

2025年度

福祉サービス第三者評価結果  
報告書

社会福祉法人 こうほうえん  
認知症対応型共同生活介護  
グループホーム なるみ

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

## 目次

	ページ
福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン …	1
共通評価基準【45項目】	
Ⅰ. 福祉サービスの基本方針と組織 ……………	5
Ⅱ. 組織の運営管理 ……………	9
Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施 ……………	18
内容評価基準【16項目】 ……………	27

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者【家族アンケート】調査 集計結果

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

### ② 施設・事業所情報

名 称：グループホーム なるみ	種別：認知症対応型共同生活介護
代表者：濱田 静子（管理者）	定員：27名
所在地：鳥取県米子市奥谷1182-1	
電 話：0859-26-0711	ホームページ： <a href="https://www.kohoen.jp/">https://www.kohoen.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：2004年 4月 1日	
経営法人・設置主体：社会福祉法人 こうほうえん	
職員数	常勤職員：23名 非常勤職員：2名
専門職員	介護福祉士：20名
	介護支援専門員：3名
施設・設備の概要	居室（14.6㎡）、 食堂 兼 デイルーム リフト付き普通浴槽3カ所 （※ユニットごとに1カ所）

### ③ 理念・基本方針

#### <法人理念>

わたしたちは 地域に開かれた 地域に愛される 地域に信頼される こうほうえんをめざします。

#### <法人方針>

わたしたちは サービス業のプロとして 正しい情報を伝達し 自分が受けたい保健・医療・福祉サービスの提供・改善に努めます。

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・社会福祉法人こうほうえん「大切にしたい価値観」 互惠互助の考えに基づいたサービス提供
- ・小規模施設のため、利用者・家族また職員もコミュニケーションが取りやすい

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年 11月 8日（契約日）～ 2026年 2月 19日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

#### ⑥ 総 評

##### ◇特に評価の高い点

##### 1. 入浴・排泄・食事ケアの充実を図り、豊かな生活づくりを目指している

当事業所には2種類の浴槽があり、より自立的な入浴を目指している。1週間に2回を原則にしている入浴回数であるが、利用者本人の希望で、週4回から5回入浴している利用者もいる。

排泄ケアについても同様で、端坐位姿勢が保持可能な利用者は、トイレでの排泄を目指している。そして、安易なおむつの使用や紙パンツの使用は行わず、どのような物品を使用することが、個々の利用者にとって合っているのかをアセスメントし、ケアの内容を決定している。

食事も、利用者の咀嚼・嚥下機能に合わせた食形態で提供するようにしている。なお、咀嚼の機能などをアセスメントするために、管理栄養士と歯科衛生士が月1回巡回し、その相談に応じている。食事時の事故については、対処方法としてチーム会や日々のミーティングのなかで検討し、吸引機の使用方法なども学習している。

このように、専門職の助言を得ながら、利用者の豊かな生活づくりを目指している。

##### 2. 隣接する同一法人が運営する大型施設との連携ができている

当事業所は3ユニットを擁する認知症高齢者が暮らすグループホームである。そのため専門職員は介護福祉士20名のみという状況にある。ただし、職員25名のうち、23名が常勤職員という特徴もある。

介護の専門職以外は同一法人が運営している隣接する大型施設の職員の支援を受けている。例えば浴槽壁を跨げなくなった利用者が出てきた場合には、どのように入浴させればよいのかを理学療法士などに相談している。相談を受けた理学療法士は、実際の利用者の機能を確認し、ボードやシャワーチェアなどの用具を選び、その使い方まで指導している。

管理栄養士と歯科衛生士は、定期巡回のほかに、必要時にはいつでも随時相談に乗るとしている。また、訪問看護ステーションからは看護師の訪問があり、2024年度は、退所者9名のうちの8名を事業所内で看取っている。

家族の希望で、点滴が必要になった利用者もいたが、その際には点滴の管理を訪問看護師が行っている。

医師は、在宅生活時からの主治医が引き続きになっている利用者が 2~3 割で、その他の利用者は在宅診療所の医師が主治医となっている。

このように、当事業所では専門職の活用と相互の連携をして、利用者の生活を支えている。

### ◇特に改善を求められる点

#### 1. 事業所における情報公開の取組みは限定的で、情報公開に関する方針の明確化と計画的な取組みの推進を期待する

事業所では、独自の広報誌を法人のホームページに毎月掲載するとともに、地域関係者に配布するなど、一定の情報発信に取り組んでいる。また、エリアで運営する SNS に対しても、求めに応じて写真等を提供している。しかしながら、ホームページでの情報発信は広報誌の掲載にとどまっている。SNS の活用についても、エリアによる活動への協力の範囲内に限定されている。

グループホームにおいては、潜在的な将来の利用者等に対してはもとより、広く地域社会に対して積極的に情報を公開し、事業運営の透明性を高めていくことが重要である。情報公開に関する方針を明確にするとともに、活用する広報ツール、発信する記事内容、担当体制等を定めて、計画的に取り組みを推進していくことを期待する。

なお、法人が管理するホームページはリニューアルされたものの、その一部に閲覧できない箇所が見受けられるなど、整備が十分とは言えない状況にある。早期の確認と改善が望まれる。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービスの基本方針と組織・組織の運営管理などについて、様々な分野において職員への適切な情報発信や周知に向けての取組みが不十分との評価をいただいた。どのようにすれば理解を深めてもらえるのか、とても難しい課題と感じました。また管理者一人で担うものではなく、法人やエリアが主体となって周知することが大切と思います。

当事業所の方針などについては、自分の事業所を知り、誰もが（職員全体が）地域に対し、利用者・家族に向けて発信できるようになることが、自事業所の発展にもなる。まず初めに、重要事項説明書を活用して、内容についての理解を深めていきます。

事業所の情報公開の取組みが限定的であるという評価については、独自の広報誌を毎月発行しているが、これだけでは不十分とのことであった。広く地域社会に対して、事業所運営の透明性を高めるために、情報発信の取組みについては改善の余地があることを実感しました。今後はエリアなどから助言を得ながら、イベント内容も含め、発信する内容を検討していきます。

ケアについては、細部にわたる部分については、チームリーダーをはじめ、計画作成担当者とも相談しながら、改善をしていきます。

なんぶエリアの多職種との連携はとても有難く、今後も助言をもらい利用者の望む姿を実現できる

ように支援していきます。

また、家族に対して利用者の様子や事業所の行事などを常に伝えていくことによってコミュニケーションを深めていきたいと考えています。

### ⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について報告する（p.5～34）。

● 共通評価基準

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) 59.1% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は、理念を「地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される『こほうえん』を目指す」と定め、重要事項説明書やホームページ等に明示している。また、職員に対しては研修等を通じて周知するとともに、小冊子『互恵互助』に掲載し、配布している。</li> <li>当事業所では、理念や基本方針などを玄関に掲示するとともに、朝礼の場で『互恵互助』を毎日1ページずつ読み合わせる取り組みを行っている。加えて、午後の時間帯にはユニット内においても読み合わせを行っている。</li> <li>当事業所では、法人の理念や基本方針をパンフレットに掲載し、利用者・家族などに明示している。</li> <li>今年度は、法人として虐待防止に関する職員の意識の向上を目的に、全職員を対象とした「互恵互助・セルフチェックリスト」を実施している。チェックリストは、毎月初めに法人本部に対してPDFで提出すると、その結果がフィードバックされようになっている。当事業所では、十分に達成できていない項目についてはリーダー会において共有している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人の理念や基本方針を明確にしてホームページなどで周知しているが、当事業所における利用者・家族への周知の取り組みはパンフレットへの掲載にとどまり、必ずしも十分であるとは言えない。</li> <li>職員自己評価では「利用者や家族へのわかりやすい説明」について、肯定的な回答の割合は22.7%であった。法人や事業所が目指していることに関して利用者・家族の理解を促す取り組みを行うことは重要であり、わかりやすく伝えるための工夫も含めて、さらなる取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

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 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 18.2% b) 22.7% c) 9.1% 無回答) 50.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業経営を取り巻く情報の収集および分析は法人の経営企画部が担い、毎月開催される「法人連絡会議」やエリアごとに開催される「エリア内調整会議」の場で各事業所に対する情報提供や指示が行われている。なお、当事業所は「なんぶエリア」に属している。</li> <li>業界の動向については、経営企画部から法人連絡会議などの機会を通じて提供されている。</li> <li>当事業所に関係する制度改正等の情報については、経営企画室長や法人本部から提供されている。これらの情報は管理者が確認し、必要に応じて介護報酬の加算の取得等の取り組みに反映させている。</li> <li>当事業所の毎月の収支状況や稼働率等は、管理者が把握して法人本部へ報告している。また、法人内の各事業所の収支状況等については、総合施設長から情報提供を受けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業経営を取り巻く環境に関する状況の把握は法人本部が担っている。しかし、当事業所においても、組織や職員の体制、設備環境などの内外の状況を定期的に把握・分析することは、安定的な事業所経営において重要である。</li> <li>今回の第三者評価の実施における職員自己評価では、a)の回答は上記の通り18.2%にとどまり、その意見でも「共有されていないのでわからない」「職員に対する周知がされていない」などの旨のものが複数あった。職員間の情報共有も含めて、その取り組みを強化することを期待する。</li> </ul>	

【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 4.5% b) 31.8% c) 13.6% 無回答) 50.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の経営企画部が主導して経営課題を明確にし、必要な情報提供や指示は「法人連絡会議」およびエリアごとに開催される「エリア内調整会議」を経て各事業所に伝達され、課題に応じて本部および各事業所で具体的な取り組みを進めるしくみである。</li> <li>・経営状況や改善すべき課題は、理事会、監事監査、評議員会等において共有に努めている。</li> <li>・当事業所における主要な経営課題は、毎月の収支状況および稼働率の推移である。これらについては管理者および各ユニットリーダーで構成する毎月の「リーダー会」において共有している。特に空床日数の抑制を重視し、退所する利用者が見込まれる状況においては、入所を希望する待機者に声をかけ、面談等を実施するなど、稼働率の維持・向上に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人本部主導で経営課題を明確にして取り組みを具体化させる体制であり、当事業所ではそのしくみと方針のもとでリーダー会が中核となって事業活動を進めている。そのため、一般職員においては経営課題とその取り組みに関する理解が十分ではない面がある。</li> <li>・職員自己評価では、a)の回答は上記の通り4.5%にとどまり、「共有されていないのでわからない」「職員に対する周知がされていない」などの旨の意見が複数あった。着実に取り組みを進めるためにも、事業所を取り巻く状況と課題の解決に向け、職員の理解を促進することは重要である。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

