

宮城県福祉サービス第三者評価結果

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：特別養護老人ホーム ノテとみざわの里	種別：特別養護老人ホーム
代表者：高杉 幸弘（施設長）	定員：200名
所在地：宮城県仙台市太白区富沢西3-10-1	
電 話：022-226-7270	ホームページ： https://www.note.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：2017（平成29）年4月1日	
経営法人・設置主体：社会福祉法人 ノテ福祉会	
職員数	常勤職員：104名 非常勤職員：24名
専門職員	介護福祉士：53名 社会福祉士：6名
	看護師：16名 医師：2名
	作業療法士：2名 理学療法士：1名
	言語聴覚士：2名 栄養士：4名（うち管理栄養士3名）
	介護支援専門員：2名
施設・設備の概要	居 室：13.31㎡以上 浴 室：22カ所（うち特殊浴槽2カ所）

③ 理念・基本方針

<法人理念> 「誰もがごく普通に暮らせる幸せ」を創造する

<法人基本方針>

●経営方針

- ・地域包括ケア体制を構築する
- ・高品質のサービスを提供する
- ・優秀な人材の育成に注力する
- ・適正な利益を継続的に確保する

●行動方針

- ・何時も利用者視点に立ち、最優先に考えます
- ・地域の中で良識ある社会人として行動します
- ・専門職として向上心を忘れずに自己研鑽します
- ・学ぶ姿勢、感謝の気持ち、素直な心で接します
- ・豊かな発想と迅速な対応で満足を追求します

④ 施設・事業所の特徴的な取組

看護師を24時間配置し、医療依存度の高い人も利用者として受け入れる体制を2023年の新館開設と同時に整えた。昨年（2024年）度の事業所内看取り人数は94名である。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーション3職種を配置し、集団だけでなく個別機能訓練を実施している。

さらに、利用者ごとの栄養の管理を継続的に行うために管理栄養士を4名置くなど、専門職がそれぞれの専門性を発揮しやすい体制を整えている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年7月31日（契約日）～ 2026年3月24日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（なし）

⑥ 講評

◇特に評価の高い点

1. 利用者が生活するために必要な身体機能は理学療法士が評価して訓練計画を立て、作業療法士が日々ユニットを巡回しているほか、ミールラウンドには言語療法士も加わるなどリハビリテーション職員もその専門性を発揮し、支援している。

利用者の身体機能のアセスメントは、作業療法士が担当して訓練計画を作成し、集団体操の実施の推進や行動についてのサポートは作業療法士2名が本館と新館を分担して支援している。

作業療法士は担当する棟のユニットを巡回し、集団体操の時間に利用者への誘導や訓練の推進役を担っている。利用者の摂食状況を観察するミールラウンドには言語療法士も加わって、多職種により問題把握に努めている。

また、体操の機会には共有スペースに集まっている利用者と対話し、その日の利用者の状況や変化などを把握してユニットの職員と情報共有している。さらに、個別に声かけを行い、訓練計画の進捗状況を把握してモニタリングに反映させている。

2. 看護師の24時間配置体制と主治医および多職種が連携し、施設内における看取りを支えている

施設の居室での「看取り」に際しては、ユニット介護職員、看護職員、リハビリテーション職員、栄養士、生活相談員、介護支援専門員などの多職種の連携と主治医の協力により行われている。

日々の経過を見ている介護職員と看護師が終末期の兆候（活動の低下、体重の減少、食事摂取量の減少）を捉え、主治医に報告し、家族への説明の時間をつくる。説明の際は、看護師、生活相談員、介護支援専門員が立会い、家族の理解が十分ではない場合は理解しやすいよう補足を加えて説明を

行うとともに、家族の意向確認、看取り介護に関する希望を共有する機会をつくっている。

主治医は、往診の際に利用者の状態について報告を受け、看取り時の対応の手順を確認している。夜間の看取りは、夜勤看護師が主治医に連絡する時間等を取り決めている。そのように看取り体制が安定していることから、2024年度は94名を施設内で看取っている。

3. 事業所は「誰もが普通に暮らせる幸せ」を創造することを理念に掲げ、それを事業所の運営に反映させている

コロナ禍においては、家族の面会を全面的に禁止したり、予約制にするなどの制限を行う事業所が多かったなかで、当事業所では家族と面会することを優先し、面会を毎日10～16時まで可能としたことは、地域の事業所のなかでもいち早い対応であった。

なお「面会時間を当初は16時までとしていたがさらに緩和し、18時まで拡大した」と管理者は語っている。また、家族との外出や外泊を積極的に進める一方で、事業所の行事として、花見、紅葉ドライブなどの外出にも取り組んでいる。

なお、利用者の体調やADLにより遠出が難しい場合には、周囲の散歩や事業所内の行事、クラブ活動を実施して、利用者に「楽しみ」の機会をつくるように工夫している。

◇改善を求められる点

1. 事業活動に関する職員への周知や共有が十分ではなく、重要課題の解決に向け職員の理解促進の取り組みの強化が求められる

人材確保、研修の充実、地域との交流、地域貢献などの課題およびその取り組みに関する職員への周知や共有が十分ではない。

日常業務の多くは各部署・委員会によって進められ、職員会議やリーダー会議において進捗状況が共有されているが、今回の第三者評価で実施した職員自己評価では、上記の取り組みに関する項目において、肯定的な回答の割合は低率なものが目立った。

事業所が直面している課題解決に取り組むためには、職員間の情報共有は不可欠であり、中・長期計画の策定への職員の参画や事業所の課題の明確化に向けた周知の取り組みなど、適切な事業計画の策定も含めて、職員が事業活動への理解を深める取り組みを強化することが求められる。

2. 提供する福祉サービスの標準化に向けた取り組みの強化が求められる

福祉サービスの標準的な実施方法の見直しは法人本部が年度末に行うとしているが、見直し期日が明記されていないなど、取り組みは不十分である。事業所は、年度内でも必要性に気づいたときには随時見直すとしているが、その実績にも乏しい。定期的な見直しの時期を定めず、必要時に見直すという対応では、適切な見直しによってサービスを標準化する取り組みが不十分になりやすい。

職員や利用者・家族から意見があったときを見直しの機会とし、随時としているが、これは意見がなければ見直さないということにもなりやすいため、提供する福祉サービスの質を担保して、それを標準化するためにも、定期的な見直しの時期を定めて取り組むことを期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価機関による評価を受審しました。客観的な視点から評価していただくことで具体的な改善点がわかり、どこを改善すべきか、取り組んでいけるのかを考えるととてもよい機会になりました。評価結果は事業所全体で共有して、職員一人ひとりと情報共有できるしくみ、サービスの質を向上させるための体制づくりを進めていきたいと思います。改善に向けて、事業所全体で取り組んで参ります。ご利用者、ご家族、地域の皆様から信頼される施設運営に尽力して参ります。

⑧ 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙に記載の通り (p.5～35)

● 共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

【1】I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 42.5% b) 51.9% c) 4.7% 無回答) 0.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所を運営する社会福祉法人ノテ福祉会は北海道札幌市内に本部を置き、北海道のほか宮城県、千葉県、東京都でも事業展開し、常勤職員総数2,000名を超える組織であり、別法人が運営する大学や研究助成財団などとともに「つしま医療福祉グループ」を形成している。 ・法人の理念を「誰もがごくふつうにくらせる しあわせ」を創造するとし、高齢者や障がい者を含む全ての人々が自立し、尊厳を持って暮らせる地域社会を目指す旨を掲げている。 ・法人の理念などは、法人ホームページおよびパンフレットなどに掲載し、事務所内にも掲示している。さらに、職員には入職時の研修や年2回開催する経営計画説明会において説明している。 ・利用者やその家族に対しては、理念を当事業所の重要事項説明書に記載するとともに、利用者家族向けに発行している広報誌『とみぎわの里通信』にも掲載し、周知している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念を掲げて利用者、家族、職員、地域社会に周知し、特に利用者・家族に対しては重要事項説明書や広報誌に明記して伝えているが、わかりやすく伝えるための工夫に努めているかという点では、やや課題が残る。 ・今回の第三者評価の受審に伴って実施した職員自己評価では「理念等の明文化と職員等への周知」に関して、肯定的な回答の割合は42.5%であった。より具体的には「利用者や家族に、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫による周知が図られている」に関して、肯定的な回答の割合は33.0%であった。丁寧な周知に向けた工夫を期待する。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

【2】I-2-1(1)-① 事業経営を取り巻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) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営を取り巻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) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.8% b) 40.6% c) 17.9% 無回答) 4.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部のもと、北海道内には8つの地域本部を置き、東京都内などの他の地域でも、それぞれ地域本部を設置している。当事業所は仙台本部の仙台第一地域本部に属している。 ・業界の動向や重要事項については、法人本部の経営会議(常務会)で協議され、常務理事から地域本部長を経て、事業所の全管理職へ直接メールで周知するしくみとなっている。 ・経営状況については、法人の経営会議(常務会)において各地域本部や事業所からの報告を共有し、分析に努めている。また、事業所内では毎月の職員会議において、前月の実績(稼働率、平均要介護度)や収益などの状況を共有している。 ・なお、法人では経営強化に向けて法人本部の機能の縮小と、地域本部長への権限移譲による各地域本部の機能の強化を進めつつある。当法人が掲げる「ノテ地域包括ケア体制」の構築および地域ごとの介護ニーズに対応するため、各地域本部で「エリアケアプラン」と称する中長期計画の策定に向け、人口動態や潜在的な利用者数などに関する情報収集を進めている段階である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業経営を取り巻く環境や経営状況を把握するしくみは整備されている。現在、地域本部ごとの中長期計画(エリアケアプラン)の策定に向けた地域ニーズの把握を進めつつあり、その適切な分析と具体化の取り組みを期待する。 	

【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析に基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・分析に基づき、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・分析に基づく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 33.0% b) 47.2% c) 10.4% 無回答) 9.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の経営状況や課題は、理事会および経営会議(常務会)において共有されている。 ・当事業所は、2017(平成29)年に本館を開設し、2023(令和5)年に新館を増設して2つの棟で構成されている。全11フロア、短期入所生活介護を含めると220床のユニット型で、施設長・副施設長のもと、ケアワーカー長2名が各棟をそれぞれを管理する体制である。 ・法人の経営課題については、法人が年2回開催する経営計画説明会において、理事長および法人本部から職員に説明している。また、事業所の経営状況や課題については、毎月の職員会議において、前月実績(稼働率等)に加え、各委員会および各部署(相談、看護、介護、リハビリ)からの報告を通じて共有が図られている。 ・そのほか、職員に対する重要事項の周知は、メールによる通知、印刷物の回覧、記録ソフト内の掲示板(電子情報)の活用などによって行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体および事業所における課題の明確化に向けた取り組み体制は整備されているが、職員に対する周知の徹底については今後の課題となっている。ケアワーカー長のもとにフロアリーダー、ユニットリーダーを配置しているものの、当事業所は職員総数130名を超える規模であることから、周知の徹底には難しい状況がある。 ・職員自己評価では「一般職員まで伝わってこない」「わからない」という旨の意見が複数あった。電子情報の活用を拡充することも含めて、さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

