

平成 27 年度  
福祉サービス第三者評価 結果報告書

富山県生活協同組合  
通所介護・短期入所生活介護  
「ゆとり～な」

2016 年 1 月 19 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

## 目 次

	ページ
実施概要 .....	1
I 共通評価項目 .....	3
II 内容評価項目 .....	23
総評 .....	29

(添付資料)

### ◆ 職員自己評価・利用者調査 集計結果

## 【実施概要】

### 1. 実施スケジュール

(1) 第三者評価についての事前説明 平成 27 年 10 月 2 日

(2) 情報収集の実施（調査）

- |          |                             |
|----------|-----------------------------|
| ①経営層自己評価 | 平成 27 年 10 月 22 日～11 月 15 日 |
| ②職員自己評価  | 平成 27 年 10 月 22 日～11 月 5 日  |
| ③利用者調査   | 平成 27 年 10 月 10 日～10 月 30 日 |
| ④事業所訪問調査 | 平成 27 年 11 月 30 日～12 月 1 日  |

### 2. 評価の実施方法

全国社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価基準ガイドライン

### 3. 利用者調査

(1) 調査の方法 アンケート調査

(2) 調査対象者数 利用者 通所介護 35 名 短期入所生活介護 25 名

### 4. 評価調査者

新津 ふみ子（組織マネジメント項目担当）

鳥海 房枝（サービス実施項目担当）

村上 信（サービス提供のプロセス項目）

### 5. 評価決定合議日

平成 27 年 12 月 26 日

### 6. 本評価に関する問い合わせ

(1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子

(2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子

(3) 連絡先

NPO 法人メイアイヘルプユー事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

## I 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。		評価
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。		
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)54.8%、b)45.2%であった。</p> <p>■取り組み状況 法人理念とは別に、当事業に特化した「福祉事業理念」が策定されている(富山県生協福祉事業理念)。福祉事業理念は「私たちは」を主語とする4つの理念として掲げられ、ホームページにも掲載されている。また、全職員に配布している「ガイドブック」に「心得」も含めて掲載するとともに、事業所内に掲示して、朝礼や職場会議で唱和している。福祉事業理念は新人職員研修でも取り上げ、説明している。</p> <p>■改善課題 利用者・家族、生活協同組合の組合員および市民への周知が課題である。現状は、事業所内の掲示にとどまる。利用希望者等に配布するリーフレット、利用契約時の重要事項説明書、あるいは毎月利用者に配布するニュースレターなどの活用が考えられる。利用者・家族などに説明することは、自らも理念を再確認する機会となり、また改めて当事業所の特徴や魅力を伝え得る機会ともなる。組合員への周知度は、2014年度のアンケート調査では「福祉事業を知っているか」との問いに「いいえ」が68%という結果であった。市民への周知も含め、具体的な取り組みが必要である。</p>	

### 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。		評価
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。		
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>■職員自己評価の結果は、a)32.3%、b)51.6%であった。</p> <p>■取り組み状況 ・福祉事業全体の動向については、月次の「職場会議」で当事業担当の福祉事業部長から書面が配布され、説明がある。 ・施設長は、地域の各種福祉計画についても管理者は関心を持ちホームページなどから情報収集している。また、制度変更時は関係資料を熟読し、地域の関係機関に出向いて直接情報を得たりしている。 ・当事業所の利用者の状況については、利用者数や介護度の動向を把握し、コスト分析している。利用者の満足度などについては、利用者を対象とするアンケート調査のほか、介護支援専門員に対しても毎年アンケート調査を実施して、課題を把握している。 ・施設長は、職員体制・勤務状態などについても把握し、週次、月次で法人役員の機関会議に報告している。</p> <p>■改善課題 ・当事業所では、利用者数の減少とそれに伴う赤字状態が課題となっており、今後に向けた取り組みについて検討が始まっている。検討にあたっては、まず当事業所が位置する地域の特徴・変化等を把握すること、すなわち利用者数・利用者像などを含む地域の福祉サービスに関するニーズ、潜在的な利用者に関するデータを収集し、分析する必要がある。 ・職員自己評価では「定期的な福祉サービスのコスト分析や利用者率の分析」の項目について「できている」と判断する職員が高率である。ただし、現状については数字上の把握にとどまっている状況とも言える。地域の福祉サービスに関するニーズを把握して分析すること、さらに福祉事業全体の動向と関連づけながらビジョンや中・長期計画を策定する体制についても検討を期待する。</p>	