### 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・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定してなく、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) 27.3% b) 22.7% c) 4.5% 無回答) 45.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、第7次中期目標(2025～2027年度)を定め、ビジョン、重点項目、具体的な目標、具体的な活動と数値目標、責任者などを明示している。</li> <li>・当事業所が所属する「なんぶエリア」を含む各エリアにおいて、法人の中期目標を踏まえたエリア中期目標を定めている。</li> <li>・法人の中期目標の見直しは経営企画部が行い、見直しを行った際には、それに合わせて各エリアの中期目標も見直しを行っている。なお「なんぶエリア」においては、総合施設長がその役割を担っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人およびエリアにおいて中期目標を定め、必要に応じた見直しもを行っているにもかかわらず、職員自己評価ではa)の回答は上記の通り22.7%であった。職員の理解を促進する取り組みに課題が見られるため、周知する内容やその方法に関して工夫するなどの取り組みを期待する。</li> </ul>	

【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) 31.8% b) 22.7% c) 4.5% 無回答) 40.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、第7次中期目標に基づき、年度ごとに重点目標を設定している。また、各年度において、各エリアはエリア目標を、各事業所は部門目標をそれぞれ作成し、法人から事業所に至るまで一貫した目標体系を構築している。法人全体として、そのような体系のもとで、目標達成に向けた進捗管理を行うしくみである。</li> <li>・当事業所の事業計画(部門年度目標書式)では「エリアとしての活動」の各項目に沿って事業所としての「年度部門としての活動」を設定するとともに、それに関する「活動指標・目標値」「活動目標(マイルストーン)」などを定めている。これらの取り組みにより、当事業所では実施状況の評価が行える内容となるように努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人、エリアの各取り組みとの整合性を図りながら、事業所において事業計画(部門年度目標書式)を作成するしくみである。</li> <li>・活動指標や目標値を掲げて進捗状況や年間の成果を検証するように努めているが、職員自己評価ではa)の回答は上記の通り31.8%であった。また、特に「実施状況の評価を行える内容になっている」と回答した職員は13.6%であった。職員への周知や理解を促進する取り組みが求められる。</li> </ul>	

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、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 9.1% b) 54.5% c) 4.5% 無回答) 31.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の部門年度目標書式は、管理者がリーダーと相談しながら原案を作成し、総合施設長に諮った上でまとめている。</li> <li>・部門年度目標書式に掲げた「年度部門の活動」欄にある各取り組み事項の進捗状況は、四半期ごとに設定した「活動目標(マイルストーン)」に沿い、管理者がリーダーとともに確認している。</li> <li>・部門年度目標書式の内容については、リーダー会やチーム会において説明を行うとともに、事業所内の事務室にも掲示して、職員への周知に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・部門年度目標書式の策定過程において、職員の意見を集約する機会が明確には位置づけられていない。また、職員への周知の取り組みも十分ではない。計画を着実に具体化させる上で職員の理解を図ることは重要である、さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

【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) 13.6% b) 27.3% c) 22.7% 無回答) 36.4% であった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・部門年度目標書式の内容について、利用者や家族に対する周知は特段には行っていない。</li> <li>・例えば、年度ごとの予定、主な行事、新たな取り組み、充実を図る取り組みなど、利用者の参加意欲の向上を図り、家族が事業所への理解を深めるような情報をよりわかりやすく提供していくことが重要である。その周知方法の工夫を含めて、取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

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) 31.8% b) 45.5% c) 0.0% 無回答) 22.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は、利用者・家族を対象とする「満足度調査」を毎年度実施している。この調査の結果は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム等の事業種別ごとに集計され、各事業所へフィードバックされている。当事業所では、数値結果のみならず、自由記述欄に記載された内容を重視している。寄せられた意見や要望については職員間で共有するとともに、他のグループホームに寄せられた意見についても関心を持って確認するようにしている。</li> <li>ISO内部監査やサーベイランス等の外部評価を定期的を受審している。ISO内部監査では、毎年度の「いろんなこと報告書」に記載された再発防止策について適切に取り組まれているかなどを確認している。</li> <li>当事業所は運営推進会議を2カ月ごとに開催し、そのなかで毎年1回、自己評価の結果に対する評価を受けている。その結果はリーダー会およびチーム会において検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人による満足度調査や、運営推進会議による評価などの機会はあるが、管理者は「PDCAサイクルによる組織的な取り組みとしては十分ではない」としている。</li> <li>今回の第三者評価の受審結果も含め、評価結果を分析・検討する機会を明確にすることが求められる。</li> </ul>	

【9】I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	b
	b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.4% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 27.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人による満足度調査、ISOに基づく内部監査、運営推進会議における自己評価に基づく外部評価などに取り組み、これらの結果については文書化している。</li> <li>結果についてはリーダー会およびチーム会において分析し、改善策の検討を行っている。また、リーダー会およびチーム会の議事録は職員に回覧し、評価結果や改善内容の共有に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各種の調査や評価の結果についてリーダー会などで検討しているものの、分析や課題の抽出などの結果を文書化し、改善計画を定めるまでの取り組みには至っていない。また、その過程における職員参加の機会も明確には位置づけられていない。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

#### II-1-1 管理者の責任が明確にされている。

【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) 22.7% b) 31.8% c) 22.7% 無回答) 22.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、当事業所の開設時に管理者として就任し、その後、他のグループホームにおける勤務経験を経て再び当事業所の管理者に就任してから約10年の経験を有し、当事業所の沿革や現状を把握している。</li> <li>・業務の遂行は、直属の上司である「なんぶエリア」の総合施設長の指示のもとに進めている。法人の職員等級では係長級にあたり、職務権限表に定める「事業計画や部門目標の決定権限」「クレーム処理の決定権限」などは付与されていない。</li> <li>・現在、事業所内に主任職は配置されていないため、管理者は日常業務を3名のユニットリーダーと協議しながら進めている。職務分掌は定めていないが、最終的には管理者として意思決定している。</li> <li>・事業所の方針や取り組みについては、毎年度作成する部門年度目標書式を定める機会を通じてユニットリーダーに伝達している。</li> <li>・管理者としての役割や責任について明文化はしていないが、管理者不在時の対応についてはユニットリーダーが代行する体制としている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニットリーダーと日常的に協議しながら業務を遂行している体制であるが、総合施設長と管理者の役割や責任の範囲、あるいは事業所内における職務分掌に関して、職員に対する明確な提示はしていない。</li> <li>・自らの役割と責任を明らかにするとともに、職員間で共有する取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

【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) 22.7% b) 27.3% c) 9.1% 無回答) 40.9% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所において対外的に業者と契約する機会はなく、契約業務は「なんぶエリア」あるいは法人本部が担っている。</li> <li>・グループホームの管理者として遵守すべき法令の範囲や内容については、法人やエリアが主催する会議や研修会を通じて理解を深められるように努めている。</li> <li>・管理者が参加した研修内容については、受講のつど朝礼等の機会を活用して職員に伝達している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今日、介護の現場には法令遵守の徹底が求められている。そのため、管理者として自らが最新の情報を正しく理解するとともに、職員に対しても遵守すべき法令等を周知し、その徹底を促すリーダーシップを発揮する必要がある。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-1-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

[12]Ⅱ-1-1-(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) 31.8% b) 50.0% c) 4.5% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、リーダー会への参加、ケアプランの作成、カンファレンスへの参加、委員会報告の確認等を通じて、事業所におけるサービスの現状の把握に努めている。介護の質については、職員の取り組みや努力を評価しつつも、利用者とのコミュニケーションのあり方や接し方において課題があると認識している。</li> <li>・管理者は、コロナ禍を経験するなかで、いかなる状況においても現場を指揮する者が必要であることを強く認識し、現在は基本的に現場には入らないようにしているが、日常的にリーダー会やチーム会などの機会を通じて職員の意見を聞き、課題や改善策などを協議している。</li> <li>・職員の学びの機会の一環として、法人研究発表会や日本認知症グループホーム全国大会等における研究発表に積極的に取り組むよう、職員に対する働きかけを行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、介護現場の経験が豊富で、事業所内の諸会議への参加などを通じてサービスの質の向上に努めている。しかし、この評価細目に関する職員自己評価では、a)と回答した職員は上記の通りに31.8%にとどまっている</li> <li>・サービスの質の現状を評価・分析するとともに、その向上のための具体的な指導力を発揮することを期待する。</li> </ul>	

[13]Ⅱ-1-1-(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) 18.2% b) 54.5% c) 4.5% 無回答) 22.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、業務の実効性の向上を図るために、有給休暇や残業の管理を含む人事、労務、財務に関する事項については、そのつど総合施設長に現状を相談しながら対応している。</li> <li>・記録ソフトを導入し、タブレット端末からの入力を行うようになったことで職員の残業時間は減少傾向にあり、業務の効率化が進んでいると認識している。一方で入力した内容が不十分であったり、操作に不慣れた職員がいるなどの課題も見られるが、音声入力ができ、印刷物の省力化も可能であることから、引き続き職員に働きかけ、進めていく考えである。</li> <li>・生産性向上委員会を設置したことで業務改善について検討する機会が生まれ、職員の意識の啓発に生かしている。併せて、電気使用量の削減や用紙使用の節約等に向けた具体的な取り組みについても注意喚起を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、総合施設長の指示を受けながら経営改善や業務の効率化に努めているが、組織内において同様の意識形成については十分ではないとしている。</li> <li>・職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員は上記の通りに18.2%であった。職員の理解や職員との共有を促進しながら、経営改善に向けて指導力を発揮することが求められる。</li> </ul>	