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。

【4】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・長期の事業計画又は中・長期の収支計画のどちらかを策定していません、十分ではない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 44.3% b) 28.3% c) 14.2% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長の「私案」とされる「つしま医療福祉グループ成長戦略」が、系列法人を含めたグループ全体の実事上の中長期ビジョンに相当するものであり、対象となる期間を明確に区分した計画の形式ではないものの、毎年度、理事長自らが提示している。 ・現行の「つしま医療福祉グループ成長戦略」において示されている「検討すべきポイント」は「社会貢献」「中核法人のあり方の見直し」「積極的な発信力」の3項目で、幅広く経営強化の方向性を提示している。 ・「つしま医療福祉グループ成長戦略」は、経営計画説明会において一般職員にも周知している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長による「つしま医療福祉グループ成長戦略」によって中長期のビジョンが具体的に明示され、一般職員に直接説明する機会も設けている。しかし、職員自己評価における肯定的な回答の割合は44.3%である。より具体的に評価の着眼点の各項目を見ても「目標(ビジョン)が明確」「内容が具体的」「実施状況の評価を行える内容」などにおいて肯定的な回答の割合は40%前後であった。 ・自由意見の記述においても「周知されている」という意見がある一方で、「伝わってこない」「わからない」という回答も複数あった。より丁寧に周知の取り組みを行うことを期待する。 	

【5】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) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 39.6% b) 32.1% c) 15.1% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の成長戦略を踏まえ、法人の単年度事業計画(経営計画)および事業所の単年度事業計画(経営計画)に反映させている。 ・事業所の経営計画においては、「施設経営目標」として、「中重度の要介護高齢者に対する質の高い介護・看護サービスの提供とともに、地域事業所のバックアップ施設としての機能を果たす」、「稼働率の安定」、「働きやすい職場環境づくりに全職員で取り組み、離職防止および介護のDX化を推進する」、などを掲げている。 ・さらに、より具体的な「経営項目」として「顧客」「収支」「事業費・事務費比率の抑制」「取得加算のチェック」の4項目を設定し、それぞれに具体的な数値目標を掲げている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の単年度計画では、「施設経営目標」と、目指す数値目標は明確に示しているものの、それに向けた具体的な取り組みや手立てに関する記述が明確ではない。例えば、近隣地域での同種の事業所の増加、人材確保、サービスの質の向上なども含めて、直面している課題への対応策(実施プロセス、方法、時期、体制など)の具体的な明示が望まれる。 ・事業所の単年度事業計画に関するこの職員への周知の取り組みが十分ではない。職員自己評価の肯定的な回答の割合は、成長戦略以上に低い状況である。 ・事業計画(経営計画)は法人が定めた様式であるため、計画の枠組み自体の変更は難しい場合もあると思われる。しかし、事業計画は職員が一丸となって当該年度の事業活動に取り組む際に拠りどころとなるものであり、より具体的な内容を明示することとともに、職員への適切な周知の取り組みと共有を図る必要がある。 	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】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、又は、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 20.8% b) 54.7% c) 12.3% 無回答) 12.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の事業計画(経営計画)の作成にあたっては、特に「施設経営目標」についてリーダー会議や職員会議で協議し、施設長・副施設長が意見を集約して計画に反映するように努めている。 ・計画の「施設経営目標」に掲げている取り組みについては、各フロアや委員会においてその進捗状況を把握し、毎月のリーダー会議や職員会議で情報共有と進捗状況の確認を行っている。 ・計画の毎月の進捗状況は、適宜確認・把握できているため、上期および下期において必要な修正を実施している。 ・職員会議、リーダー会議、経営計画説明会において、職員の理解を促すための取り組みを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の策定過程における職員参画の機会の充実を期待する。計画を着実に実行するためには、策定過程に職員参画の機会をより明確に位置づけるとともに、その進捗状況を共有するための取り組みの明確化が必要である。 ・職員自己評価における肯定的な回答の割合は20.8%である。具体的に評価の着眼点を見ると「職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている」の項目の肯定的な回答の割合は29.2%であった。より丁寧な取り組みを期待する。 	

【7】I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	C
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 24.5% b) 39.6% c) 22.6% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 改善課題 ・事業計画の内容について、利用者・家族の理解を促すための取り組みは、特段に行っていない。 ・当該年度において事業所が具体的にどのような取り組みを行う計画なのか、より重点的に力を入れていく取り組みは何かなどの情報は、利用者の生活の維持や向上を図る上において重要である。例えば、ホームページを活用した情報提供の取り組み、あるいは利用者・家族に直接に説明する機会をつくることなどを通して、よりわかりやすい表現に工夫しつつ、理解を促していく取り組みが求められる。</p>	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

【8】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	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 33.0% b) 50.0% c) 7.5% 無回答) 9.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・毎年度「介護保険サービスの事業所評価」を実施している。これは、法人本部のある北海道札幌市が行っている様式を活用したもので「日常生活援助サービス(食事、排泄、自立支援、外出・外泊への援助など)」「専門的サービス(看護・介護、社会サービス、リハビリテーションなど)」などの項目に関して、ケアワーカー長が所管する各部署の取り組み状況を、フロアリーダーやユニットリーダーに確認しながら評価するものである。 ・当事業所内の各委員会(感染防止委員会、事故防止委員会、褥瘡予防委員会など)では、年度ごとの目標を掲げて、それぞれの活動に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・「介護保険サービスの事業所評価」を実施しているが、事実上はケアワーカー長による点検にとどまり、事業所評価の位置づけや目的、職員参加の機会なども、必ずしも明確にはなっていない。各委員会の取り組みも振り返りの視点が明確ではなく、委員会それぞれに委ねられている。 ・今回の福祉サービス第三者評価の受審を契機として、事業所の組織運営やサービスの質の向上のために、PDCAサイクルによる組織的な取り組みを行う体制づくりを期待する。</p>	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基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施している。	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	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 35.8% b) 39.6% c) 15.1% 無回答) 9.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・毎年度の「介護保険サービスの事業所評価」の結果を集計し、次年度の事業運営に活かすように努めている。 ・当事業所内の各委員会(感染防止委員会、事故防止委員会、褥瘡予防委員会など)では、年度ごとに掲げた目標に沿って取り組みの検証に努めている。</p> <p>■ 改善課題 ・「介護保険サービスの事業所評価」の結果を活用するしくみが、明確に位置づけられていない。そのため、課題の整理、改善計画の策定と実施、その検証へと至るプロセスの形成は十分ではない。各委員会における目標の設定とその検証の取り組みについても同様である。 ・今回の福祉サービス第三者評価の受審結果の活用を含めて、サービスの質の向上のための組織的・計画的な取り組みの展開を期待する。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

【10】II-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 29.2% b) 46.2% c) 14.2% 無回答) 10.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、現状における自らの責任と役割について「人を育てること」「離職防止」「ケアの質の向上」を挙げている。そのために、職員育成に向けた面談や研修の充実に努めている。法人による研修の機会が多く、外部研修への参加も奨励している。 ・離職防止のための取り組みについては、退職理由が職員ごとに異なるため一概には言えないとしつつも、若い職員が職場に来られなくなった場合には、施設長・副施設長はケアワーカー長らと相談しながら対応するようにしている。現時点では、自らは明確なリーダーシップを発揮した取り組みにまでは至っていないが、小さなことから段階的に取り組んでいきたいと考えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の職員自己評価において職員は、管理者として施設長および副施設長を対象に回答していると考えられるが、管理者の役割が「わからない」「周知されていない」などの意見がある。 ・施設長と副施設長の役割として、リーダーシップをどのように発揮していくのか、そのことについての表明と組織内における共有を期待する。 	

【11】II-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 41.5% b) 39.6% c) 8.5% 無回答) 10.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の本年度事業計画(経営計画)においては「コンプライアンスの推進」を掲げ、職員のコンプライアンス意識の向上を図ることなどを明示している。 ・法令遵守について正しく理解するための取り組みに関しては、法人研修のなかで「倫理及び法令遵守に関する研修」として「人間の尊厳」や「個人情報保護」をテーマに研修を実施しているが、施設長や副施設長を対象として法令遵守のテーマに特化した研修や会議は特に設けられてはいない。 ・副施設長は、法令遵守すべき事項を幅広く把握するために、法人本部における研修への参加や自主的な研鑽に努めているが「まだ十分とは言えない」と考えている。 ・職員への理解の浸透を図る取り組みについては、リーダー層に対しては直接指導する機会があるものの、一般職員に対してはその機会に乏しいため、法人が実施する多様な研修への一般職員の参加を促すことで、理解の促進を図りたいとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者(施設長・副施設長)には、自ら遵守すべき法令について幅広く学ぶ取り組みとともに、同様の意識を職員に浸透させるリーダーシップの発揮が求められる。 ・法令遵守に向けて、管理者として事業所におけるリーダーシップをどのように機能させていくのかを検討し、さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 33.0% b) 43.4% c) 14.2% 無回答) 9.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、サービスの質の現状を的確に把握するため、職員会議はもとより、各委員会に極力参加するよう努めている。職員からの個別の相談にも応じているが、基本的にはケアワーカー長からの相談を通じて状況を確認している。 ・改善すべきと考える事項が生じた場合には、具体的な取組みを明示し、改善を図るよう促している。現在は、ノーリフティングケアを組織全体で推進しているほか、オムツを使用せずトイレを利用できるようにする取組みについて布パンツや下着の導入も含め、事業所内での検討に参画している。 ・組織が機能的に活動してサービスの質の向上につながるよう、各委員会の活動の活発化を促していきたいと考えている。 <p>■ 改善課題</p> <p>サービスの質の向上において、管理者の責任と役割は言うまでもなく重要である。管理者が、サービスの質の向上に向けた体制づくりや指導力をどう機能させていくのか、さらなる取組みを期待する。</p>	

【13】Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 32.1% b) 43.4% c) 16.0% 無回答) 8.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、本年度の事業計画(経営計画)において「適正利益の確保」を掲げ、コストカット委員会を中心に電気・ガス・水道などの光熱水費の削減に取り組んでいる。 ・管理者は、当事業所における業務改善については「離職防止」を最重要課題と指定介護老人福祉施設位置づけ、離職理由の把握などに努めている。また、若い職員は残業を避けたいという傾向が強いが、実際には利用者の状況に応じて業務が発生するため、一定の残業は避け難い面もある。そのため、人員配置の調整を含めて、ケアワーカー長らと協議しながら残業が発生しないように工夫に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者には、経営改善や業務の実効性を高める取組みを自ら行うとともに、職員にも同様の意識を浸透させ、効果的な事業運営を目指すための指導力の発揮が求められる。 ・管理者が、経営改善や業務の実効性向上のための体制づくりや指導力をどのように機能させていくのか、さらなる取組みを期待する。 	