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>■職員自己評価の結果は、a) 19.4%、b) 51.6%であった。</p> <p>■取り組み状況                      経営課題の明確化は、法人本部が担うべき機能である。生活協同組合の組合員や理事が参加し、福祉事業について検討する「福祉事業経営会議」には施設長が参加しており、当事業所の活動状況や課題を報告している。この会議では、理事などから組合員目線・市民目線の貴重な意見を聞くことができ、現場の取り組みの参考になっている。また、福祉事業の経営や現場の課題については「福祉政策会議」（福祉部長、各事業所の施設長、主任クラスが参加する会議）で検討・協議される。施設長は、現場のリーダー層と相談してからこの会議に臨み、結果は職場会議で報告している。なお、職場内の課題については、職員間で話し合い、その改善に取り組んでいる。</p> <p>■改善課題                      中・長期計画には福祉事業分野の課題を明示しているが、課題の背景となる部分の記載が不十分である。経営課題を作成する前段として、経営環境の把握と分析が不十分であることが影響しているものと思われる。法人あるいは経営幹部の役割としても、各現場の前向きな意向を把握することは必須であり、取り組みを期待する。</p>	

### 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。		評価
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。		b
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) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 48.4%、b) 32.3%であった。</p> <p>■取り組み状況                      中・長期計画は3カ年計画とし、2015年からは第7次の中長期計画を策定している。法人の価値として4項目（①安全・安心、②参加・参画と社会貢献、③お役立ち、④安定した経営）を掲げ、それに対する情勢認識と部門別基本戦略などが中期計画に示されている。これを受けて、各事業部は第7次の実施計画を策定する。そして、実施計画のなかで、年度ごとの業績評価指標に基づく数値目標を示し、年度ごとのアクションプランを作成することで、それぞれの取り組み課題を明確にしている。なお、計画は必要に応じて見直し、補強している。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価では、施設長は「a」と判断したが、その他の職員は「中長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっているか」に関して肯定率が低い。現場の実感とかけ離れていることのほか、表現の難しさも考えられる。今後の検討を期待する。</p>	

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 22.6%、b) 54.8%であった。</p> <p>■取り組み状況 単年度計画は、中・長期計画で示された法人の価値(4項目)を取り上げ、事業部が示したアクションプランを意識して、施設長が策定している。施設長はこのときに、職員から意見を聞いている。単年度計画の作成にあたっては、前年度の実績を総括(まとめと課題)している。また、重点戦略を掲げ、これに対応した具体的な実施計画とその取り組み内容、実行責任者、業績評価指標(数値化)、4半期に分けた取り組み課題などを明示する。新規の取り組み施策には「○」印を付けて意識できるようにしている。施設長が策定した計画を原案とし、これを事業部長に提出して最終的に確定される。</p> <p>■改善課題 職員自己評価では、管理者は「a」と判断したが、その他の職員は「評価から実行可能な具体的内容になっているか」について肯定率が低い。職員の意見を反映させる際の取り組みを充実させることにより、内容が具体的になって改善が図れると考えられる。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		評価
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。		b
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) 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>■職員自己評価の結果は、a) 16.1%、b) 41.9%であった。</p> <p>■取り組み状況 事業計画の策定にあたって、施設長は、上期・下期の計画見直し時に職員から意見を出してもらい、それを策定内容に反映させている。また、職場会議で事業計画について説明している。事業の進捗状況は4半期に分けて確認するしくみであり、実施計画に対応する業績評価指標(数値化)については、その結果を法人として定められている評価基準に従って評価している。そして、実施計画ごとにまとめを実施し、次期の方針を定めている。この内容は法人全業所の管理者が参加する「総括会議」で報告される。</p> <p>■改善課題 職員自己評価では「事業計画策定時における職員の参画、意見の集約・反映」について肯定率が低い。現状は、施設長が主にリーダー層の意見を聞き単独で策定しているが、今後は計画原案を職場会議にかけ、職員と検討する時間をつくる必要がある。また、実施計画の実行責任者は全項目が施設長となっているが、最終責任者は施設長であるとしても、実行段階におけるリーダー層の活用なども明記し、それぞれが責任をもって事業計画を実践してもらうことが求められる。実施計画の進捗状況についても、職員が参加する評価・確認、見直しの機会をあらかじめ計画しておく必要がある。</p>	