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、それにもとづいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 13.6% b) 45.5% c) 22.7% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人員体制に関する方針の決定や計画は法人本部が担っている。正規職員の採用は法人本部が一元的に行い、パート職員については総合施設長が採否を決定できる体制である。このため、人材確保に関して当事業所が関与する範囲は限定的である。</li> <li>・法人における具体的な採用活動には、ホームページによる情報発信、民間就職サイトの活用、職員紹介制度、就職イベントへの参加などがある。また、法人全体として、外国人労働者の採用にも積極的に取り組んでいる。</li> <li>・一方、介護福祉士の実習生は減少傾向にあり、養成校の閉鎖も進んでいることから、介護人材の担い手自体が減少し、介護福祉士実務者研修への参加者数も減少している。そのため、当事業所においては、年度途中で退職者が生じた場合の人員補充は難しいが、年度の切り替え時に退職が見込まれる場合には、管理者が必要な要件や条件を総合施設長に伝え、法人本部と協議の上で対応している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、人材確保を事業経営上の最も重要な課題として位置づけている。人材確保に関する事業所の役割は限定的であるが、総合施設長に相談しながら掃除、物品整理、買い物などの軽作業を担える職員を増やし、介護職員による利用者へのかかわりを充実させたい意向である。</li> <li>・法人本部による人材確保の計画と取り組みを踏まえながら、事業所内における職員体制の安定化に向けた取り組みの強化が望まれる。</li> </ul>	

【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) 22.7% b) 50.0% c) 13.6% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・期待する職員像は小冊子『互恵互助』に明示し、採用、配置、異動等の人事に関する基準は法人が定めている。</li> <li>・法人は階層別・職種別・テーマ別の職員育成のしくみを整備し、人事考課制度を通じて職務遂行に関する成果や貢献度を評価している。これらの評価結果は賞与、昇給、昇格等に反映されるしくみである。</li> <li>・職員の職務遂行能力ならびに職務に関する成果や貢献度については、週30時間以上勤務する非正規職員を含めて、人事考課制度の対象として評価している。一方、人事考課の対象とならない非常勤職員に対しては、毎年12月頃に次年度の就労意向の確認等を目的とした面接を実施している。</li> <li>・職員自身のキャリアビジョンについては、人事考課制度のなかで明確化を図るしくみである。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤職員が25名中23名を占める職員体制にあって、職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員は上記の通りに22.7%であった。</li> <li>・法人がしくみを整備しているものの、人事管理に関する事項については職員の理解を促進することも含めて、さらなる取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

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) 9.1% b) 72.7% c) 4.5% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、第7次中期目標において「ワークライフバランスを確保し、安心して長く働ける職場環境(文化)づくり」などを重点目標に掲げ、職員の健康管理を重要な経営課題として位置づけている。このことに基づき「職場環境委員会」を設置し、メンタルヘルス対策、相談窓口の整備、労務予防研修等に組織的に取り組んでいる。</li> <li>・また、法人では、2024年5月から人事制度を改正し、他の地域の事業所に異動しない制度や短時間労働制度を導入し、職員が勤務形態を選択できるしつくりを整備している。</li> <li>・当事業所における職員の労務管理は、総合施設長を中心とした責任体制のもとで実施している。勤怠管理は法人によって電子化され、残業は事前申告制である。職員配置上、職員が不在となる時間帯への対応として計画的な残業が生じるが、介護記録の電子化の影響もあって、残業時間は減少しつつある。</li> <li>・年5日の有給休暇は法令に基づき取得させているが、それ以上は個人差が見られ、休暇の多くは病気等やむを得ない事情による取得が中心である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として働きやすい職場環境づくりに努めているが、職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員は上記の通りに9.1%であり、また「休暇の取得が困難」という旨の意見が複数あった。</li> <li>・法人の取り組みの丁寧な周知とともに、職員の意向を踏まえながら、事業所として職員のさらなる「働きやすさ」を目指した取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

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) 27.3% b) 50.0% c) 4.5% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は「期待する職員像」を小冊子『互恵互助』に明示するとともに、人事考課制度において職員一人ひとりの目標管理のしつくりを整備している。人事考課制度では、年度当初にキャリアビジョン(めざしたい職業人としての自己イメージ)を明確にした上で「目標管理シート」を使用し、年度中に取り組む「業務上の重点目標」「キャリアアップ・スキルアップのための目標」を設定している。これらの目標については、中間時点(10月)および期末(3月)に、進捗状況の振り返りと達成度の評価を実施している。</li> <li>・個人目標の設定にあたっては、上席職員との面接を通じて、年度ごとの法人目標、エリア目標、部門(事業所)目標を踏まえて決定し、組織としての目標と職員個々の目標を連動させるしつくりとなっている。</li> <li>・非常勤職員についても、週30時間以上勤務する職員は、常勤職員と同様のプロセスにより目標管理を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として目標管理のしつくりを整備しているが、管理者は、法人や事業所の目標と職員一人ひとりの目標との整合性を確保することにやや苦慮している。</li> <li>・職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員は上記の通り27.3%であった。また、面接において「アドバイスがある」という意見がある一方で「任せきり」という意見もあった。</li> <li>・よりよい目標管理の実施に向けて、各職員に対してより丁寧な対応を行うことが求められている。</li> </ul>	

【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) 36.4% b) 36.4% c) 4.5% 無回答) 22.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人主催の研修では、4月採用の新規採用者研修やそのフォローアップ研修、中途採用者研修およびそのフォローアップ研修、特定技能外国人材を対象とする研修、またキャリア研修として中堅研修や指導者研修等を実施している。さらに、eラーニングも活用している。</li> <li>・法人主催研修に加え、なんぶエリアにおいて、月例研修年間研修計画、基礎研修年間計画(新人職員必須)を策定し、さらに当事業所では内部研修計画を定めている。</li> <li>・事業所の内部研修計画は、管理者がリーダーと協議して定め、必須研修や事業所の課題を盛り込んでいる。内部研修計画の策定にあたっては、リーダーとともに前年度の取り組みを振り返っている。内部研修では職員が講師を担うことも多く、職員育成の機会にもなっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人、エリア、事業所において研修計画を定め、計画的に実施している。</li> <li>・職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員は上記の通りに36.4%で、より具体的には、特に研修計画、研修内容やカリキュラムに対する評価と見直しに関して、肯定的な回答の割合は20%に満たなかった。その要因の分析を含めて、さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

【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) 36.4% b) 45.5% c) 4.5% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人主催の研修が体系的に整備され、当事業所では対象となる職員を計画的に参加させている。なんぶエリア(なんぶ幸朋苑)の研修および事業所内の内部研修においても、可能な限り全職員の参加を促し、参加できない職員については、資料の閲覧や同一内容の研修を複数回実施するなどの工夫に努めている。</li> <li>・法人はエルダー制度の導入によって新人職員に対する個別指導体制を整備し、法人主催のエルダー研修も実施している。当事業所では新人職員を対象にユニット内の先輩職員をエルダーに任命し、エルダーチェックリストを活用しながら新人教育を行っている。</li> <li>・外部研修に関する情報は事務所に掲示して職員に周知している。テーマによっては個別に参加を促した例(感染症対策)もある。</li> <li>・職員からの自主的な研修参加の希望に対しては、研修内容や本人の希望により対応している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人、エリア、事業所内において計画的な人材育成の体制が整備され、当事業所においてもサービスの質の向上を重要な課題として位置づけている。</li> <li>・職員自己評価では、この細目に関してa)と回答した職員の割合は上記の通りに36.4%であった。より具体的には、特に外部研修に関する情報提供に関する肯定的な回答の割合は22.7%であり、適切なOJTの実施に関しては同様に31.8%であった。その要因分析を含めて、職員一人ひとりの研修機会を確保し、適切に研修実施できるよう、さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

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) 40.9% b) 27.3% c) 4.5% 無回答) 27.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生の受け入れについては、法人としてISOのしくみに基づく「施設実習受入実施手順」を定め、そのなかで「オリエンテーション実施手順」等を明文化している。</li> <li>・当事業所における実習生の受け入れ実績については、昨年度はあったが、本年度は法人が実施する介護福祉士実務者研修に係わる実習のみで、養成校からの実習生の受け入れはない。</li> <li>・実習生を受け入れる際には、養成校と事前に進め方や実習内容について協議を行っている。また、実習期間中には担当教員の来所を受け入れるとともに、必要に応じて情報共有を行い、円滑な実習運営に努めている。</li> <li>・介護福祉士実習指導者養成講習会を修了した職員は、当事業所内に2名在籍している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護福祉士を目指す学生数の減少などもあり、実習生の受け入れは厳しい状況になってきている。しかし、実習生の受け入れは、将来の介護職員の育成や法人および事業所における人材確保の観点からも重要である。</li> <li>・法人とともに、実習生の受け入れに向けた主体的な取り組みの強化が望まれる。</li> </ul>	

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) 31.8% b) 36.4% c) 4.5% 無回答) 27.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度、法人はホームページをリニューアルした。ホームページでは各事業所の紹介、地域貢献活動、採用情報、事業報告、財務諸表等を公表している。また、当事業所は広報誌『なるみ通信』を毎月ホームページ上に掲載している。</li> <li>・事業所は、法人の広報誌『お互いさま』（季刊）を利用者の家族や市内の公民館に配布し、また独自に『なるみ通信』を毎月作成し、自治会、公民館、保育所、薬局、地域の商店等に配布している。</li> <li>・SNSは「なんぶエリア」で運用している。当事業所では求めに応じ、SNSに掲載する行事の写真等を提供している。</li> <li>・「ふれあいの橋の会」は法人における長年の取り組みであり、地域に開かれた法人運営を目的に、エリアごとに数名の地域住民に委嘱してエリア内の事業所の見学や利用者との意見交換を行っている。なんぶエリアでは、地域住民、民生委員、第三者委員に委嘱し、当事業所においても年1回以上の受け入れを行い、事業所見学や利用者の話を聞いてもらう機会などを設けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の活動に関する情報発信として広報誌を地域に配布しているものの、法人のホームページによる情報発信は広報誌の掲載にとどまり、SNSの活用もエリアの活動に協力する範囲の取り組みである。事業所の透明性の確保に向けて、情報公開に関する方針を明確にするとともに、活用するツール、記事の内容、担当体制などを定めるなど、計画的に取り組むことが期待される。</li> <li>・なお、法人が管理するホームページは、リニューアルはされたものの、一部に閲覧できない箇所が見受けられるなど、整備が十分ではない。早期の確認と改善を期待する。</li> </ul>	