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。

【14】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、それに基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、それに基づいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 22.6% b) 47.2% c) 24.5% 無回答) 5.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員採用は法人本部が担い、ホームページなどによる採用情報の発信や就職イベントへの参加を行っている。新規事業所の開設も相まって、新規採用や中途採用、さらに事業所間の人事異動など、法人全体で人手不足に苦慮しつつ対応している。 ・そのため、法人の経営計画で、外国人介護職員の増員、系列校である日本医療大学の教員によるサポート体制の構築、介護福祉士資格の取得に向けたeラーニングの活用などを方針に掲げ、取り組んでいる。 ・当事業所では看護師を24時間配置し、医療依存度の高い利用者を受け入れる体制を整えている。また、リハビリテーション(個別機能訓練)を強化するため、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)の3つの職種を配置し、専門的な評価を行うことや介護職員への指導を実施しつつ、個別機能訓練を提供する体制を整備している。 ・さらに、食事に関して、利用者ごとの栄養管理を継続的に行うための栄養士4名(うち管理栄養士3名)の配置や、ST(言語聴覚士)による咀嚼・嚥下の評価に基づき、利用者に適した食事形態を提供するための体制の整備に努めている。 ・それらの体制整備に関しては、管理者が現場のリーダーと協議しつつ、法人本部の採用担当と調整して実現している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人をあげて外国人労働者の計画的な採用の拡大などに務めている。当事業所では、人手不足に加えて、法人内の他の新規事業所が開設した際にその中核を担う人材を異動によって事業所から出す場合もあることから、管理者を中心とする経営層としては、安定的な職員体制の整備に苦慮している状況がある。 ・ケアワーカー長の負担が増加するなどの課題も生じているため、より計画的な職員体制の整備に向けた対応を行うことを期待する。 	

【15】Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 30.2% b) 50.9% c) 11.3% 無回答) 7.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「期待する職員像」を行動方針5項目として明確化している。人事考課制度の運用を通じて、各職員の当面の目標や期待される役割等について共有にすることに努めている。 ・人事考課制度は規程に基づいて運用され、勤務開始1年未満の有期雇用職員等を除き、全職員を対象として半期ごとに実施している。人事考課においては、職員は半年間の実績を自己評価し、考課者面接を通じて最終的な評価を行っている。 ・評価項目としては、業務実績や職務遂行能力等を対象とし、その結果は賞与、昇級、昇格および降格に反映させるしくみとなっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のしくみとして総合的な人事管理を行っているが、職員自己評価では、肯定的な回答の割合は30.2%である。 ・職員自己評価の自由記述コメントを見ると「期待する職員像はわからない」「異動、昇進・昇格の基準がわからない」などの意見もあった。 ・なお、より具体的な評価の着眼点の項目では、特に「職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくり」に関して、肯定的な回答の割合は27.4%であった。よりよい人事管理制度の実現に向け、さらなる取り組みを期待する。 	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.0% b) 52.8% c) 5.7% 無回答) 7.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の経営計画では「施設経営目標」の一つに「働きやすい職場環境に全員で取り組み、離職防止に努める」を掲げている。 ・有給休暇や残業に関するデータはタイムカードで集約するとともに、職員ごとの有休取得の取得状況はユニットリーダー、事務、副施設長が把握し、未取得が多い職員には取得を促している。職員が急に休暇を取得することになったときには、他の職員が必要な業務をカバーする機会が多いが、他の職員の負担の軽減を図るためにケアワーカー長が調整に入っている。必要に応じて、フロアを超えた調整も行っている。 ・離職防止の観点から、ケアワーカー長が職員とのこまめな面談を実施し、必要に応じて管理者もその面談に同席している。職員から配置転換の希望があった場合にも、可能な範囲で対応できるように努めている。 ・ワーク・ライフ・バランスとして育児休業の取得が増加し、男性職員によるこの制度の利用も増えている。組織の魅力の向上と働きやすい職場環境づくりの一つとして、経営層は研修制度の充実や退職金制度を挙げている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の自由意見では「有給休暇は取りやすい」「働きやすい職場づくりに努めている」という声がある一方で、肯定的な回答の割合は、全体的には34.0%である。 ・引き続き、職員の意向の把握に努め、より働きやすい職場づくりに向けた取り組みを行うことを期待する。 	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.9% b) 49.1% c) 10.4% 無回答) 5.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「期待する職員像」については行動方針5項目として明確化し、人事考課制度の運用を通じて、各職員の当面の目標や期待される役割等についての共有に努めている。 ・人事考課制度は規程に基づいて運用され、勤務開始1年未満の有期雇用職員等を除き、全職員を対象として半期ごとに実施している。 ・職員は、業務管理シート(DO-CAPシート)によって取り組みの成果、課題、今後の計画などを明らかにし、上席である考課者と共有するとともに、考課者は必要な知識、技能、理解力などを踏まえ、職員一人ひとりの育成、自己啓発、能力開発のための指導や助言に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営層は「職員一人ひとりの自己覚知を促す取り組みや環境が十分には整えられていない」としている。 ・職員自己評価では、肯定的な回答の割合は34.9%である。より具体的な評価の眼点の項目では「職員一人ひとりの目標管理のための仕組みの構築」「目標項目、目標水準、目標期限が明確で適切」に関して、肯定的な回答の割合はそれぞれ4割に満たなかった。今後のさらなる取り組みが期待する。 	

【18】Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 40.6% b) 41.5% c) 11.3% 無回答) 6.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「期待する職員像」について、当事業所では職員との人事考課面接の際に、その職員が今後どのような目標を持ち、どのような職員像を目指していくのかを確認している。 ・職員研修の体制としては、法人および事業所として研修計画を策定し、さらに各委員会・各部署においても職員研修を積極的に企画・実施するように促している。 ・研修計画は、所管する委員会が立案している。法定研修は年度の切り替え前に優先的に組み込み、研修委員会が全体的に調整している。また、各層の研修計画の評価および次年度に向けた見直しも研修委員会が担っている。 ・新規に採用した職員に対しては、採用時、3カ月、6カ月、12カ月の時点で研修を実施し、エルダー制度も設けて指導を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主として各委員会の活動をベースとした研修の企画・実施体制であるが、各委員会の活動を通じて蓄積されるべきノウハウが担当者交代のたびにリセットされる傾向があり、経営層は継続性に欠ける点を懸念している。また、学習機会の拡充に努めているものの、職員の研修参加意欲や学習意欲の低下が見られ、そのことも課題であるとしている。 ・現場の研修ニーズの把握と、サービスの質の現状を踏まえた研修計画の策定と実施を期待する。 	

【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.0% b) 52.8% c) 6.6% 無回答) 6.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアワーカー長やフロアリーダー、ユニットリーダーが、各職員の知識・技術・資格の取得状況などの把握に努めている。 ・今年度の法人の経営計画においては、離職率を5%以内に改善するための施策として、入職3年未満の職員に対してエルダー面接(月1回)を実施することを掲げている。 ・当事業所では、今年度は「新規入職職員に対する指導体制の確立」を目標に掲げている。そのなかで、昨年度まではエルダーをフロアリーダーが担っていたが、今年度からユニットリーダーが担当することとし、指導体制の強化を図っている。 ・エルダーは、1カ月、3カ月、6カ月の区分でチェック表を使用して新規入職職員の習得状況を評価している。また、エルダーの指導状況は実習指導研修会で共有し、意見交換している。 ・施設内研修は、主として各委員会が主導して企画・実施しているということもあって、委員会開催後の時間帯に研修を行ってきしたが、参加が難しい職員が多いため、できるだけ多くの職員に研修報告を伝えられるように、伝達研修に力点を置く方針に切り替えた。それによって報告書の提出の徹底を図り、内容は研修委員会が取りまとめている。 ・外部研修の開催情報の提供については研修の案内を配布し、各職員の習熟度などに応じて参加させるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ユニットごとのシフト勤務であるため、新人職員に対して固定的にエルダーを付けることが難しく、指導体制の確立という点で課題となっている。また、職員それぞれの業務の習得状況には個人差があり、高卒や専門学校卒などの違いによる差異もあって、事業所としては苦慮している状況である。 ・当事業所は職員数が多く、職員一人ひとりの研修機会の確保の取り組みということでは難しい側面もあるが、研修の開催方法や回数工夫、エルダーによる指導内容の標準化などを重ね、より充実した職員研修体制の確立に向けた取り組みを行うことを期待する。 	

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。

【20】Ⅱ-2-(4)-① 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、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	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 42.5% b) 39.6% c) 4.7% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習指導者委員会では、今年度の目標として「職員への介護課程の周知および指導体制の見直しを図りつつ、介護実習の受け入れを行う」を掲げ、実習生の受け入れに取り組んでいる。また、実習生の受け入れを通じて、将来的に当事業所への就職につながることも期待している。 ・通常、介護福祉士や看護師について年1回程度の実習生の受け入れ実績があるが、実際の受け入れはケアワーカー長が実習指導者となって対応している。 ・介護実習生の指導は、介護実習生指導に関するマニュアルを定めた上で、実習生が所属する学校の実習指導要領に基づいて実施している。 ・実習指導者に対する研修として、当事業所では実習指導者講習会への参加を促している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委員会を設け、マニュアルや担当者を置くなどして実習生の受け入れ体制を整えているが、経営層は「積極的な受け入れの取り組みにまでは至っていない」としている。 ・介護を志す学生数の減少があり、現場における人手不足もあるなかでは、実習生の受け入れには難しい側面もある。しかし、将来の福祉人材の育成と福祉事業所の社会的な役割の発揮という側面からは、その取り組みを強化していくことが求められる。受動的な取り組みから、より主体的な取り組みに転換していくことを期待する。 	

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。

【21】Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 31.1% b) 45.3% c) 11.3% 無回答) 12.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広報の媒体としては、法人が運営するホームページと事業所が発行する家族向けの広報誌『とみぎわの里通信』がある。 ・ホームページには、法人の紹介(理念・概要、理事長挨拶、法人の沿革、法人の先駆的取り組み、情報公開など)、採用特設ページ、施設一覧、利用の流れ、系列法人とのリンクなどの情報や記事を掲載している。情報公開のページでは、決算報告、現況報告などを公表している。 ・ホームページの運営は法人本部が担っているため、当事業所としては直接の関与はしていない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透明性の確保に向けた情報公開の取り組みは不十分である。ホームページによる当事業所の紹介内容は、施設種別の概要と連絡先の紹介程度にとどまり、非常に限定的である。また、苦情・相談の体制やその内容に基づく改善・対応の状況についての公表は行っていない。SNSの活用についても検討されていない。 ・当事業所独自の取り組みについても、広報誌は家族向けの内容であり、広く地域社会に向けた情報公開という点では、ほぼ取り組めていない状況であると言える。 ・福祉事業所には、潜在的な利用者等への情報発信、苦情・相談内容の公表、福祉サービスの質の向上に関わる取り組みなどの実践活動を積極的に公表・表明し、地域社会に対して説明責任を果たしていく姿勢が求められる。今後の取り組みに期待する。 	

