摺りなど曖昧な箇所もある他、掲示物等にも装飾としての配慮が欲しい。安全や快適性の点で十分とは言えない。

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. 家族等との外出・外泊・面会時間は可能な限り希望に応じている	○非該当
○あり ●なし	3. 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	4. 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	5. 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	6. 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

家族との連絡は措置の実施機関を通して行っている／家族等との交流は自由である

本事業の入所要件から、家族との関係構築が難しい場合も多いと考えられる。何らかの事情により家族と疎遠である場合や頼れる家族が無い場合も多いと見られるからである。加えて、措置の実施機関が詳細な情報を元に入所要件を判断しており、家族への連絡等は実施機関を通して行うという基本方針も頷ける。家族との交流への利用者の意思は入所時に把握し支援に生かしている。家族等との外出や外泊は所定の届けがあれば特例を除いて自由であり、震災後、使えなくなっている面会室に代えて施設長室を解放して家族との交流の場に当てる等支援している。

家族が参加できる行事はあまりないが通信や会報によって個人や施設状況を知らせている

家族が参加できる行事としては長寿を祝う会があるが全家族に参加を呼びかけているわけではない。実施回数、呼びかけ対象の点で不十分である。家族との関係が持てない利用者も多く、家族の参加を前提にした行事等は取り組みにくいと思われるが、施設への理解を深めてもらうことや家族同士の繋がりを得る機会としても思い切った取り組みが期待される。一方、本施設では年2回担当職員が、利用者個々の園内・外の活動や日常生活上のエピソード、健康などについて記載した「家族通信」を関係家族に郵送し、年4回の会報では施設の様態も知らせている。

家族等からの相談、緊急時連絡は担当を決めて対応している

家族からの相談、緊急時連絡などは、原則として生活支援課長・係長が担当し、夜間の連絡は、当直職員の担当と決めて対応している。また入院が必要な場合や事故時などに家族連絡をすることとしている。現状、家族からの相談は、通院先についての情報に関するものや、金銭管理に関するものが多い。被虐待による緊急入所も増えて来ており、今後、ますます高度な家族への関わり技術が求められて来よう。家族に関するアセスメントの充実、適切なキーパーソン決定により、家族によって利用者の生活圏が制約されないことがないよう取り組むことも重要である。

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

個別状況に応じた地域情報提供はこれからである／住民等との交流の機会は設けている

「一人ひとりの夢が叶えられ、(中略)自分らしく生きることが実現できるよう」支援するための地域情報収集や活用を担当する部署(地域交流係)を設けているが、実施半ばであり、現状は、地域イベントなどの情報収集が主体である。今後の取り組みに期待したい。一方、利用者が職員以外の人と交流できる機会としては、7種のクラブ活動での講師との交流や保育園児、小・中学生との交流、地元行事や地域老人クラブへの参加による地域住民との交流がある。また、近隣にある施設所有の一軒家「体験の家」利用者は、近隣住民と日常的交流も可能である。

生活のメリハリ、行事、体験などを目的として、地域資源を利用する機会を設けている

地域資源の活用支援の一環として、行事の案内や出身町村の広報を利用者が集まるコーナーに配備し、閲覧に供している。また、外食や買い物外出、元日初詣、クリスマスイルミネーション見学、近くのホテルでの入浴、公民館の設備を活用した利用者料理教室、郵便局や銀行の活用体験の支援など個別やグループでの外出の機会、体験の場を設けている。

2011 年度第三者評価総評

本事業所は、開設以来永い歴史を持つ。平成18年4月法人（宮城県社会福祉協議会）が県からの指定を受け「指定管理者」として運営を行なってきたが、平成23年、県から移譲を受け民営の事業所として組織化されたところでの評価であった。法人は既に独自に第三者評価に取り組んでおり、本事業所も自己評価及び外部委員を指名し評価を受けている。その結果はホームページで公表し、高い公益性を有する法人として、積極的な情報開示を通じた経営の透明性の確保に取り組んでいる。今回、更なる客観性と評価の適切性を期し、当法人に依頼したと認識している。福祉サービスの第三者評価の受審が進まない状況の中、率先しての第三者評価受審を高く評価したい。今後の事業運営に役立つことを願い総評をさせていただきます。