【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) 31.8% b) 27.3% c) 4.5% 無回答) 36.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対外的な業者との取引をはじめとする各種業務に関するルールや手続きについては、法人が定める「購買管理規程」や「職務権限表」などISOに基づく諸規程により運用している。</li> <li>・当事業所における物品購入および収入に関する事務は「なんぶエリア」の事務担当者が担い、利用者に対する請求に関する業務は管理者が担当している。</li> <li>・法人の内部監査については、資格認定を受けた職員による内部監査員体制を年度ごとに編成し、計画的にエリア単位で年2回、監査を実施している。監査実施後は、監査結果を踏まえて改善計画を策定し、フォローアップ監査を行うとともに、各事業所においては改善計画に基づく取り組みを進めるしくみとなっている。</li> <li>・法人は弁護士および社会保険労務士と顧問契約を締結し、必要に応じて専門的な助言および指導を受けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として適正な経営のための取り組み体制を整えているため、当事業所の関与は限定的である。しかし、管理者は「職員への周知が十分ではない」とし、そのことは職員自己評価の結果からもうかがえる。職員に対する適切な周知が求められる。</li> </ul>	

## 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) 27.3% b) 68.2% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域とのかかわり方に関する基本的な考えについては、小冊子『互恵互助』に明示している。</li> <li>・事業所として地域の自治会に加入し、その会合や取り組みなどに参加している。公民館で開催される模擬店などの地域行事には、参加対象が移動可能な利用者に限られるものの、各ユニットの判断で参加している。</li> <li>・利用者の個別外出については、家族が同行し、買い物、理美容、食事等に出かける機会がある。過去には、墓参りを行うにあたって家族による対応が困難であったため、職員が同行したという例もある。</li> <li>・当法人が運営する近隣の保育所の園児を招き、芋の苗植え、芋掘り体験等の交流活動を実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が活用できる地域の社会資源(買い物、サービス、催し)などの情報の整理や、その提供には特には取り組んでいない。</li> <li>・事業所開設以来の地域とのかかわりが継続し、近隣の保育所との交流もあるが、コロナ禍で活動をやや自粛していた側面もあったことから、今後の活動の強化を期待する。</li> </ul>	

[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) 36.4% b) 36.4% c) 9.1% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアの受け入れについては窓口を「なんぶエリア」に一本化し、ボランティア受入担当者を置いて対応している。マニュアルを整備し、受け入れ時のオリエンテーションの内容を明文化している。</li> <li>・当事業所においては、利用者と話をするボランティア、月1回フラワーアレンジメントを行うボランティアなどの来所があり、これらの活動については今後も継続していく意向である。</li> <li>・毎年度、鳥取県社会福祉協議会が実施するボランティア体験事業に協力し、主に高校生のボランティアを受け入れている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学校教育への協力に関する基本的な考え方は整理していない。</li> <li>・コロナ禍への対応が落ち着き、他の事業所ではかつて活動してくれていたボランティアが活動を再開してきているという情報に接していることから、当事業所においてもボランティアの活動者を増やしていきたい意向を持っている。事業所としてのさらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

II-4-1(2) 関係機関との連携が確保されている。

[25] II-4-1(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) 22.7% b) 27.3% c) 22.7% 無回答) 27.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係する社会資源としては医療機関、薬局、美容室、自治会、介護支援事業所、地域包括支援センター、市役所、公民館等があり、これらとの関係は職員間で共有に努めている。</li> <li>・運営推進会議を2カ月ごとに開催し、活動状況や入退所の状況の報告、事故報告、行事報告などを行うとともに、会議は地域の情報を入手する機会にもなっている。会議には家族の代表や市役所の職員の参加もあり、行政とは課題や困りごとが生じた際に相談できる関係づくりにつながっている。</li> <li>・毎月、協力医療機関との医療連携会議を実施し、年1回以上は病院主催の勉強会にも参加している。医療連携会議では、入居する利用者の状況を共有し、入院が必要となった場合の受け入れ体制や対応に関する助言を受けている。連携先としては、なんぶ幸朋苑(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、特定サービス事業所等があり、医療機関からはソーシャルワーカーが参加している。</li> <li>・参加しているネットワーク会議として、小規模多機能型居宅介護およびグループホームを対象とした市主催の連絡会がある。当事業所は年1回参加している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣に同じ法人が経営する入居系の特別養護老人ホームや老人保健施設、在宅系の訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどがあり、必要に応じて相互の支援体制を整備できる環境にある。また、医療機関との連携にも取り組んでいる。</li> <li>・しかし、関係のある社会資源について、事業所として体系化した資料やリストは作成していない。また、職員間の情報共有が十分とは言えないことも、職員自己評価で「わからない」「よく理解できていない」という意見が複数あることからもうかがえる。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

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) 22.7% b) 36.4% c) 13.6% 無回答) 27.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は地域の自治会に加入している。自治会の会議への参加は、同時に地域に関する情報を収集する機会ともしている。</li> <li>・運営推進会議には、地域住民、地域包括支援センター職員、行政関係者が参加している。当事業所としては、地域の実情や課題などさまざまな情報を把握する場となっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の会合や運営推進会議などの機会を通じて入手できる情報はあるものの、当事業所の取り組みは受動的な範囲にとどまり、地域の福祉ニーズを主体的かつ積極的に把握する活動にまでは至っていない。</li> <li>・今後のさらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a)把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	b
	b)把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・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もとづく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 31.8% b) 36.4% c) 13.6% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、地域の自治会が主催する盆踊りや年1回の一斉清掃に参加している。また、子ども会と協力し、地域内のごみ拾い活動にも取り組んでいる。</li> <li>・なんぶ幸朋苑が近隣地域のごみ拾い活動(クリーン活動)を実施し、当事業所もその活動に参加している。なお、この取り組みは、地域の自治会が当事業所内の草取りを行ってくれたことから始まったものである。</li> <li>・年2回実施している防災訓練のうち1回には自治会の関係者が参加し、また自治会が主催する防災訓練にも当事業所から参加して、地域との協力体制の構築に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は地域貢献活動を重要な取り組みとして位置づけ、エリアや事業所に対してさまざまな地域貢献に取り組むことを求めている。</li> <li>・しかし、職員自己評価では、a)と回答した職員の割合は上記の通りに31.8%である。また、事業所の事業計画などでも、公益的な活動について特段の位置づけは示されていない。職員の理解に基づく積極的な地域貢献活動の実施が求められる。</li> </ul>	

### 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。	a
	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) 59.1% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、法人が作成した行動指針となる小冊子『互恵互助』を携行している。この冊子の内容は、法人の理念・基本方針、法人の目標、大切にしたい価値観で構成されている。大切にしたい価値観として8項目が明示され、福祉サービスに従事する職員の姿勢や行動について示すとともに「個の尊厳」を取り上げている。当事業所では、毎日のミーティング時に『互恵互助』を唱和している。</li> <li>・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、法人主催の研修、なんぶエリア主催の研修などがあり、法令遵守、虐待防止・身体拘束に関する研修などを取り上げている。また、新人研修や中途採用者研修時にも取り上げるとともに、ネットワーク上の回覧を可能としている。当事業所でも、年1回、身体拘束と接遇に関する内容を内部研修で取り上げている。</li> <li>・法人がISO文書に基づき作成している福祉サービスの標準的な実施に関する「介護基準」には、介護を提供する際の心がけ、支援する内容、支援実施時の留意点などが記載されている。この「介護基準」は、クラウド版グループウェア「サイボウズOffice」内でいつでも見ることができるよう環境を整えている。また、各ユニットにも「介護基準」を設置している。</li> <li>・年間事業計画による活動項目として、今年度から「互恵互助・セルフチェックシート」の活用を開始し、各職員が『互恵互助』の価値観を毎月振り返り、集計して前月と比較し、職員の気づきを促進することに取り組んでいる。また、エリア研修として、身体拘束・虐待防止委員会を年3回開催している。</li> <li>・法人が定める「虐待の眼チェックリスト表」を活用して自己評価を実施し、結果を集計して「リーダー会議」「チーム会議」の話題としている。</li> </ul> <p>なお、職員自己評価では、この項目の肯定率は59.1%である。多様な取り組みが職員の理解や現場におけるサービス提供に活用されているのかなどについて分析を行い、確実性を期し、さらなる取り組みを行うことを期待する。</p>	

[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。	a
	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) 63.6% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、入職時に「個人情報保護基本方針」について説明を受け、またエリア・法人研修に参加している。さらに「職員職務規定」において、離職後も守秘義務が課される旨の誓約書を交わしている。</li> <li>・利用者に対しては、利用開始時の「重要事項説明書」を用いた説明のなかで、個人情報保護基本方針に基づく「個人情報の利用目的について」を伝え、その内容を理解してもらった上で同意を得ている。</li> <li>・全室個室である。排泄と入浴手順書には、プライバシーに関する配慮についての記載がある。また、同性介護を基本とし、大きな声で案内をしないなどの配慮を行っている。</li> </ul> <p>なお、職員自己評価では、肯定率は63.6%である。「プライバシーに配慮した内容がマニュアルに記載されているのか、整備されているのか不明である」という意見があった。さらなる取り組みを期待する。</p>	