【22】Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 33.0% b) 40.6% c) 11.3% 無回答) 15.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所における事務、経理、取引等については法人の定めに従って処理している。予算の執行に関しては、仙台本部が権限を持ち、請求書の発行等の事務処理も仙台本部が一括して行っている。なお、物品発注については品目により異なり、おむつ等の一部の物品は現場が発注している。 ・予算の範囲内の管理は事務担当の部署が担い、大きな費用を伴う案件については法人本部が判断している。 ・法人の内部監査については、法人内に監査本部が設置され、全事業所を対象に定期的に経理監査と業務監査を行っている。 ・外部専門家による支援としては、仙台本部の事務に税理士が関わっているものの、当事業所に対する直接の関与はない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてしきみを整えて取り組んでいるものの、職員の理解は十分ではない。直接に関与する機会が少ないという側面はあるが、この項目に関する肯定的な回答の割合は33.0%にとどまり、自由意見についても「知らない」「わからない」などの声が複数あった。 ・職員に対する丁寧な周知の取り組みを期待する。 	

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。

【23】Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.9% b) 50.0% c) 8.5% 無回答) 6.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域とのかかわり方について、当事業所として明文化した方針は定めていない。また、利用者が活用できる社会資源に関する情報収集や情報提供についても、現在のところ特段の取り組みは行っていない。 ・建物内にある地域交流スペースは、地域の介護予防教室、地域包括支援センターによる個別ケア会議や研修会、居宅介護支援事業所の介護支援専門員合同会議などの場として活用されている。また、利用者の家族が集まる場としても使用されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者と地域、あるいは事業所と地域のかかわり方についての方針は、必ずしも明確にはされていない。 ・地域交流スペースの利用についても、積極的な活用を図るためのPR活動などはなく、受動的である。施設建設当初は、子ども食堂などに活用する構想はあったものの、実現には至っていない。経営層としては、今後は地域交流に関する取り組みの計画化を進めていきたいと考えていることから、交流活動の拡充が図られることを期待する。 	

【24】Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 29.2% b) 40.6% c) 18.9% 無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「ボランティア受入手順及び留意点」と「受入要綱」を定めている。 ・当事業所では、ボランティアの受け入れに際しては、担当者(介護支援専門員)がオリエンテーションを担い、利用者に対する直接介助は行えないこと、個人情報やプライバシーに関する注意事項などを説明している。なお、以前は傾聴ボランティアを受け入れていたが、コロナ禍以降はその受け入れは行っていない。 ・具体的な活動としては、ピアノ演奏、中学生による清掃、イベントの手伝い・余興(三味線、太鼓、パトンスークルなど)の活動者の受け入れを行っている。個々の利用者に対するボランティアについては、依頼があれば個別に応じる方針である。 ・職場体験については、現在、中学校からの受け入れを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受け入れについて、当事業所ではその意向はあるものの、受け入れに関する方針は必ずしも明確にはなっていない。そのため、イベントの補助要員を必要とする場合を除いて、受け入れは受動的な対応にとどまっている。 ・利用者や事業所にとってのボランティアをどのように位置づけるか、事業所としてどのような活動を受け入れていくのかについて検討することを期待する。 	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 31.1% b) 41.5% c) 15.1% 無回答) 12.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかわりのある外部機関としては、医療機関、居宅介護支援事業所、老人保健施設、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、訪問看護ステーション、デイケアサービス、グループホーム、小規模多機能型居宅介護などがあり、生活相談員を窓口として居宅介護支事業所や地域包括支援センター等とも定期的に情報交換や連絡調整を行っている。当事業所では、利用者に対して、これらの機関との連携を通じて包括的に支援できる旨を説明している。 ・定期的な連絡会としては、仙台市老人福祉施設協議会に参加し、他の高齢者施設との情報交換などを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関とかかわる機会は設けているが、例えば対応できる社会資源のリスト化・資料化などの体系的な整理を行い、必要とする職員間でその共有を図ることなど、関係機関とのより適切な連携体制を構築するためのさらなる取り組みに期待する。 	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 37.7% b) 37.7% c) 11.3% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所と地域がつながる機会として、行事、消防訓練、介護予防サロンなどへの参加、ボランティアの受け入れなどがあげられるが、地域貢献に関する具体的な情報は得られていない状況である。 ・当事業所の直接の取り組みではないが、同一建物内に所在する居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、あるいは地域本部会議において、他事業所の管理者から福祉サービスの利用につながりにくい市民の存在などが話題として提起される場合もある。 ・こうした地域のニーズ把握や必要な機能の検討については、エリアケアプラン作成の過程において検討を進めている段階である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の福祉ニーズの把握に関しては、同じ建物内の他事業所との情報共有の機会を通じて入手することがあるものの、当事業所として主体的に把握するための取り組みを行うには至っていない。 ・法人は、中長期計画(成長戦略)の「検討ポイント」の一つに「社会貢献」を位置づけ、現在は「エリアケアプラン」と称する地域本部単位の中長期計画策定のための情報収集を行っている。それらの実施過程において、主体的なニーズ把握のための取り組みを行うことを期待する。 	

【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 31.1% b) 42.5% c) 12.3% 無回答) 14.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建物内に設置されている地域交流スペースは一般にも貸し出され、地域の福祉関係者や利用者家族等が活用している。 ・地域の薬局の一角で開催されている高齢者サロンで当事業所の専門職が「フレイル予防」をテーマとする講演に講師として協力した事例や、栄養士がスーパーマーケットで栄養相談に応じる取り組みに協力した事例、仙台市が実施する小規模多機能型居宅介護事業に関する研修に施設長が講師として協力した事例などがある。 ・当事業所は、福祉避難所に登録されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公益的な活動の充実を図ることが課題となっている。地域交流スペースの積極的な活用や地域の催しへの職員の派遣などは行っているものの、計画的な取り組みが行っているとまでは言えない。 ・検討中であるエリアケアプランによる活動の展開も含めて、より積極的な公益的活動の実施を期待する。 	

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(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.9% b) 47.2% c) 7.5% 無回答) 10.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員は法人が示している理念「誰もが ごくふつうにくらせる しあわせ」を創造する、に基づき、利用者支援の基本として「行動方針」5項目を掲げている。具体的には、利用者の視点を最優先した考え方、専門職として向上心を忘れず自己研鑽する、学ぶ姿勢と感謝の気持ち・素直な心で接するなどである。これらを利用者を尊重した福祉サービス・基本的人権への配慮として位置づけ、理念や方針を職員が理解して実践できるように、年2回の研修会でテーマとして取り上げている。なお、理念と利用者支援の「行動方針」5項目は、ケアの課題に気づいたときに、これに結びつけて検討するようにしている。 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する研修としては、法人主催の研修に加えて、事業所独自に身体拘束・虐待防止、感染症予防、事故防止などのテーマを設定し、毎月開催している。なお、これらの研修は、事業所内の研修・実習指導者研修会が企画し、研修の講師も主に事業所内の専門職が担当している。 利用者の尊重や基本的人権への配慮については、各委員会や担当者会議で検討し、必要な対応を行っている。 福祉サービスの提供に関する規程を定め、サービス提供における業務マニュアル(食事・排泄・入浴など)、感染症対応マニュアル、看取り介護マニュアル、虐待防止マニュアルなど12項目にわたるマニュアルを策定している。 <p>■ 改善課題から</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員自己評価の肯定率は34.9%である。自由コメントには「定期的に研修が実施され、理解を深めている」という意見がある一方で「勉強会や研修が行われていない」「取り組みは不十分」などの否定的な意見が多数あった。事業所独自に取り組む「委員会が企画する研修会」についての周知方法を検討するとともに、研修内容に職員の要望を取り入れるなど、さらなる研修の充実を図ることを期待する。 	

【29】Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保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に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 48.1% b) 41.5% c) 4.7% 無回答) 5.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者のプライバシー保護については、各種の規程、マニュアル、重要事項説明書などにも明記され、新規採用時や年間の研修会のテーマとしても取り上げ、理解が深まるように取り組んでいる。 利用者や家族に対しては、利用開始時の「重要事項説明書」を用いた説明のなかで、個人情報保護方針に基づく「個人情報の利用目的について」を伝え、同意を得ている。併せて、プライバシー保護に関する当事業所の方針も利用者や家族に伝えている。 各種の規程やマニュアルなどに基づき、プライバシーに配慮しながら提供している日常的なサービスとして、排泄支援、入浴支援、更衣支援などがある。そのほか、利用者の同性介護の希望については入居時に確認し、把握している。 当事業所の建物構造はユニット個室型のため、利用者のプライバシーは保ちやすい環境である。居室の入口の扉は原則的には閉めることとしているが、利用者本人の希望により、開放している居室もある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員自己評価で寄せられているこの項目に対する自由意見として「プライバシー保護について利用者・家族への説明が不足している」「マニュアルを見たことがない」「プライバシー保護に配慮したサービスは十分ではないと思う」「口頭ではあるが上司によって説明が異なる」などが見られ、取り組みは十分であるとは言えない状況がうかがえる。 各種の規程、マニュアルなどについて、どのようなときに、どのように説明するかなどの具体的な手法を検討し、その周知を図るためのさらなる取り組みを行うことを期待する。 	

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。

【30】Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 38.7% b) 48.1% c) 5.7% 無回答) 7.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念、基本方針、福祉サービス等の内容は、法人が管理しているホームページで知ることができる。当事業所を紹介する見開きのパンフレット『特別養護老人ホームノテとみぎわの里／施設案内』は、事業所を訪れた希望者に手渡している。このパンフレットは、近隣の医療機関や居宅介護支援事業所の窓口にも置かれている。当事業所の紹介として、取り組みに関するポリシー、建物・設備の写真、フロアの見取り図などを掲載している。また、パンフレットの最終ページには法人の全事業所名を掲載するなど、組織としての法人の紹介もしている。 ・利用希望者には、事業所の運営方針、利用者の暮らしについて、生活相談員が個別に丁寧に説明するようにしている。 ・入居契約を迷っている利用希望者に対して、当事業所では体験入所は制度化していない。それに代わる取り組みとして、体験を希望する見学者にはショートステイサービス(短期入所生活介護)の利用を勧めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は医療依存度の高い利用者も受け入れることを運営方針に掲げている。そのため、入居する利用者は、医療機関経由が多くなってきている。この方針を掲げることで、入居までのルートはほぼ固定し、これまで利用希望者への積極的な情報提供などは行っていない。しかし、外部環境の変化として、周辺地域における高齢者の入居施設の増加がある。 ・そうした状況の変化を踏まえて、今後の取り組みとして、当事業所の特性がよりわかるパンフレットに見直すなどの取り組み、その見直しに職員の意見を反映させること、さらにパンフレットの配布先についても検討することを期待する。 	