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>■改善課題</p> <p>法人の組合員向けには、定期的な通信によって当事業に関する状況が報告されており、さらに通常総代会では議案書によって当事業所の事業計画や活動状況が報告されている。しかし、当事業の利用者を対象とした周知の機会は、現状では特に設けられていない。事業計画の周知については、どのような内容を報告するのかを明確にした上で、わかりやすさに配慮して実施することが基本である。事業の透明性の確保や公表の機会づくりの視点からも検討を期待する。</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。		評価
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。		C
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) 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>■改善課題</p> <p>・この評価基準の目的は「福祉サービスの質の向上に向けた体制整備がなされ、機能しているか」を評価することである。具体的には、人事考課などによる個人の評価ではなく、事業所の活動に関する自己評価の実施、第三者評価の受審、苦情相談内容に基づく改善活動などが総合的・継続的に実施されている状況のあることが評価の対象となる。</p> <p>・当事業所では、苦情解決の体制(評価項目Ⅲ-1-(4)-①)はあるが、苦情内容に基づいて福祉サービスの質の向上を目指す取り組みについては、職員自己評価では41.9%の肯定率である。また、職場会議などでは随時に問題を取り上げ検討し、その改善に取り組んでいる。しかし、サービスの質の向上を中心的な課題とする会議とは認めがたい。今後は、サービスの質の向上を課題とする定期的な自己評価や第三者評価を計画して実施し、その内容を評価して次なる改善に活用していく組織的な取り組み、PDCAサイクルとすることを期待する。</p>	



I-4-1-1-② 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行している。	C
	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>■改善課題</p> <p>・この評価基準の目的は「実施した自己評価・第三者評価の結果を組織がどのように活用しているか、改善課題の明確化という観点から評価するとともに、評価結果から明確になった課題について改善策や改善実施計画を検討し定めているか、また定めた改善策・改善実施計画を実行しているか」を評価することである。しかし、評価項目 I-4-1-1-①「福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に行われ、機能している」が「c」評価であり、ここでの評価もその結果を受けている。</p> <p>・福祉事業部の第7次中期計画には、重点戦略の一つに「既存事業を黒字にします」を掲げ、実施計画の一つに「介護サービスの質の向上に向けた取り組み、他施設との差別化を図ります」と明示し、アクションプランとして「第三者評価の導入・実施と各施設の情報共有」を掲げている。今回の第三者評価の結果を改善に活用することを期待する。</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。		評価
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。		
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>■職員自己評価の結果は、a) 48.4%、b) 35.5%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>施設長は、法人や事業部との橋渡しの役割を担当している。現場の意向を本部や事業部伝え、また本部や事業部の方針等を現場に伝える役割がある。さらに、施設長は当事業所の管理者として、事業所の経営状況の把握、人材育成、働きやすい職場づくり、利用者サービスの向上などすべての分野において責任を持ち活動している。当事業所の経営・管理に関する方針は、年度始めの職場会議で説明している。なお、施設長は法人内の広報誌である『機関誌こだま』にも登場し、当事業所の紹介や方針を紹介している。</p> <p>■改善課題</p> <p>職員自己評価では「施設長の当事業所に対する経営・管理に関する方針と取り組みの明確化」「有事(災害、事故など)における役割と責任についての明確化」において、その肯定率は7割を超える高い評価である。施設長は、自らの役割と責任について「職務分掌など文書化がされていない」としている。今後の取り組みが必要である。</p>	