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

【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) 45.5% b) 54.5% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用希望者に向けて当事業所の情報を伝える媒体として法人のホームページがあり、ホームページでは法人が運営・提供する介護サービスを紹介し、重要事項説明書も掲載している。また、具体的な内容の発信として、毎月発行している『なるみ通信』もある。この通信では、主として利用者が参加する事業所内外のイベントなどが紹介されている。また、当事業所は地域の自治会にも加入しているため、そこでも『なるみ通信』を配布している。</li> <li>・パンフレット『グループホームなるみ』には、入所を希望する利用対象者の状態像やグループホームにおける生活の概要、利用料金の概要などを記載し、主に見学者を対象に活用してもらっているようにしている。</li> <li>・空室の見通しが出た場合は、行政に連絡して待機者のなかから入居者の推薦を受ける。ほとんどの見学者は入居を前提としているが、入居前には必ず見学を勧め、家族だけでなく利用者本人にも来所を依頼し、事業所としては見学を情報収集の機会としている。見学時には管理者が重要事項説明書やパンフレットを用いて説明し、事業所内の見学にも対応している。</li> <li>・当事業所への利用希望者からの問い合わせは、法人内外の老人保健施設、病院、他のグループホーム、居宅介護支援事業所などからである。なお、他の法人の居宅介護支援事業所からの問い合わせも多い。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の待機者の把握は行政が窓口となっているが、入居希望者は多い。現状はほぼ100%の入居率である。ただし、そのような現状が影響しているためか、関係機関に対する情報提供の取り組みをはじめ、利用希望者に対する情報提供について、事業所としての積極的な取り組み内容は乏しい。</li> <li>・利用希望者がサービスを選択するにあたっての事業所からの情報提供や情報公開の意味とその必要性についてさらなる検討を行い、それらに取り組むことを期待する。</li> </ul>	

【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もとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	b
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 54.5% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居が決定した場合は、改めて「重要事項説明書」の内容のうち、提供するサービスと料金、支払い方法、医療連携施設、緊急時の対応、事故発生時の対応、虐待の防止・身体拘束廃止の取り組み、非常時・災害発生時の対策、利用者等の個人情報保護と情報の開示、苦情の受付体制などについて確認した上で、利用者・家族に対して契約書への署名をしてもらっている。</li> <li>・事前の情報と見学時の情報から管理者が「入居時支援計画」を作成している。さらに「入居カンファレンス」を実施し、職員間で情報共有している。この入居時に作成した支援計画については、入居の当日に利用者や家族・キーパーソンに対して内容の説明を行い、承諾を得るようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居に至る相談対応や入居決定までの手順は、職員自己評価では肯定率は54.5%である。</li> <li>・現状も管理者の役割として対応はしているが、職員への周知および取り組みについての確認を行うなど、さらなる支援の充実を図ることを期待する。</li> </ul>	

【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) 27.3% b) 54.5% c) 0.0% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他の事業所に移る、あるいは医療機関へ移行する必要がある場合には、利用者に不利益が生じないように配慮することを、法人ISO「退去時対応手順」に定めている。また、当事業所としての引き継ぎ文書には「介護看護連絡表」や「診療情報提供書」がある。</li> <li>・退所後の家族などからの相談窓口は管理者であることを口頭で伝えている。また、退居後や転居などに際しては、移行後に受けられるサービス内容、必要事項のほか、相談窓口などについて家族に説明している。</li> <li>・当事業所の前年度の利用終了者数は8名であった。その内訳は、事業所内の死亡・看取りケアが7名、入院後の死亡1名であり、事業所の変更の例はなかった。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が他の事業所へ移行することは少ない状況のなかで、職員の自己評価の肯定率は27.3%と低率である。管理者が責任を持って対応している現状ではあるが、職員間の共有や理解の必要性について検討することを期待する。</li> </ul>	

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) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 31.8% b) 36.4% c) 27.3% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人本部では運営する全事業所の利用者を対象とする「利用者満足度アンケート調査」を年1回実施している。その結果は、事業ごと単独に本部から送付されてくる。この結果を、当事業所ではリーダー会とユニット会議で共有している。</li> <li>・利用者の意向・要望は、介護計画作成時のカンファレンスや面会時に把握するようにしている。また、利用者の担当職員が利用者の様子などを毎月の「お便り」で家族に伝え、その際も意見を聞く機会としている。</li> <li>・「なんぶエリア」として取り組んでいる市民主体の「ふれあいの橋の会」のメンバーが年1回当事業所を訪問し、事業所内の視察やテイルームで雑談をしながら利用者の意見を聞く機会としている。終了時には感想を聞き、職員には内容を報告し、共有している。</li> <li>・今回の第三者評価における家族アンケート調査は59.3%の回収率であった。このアンケート調査の結果を見ると、事業所に対する家族の総合的な満足度は「大変満足」31.3%、「満足」56.3%と、満足度は高い。「どちらともいえない」12.5%であった。自由意見・要望についても、肯定的な感想などが寄せられている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「利用者満足に関する調査が定期的実施されている」という着眼点について、肯定率は45.5%である。法人主体で実施する「利用者満足度アンケート」の位置づけについて確認し、結果の活用と明確化を図ることを期待する。</li> <li>・また「ふれあいの橋の会」の活用についても、有効な活用などについて検討することを期待する。</li> </ul>	

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) 31.8% b) 50.0% c) 9.1% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決の体制は「重要事項説明書」に記載している。当事業所の苦情受付窓口、法人の利用者相談・苦情担当者、行政機関のほかに、地域住民の立場から、第三者委員(地域住民4名、法人常勤監事1名)を明示して事業所内では玄関に掲示している。また「ご意見箱」も設置している。</li> <li>・苦情解決の体制および法人としての考え方・方針を「利用者の皆様へ お約束とお願い」として示し、利用者を尊重して個々に応じた適切なケアを提供することを約束する一方で、この「お約束とお願い」では「職員は財産であり、サービス提供においてはすべての職員が誠心誠意対応するが、それを越えた要求については対応しかねることがある」と記載している。</li> <li>・苦情や意見への対応は「苦情対応マニュアル」に則って行っている。苦情や意見が寄せられたら、全職員で共有し、またチームで検討している。法人内の他事業所の苦情などもリーダー会で報告し、水平展開を意識している。</li> <li>・苦情の内容は「なんぶエリア調整会」に報告した上で、法人リスク委員会・マネジメント委員会に報告している。なお、エリアとして苦情解決第三者委員会を年2回開催している。</li> <li>・これまでは「玄関の呼び鈴を押したが鳴らなかった」という意見が寄せられ、即座に対応した例がある。このときは電池切れが原因であったため、その後は定期的に職員がプザーを押し、確認することにした。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の第三者評価における「利用者(家族)アンケート調査」では、問11「行政など外部の苦情窓口や第三者委員にも相談できることを伝えられているか」との設問項目への「はい」の肯定的回答率は31.3%で、それと並んで「どちらともいえない」も31.3%であった。さらなる周知を図るための検討を期待する。また、職員自己評価では、判断基準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」を選択した回答が50.0%であった。</li> <li>・今日、事業所の運営主体である社会福祉法人に対しては、苦情を申し出た利用者等にその後の対応の経過や改善結果を説明すること、および申し出た利用者等に不利益にならないように配慮した上で苦情の内容を公表することが求められている。今後は、そのための体制づくりに向けた事業所としての検討にも期待する。</li> <li>・この評価項目について、ガイドラインでは苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしているため、そのように判断した。</li> </ul>	

【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) 22.7% b) 54.5% c) 9.1% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・家族等からの相談や意見などについては、6カ月ごとに取り組む個別支援計画のモニタリング時に把握することがある。また、当事業所は個室であり、相談しやすい環境である。</li> <li>・「重要事項説明書」には、苦情受付箱(ご意見箱)を正面玄関に設置して「ご意見・ご要望・お褒め・お叱りなど、何でもご自由にご投函・ご活用ください」と記載していることなどが説明されている。</li> <li>・今回の第三者評価における「利用者(家族)アンケート調査」では、問10「あなたが不満に思ったことや要望を伝えたと、職員はきちんと対応してくれていると思いますか」の設問項目に対する「はい」の回答は62.5%、「どちらともいえない」は18.8%であった。「どちらともいえない」の回答者からは「他のどこに連絡すれば不満や要望に対応してもらえるのかを知っておきたい」というコメントが寄せられている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の結果では、着眼点項目「相談や意見を述べやすくするための説明文書の配布やわかりやすい場所への掲示等の取組」「相談や意見を述べる際に複数の方法があり、相手を選べることをわかりやすく説明する配慮」について肯定率が低い。</li> <li>・今回の第三者評価の職員自己評価や家族アンケートの結果も参考にしながら、現状の取り組みの評価と改善への取り組みを進めることを期待する。</li> </ul>	

【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) 31.8% b) 45.5% c) 4.5% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等からの相談や意見は「個別計画作成時」「モニタリング時」や日頃の「選択肢のできる声かけ」などによって把握し、全職員で共有した上で「チーム会」で検討するようにしている。</li> <li>・「重要事項説明書」には「苦情解決は申し出を受けて1日以内にその対応に着手することを原則とする」と記載されている。また、相談や意見を受けた際の報告や対応については、法人作成のISOに準じた「是正・予防処置規定」のなかで明示し、取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の結果では「相談や意見を受けた際の記録や報告の手順、対応策を定めたマニュアルの整備」「意見等に基づく福祉サービスの質の向上の取組」「把握した相談・意見への迅速な対応」「対応マニュアル等の見直し」など組織的な対応に関して肯定率が低い。</li> <li>・相談や意見に気づき、個人レベルでの対応から組織として迅速に対応する必要性、その内容などについて、再検討することを期待する。</li> </ul>	