【31】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基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基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基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 36.8% c) 2.8% 無回答) 10.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの開始にあたっては、利用者・家族の意向を聴取する一方で、まず事業所の見学をしてもらっている。見学後、重要事項説明書などを用いて事業所の特徴を説明し、利用契約の同意を得ている。なお、サービス内容に変更が生じたときには、改めて説明を行う時間を設けている。この役割は、生活相談員と介護支援専門員が担当している。 ・説明にあたっては、利用者・家族が理解しやすいように専門用語などは使わないように配慮し、説明を受ける利用者・家族にとってわかりやすいことを心がけている。しかしながら、実際の説明は主に家族を対象としている。 ・サービスの開始・変更時に説明を行い、同意を得た場合には、そのことを書面に残して管理している。なお、この取り組みについても、家族のみの同意が当たり前の状態になっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの開始時には担当者会議を開催して協議を行い、統一したケアが提供できるように心がけている。具体的には、サービス提供前に生活相談員と介護支援専門員が話し合い、支援方針を共有している。その支援方針に基づき、サービス開始時や内容の変更時などの説明を行い、同意を得ている。ただし、それらの説明は家族を対象にしているため、このプランについての説明も、利用者本人に対しては行われていない。直接利用者に説明すること、あるいは家族への説明の場面には利用者にも同席してもらうなど、利用者中心のかかわり方が不十分な状況であることから、今後の検討と改善の取り組みを期待する。 ・この項目についての職員自己評価の自由意見を見ても「家族への入居前の説明が不十分である」「入居に至る決定過程が曖昧である」「説明が不十分である」などの内容が少なくない。サービス提供に直接かかわる職員にも、開始・変更の過程がわかりやすいようにするなど、取り組みの強化を行うことを期待する。 	

【32】Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	b
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.8% b) 46.2% c) 3.8% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居している利用者が他の福祉事業所や在宅に移行する際には、移行の前後で提供されるサービス内容に著しい変更が生じないように配慮している。なお、利用者・家族の意向の確認は、生活相談員が行っている。求めがあれば、移行先の事業所などの書式に合わせて、介護職員、看護師、栄養士などが話し合って記述内容を決定し、サマリーを作成している。 ・当事業所の昨年度のサービス終了者は117名で、その内訳は、事業所内看取り94名、入院12名、リハビリテーション等の希望による老人保健施設への移行10名、在宅(自宅)への移行1名であった。なお、入居者の平均在所期間は1年10カ月である。退所者の割合やその内訳、平均在所期間などは、ここ数年間において大きな変化はない。 ・サービス利用が終了した場合にも、相談できる窓口として当事業所が引き続き対応できることを伝えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス終了後の当該利用者のフォローを行うことは特に考えられていない。そのため、相談できる窓口としての当事業所の紹介も、通常の一般的な相談先として、事業所の営業時間を知らせているにとどまる。したがって、その後の相談方法などを利用者・家族に説明したり、そのことを記録に残すなどの取り組みは実施していない。 ・利用者・家族が抱える困りごと、相談などの内容は多様である。そのため、サービス終了後に必要となってくる対応も、一律なものではない。そのことを踏まえて、その後を予測した記録を行うことは、サービス終了後の利用者・家族に対するタイムリーな支援サービスにつながるものとする。まずは現在の相談記録のあり方について検討を行うことを期待する。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【33】Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足度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) 利用者満足度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) 利用者満足度を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 26.4% b) 43.4% c) 17.0% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の流行時には当事業所でも事業運営に影響を受け、それまで実施していた家族アンケート調査も中止している。なお、かつて実施していた家族アンケート調査では、調査結果は家族会で発表し、そのなかで家族からの食事時間の変更の希望を受けとめて、そのことに対応した実績もある。 ・今回の第三者評価に際して実施した家族アンケート調査の回収率は55.0%であり、全16項目の質問項目のうち、肯定的回答率が80.0%を超えるものが9項目あった。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回実施した家族アンケート調査に対する自由コメントとして「建物の外に出る機会が少ない。入居中の利用者本人に屋外の空気を吸わせてやれないものであろうか」「賞味期限が明示されたもの以外は、食べ物が制限されているため、手づくりのものが持ち込めない」などの意見が複数の家族から寄せられていた。今後はコロナ禍で中断していた「家族会」を再開する予定であり、その際にはアンケート調査も実施する予定とのことである。 ・この項目の職員自己評価の結果も、肯定的な回答率は26.4%であり、他の項目と比較しても明らかに低かった。今回の家族アンケート調査の結果も含めて「外出」「食べ物」に関する家族等の意向については検討を行い、対応を図ることを期待する。 	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【34】Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 41.5% b) 43.4% c) 6.6% 無回答) 8.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決に向け、苦情受付担当者、第三者委員を配置し、それを重要事項説明書に明記している。また、苦情解決のしくみを明記した書類も事業所内に掲示している。なお、これまで当事業所では意見・要望の受付はあるが、苦情として寄せられた事例はない。 ・積極的に意見・苦情を把握し、それを改善に役立てるため、意見箱も設けている。意見箱には年間2～3件ほどの投函があるが、その大部分は食事に関する内容である。意見を寄せた該当者がわかる場合には、対応について本人に報告し、文書も保管しているが、これらの内容は公表していない。苦情取り扱いのマニュアルはあるが、委員会等は設置されていない。 ・苦情受付担当者および苦情対応の手順、第三者委員、第三者機関、行政機関、その他の苦情受付機関などの情報を重要事項説明書に明示し、説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでに当事業所に寄せられた意見・要望については、その内容と対応などは公表していない。また、苦情についても公表しないとしているが、今回の第三者評価の受審を契機にして「今後は公表していきたい」という意向を事業所では持っている。事業所運営の透明性の確保の観点からも、その取り組みに期待する ・なお、要望・意見・苦情が寄せられた場合の職員への周知方法も、明確になっていない。寄せられた内容を事業所の改善の機会とするためにも、職員に対する周知方法などについて検討することを期待する。 ・この評価項目について、ガイドラインでは苦情解決の状況の公表を行っていない場合は「c」としているため、そのように評価した。 	

【35】Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.0% b) 41.5% c) 13.2% 無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室担当制のもとに職員の配置を決め、職員1名が利用者1～4名を担当している。この職員の役割は、居室環境の整理と衣替えを中心として利用者の衣類を整えることである。そのため、この居室担当の職員は、利用者・家族と話す機会が結果的に多くなる。 ・利用者が意見を述べたり、相談をしやすいように、ユニットの職員だけでなく、他の職種も利用者にかかわるようにしている。 ・利用者や家族が相談しやすい場所としては、まず利用者の居室がある。当事業所は、すべての居室が個室であるため、プライバシーも保ちやすい。また、相談室やセミパブリックスペースの一隅にソファセットなどを置き、話しやすい環境を整えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族が相談したり、意見を述べようとするときに、そのことを気軽にできるように利用者等に勧める文書やポスターなどの掲示物は当事業所にはない。また、家族同士で意見交換できる家族会なども現在は開催していない。家族会の開催が中止に至った理由は、新型コロナウイルス感染症の流行である。なお、事業所としても家族会の必要性を感じていることから、今後は定例開催を予定している。 ・今回実施した家族アンケート調査の問13「不満や要望を職員に気軽に言うことができるか」についての肯定的回答率は63.6%であったが、それに対して、利用者聞き取り調査の問13「利用者の不満や要望は対応されているか」という設問に対する回答結果は、肯定的回答率は24.1%と低く、家族のそれ回答の傾向とは乖離がある。この乖離の理由を探るとともに、改善に向けたさらなる取り組みを行うことを期待する。 	

【36】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、対応が十分ではない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 38.7% b) 49.1% c) 1.9% 無回答) 10.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は、日々の利用者とのかかわりのなかで相談に対応したり、意見の傾聴に努めている。この利用者とのやり取りのなかで、利用者が職員に本音を聞かせてくれることがある。 ・直接ケアにかかわらない生活相談員や介護支援専門員は、時間の許す限り利用者の生活フロアに出向き、利用者から声をかけられやすいように振る舞うようにしている。 ・相談や意見を受け付けたときの記録や報告の手順は「苦情対応マニュアル」に明記され、標準化されている。なお、要望等の内容についてはカルテに記載して職員間で共有され、解決に向けた取り組みもマニュアルに沿って実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体で共通の「業務対応マニュアル」の内容は年度末に見直すこととされているが、その取り組み状況は現状では不十分である。この理由として、通常の業務のなかで、これらのマニュアルを活用する機会が少ないことが考えられる。また、苦情対応マニュアルには「相談や意見を受け付けた際の記録や報告の手順」が示されているが、職員に周知する取り組みは不徹底となっている。そのため、利用者からの相談や意見に対して、組織として迅速に対応する体制が整っているとは言い難い状況にある。 ・利用者からの相談や意見をどのように取り上げ、共有化していくか改めて検討し、具体的な取り組みを行うことを期待する。 	

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。

【37】Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 42.5% b) 48.1% c) 2.8% 無回答) 6.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止委員会を設置し、委員長を置いて活動している。事故防止委員会のメンバーは、各ユニットの多職種の職員によって構成され、月1回開催されている。この委員会では、事故報告、ヒヤリハットの集計、内容の検討、関連する職員研修などを実施し、必要時にはマニュアルの見直しと、その変更内容の周知を図っている。 ・事故防止委員会は事故の発生時にも開催し、必要に応じて要因分析や評価を行うなどしている。ただし、事故発生時に行っている要因分析や評価が、その後の現場のケアにどのような影響を及ぼしているかについては明確にされていない。 ・当事業所では、事故を未然に防げるように、事故報告書に加えて、ヒヤリハット報告書を多く作成する試みに取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発生した事故については、事故防止委員会で定期的に評価・見直しているが、同様の事故が再発している。そのことから、事故発生時の何を観察して記録に残すかの検討や、事故を再現して発生プロセスの参考にするなどの手法が確実に行われていないこと、すなわち要因分析の不十分さがあることが推測できる。 ・職員自己評価では「事故に関するPDCAサイクルが機能していない」という趣旨の意見があった。事業所として多く見られる事故で、発生を防止したい事故について、確実な要因分析を行うために必要な事項の検討から取り組むことを期待する。 	