特に優れている点

I 要援護者の生活を守るセーフティネットとしての役割の一端を担っている

昨年度までは県立施設の指定管理者として当法人が運営してきたが、今年度より県より委譲を受け、民間施設として再出発した。法人は公益性・広域性・中立性を経営理念に謳っており、事業所も法人の持つ高い公共性を意識して、緊急性の高いニーズや特別な配慮を要するケースにも積極的に対応し、県内の要援護者の生活を守るセーフティネットの一翼を担っている。そうした高い使命感を職員が共有することで、モチベーションの向上につながっている側面もある。

今年度は民間委譲の初年度ということもあり、管理職が率先して県内の福祉事務所をはじめとする関係機関を訪問し、担当者と顔の見える関係の構築に努めており、施設のキャパシティを最大限活用して、高齢者福祉の向上に資する取り組みに力を入れている。多様なニーズを持った利用者を受け入れることで、職員の対応能力の幅を広げることが課題として認識されており、管理職がリーダーシップを発揮ながら一致結束して課題の解決に向けた組織運営を推進していくことが期待される。

II 利用者への食事提供を広義の「食」として捉え、多角的な観点から充実への取り組みを行っている

1) 利用者の意向を献立や調理に反映する仕組みがある。

管理栄養士を中心に給食委員会はもとより、嗜好調査（ご飯の軟度、味付け、量、好物などについて年1回実施）や利用者を交えた食事サービス委員会（月1回）を定期実施し、利用者の意向を献立などに反映させている。

2) 食を楽しめる取り組みを行っている。

① 選択の方法、回数の点で充実させている。

選択食は、献立段階での予約ではなく、盛りつけられた料理を見て選択ができ回数も月6～9回と豊富である。

② 利用者が栽培し、収穫した食材を臨機に調理し提供している。

敷地内にある畑で利用者が栽培する季節野菜や随時に利用者が収穫する野菜などが、臨機に調理され食卓に上る。自ら栽培し収穫し、また自ら収穫した野菜を口にする楽しみに配慮した取り組みをしている。

③ 食生活へ関心を持ってもらうために料理教室などを開催している。

利用者の入所前の食習慣を考慮し、食に関心を持ってもらうことが重要との考えから、毎月、地域の公民館の調理場を使った料理教室を計画し、また、自家製農産物を使った梅干しづくり、しそ巻きなどの加工品づくりを利用者に呼びかけて実施している。

④ 栄養アセスメントに基づいた食の提供を行っている。

普通食のほか、刻み、ソフト食、流動食、塩分や糖分に配慮した食事の提供など、医師の指示や栄養アセスメントの結果を基に、管理栄養士が作成した献立により個別状況に合わせた食を提供している。

⑤ その他

味が変わってしまいがちなソフト食や流動食についても、味付けに配慮し、通院等による食事時間の大幅なズレに対しても別メニューで対応するなど楽しめる食の提供に努めている。

III スムーズな連携体制が取れるよう医師・医療機関との連絡窓口を専門職に一本化している

利用者の平均年齢は79歳、26%が要支援から要介護5の介護認定を受けており、10名（13%）が要介護3、4、5である。医療ニーズは高く、ほぼ全員が服薬をしており、大部分の利用者が月1回は内科通院をし、精神科への定期通院も多い（事

業報告書などへの記載がないため看護職より聞き取る)。

ほぼ毎日の通院時付き添いや嘱託医、医療機関との窓口は常勤配置している看護職に一本化し、関係医療機関との潤沢な連携につなげている。更に健康に不安を持つ利用が増える中、疾病を未然に防ぎ安心を得るために気軽に相談できる体制が整えられることが、望ましい。

IV 家族との連絡

施設の特徴から本施設利用者の家族関係は、各々異なり個別的な対応が求められることは想像に難くない。こうした中、長寿を祝う会に数家族を招待している他は、家族を招待するような行事などは行われていない。

しかし、年2回、担当職員が、利用者個々の園内・外の活動や日常生活上のエピソード、健康などについて「家族通信」として手書きした文書を作成し、家族に郵送して利用者と家族の関係継続支援の一端としている。

改善が必要とされる点

I 的確なアセスメントに基づいたソーシャルワーク実践が求められる

2005年の法改正により、「養護」だけではなく自立支援、社会参加の促進が明記され心身の状況や生活環境の的確なアセスメントに基づきサービス調整、相談といったソーシャルワーク機能が養護老人ホームに求められるようになった。また、養護老人ホームは特別養護老人ホームと共に被虐待高齢者の受け入れ先として期待されていることもあり、従来にもまして専門的ソーシャルワークの知識と技術が求められていると言える。