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。	a
	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) 59.1% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として、ISOに準じた「こうほうえん安全管理マニュアル」「防災安全対応マニュアル」を作成している。</li> <li>・法人として、エリアごとに事業所の管理者が参加する「リスクマネジメント委員会」を立ち上げ、月1回、この委員会を開催している。委員会では、各事業所で発生した事故等の情報やその傾向について報告され、それをリーダー会や連絡ノートで発信して情報共有している。</li> <li>・初級リスクマネジメント研修の修了者を配置し、安全対策委員会、リスク委員会を事業所内でも毎月開催している。</li> <li>・事業所内で危険予知研修を行い、その教材として「ユニット」の写真を活用している。管理者は「この研修は、介護の新人職員が多かったときに有効であった」と感じている。</li> </ul>	

【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。	a
	b)感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c)感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 59.1% b) 40.9% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症の予防対策については、法人として作成しているISOに準じた「感染症対応マニュアル」で、職員の責任・役割の範囲を明確にしている。このマニュアルは事務所に置き、職員が活用できるようにしている。</li> </ul>	

【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。	a
	b)地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c)地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 54.5% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ISO文書に準じて「こうほうえん安全管理マニュアル」「防災安全対応マニュアル」が整備されている。</li> <li>・当事業所の場合は立地から5メートルの浸水が予測され、その際の避難先は隣接する同一法人が運営する大型施設としている。避難訓練も実施されている。大型施設に避難し、その建物内で5メートルの浸水から利用者・職員が身を守る「垂直訓練」を実施している。</li> <li>・避難訓練は、屋間に行く。これは夜間の避難は危険を伴うことや、早めの避難を重視するという理由による。</li> <li>・災害時の食料品については備蓄品リスト(水、レトルト食品3日分など)を作成し、隣接する大型施設が管理している。</li> <li>・防災計画を整備し、防災避難訓練を年2回、水防災訓練を年1回(全員避難)実施している。なお、防災避難訓練には地域住民の参加も呼びかけている。2カ月ごとに開催する「運営推進会議」の場で、自治会長をはじめ地域の代表者の委員に防災避難訓練への参加を呼びかけ、実際の訓練には地域から1～3名の参加がある。</li> </ul>	

### 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文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a)提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b)提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c)提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス分野における標準的な実施方法については、法人が作成しているISO「文書管理台帳」の項目に「介護基準」9項目のほか、研修など全事業所に共通する事項がある。また、グループホーム部門を対象とした各種文書も作成している。主な項目には、直接的な支援内容・項目、利用開始時の対応手順、医療的な側面に関する手順、サービス計画作成手順、記録分野やリスクマネジメント分野などの手順がある。</li> <li>・手順書は各ユニットに置かれ、必要時に職員が見ることができるようになっている。また、新人職員や中途採用職員を対象に行われる具体的な支援や、リスク対策をテーマとする講義のなかで活用されている。当事業所は、新人職員研修、法人およびエリア研修に参加している。</li> <li>・法人が作成する介護基準には「その人を中心とした尊厳を奪わない介護基準」が掲げられている。また、サービス提供時の留意点として、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護にかかわる姿勢などが「介護基準」に記載されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価ではa)の回答は50.0%であり、評価の着眼点の項目「標準的な実施方法が適切に文書化されている」の肯定的回答は54.5%、「標準的な実施方法に関する職員への周知徹底」の肯定的回答は59.1%であった。</li> <li>・当事業所の支援・ケアの特性や職員配置なども勘案しながら、取り組みのさらなる充実を期待する。</li> </ul>	

【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。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・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) 45.5% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・作成されている手順書については、その検証と見直しのため、項目ごとに「版」と「発行日」を記載している。法律改正時や組織・介護状況に変化があった際には見直している。</li> <li>・当事業所では、本部から変更点の連絡があったときには関連項目を管理者が選択して職員に伝え、見直したり、それに合わせて新規に作成した文書・手順書の内容を周知することに取り組んでいる。</li> <li>・事業所としての意見などは、法人主催の各分野による「ステップアップ委員会」が毎月開催されているので、そのなかで検討し、見直しに取り組んでいる。この法人の委員会に、当事業所からは管理者が出席している。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、標準的な実施方法の見直しのしぐみに関しては、5割弱の肯定率である。現場における積極的な取り組みや、課題などへの反映、現場での活かし方についての検討を期待する。</li> </ul>	

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 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 63.6% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、利用者・家族の見学や入居前に他機関から得た情報などを活用して「入居時支援計画」を作成し、この計画をユニットの職員と共有して、入居後1か月間は活用している。そして、約1か月後をめぐりに、本プランを作成する。各ユニットでは、利用者担当職員がアセスメントを実施し、その内容を各ユニットの計画作成担当者が確認の上、共同で個別支援計画を作成している。</li> <li>・作成したケアプランは、ユニットのチームメンバーに見てもらい、また、カンファレンスの場で検討している。</li> <li>・アセスメントの手法はインターライ方式を用い、初回に作成されたケアプラン(計画書Ⅰ・Ⅱ)はプリントアウトして、職員が「24時間シート」とともにいつでも見ることができるように個人ファイルに保管している。</li> <li>・アセスメントの結果やケア方法などに困難が予測できるケース、また福祉用具の選択などへの対応には、エリア内の他事業所に所属する看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士などに訪問を依頼している。また、主治医、歯科医師、歯科衛生士からも情報や支援方法に関する指導・助言を得て、個別支援計画の作成と適切なケアの提供に取り組んでいる。</li> <li>・6か月ごとに、利用者・家族に対して個別支援計画に関する説明を行い、意向を把握する機会を設定している。今回の利用者(家族アンケート)調査でも、問8「個別支援計画の作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか」の肯定的回答率は87.5%で、問9「サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか」も81.3%と肯定率は高い。</li> </ul>	

【43】Ⅲ-2-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	a
	b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画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) 50.0% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス実施計画(ケアプラン)の見直しを行う時期、検討の手順等については、その組織的なしくみをISOの「施設サービス計画書作成手順」「施設サービスモニタリング手順」で定め、事業所として実施している。</li> <li>・ケアプランについては、介護認定更新月に合わせて、プランの見直し期限としている。結果的に、長期目標1年、短期目標半年で作成し、3カ月に1回のモニタリングを実施して、評価・見直しを行っている。</li> <li>・ケア内容に変更が必要になった場合は、その計画をユニットの日常の申し送りや記録が供覧できるファイルで保管し、いつでも職員が見られるようにしている。見た職員は、確認・サインをする。そのような職員の確認状況をチームリーダーと計画作成担当者が把握するというしくみで運用している。</li> <li>・ケアプランの評価・見直しは、ユニットの利用者担当職員と計画作成担当者が検討している。</li> <li>・サービスを十分に提供できていない内容については課題として抽出し、計画の変更を行う。なお、緊急性の高い場合は、職員が毎回見る記録用紙に赤字で書き加えたものを供覧するようにして、修正・変更したプランは追って差し換えるようにしている。</li> <li>・ケアプランが更新されたり、再アセスメントが行われた場合には、最新の「ケアプラン他書類」をプリントして初回と同様に職員が供覧できるようにしている。これについても、確認した職員はサイン欄に記名する。</li> </ul> <p>なお、職員自己評価では、着眼点項目の「個別支援計画を緊急に変更する場合のしくみの整備」に関して肯定率が低い。その要因の分析と対応を行うことを期待する。</p>	

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-(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) 54.5% b) 27.3% c) 4.5% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の身体状況等は、法人で定めている介護ソフト「ワイズマン」のケア記録支援ソフト「すぐらく」に記録している。</li> <li>・「24時間シート」により、利用者の身体の状態、食事・排泄など、実施したケアの記録が生活一覧として把握することができる。</li> <li>・記録に関するISO「生活記録記入要領」を参照しているが、ユニットによって入力方法が異なっている現状があるため、職員によって記録の内容や書き方に差異が生じないように、内部勉強会として「記録要領の作成について」の開催を予定している。</li> <li>・ケア上の問題の把握や検討、および新たな対策などの実施にあたっては、当事業所では「サイボウズメール」を活用したり、回覧フォルダーを設置するなどして、職員間の情報共有のしくみを整えている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアの実施記録が共有できる体制・しくみはあるが、職員自己評価では、着眼点「記録の内容の精度」や「情報の的確な活用」「横断的な情報の共有」に関する項目の肯定率が、いずれも3割台と低い</li> <li>・さらなる改善・取り組みを進めることを期待する。</li> </ul>	

【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) 63.6% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のISO文書「個人ファイルファイリング要領」「個人情報管理規定」と、法人が定める「個人情報保護基本方針」により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を整備している。法人としての記録管理の責任者は法人の理事長としているが、実際には各事業所の管理者が責任を持つ。</li> <li>・「個人情報管理規定」「個人情報保護基本方針」に基づいて行う記録の管理等の維持・向上を図るため、不適正な利用や情報の漏洩を防止するための職員教育を入職時に実施している。また、その後も定期的な研修や法令遵守の確認などに取り組んでいる。</li> <li>・利用者や家族に対しては、法人・事業所としての個人情報の取り扱いについて、サービスの利用開始時に「重要事項説明書」の内容とともに伝え、説明を行い、利用者や家族から「個人情報保護規定」についての同意を得ている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の記録の管理については、事業所として個人情報保護の観点から計画的に職員教育を実施しているが、職員自己評価の着眼点項目「個人情報保護の観点からの記録の管理に関する職員教育や研修の実施」の肯定率は3割台である。</li> <li>・個人情報保護について、事業所の職員の意識を向上させるための教育・研修については、実施方法などについての工夫が必要と思われる。取り組みを期待する。</li> </ul>	