【38】Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全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	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 51.9% b) 37.7% c) 2.8% 無回答) 7.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所として感染症マニュアルを整備し、利用者への対応にあたっての責任と役割を明確にしている。マニュアルは職員の手の届くところに置かれ、いつでも確認しやすい。 ・感染防止委員会と看護師が、感染症の研修と支援現場における職員への個別指導を実施している。なお、感染症関連の研修会は、毎月実施されている。 ・感染症の研修は、座学のほか、ガウンテクニックや嘔吐物処理などの実習も含む内容で実施している。 ・当事業所において感染症が発生した場合には、管理者と看護師が中心になって対応している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症への対応のためのマニュアルを整備しているが、職員自己評価では「現場で活用できるマニュアルがほしい」「感染症対策のマニュアルは未整備である」「感染症発生時の指示出しが不明で、それはマニュアルにも明記されていない」などの意見が複数あった。さらに「感染症への対応は統一されていない。ユニット任せになっている」という意見も見られた。 ・感染症については事業所全体による一致団結した対応が求められ、そのような対応を実施するための必要物品についても定期的に確認しておく必要がある。また、感染症の発生に気づいたときには、現にそこにいる職員で対応しなければならないため、特に夜勤帯などの少人数の職員体制による対応まで想定してマニュアル(手順書)を整備することが求められている。職員からの「指示出しが不明」などの意見に応えるマニュアル、すなわち現場で使えるマニュアルの整備が行えるように取り組むことを期待する。 	

【39】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。	b
	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	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 38.7% b) 42.5% c) 8.5% 無回答) 10.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、BCPの作成を水害と震度5以上の地震を対象にして作成し、災害発生時の対応マニュアルを策定している。 ・定期的に年2回、火災発生時の避難訓練を消防署と連携して実施している。ただし、ここ避難訓練は日中の火災発生のみを想定した訓練であるため、はしご車などには職員のみが乗っている。 ・災害の発生時に備えて、食料(水と米を4日分)や必要な備品等の備蓄品リストを作成し、責任者を決めて管理し、毎年点検を行っている。発電機については、半年ごとに作動の確認を行っている。当事業所は、地域の福祉避難所として、地元町会と協定を結んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、BCPを策定し、対応マニュアルなども整備して、避難訓練を行っているとしているが、職員自己評価では「取り組みは十分ではない」「周知については行われていない」「決められていることがあると思うが、内容はわからない」「取り組みについては聞いたことがない」などの意見が半数を占めている。災害はいつ発生するかわからないため、全職員が常に備えておく必要がある。さらなる周知に向けた取り組みを行うことを期待する。 	

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。

【40】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明文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明文化され、それに基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明文化されているが、それに基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明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 43.4% b) 39.6% c) 5.7% 無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 標準的なサービスの実施方法については、新人職員向けの介護、認知症ケア、褥瘡予防、医療的ケア、看取り介護などの12項目のマニュアルを整備し、標準化できるようにしている。事業所では「これらのマニュアルについては毎年度末に見直す」としている。 各ユニットに標準的なサービスの実施方法のマニュアルを置き、職員がいつでも見られるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人全体で共通のマニュアルは毎年度末に見直すとしているが、見直しを実施する期日も明記されていないなど、その取り組み状況は不十分である。また「当事業所としては、年度内であっても、修正の必要性に気づいたら随時見直す」としているが、その実績にも乏しい。これらのことから、マニュアルの周知と活用の取り組みが乏しい状況がうかがえる。 日常の気づきが改善につながり、それが事業所として共有されるとマニュアルの内容にも反映される。日々の取り組みからの気づきの内容を検討し、その気づきのあったときをマニュアルの見直しの機会として、今後のサービスの標準化につなげていくことを期待する。 	

【41】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。	C
	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、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 35.8% b) 45.3% c) 6.6% 無回答) 12.3% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの標準的な実施方法の見直しは、法人本部が行うとしている。当事業所としては、標準的な実施方法の定期的な見直しの時期などは定めていない。 ただし、事業所として定期的な見直し時期などは定めていないが、職員や利用者から意見があれば随時見直すとしている。 定期的な見直しの時期を定めず、必要時に随時見直すという対応の場合には、適切な見直しによってサービスの標準的なケアの実施手法を確保することが不十分になりやすい。当事業所では「職員や利用者から意見があったときを見直しの機会として随時行っている」としているが、これは「意見がなければ見直しは行わない」という対応にもなりやすい。サービスの質を担保するためにも、定期的な見直しに取り組むことを期待する。 	

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。

【42】Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基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。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 41.5% b) 44.3% c) 3.8% 無回答) 10.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対するサービス開始までの事前訪問や面談は、介護支援専門員を中心に、必要に応じてケア長、生活相談員、看護師なども担当して実施している。 ・アセスメントの際の項目としては、介護記録システム『ケアカルテ』のチェックリストを使用し、部門を横断した職種(介護支援専門員、ユニットリーダー、看護師、管理栄養士、リハビリテーション職員、ケア長など)が記入し、協議している。 ・介護記録システム『ケアカルテ』の情報に基づいて、入居時のケアプランを介護支援専門員とユニットリーダーが作成している。 ・ケア長は、ケアプランの実施状況と不足などの有無をチェックしながら、利用者に対するケア実践の状況を把握し、職員に対して助言を行う役割を担っている。 ・アセスメントの結果、ケア方法に困難が予測できるケースへの対応については、事業所内の看護師をはじめとする専門職を交えた多職種によって協議するとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この項目に対する職員自己評価の結果を見ると「a」と「b」が拮抗している。自由意見で寄せられた内容も同様の結果であった。そのうち、取り組みは不十分であるとする意見は「とりえず入居させているという感じがする」「現場には取り組める余裕がなく、計画を実行に移す余裕もない」「アセスメント能力は職員間でばらつきがある」「よくわからない」などである。 ・適切なアセスメントは、サービス実施計画を策定するときの基礎になる情報をもたらすものであり、実際の場面では、それらの情報を関係者間で協議し、計画を確定させる必要がある。さらなる取り組みの強化を期待する。 	

【43】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。	b
	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の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 37.7% b) 44.3% c) 4.7% 無回答) 13.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所で導入・活用している介護記録システム『ケアカルテ』で福祉サービス実施計画を作成し、カンファレンスも多職種が参加して毎月実施している。モニタリングは3カ月ごとに行い、その結果に応じてサービス計画も見直している。 ・見直しによって変更したサービス内容は、リーダーを経由してユニット内に周知されている。職員は、介護記録システム『ケアカルテ』を活用することで、いつでもサービス内容を確認できる状態になっている。 ・計画を緊急に見直す時期としては、利用者が入退院する時期であることが多い。そのようなときには、利用の状態に合わせて多職種が参加するカンファレンスを随時開催し、協議を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者についてのアセスメントやモニタリングは定期的実施されているが、その内容には具体性に欠けるところがあり、そこから課題を抽出して標準的な実施方法に反映すべき事項は明確になっていない。 ・職員自己評価で寄せられている自由意見でも「手順は見たことがない」「わからない」「モニタリングの充実を望む」「計画内容の変更に関する発信力が不足している」などが述べられている。そのことから、当事業所では取り組みはあるものの、全職員への周知という面で課題のあることが見て取れる。さらなる取り組みの強化を期待する。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 42.5% b) 44.3% c) 3.8% 無回答) 9.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護記録システム『ケアカルテ』を導入し、利用者の状態はこのシステムによって一括管理されている。 ・福祉サービス実施計画に基づくサービスの実施状況についても、介護記録システム『ケアカルテ』に各職種が記録している。 ・職員間に差が出ないように記録に関する研修(オンデマンドによる全職員対象の「介護記録研修」)を行うなどの工夫をしている。 ・情報の分別を行い、必要な情報が的確に届くように、記録は内容によって色分けするなどの工夫をしている。これらは、現場のケアに携わるすべての職員が確認できるようになっている。なお、事故報告や苦情報告などについては、報告書の様式は別紙で定めている。 ・利用者情報を共有するためのカンファレンスは、多職種の参加のもとで定期的開催されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの実施記録は、介護記録システム『ケアカルテ』の導入とその活用によって内容が充実し、職員全体で情報共有できるしくみにもなっている。その一方で、今回実施した第三者評価の職員自己評価で寄せられた自由意見を見ると、本館については「記録の内容が更新されていない」「記録は見たことがない」などの否定的な意見は少数であるが、新館においては「インターネットの環境に問題がある」「記録を見たことがない」「職員間で共有できていない」などの意見が見られ、本館と新館で内容に差があった。この要因を見出し、改善に取り組むことを期待する。 	

【45】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程が定められ、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程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程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.2% b) 41.5% c) 2.8% 無回答) 8.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護規定については、重要事項説明書を用いて入居契約時に家族に説明している。また、個人情報の取り扱いについては、研修で職員に周知している。 ・個人情報の取り扱いに関するマニュアルを整備している。 ・プライバシー保護や記録に関する研修を実施し、職員はこれを受講して規程を理解して、決められた内容を遵守するようにしている。なお、プライバシー保護をテーマにした研修は、全職員対象のオンデマンド研修として行われている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この項目に対する職員自己評価の自由意見のうち、改善が必要であるとする意見としては「記録の管理について一般職員の理解不足がある」「記録は管理されていない」「管理体制が確立しているかどうかわからない」「管理されているが、取り組みは不十分である」「ユニットによる差もある」「わからない」などがあつた。それらを踏まえて、今後の改善に向けたさらなる取り組みに期待する。 	

●内容評価項目

A 福祉サービスの内容

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-1 生活支援の基本

【46】A-1-1(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
	b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 34.0% b) 53.8% c) 7.5% 無回答) 4.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、利用者一人ひとりの身体機能やADLの状況を把握した上で、生活相談員や介護支援専門員が「利用者がどのように暮らしたいか」などの意向を入居時に確認し、食事、排泄、入浴などの支援を行っている。 ・当事業所には本館と新館の2棟を合わせて22のユニットがあり、1フロアあたり2ユニットの建物構造となっている。 ・各ユニットの特徴は多様で、ユニットごとに設えや季節ごとの飾りつけをしているほか、クラブ活動なども毎週行われている。1つのユニットの例では「タオルたたみ」の活動などに利用者が参加している。また、居室でテレビを見たり、ラジオを聴いたり、読書して過ごす利用者もいる。 ・毎日の午前中の日課として集団体操を推進している。職員は体操の開始時に呼びかけを行っているが、参加は利用者の自由としている。 ・利用者聞き取り調査では、週1回のカラオケや、映画鑑賞会などを楽しみに参加しているという声が複数あった。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・週1回、ユニット外で実施する活動もあるが、その取り組みについての利用者への周知は十分ではない。利用者聞き取り調査でも「ユニットの外に出かけて散歩などする機会があるとよい」という希望を述べたコメントが複数あった。 ・新館1階の地域交流スペースでは「介護予防教室」などの地域住民向けの催しが行われ、特別養護老人ホームの利用者も自由に参加できるとしている。しかし、利用者が参加する場合には、職員の付き添いが必要とされている。利用者が気軽にユニットの外部へ活動の幅を広げやすくすることについて、今後の検討を期待する。 		