こうした観点から本施設の支援について、次のような取り組みを提案したい。

1) 計画的な「その人らしい生活」の構築支援

どのような種別の施設であれ、一人ひとりの利用者支援の目標は「その人らしい生活の構築を支援する」ことにある。本施設の現状は、様々な活動などの提案を職員側から行って、参加は自由とする形が定着している。また、利用者が自ら行う積極的行動（施設内の清掃、談話コーナーの食器洗い、植木の剪定や畑仕事など）は職員に指示され、制止されることがない点はよい点として評価できる。これにより利用者の中には、趣味を活かし「その人らしい生活」をしている人もあると思われる。

しかし、いま、養護老人ホームに求められている支援は、利用者一人ひとり（全利用者）について十分で的確なアセスメントを行い、一人ひとりの「その人らしい生活」の具体化のためのニーズと短期的支援課題について利用者と共に検討することである。「その人らしい生活」は簡単にイメージできることもあれば、イメージすることが目標となることもある。いずれにしても、このことが可能となるためには、支援する職員との信頼関係を基盤に、一人ひとりの利用者との十分な話し合いが必要であり、支援する職員には担当利用者を信頼ししっかりと支える覚悟がいる。

2) 人間関係を良好に保つ新たな取り組みを期待

入所要件や利用者の状況から養護老人ホームにおいては利用者間の良好な人間関係構築も大きな支援課題となっている。本施設の場合、居室が二人部屋であることも利用者間トラブルの要因になっている。

良好な人間関係構築支援は時に非常に難しい支援を求められるが、価値観や生活習慣の異なる人々が人間関係を良好に保ちつつ集団生活をする体験は、当該利用者が地域移行した後に、近隣との良好な関係を築く姿勢に繋がる。

この課題も適切なアセスメントに基づく支援課題である。良好な対人関係構築を目標として支援計画を策定し、息の長い計画的継続的支援が求められることも少なくない。こうしたケースワークと併行して、利用者のエンパワーメントや相互の関係構築支援として自治会活動の側面支援やクラブ活動の場を活用したグループワークの試み、トラブル当事者同士の関係修復を目的に敢えて協働作業の場をつくる、対人関係についての学習会を持つなど様々な取り組みが考えられる。

II 業務の充実に向けた、標準化への取り組みを期待する

作成しているマニュアル類は、感染症対策、リスクマネジメント、服薬に関するほか、各勤務帯での業務マニュアルがある。マニュアルの活用状況は、新任研修時に用いるが日常的には使用する場面は少ない。そのような中、服薬に関しては誤薬があり今年度も見直しがされている。園長もマニュアル類の不足と活用を課題としている。特に支援計画作成のプロセス、支援経過記録等は標準化する必要があると認識している。職員自己評価でもマニュアルを求める声が聞かれる今、これまでの活動を反映させたマニュアルの策定が期待できる。更に策定したマニュアルの適切性について継続的に点検、改善する方針で取り組むことを望みたい。

また、業務の一定水準を確保するために職員に外部研修を奨めている。外部研修に参加した職員が学んできたことを施設内で発表する機会を持てることが望ましい。それによって職員は自ら学んだことの振り返り、得てきた学びの再確認をすることができる。

Ⅲ 安全に関する視点を持って日常の支援にあたることが望まれる

施設内外の危険箇所、防災設備等について毎月、危機管理委員会がチェック表を使い点検している。しかし日常生活上の安全性確保の視点から課題も見られる。例えば、誤嚥防止の観点からは、食堂における食事姿勢を利用者個別の体形に合わせて適正に保つ工夫に期待したい。高低差をつけたテーブルと椅子、座面と食卓の高さの調整、利用者同士の適正な間隔など個人の体形や身長に合わせた食卓・椅子の設定が必要である。

また、支援職員に対する医療的知識、技術の研修が必要と思われる。利用者の体調の変化を適切に早期発見するため、また、今後も精神的ケアを必要とする利用者の増加が見込まれることから、利用者の身近な存在である支援職員を対象とする、薬や高齢者に発生しがちな疾病についての医学知識、救急救命法やAED使用法の習得、発作時の対応技術などの研修の必要性を感じる。精神科医等の専門家を交えたケース会議なども効果的であると思う。

ヒヤリ・ハットの記録についても奨励をしているが集積は十分でない。職員の危険予測感知力を高めるため更なる取り組みに期待する。