●内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

【A1】A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
	b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫していない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 40.9% b) 50.0% c) 4.5% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・入居時は利用者本人が納得できるよう家族も加わって居室の設えをしている。入居後に利用者が居室だけで過ごすことがないように、職員はデイルームに案内している。このときに入居時のアセスメントを行い、面会時の家族から情報を収集して、施設サービス計画および24時間シートに基づいて、利用者に対して活動参加への動機づけを行っている。                      ・利用者の日中活動への参加については、役割などを「できない」と決めつけて考えていないかについてモニタリングを行ったり、チーム内で検討している。なお、利用者が座って行う作業だけでなく、立って行う作業についてもできるだけ取り入れるように配慮している。                      ・多くの利用者が楽しみにしている活動としては、イベントとして祭りへの参加や、芋の苗植え、芋掘り、吊るし柿づくりなどがある。</p> <p>■ 改善課題                      ・利用者の希望を聞いて行うプログラムは実施できていないが、年内には利用者一人ひとりに合ったプログラムを作成する予定である。                      ・なお、事業所における日常が利用者一人ひとりの生活となっているかを検討し、改善することがあればカンファレンスで説明しているというものの、その取り組みについて、職員自己評価における肯定率は36.4%にとどまっている。引き続き、さらなる検討と実施を期待する。</p>		

【A2】A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
	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) 31.8% b) 59.1% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所においては、現在のところ、コミュニケーションについて工夫を要する利用者は少ない。そのなかで「耳の遠い利用者」に対しては、筆談、ジェスチャーを交えた方法をとっている。また、ゆっくり正面から話しかけると「うなずき」が返ってくる利用者もいる。                      ・日々の言葉かけなどは、利用者の発語を待って対応することを心がけ、職員側からたたみかけるような対応をしないように留意している。</p> <p>なお、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについては、セルフチェックの活用で、自分自身について毎月の振り返りを行うことができるようになった。また、コミュニケーションの方法や支援についての検討・見直しについては、個別支援計画の見直し時のほか、職員は随時に検討を行っている。</p> <p>職員自己評価の肯定率は、着眼点項目「コミュニケーションについての定期的な検討・見直し」「個別の方法によるコミュニケーション」「利用者が話したいことを話せる機会づくり」「会話の不足している利用者への特別な配慮や日常生活の各場面における話やすさの工夫」などについては、3～4割台の肯定率にとどまっている。その一方で、着眼点項目「ジェスチャーや筆談によるコミュニケーションを行っている」は8割弱の肯定率となっている。これは、コミュニケーションで工夫を要する利用者が少ないためであると考えられる。そのため「利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションの実施」についての職員自己評価の肯定率は31.8%と高くはないが、当事業所の現在の利用者特性を考慮して「a」と判断した。</p>	

A-1-(2) 権利擁護

【A3】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) 54.5% b) 4.5% c) 27.3% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・この「権利擁護」についての項目の評価の着眼点は7項目あるが、いずれも当法人が掲げている『互惠互助』の記述に通じている内容である。それにもかかわらず、職員自己評価のこの7項目の肯定率は18.2%～45.5%と低率の傾向にある。                      ・法人としての「虐待の芽チェック」の実施のほか、法人・事業所としても身体拘束適正化・虐待防止委員会の定期開催、虐待防止規定としての明記など、さまざまな取り組みが行われているが、職員において徹底されてないことがわかる。</p> <p>■ 改善課題                      ・この項目は、利用者に対する権利擁護に関する取り組み状況を見るものであることから「b」評価がないことが特徴である。したがって、本項目の評価は「c」とする。</p>		

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

【A4】A-2-(1)-① 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) 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) 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) 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) 22.7% b) 63.6% c) 4.5% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所では、利用者にとってよりよい生活環境となるように、居間にソファを置き、くつろげるスペースにしている。また、居間の壁面についても飾りを工夫するなどして季節感を演出できるようにしている。利用者の居室についても、利用者がこれまでの生活で自分に馴染んだものを持ち込んでもらい、居室が「自分の部屋」の設えになるように工夫している。                      ・事業所の環境については、利用者の意向をカンファレンス等で検討し、転倒事故などのリスクを少なくするための工夫をしている。</p> <p>■ 改善課題                      ・事業所は、職員が内部の温度差が大きくなるようにいろいろ工夫はしているが、廊下には冷房・暖房の設備がない。そのため、特に冬場は、利用者が廊下に出るとヒートショックを起こしそうな寒さである。事業所としてもこの問題については認識し、わかっているが、現在までその対策が見つからない状態が続いている。</p>	

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

【A5】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) 63.6% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所には2種類の浴槽があり、現在は利用者4名がリフト浴を、23名が普通浴槽を使用している。なお、普通浴槽の浴槽壁を跨げなくなると、職員は理学療法士に相談し、ボード使用、リフト使用などになる。</li> <li>・入浴回数は週2回以上とし、利用者の希望で週4～5回入浴している利用者もいる。同性介護についての希望は入居時に聞き取り、現在は利用者10名がそれを希望し、事業所としてその希望を叶えている。</li> <li>・入浴前にバイタルサインの測定を実施し、そのチェックにより、降圧剤の投与の見直しにつながった利用者の例もある。</li> <li>・感染症予防対策や利用者の意向を把握して、入浴の順番などに配慮している。個人用の浴槽のため、利用者一人ひとり、浴槽の湯は交換している。また、水虫の感染予防のため、バスマットも個人用としている。</li> </ul>	

【A6】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) 72.7% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の利用者の排泄状況については、利用者3名がベッド上のおむつ交換であり、この3名は日中はリクライニング車椅子を使用中である。残る24名のうち、利用者5名は紙パンツを使用し、19名は布パンツでパッドを使用中である。</li> <li>・自然な排泄を促すために、朝食の摂取時に牛乳も飲んでもらうようにしている。また、食事・水分の摂取を大切にしている。</li> <li>・利用者が自力でトイレへ行けるように、また職員が排泄介助を容易に実施できるように、車椅子用のトイレと普通のトイレがあり、手すりも設置されている。排泄に時間を要する利用者については、介護用の「ふんばる君」を活用し、下腹部への加圧が容易にできるようにしている。</li> <li>・利用者のできるところはやってもらい、できないところを職員が介助するようにしている。つまり「待つ介護」を重視しているが、管理者は「待てないでやってしまう職員もいる」ということを課題としている。</li> <li>・なお、職員自己評価のこの排泄支援の項目の着眼点「排泄の自立のための働きかけ」については肯定的な回答の割合が45.5%であり、排泄支援の着眼点9項目のうち肯定率は最低であった。</li> </ul>	

【A7】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) 63.6% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の現在の利用者の移動用具の使用状況については、リクライニング車椅子が3名、通常の車椅子が2名、歩行器2名、シルバーカー1名であり、その他の19名は自力歩行である。どの移動用具をどのように使うかについては、アセスメントの結果や専門職からの評価や助言を得て選択して、そのことを家族に報告し、了解を得ている。</li> <li>・移動の自立に向けた利用者への働きかけについては、個々の状態に応じた声かけを行うとともに、一緒に歩行することができるように支援している。これらの取り組みは、カンファレンスの場などで職員全体で共有するようにしている。</li> <li>・利用者が移動しやすい環境を整備するために、利用者の動線を確保している。特に、何かにつかまって歩く利用者が手がかりにしている事業所内のもは動かさない。また、車椅子を使用する場合には十分な動線を確保するなどしている。なお、利用者一人ひとりの動線の確保は、単に片づけるということだけではなく、職員が「その利用者の動線」を予測し、確保する取り組みを大切にしている。廊下には、不要な物品などは置かないように注意している。</li> </ul>	

A-3-(2) 食生活

[A8]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) 45.5% b) 45.5% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所の食事は、隣接する大型の事業所で調理されているため、利用者それぞれの意向などは献立に反映させにくい。そのため、当事業所では、月1回は季節感のある行事食などを昼食として独自に利用者に提供するなどの工夫をしている。この取り組みには、その2週間前に隣接する大型事業所からの食事を止める手続きも伴う。なお、通常時の主食、汁物、おやつは、当事業所内で準備している。                      ・食事中の雰囲気づくりのため、テレビは消し、音楽を小さな音量で低く流すことをしている。また、テーブルの位置、同席する利用者にも配慮し、一人ひとりの食事が楽しく進むように工夫している。                      ・食事の衛生管理の側面から、管理栄養士の指導を受けたり、勉強会を行うなどしている。</p> <p>■ 改善課題                      ・隣接する大型事業所で食事が調理されているため、日常的には選択食に取り組みないことを事業所としては課題にしている。なお、この項目には評価の着眼点が4項目あるが、その一つである「食事を選択できるよう工夫している」の項目は、職員自己評価の肯定率も18.2%と低率であった。                      ・この選択食についての改善策は、現在のところ、当事業所が独自に実施できることとして、月1回の行事食、毎日のおやつ、ごはん、汁物の提供をあげている。今後は、それらの事業所の取り組みのうち、ごはん、汁物などを、もっと多様性のあるメニューに変更できないかなどの検討を行うことを期待する。</p>	

[A9]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) 72.7% b) 22.7% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所では、利用者の咀嚼・嚥下能力に合わせてるように3種類の形態で食事を提供している。どの食形態で提供するかについては、管理栄養士、歯科衛生士の訪問が月1回あるので、その際に利用者の嚥下機能等を確認してもらい、決定している。                      ・自助皿、自助スプーンなどを活用することにより、利用者が自分で食べられるように工夫している。現在、食事介助を要する利用者は3名であり、そのいずれも食形態は「なめらか食」を摂取している。介助のポイントは、嚥下を確認してから次の食事一口を運ぶことを重視し、口腔内への詰め込みは行わないように注意している。                      ・かつて摂食自立の利用者の食事故があり、そのことからの学びによって、職員は食事の楽しみ方と危険性を認識し、利用者に対する目配りや配慮ができるようになった。                      ・安全な食事介助の方法については、法人が「介護基準」として整備している。なお、食事中の事故発生時の職員の対処方法として、チーム会や日々のミーティングで検討することのほか、吸引機の使用方法などについても学習するようにしている。</p>	