		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
	b) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 46.2% b) 44.3% c) 4.7% 無回答) 4.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ユニットの介護職員は利用者4名前後が入居する居室を担当し、日常業務として入浴支援、排泄支援、食事の準備などを行いながら、日勤と夜勤の業務にも就いている。 ・業務の分担上、入浴・排泄の支援が優先されるため、今回の職員自己評価でも「利用者がゆっくり話したいというときに、話を聞く時間を確保することが難しい」との職員の自由意見もある。 ・生活相談員がユニットを巡りながら利用者対話したり、作業療法士が体操をサポートしながら利用者言葉かけを行って利用者の意向や感想を引出す役割を担うなどして利用者とのコミュニケーションを補っている。把握した利用者の情報は「ケアカルテ」で職員間で共有している。 ・職員が利用者の望まない対応を行ったり、適切な言葉づかいができていなかった場合には、ユニットのリーダーが指導したり、職員研修を通じて適切な接遇が身につくようにするなどのしくみがある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の自由意見には「一人ひとりに応じたコミュニケーションの努力はしている」「利用者とコミュニケーションする時間が足りていない」などの記述があった。各ユニットに勤務する職員数は、それぞれ3～4名ほどである。その人員体制で24時間365日の勤務を組み、入浴・排泄・食事の支援を行う業務時間を考慮すると、介護職員が利用者の意向・要望や悩みごとなどを引き出すためのコミュニケーションを行えるような機会は少ない。職員が利用者とのコミュニケーションの機会を増やせるようにするための工夫などを検討することを期待する。 	

A-1-(2) 権利擁護

【48】A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 58.5% b) 7.5% c) 22.6% 無回答) 11.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、利用者の権利擁護に関する規程、マニュアルが組織として整備されている。利用者の権利擁護に関する取り組みについては、入居時に生活相談員が利用者・家族に対して説明を行い、確認する取り組みを通じて周知を図っている。 ・新たに入職した職員に対しては、必ず「権利擁護の理解」を図るための研修を行い、新入職員の理解度の確認は研修実施の場における話し合いなどを通じて行っている。 ・職員自己評価では、権利擁護について理解するための取り組みは認識されているものの「取り組みは十分ではない」を選択した回答が22.6%あった。管理者層は、利用者の権利擁護に関するしくみと手順の運用は「徹底している」と捉えているため、一般職員と管理者層の双方の理解度については乖離が見られる。 ・身体拘束の適正化には、事業所が定める「身体拘束フローチャート」を使って対応している。対象事例が発生した場合は「虐待防止委員会」で話し合いを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者の権利擁護」については、職員を対象にフォローアップ研修を行っているが、管理者は「職員一人ひとりの理解にはばらつきがある」として、これを課題にしている。職員自己評価でも「なるべく制限のない生活を利用者に送ってもらえるように心がけている」「取り組みは十分ではない」などの意見があった。今後は、身体拘束に関する具体的な事例のある研修などの形で利用者の権利擁護の研修を実施していくことを期待する。 ・なお、この評価項目については、より一層の徹底を期すため、判断基準として「b」の評価はなく、そのため「c」と判断した。 		

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

【49】A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b
	b) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 49.1% b) 37.7% c) 6.6% 無回答) 6.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活する居室やトイレの清掃、ユニット内の共有スペースの清掃やごみの回収などは外部委託した業者が担当し、それによって清潔な環境が保たれている。 ・リビングなどの共有スペースについては、ユニットごとにソファを設置したり、談話用の家具などを設けている。また、共有スペースの壁には、職員と利用者が一緒に季節感のある飾りつけなどを行っている。 ・各居室には、利用者が入居する前に使用していた馴染みの物品を持ち込むことも自由であり、入居後も利用者が居心地のよい居室環境で過ごせるように支援している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、リビングなどの共有スペースにソファやテーブルなどを置き、利用者にとって居心地のよい居住環境をつくらうとしている。しかし、今回の家族アンケート調査では「食事、トイレ、入浴以外の時間に、利用者本人は日々をぼーっと過ごしているだけなのであろうと思うと心が痛む」などの意見があったことから、利用者がリビングなどの共有スペースで過ごす時間に、他の利用者と交流できるようにするための工夫を行うことを期待する。 	

A-3 生活支援

A-3-1 利用者の状況に応じた支援

【50】A-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。	a
	b) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 62.3% b) 33.0% c) 2.8% 無回答) 1.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の場合の一つの階に2つのユニットが設置され、それらのユニット間で共用する「一般浴室」と、リフトを備えた「介助浴室」がある。そのため、ユニット間で「入浴スケジュール」を組み、各浴室を運用している。臥位入浴の可能な「特殊浴槽」は本館と新館の各棟に1室ずつあり、棟ごとにスケジュールを調整し、使用している。 ・利用者の身体機能に合わせた浴室(個浴、介助浴)や入浴に必要な福祉用具などは、リハビリテーション職員が利用者それぞれのADLを評価して選定している。 ・入浴は原則として週2回で、入浴を担当する職員が利用者と一対一で入浴介助を行っている。 ・職員が見守りを行うことで自分で入浴できる利用者については、ユニットの職員間で「どの位置で見守るか」などの情報を共有している。同性介助を望む場合も対応可能である。利用者が入浴を拒否する場合には、別の時間帯への入れ替え、別日への変更などで対応している。 ・入浴前には利用者の健康状態を確認している。異常があれば看護師が入浴の可否を判断し、入浴できない場合は清拭を行い、利用者の身体の清潔を保つようになっている。 ・安全な入浴が実施できるように、入浴に必要な福祉用具を点検するとともに、用具の正しい使用方法や移乗・移動の技術を習得するための研修を実施している。 ・なお、評価の着眼点「利用者の心身の状況や意向を踏まえた入浴形態・方法を検討・確認し、入浴支援を行っている」は肯定率74.5%、「安全・快適な入浴のための取り組み」は肯定率66.0%であったが、それに対して「入浴の時間が短い」「臨機応変に対応することができない場合がある」などの自由意見もあり、さらなる取り組みの充実を図ることを期待する。 	

【51】A-3-1-② 排せつの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) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 排せつの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) 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 58.5% b) 34.9% c) 3.8% 無回答) 2.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄支援に関して、当事業所の基本的な考え方は「自力で排泄できる支援」であり、利用者一人ひとりの排泄についてアセスメントを行った上で、適切なおむつの選定や排泄後のケアの手順など決めている。 ・利用者の排便状況を把握するとともに便秘の有無を確認している。約束処方に基づいて緩下剤を使用し、利用者の排便状況の安定を図るようになっている。 ・利用者一人ひとりの排泄アセスメントは、現場の職員を含む介護職員、フロアリーダー、ユニットリーダーが参加する毎月の「排泄ケア委員会」のなかで実施している。 ・利用者の羞恥心への配慮として、使用中はトイレの扉を閉める、同性介助の求めにも対応する努力を行うことなどで図っている。職員数が少ない場合に、複数の利用者から同時に排泄介助の要請があったときには、迅速な対応を行うことが難しい場合もある。 ・なお、今回の利用者聞き取り調査の回答結果では、排泄支援のナースコールの使用について「待たされることはあるが、限られた職員数でやってくれているのだからしかたない。どのぐらい待たされるか言ってくれれば安心できる」との意見が複数からあった。職員自己評価でも「ナースコールに迅速に対応できない」という意見が複数ある。利用者の安心につながるように、職員が排泄介助のナースコールに迅速に対応できるようにするための検討を行うことを期待する。 	

【52】A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 59.4% b) 33.0% c) 3.8% 無回答) 3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の移動支援を行うにあたっては、作業療法士が利用者一人ひとりの移動能力について評価を実施し、その結果に応じて必要な福祉機器または用具を選定している。杖や車椅子など、それぞれの利用者に応じた福祉用具などの使用方法を指導している。 ・介護職員は、利用者とともに福祉機器・用具の適切な使用方法の説明を作業療法士などから受けている。車椅子の使用時には、介助する際の位置を確認し、その利用者に合わせて移乗の介助を行うようにしている。 ・利用者から移動介助のナースコールを受けたときには、職員はその利用者の身体能力に合わせた支援を提供できるようにしている。 ・認知症の利用者がナースコールをしないでベッドから降り、移動しているような場合には、職員は3種類のセンサーマットから選定し、夜間の動き出しを把握するようにしている。 ・なお、センサーマットによって把握した情報は、利用者の行動を先回りして抑制するためには使用するのではなく、利用者が安全に移動できるようにするための支援に活かすことが目的である。センサーマットを使用して得られた情報を分析し、支援に活用するためには、使用する期間とその後の支援方法を職員間で共有しておく必要がある。利用者の安全な移動を図るためのセンサーマットの適切な活用を期待する。 	

A-3-(2) 食生活

【53】A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
	b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 51.9% b) 40.6% c) 1.9% 無回答) 5.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の食事は本館にある厨房で調理し、各ユニットに運んでいる。ユニットではご飯と味噌汁をつくり、本館から運ばれてきた献立を盛り付けて提供している。 ・献立の盛り付けと食器の片づけは職員が行っているが、利用者がその作業に参加したければ一緒にできるようオープンキッチンとなっている。 ・昼食時には、常食者に限るが「A定食」と「B定食」の選択ができるように、2種類のメニューを用意している。選択メニューは数量に限りがあるため、職員は楽しく選択できるように勧め、賑やかな昼食の時間が過ごせるよう利用者を支援している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士は、利用者が口にするものについて厳密な衛生管理を行い、職員に対する衛生管理教育についても研修を開催して実施している。利用者が選べる献立などで楽しく、おいしく食事ができるようにする工夫を行う一方で、事業所で提供する食事以外の「食べ物」を望んだ場合には制限がある。具体的には、家族が届ける食べ物は賞味期限が明示されているものであることを原則としているため、果物や手づくりの菓子などの食べ物を持ち込むことは困難となっている。 ・利用者からの「食べ物」についての要望は多く、関心が高い事柄である。食べることに對する利用者の価値観を重視し、誤嚥の危険性が高い食べ物を回避することにとどまらず、誤嚥・窒息事故が起きたときには迅速に対処できる体制をつくり、利用者に対する食事(食べ物)の支援を行うことを期待する。 	

【54】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。	a
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 59.4% b) 34.0% c) 2.8% 無回答) 3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況に合わせた食事の提供は、栄養状態の維持・向上のための検討を行い、その結果をケアに反映させる「ミールラウンド」で行っている。さらに、安全かつ確実な食事摂取を支援するための「栄養ケア委員会」も、月1回開催している。 ・「ミールラウンド」では、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師、生活相談員、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員などの専門職が、利用者の適切な栄養管理上の問題点についての検討を行って、摂取する食事の内容の向上を図っている。 ・「栄養ケア委員会」では、管理栄養士や介護職員の栄養ケア委員が、利用者が安全で快適な食事摂取ができるようにするための検討を行っている。利用者一人ひとりの食事の摂取状況を観察しながら、食事にかかる時間の変化、摂取水分量の過不足などを把握し、職員間でも適時に相談し合っつきめ細やかな対応を行っている。 ・ほとんどの利用者はリビングで食事することができるが、居室のベッド上で全介助を要する利用者が1～2名いる。また、当事業所全体で胃瘻対応の利用者が8名がいる。胃瘻には看護師が対応するため、この8名には決められたユニットに集まってもらって対応できるよう調整している。 ・なお、食事に伴う誤嚥や窒息の事故には常に注意を払い、食事に伴うリスクに配慮する一方で、当事業所では利用者が最期まで食事を経口摂取できるようにするための栄養ケア計画を策定している。食事に伴う事故発生時の対処(発見と異物の除去)の訓練を行うとともに、安全で快適な食事を支援するための体制を整備することを期待する。 	

【55】A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 54.7% b) 36.8% c) 6.6% 無回答) 1.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原則として毎食後に職員が利用者を誘導して口腔ケアを実施し、口腔内の清潔を図っている。 ・訪問歯科医師と歯科衛生士から職員が指導を受けて、より適切な口腔ケアが実施できるようにしている。 ・訪問歯科医師と歯科衛生士による介入は、個々の利用者の往診契約に基づいて実施しているため、対象とならない利用者については職員が口腔内の状態を毎月評価している。利用者に病的な異常が見られた場合には、速やかに歯科医師の診療につなげられる体制としている。 ・職員は、歯科医師が実施する年2回の研修会のなかで口腔ケアについて学習し、その成果を日々のケアの提供に活かしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師による利用者ごとの診断や指導だけではなく、歯科衛生士による口腔ケアに関する指導を活用し、介護職員や看護師が利用者の口腔ケアに汎用できるように検討することを期待する。 	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

【56】A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
	b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 57.5% b) 36.8% c) 1.9% 無回答) 3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の発生はさまざまな要因によるが、当事業所では褥瘡の処置を受けている利用者は現在10名いる。それらの利用者の褥瘡の処置は看護師が行っている。 ・日々の看護体制については、本館・新館の棟別に3名が配置されている。これらの看護師がユニットごとの褥瘡の処置を分担し、ユニットを巡回してケアを実施している。 ・すでに入院中に褥瘡が発生した状態で当事業所に入居する利用者もいるため、看護師による褥瘡の処置、リハビリテーション職員によるポジショニングの指導、管理栄養士による栄養管理、介護職員によるケアを実施して、褥瘡の悪化予防と改善に向けて取り組んでいる。 ・看護師は、発生している褥瘡の治療経過を写真を添えて記録している。褥瘡の処置の経過については、看護師はユニットの介護職員と情報共有を行っている。 ・介護職員は、褥瘡の予防や悪化防止のための情報を看護師から得て、排泄時や入浴時の体位の保持などに活かしている。 ・褥瘡の発生要因に関するアセスメントや予防については、月1回の「褥瘡予防委員会」のなかで検討を行っている。この委員会には看護師や作業療法士などの専門職は参加していないが、予防対策について職員は作業療法士や理学療法士などのリハビリテーション職員によるシーティング等の指導を受け、利用者に対するケアの提供に活かしている。 ・なお、褥瘡予防の取り組みでは、リハビリテーション職員、看護職員、介護職員などの多職種が一体となって検討することにより、効果的な対策が実施できる。多くの職種が褥瘡予防委員会に参加し、検討に加わることができるようにすることを期待する。 	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

【57】A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し取組を行っている。	/
	b) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制と取組が、十分ではない。	
	c) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 20.8% b) 27.4% c) 42.5% 無回答) 9.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の喀痰吸引および経管栄養は、胃瘻造設者を1つのユニットに集め、看護師が対応しやすい体制で実施している。 ・現在、当事業所の利用者のうち胃瘻造設者は8名である。経管栄養の接続・注入、終了時の始末、口腔ケアと喀痰吸引については、日勤帯に棟を担当している3名の看護師チームで処置を行っている。日勤帯で支援が完了しない場合には夜勤看護師が引き継ぎ、実施した処置や情報は「ケアカルテ」で介護職員と共有している。 ・当事業所では、喀痰吸引・経管栄養の処置はすべて看護師が実施し、介護職員が行うことはない。そのため、これらの処置に関しては、介護職員を対象とする研修等を実施する体制はとっていない。一般のユニットには胃瘻を造設して処置を受ける利用者は入居していないため、喀痰吸引・経管栄養の処置に介護職員は従事していない。 ・胃瘻の接続、栄養注入、痰の吸引などは看護師が担当しているため、介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の体制を当事業所では取っていない。そのため、この項目は「非該当」とした。 	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

【58】A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 45.3% b) 46.2% c) 3.8% 無回答) 4.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体機能の評価、日常生活のなかで行う体操、行動時の機能訓練的な助言など実践の場における支援は、作業療法士2名と理学療法士1名が担当している。 ・各ユニットで毎日実施している集団体操は、ユニットで介護職員が進めているが、各ユニットを巡回している作業療法士が推進役を担っている。作業療法士は体操中に利用者とは対話し、そのやり取りのかなで当日の利用者の状況などを把握し、その情報は職員と共有している。ユニットごとに実施する週1回のカラオケや映画鑑賞会などのレクリエーションにも適時参加し、利用者の活動を促す役割を担っている。 ・作業療法士は、評価と訓練計画の作成を担当し、利用者の行動や言動から本人の変化や心身の維持の状況などを把握し、介護支援専門員と連携してケアプランの内容に反映させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションの専門職員がアセスメントと体操などの訓練に立会い、利用者の情報を共有しているが、今回の職員自己評価では「多職種と連携している」という意見の記述はあるものの、回答結果の肯定率は50%程度である。作業療法士が各ユニットを巡り、利用者の体操や活動にかかわっていることをユニットの職員とどのように共有するかを今後の課題とし、取り組みを進めることを期待する。 	

A-3-(6) 認知症ケア

【59】A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
	b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.8% b) 59.4% c) 1.9% 無回答) 1.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の行動・心理症状(BPSD)のある利用者への対応は、ユニットのカンファレンスで検討し、職員が対応策を実施して変化の状況を確認している。対応策の効果が確認できたら、計画変更に向けた手順を進める。 ・自傷や他害などの行動があり、対応が困難な利用者の場合には、専門医への相談が必要なこともある。 ・環境づくりについては、ユニットごとに「共有スペースの飾りつけ」「行事の企画」「家具の配置」「食席への配慮」などを行い、認知症のある利用者が安心して過ごせる居場所となるようにしている。ユニット内においても、利用者の安全を確保しながら自由に活動できるスペースづくりを進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の利用者のケアにあたっては、それぞれに合ったさまざまな対応が必要となるため、介護職員は研修やカンファレンスで理解を深めるための努力を行っている。 ・職員自己評価では「取り組み内容は十分ではない」という意見があった。認知症に関する知識を深めるための研修も重要であるが、それと併せて日々対応している認知症ケアに関する事例検討の充実を図るための取り組みを行うことも期待する。 	

A-3-(7) 急変時の対応

【60】A-3-(7)-① 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。	a
	b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 56.6% b) 37.7% c) 2.8% 無回答) 2.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は24時間の配置体制としている。現在、看護師16名が新館の医務室で勤務体制を組んでいる。看護師の勤務体制は、本館と新館に3名のチームをつくり、各ユニットを巡回し、胃瘻への対応、利用者の身体状態の観察、医療処置などを行っている。ユニット巡回時には利用者の異常に関する報告に対応するなどして、その実施状況は医務室管理の記録で共有している。 ・緊急時には、介護職員からの報告を受け、看護師が報告の内容を確認して医師の指示を仰ぎ、指示に従って医療機関への救急搬送などの対応を行っている。 ・複数の医療期間と連携を図ってはいるが、治療の目的・目標(ゴール)や当事業所に戻るタイミングなどに関する情報共有は、協力医療機関であっても難しい事例もある。 ・当事業所に対しては、医療機関から医療処置継続のための入居依頼が多くなってきていることから、点滴、在宅酸素療法、気管切開吸引、中心静脈栄養、薬剤の注入などの管理にも対応している。 ・なお、医療処置を必要とする利用者のケアにおいては、利用者の体調変化に関する報告を行う介護職員によって、身体状況の観察スキルにばらつきがあると事業所では課題にしている。この課題の解決に向けた対策については、看護師が介護職員の観察スキルをさらに向上させるための講習を実施・推進することが効果的であると考えている。 	

A-3-(8) 終末期の対応

【61】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。	a
	b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 55.7% b) 34.9% c) 3.8% 無回答) 5.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度は利用者94名を事業所内で看取っている。 ・利用者の終末期の兆候は看護師が捉え、主治医から家族に説明を行っている。家族への説明時には看護師、生活相談員、介護支援専門員が立会う。家族が理解ができないときには、理解しやすいように補足を加えて説明を行うと同時に、看取りケアに関する家族の意向や希望を確認し、共有するための機会にもできるようにしている。 ・嘱託医師は、往診時に看護師から終末期の利用者の状態について報告を受ける。その後、一両日中に「看取り」の時間が予測される場合には、医師との日中・夜間の連絡手順などについて確認を行うようにしている。 ・なお、看取りケアの実施に際しては、介護職員、看護職員、リハビリテーション職員、栄養士、生活相談員、介護支援専門員などの多職種が互いに連携し、嘱託医師の協力を得て進めるようにしているが「介護職員をはじめとする看取りケアにかかわった職員の看取り後の振り返りの取り組みは不十分である」という意見もある。リーダー会議では、今年度の研修会として、12月に「看取りについて」の開催を計画している。デスクカンファレンスのさらなる充実に向けた取り組みを期待する。 	

A-4 家族等との連携

A-4-1 家族等との連携

【62】A-4-1-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b
	b) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 52.8% b) 40.6% c) 2.8% 無回答) 3.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族への報告や家族からの了解を得ることが緊急に必要となる利用者の急変時・受傷時などには、利用者の家族に対する連絡内容を勘案し、事業所から電話で連絡している。 ・緊急時の家族への連絡方法については、入居契約時にあらかじめ家族の意向を確認している。家族が連絡を受け取りやすい方法を確認し、その方法にしたがって連絡を行っている。緊急性についての状況判断にあたっては、夜間や深夜帯などの時間のことも考慮し、連絡するようにしている。 ・緊急の連絡は、利用者の体調不良や緊急対応が必要なことに関する報告であることが多いため、家族の就業状況、勤務先、緊急連絡先などの優先順位を、家族の状況や都合に合わせて入居時に確認し、職員間で情報共有している。 ・居室担当の介護職員は、家族に対して必要物品の準備を依頼するための連絡を行ったり、家族の面会時には利用者の普段の生活の様子などを伝えるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族は利用者の居室で面会することが多いため、ユニットの利用者の家族同士が会う機会はあまりない。また、職員も、面会に訪れた家族と接する時間が少ない。 ・そのなかで、ユニット内で交流するような催しを企画すれば、利用者同士が家族を交えて関係を深める機会にもなる。ユニットだからこそ、家族を交えた意図的な交流の機会をつくる取り組みを行うことを期待する。 	