【A10】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) 45.5% b) 50.0% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・歯科衛生士の訪問が毎月あり、そこで利用者の口腔状態のチェックをしてもらったり、助言・指導も受けている。また、利用者一人ひとりに合わせた口腔ケアの適切な用具の選定も行っている。                      ・隣接する大型事業所に所属する歯科衛生士が、月1回「口腔ケアに関する指導」を主たるテーマにした研修会を実施しているので、そこに当事業所の管理者も参加して学習し、研修の内容を事業所の職員に伝達している。                      ・利用者の口腔機能を保持・改善するための取り組みとして「本人が実施できることは続けてもらう」という自立訓練を行っている。その際には嚥下体操を行ったり、必要時には言語聴覚士による評価も得て対応している。</p> <p>■ 改善課題                      ・この「口腔ケア」に関する評価については5項目の着眼点がある。そのうちの「口腔機能を保持・改善するための取り組み」について、職員自己評価の結果は36.4%と特に低率である。                      ・事業所としても、歯科衛生士の指導が利用者個人にまで行き届いていないことを課題としている。利用者に対する口腔ケアの充実を図る取り組みを期待する。</p>	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

【A11】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) 50.0% b) 36.4% c) 4.5% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・褥瘡対策の方針は、法人が定めた「9つの介護基準」に示されている。                      ・標準的な実施方法については、医師と連携して学んでいる。また、エリア内研修に参加しているほか、看護師からも最新の褥瘡に関する情報を得るようにしている。                      ・利用者一人ひとりの皮膚トラブルについて、早期発見・早期対応が実施できるようにしている。当事業所においては、特に終日おむつ使用の利用者3名の発赤や表皮剥離段階への対応を重視している。なお、当事業所では、現時点は褥瘡の発症者はいない。                      ・褥瘡の発生を栄養面から予防するために、栄養士と連携し、食事摂取量への配慮や高カロリー食の提供などに取り組んでいる。食形態が「なめらか食」になると、栄養の摂取量が十分ではなくなる場合もあるため、そのような場合には栄養補助食品を使用して補うこともある。その対応を行っている利用者が現在は1名いる。</p> <p>なお、褥瘡の発生予防の方法や治療方法については変化・変遷が激しい。現在は皮膚の構造から褥瘡予防を考えるようになってきている。また、低栄養状態のほか、皮膚の湿潤、不潔などの外部環境についても重視されている。現在のケアを実施しながら、新しい褥瘡ケアの知識も得て積極的にケアを行っていくこと、すなわち職員に対して新たな学習の機会をも設けていく取り組みに期待する。</p>	

A-3-(4) 機能訓練、介護予防

[A12]A-3-(4)-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) 31.8% b) 63.6% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が自らの日常生活の維持や介護予防などに積極的に取り組めるように、当事業所では生活リハビリテーションや脳トレーニングなどを個別のケアプランに取り込み、実施している。</li> <li>・歩行不安定の場合の個別のケアプランとして「歩行訓練」などに取り組むことになった場合には、職員は理学療法士などの専門職からの助言・指導を得て訓練を実施している。</li> <li>・利用者の日常生活にのなが「生活リハビリテーション」を取り込むときには、例えば廊下を往復し、つかまって足先を上げるなどの具体的な動作までを示して、毎日それを実施できるように配慮している。</li> <li>・機能訓練として、職員が利用者に対して無理強いなどをすることがないように、職員は声かけの方法にも注意している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「脳トレーニング、生活リハビリテーションなどの一通りのことは網羅しているが、これらが毎日行われているわけではない」「個別訓練プログラムとして体操などを行っているが、毎日実施できていない」「職員にはそのような余裕もない」などのコメントがあった。また、各着眼点項目についての肯定的回答の割合は、5項目中4項目が50.0%以下という結果であった。</li> <li>・利用者に必要な介護予防や機能訓練については、現在の利用者一人ひとりの心身の状況から、事業所として再検討を行うことを期待する。</li> </ul>	

A-3-(5) 認知症ケア

[A13]A-3-(5)-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) 45.5% b) 40.9% c) 0.0% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者一人ひとりの日常生活能力、機能、生活歴などを把握し、入居時カンファレンスを実施してアセスメントを行っている。</li> <li>・認知症の症状は3カ月ごとにモニタリングし、6カ月ごとにケアプランを見直している。また、ための(認知症の行動・心理症状)のある利用者に対しては、認知症チームケア(BPSDを軽減する取り組み)のなかでアセスメントを実施し、チーム内の職員が同対応を検討するなどしている。その取り組みのなかで「午後になると不穏になる利用者」の事例を取り上げて研究を行い、法人の研究発表会や日本認知症グループホーム全国大会に参加し、研究発表を行った。</li> <li>・職員に対しては、認知症に関する研修(エリア研修、内部研修など)を、年2回以上受講することとしている。なお、チームケアの研修も、当事業所の職員5名が受講済である。</li> <li>・医師や看護師との連携のもと、利用者に関する情報に基づくアセスメントを通して、支援の内容を見直すようにしている。また、当事業所では「薬に頼らないケア」を目指し、その結果、内科医による精神科薬の処方量は減る傾向にある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この評価項目には、7項目の着眼点がある。7つの着眼点項目について今回の職員自己評価の結果を見ると、肯定率5割台が2項目で、その他の5項目については、肯定率が2~4割台までばらついている。いずれにしても、全体的に職員の肯定率が低い。</li> <li>・認知症への対応は、決して特別視されるものでもなく、高齢者のケアの質の向上にもつながる取り組みである。事業所として、今後の取り組みの充実を図ることを期待する。</li> </ul>	

A-3-(6) 急変時の対応

【A14】A-3-(6)-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。	b
	b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 50.0% b) 45.5% c) 0.0% 無回答) 4.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ISOの文書に準じて「緊急時連絡要領」「緊急対応マニュアル」などを整備している。また、医療機関と連携し、利用者の体調変化への適切な対応に取り組んでいる。</li> <li>・毎朝、利用者の体温や血圧を測定し、皮膚状態の観察等も行って、利用者の体調の変化や異変の兆候には早期に気づけるようにしている。また、体動検出のための非装着センサー「眠りSCAN(スキャン)」の導入により、利用者の睡眠状態、呼吸・脈拍の状態を把握し、その結果をアセスメント情報としても活用している。</li> <li>・誤薬防止のためのマニュアルとして、ISO文書に準じて「服薬業務手順」「服薬マニュアル」を整備し、その内容に則って薬剤の投与を行っている。なお、往診する医師は複数名いるが、薬を処方する薬局は1カ所であり、利用者一人ひとりに処方された薬袋にはフルネームの印字を行い、内服日・時間などの様式は統一している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この評価項目には着眼点が6項目あり、そのうち「職員に対する高齢者の健康管理や薬の効果・副作用に関する研修の実施」「体調変化時の対応を研修や個別の指導等で職員に周知徹底している」の2項目の職員自己評価の肯定率は2割台という結果であり、これは他の着眼点項目の肯定率と比較して著しく低い。</li> <li>・薬剤については、職員自己評価の自由意見のなかにも散見される。職員のコメントには「向精神薬などの効果や副作用についての職員の理解が不十分である。また、BPSDや意欲低下などの症状を認知症の進行によるものと決めつけがちである」「薬の副作用などについては、職員それぞれが自分で勉強していると思う」などがある。医師、薬剤師、看護師などの専門家を研修や勉強会の講師に招き、当事業所の職員の学習内容をさらに充実させる取り組みに期待する。</li> </ul>	

A-3-(7) 終末期の対応

【A15】A-3-(7)-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) 54.5% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 13.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ISO文書に基づく「看取り介護指針」「看取り介護マニュアル」を整備し、入居した当初に、利用者・家族に対して「グループホーム内で“できること”と“できないこと”」について説明している。また、看取りの時期が迫ってきたときには、利用者のかかりつけ医師などを交えて、改めて家族の意向を聞き取り、看取りケアについて説明を行っている。</li> <li>・現在入居中の利用者27名に対して「かかりつけ医師」は3名いる。どの医師も、利用者・家族の意向を尊重しながら、利用者の最期の時期の過ごし方を決めている。訪問看護ステーションの看護師も、週1回、利用者の状態観察のために当事業所を訪れている。</li> <li>・事業所内で看取りケアを実施したときには、看取って2～3日後に「デスクカンファレンス」を行っている。この会議に参加する職員は、チームリーダー、担当職員のほか、その日に出られる職員4～5名である。これまで、このデスクカンファレンスのなかで出された意見のうち、その後のケアに取り入れられたことは、口腔ケアの充実と「エンゼルケアを家族とともに行うこと」などである。</li> <li>・看取りケアは、当事業所の規模から考えると、そうたびたび職員が経験できるものではない。そのため、当事業所では、このデスクカンファレンスと職員研修を重視している。</li> <li>・利用者の状態に応じて、家族の面会や付き添いなどには制限は設けていない。</li> <li>・看取りケアについての職員研修を年1回実施している。</li> </ul> <p>なお、昨年度の退居者9名のうち8名を事業所内で看取っている。そのような利用者をどのように送り出すかについては、当事業所としてその姿勢を示していない。一方で、他の利用者は仲間の「死」に気づいていることが多い。利用者とともに「お別れ」を行うこと、看取りケアの利用者を「送り出す」ことについての検討を行うことを期待する。</p>	

A-4 家族等との連携

A-4-1 家族等との連携

【A16】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。	a
	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) 59.1% b) 31.8% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の日々の状況については、担当職員が毎月の「お便り」として書いて家族に伝えられるようにしている。この「お便り」は、事業所の広報誌『なるみ通信』と一緒に、家族等に対して郵送している。</li> <li>・ISO文書(連絡先一覧表)で、複数の連絡先について優先順位をつけて把握している。なお、把握するにあたっては「連絡してよい時間」についても確認している。</li> <li>・家族に対してサービス内容の説明を行ったり、家族からの要望・意見を聞く機会は、当事業所では「カンファレンス」や「面会時」としている。なお、家族から相談があるときは、随時に受け付けていることを入居の契約時に説明している。</li> <li>・利用者の転倒(床に座り込んだ状態での発見も含む)、37.5度以上の発熱、誤嚥(誤飲)については、その後は3時間ごとに血圧、体温、脈拍の測定を行い、様子を観察する。測定値などに何か変化があった場合には、かかりつけ医師に連絡し、指示を得るようにしている。その結果により、家族に連絡することもある。</li> </ul>	