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。	a
	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>■職員自己評価の結果は、a) 64.5%、b) 29.0%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>・福祉事業理念には「関係する法令や社会的ルールを正しく理解し、誠実で正直な運営を行う」と明示されている。施設長については、管理者の取り組みとして、法令遵守の視点からの行政提出書類の期日厳守、法令遵守の観点からの研修会への参加などの状況がある。また、法人として「環境ISO」を取得しており、その遵守などがある。</p> <p>・職員自己評価では、施設長は「b」と判断したが、その他の職員の評価は、施設長の「法令遵守の観点からの研修会への参加」の取り組みをはじめ、肯定率が高い。</p>	



II-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		評価
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。		
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>■職員自己評価の結果は、a) 51.6%、b) 32.3%であった。</p> <p>■取り組み状況                      施設長は、管理者のリーダーシップとして「職員が満足して業務を遂行できる環境づくりや施設の運営管理に常に責任を持つ」と語り、上司に対して職員の働き方の改善や評価について提案するよう意識している。また、福祉サービスの質の向上については、職員の意見を反映させるための取り組みとして「自分がされてうれしいことを相手にして差しあげる」という倫理観のもとに「利用者の目線に立った介護実践を目指している」と話している。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価では「施設長が職員の教育・研修の充実を図っていること」について、職員の約7割が肯定している。その一方で「福祉サービスの質の現状についての定期的・継続的な評価・分析およびその実践のための体制づくり」の面では、リーダーシップを発揮して取り組むことを期待する。</p>	

II-1-1(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取り組みに指導力を発揮している。		評価
判断基準		
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り組み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>■職員自己評価の結果は、a) 32.3%、b) 48.4%であった。</p> <p>■取り組み状況                      施設長は、実効的な人員配置や職員の働きやすい環境整備に向けた取り組みとして、利用人数と職員体制(人数)を常に確認し、職員が欠員とならないように派遣依頼している。また、リーダー層として職員3名を配置することで、より細やかな現場の意見吸収に努めている。法人の方針として、業務上の気づきを促進する観点から「気づき(業務改善)提案」の励行を職員に促し、ヒヤリ・ハット事例につながるような環境面等から事務面に至るまでのさまざまな内容の提案があり、その改善に取り組んでいる。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価では「人員配置」「職員の働きやすい環境整備」などへの取り組みについて肯定率が高い。一方で「経営の改善や業務の実効性を高めるため組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参加している」について肯定率は低い。施設長は、法人に対して当事業所の課題や新たな取り組みを提案するなど、意欲的に行動している。また、施設長の役割として「法人や事業部との橋渡し役」を担っているが、職員自己評価に寄せられたコメントから判断すると、現場の職員に対して本部や事業部の考え方が伝わっていないと思われる。事業環境を取り巻く地域のニーズや社会資源の状況など、外部環境が大きく変化するなかでの当事業所の経営とその改善が求められており、法人・事業部と現場間の連携は欠かせない。連携のための体制づくりとその実践を期待する。</p>	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-1(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。		評価
Ⅱ-2-1(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。		
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。	C
	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>■改善課題</p> <p>この評価基準の目的は「理念・基本方針や事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制について、組織として具体的な計画をもって取り組んでいるか」を評価することである。当法人の福祉事業の理念には「私たちは、専門職として自覚と誇りを大切に、常に向上心を持ち続けます」とあり、職員としての心得が説明されている。課題は「当事業の特性を踏まえた専門職等に対する考え方とその育成、および人材確保のための計画がないこと」である。採用活動には参加し、また職員のネットワークを活用して人材の採用に力を入れている。施設長は「昨年度は欠員状態が続いたため、採用に関して就業時間を工夫し、子育て世代の母親を受け入れるなどで欠員補充したが、時間帯や所得枠に制限があるため必要な稼働日数が確保できず、正規職員に負担が出ている」と語る。外部環境の変化により、人材の採用困難は全国的な課題であるが、事業を継続・発展させていくには、人材確保はその基本となる。法人をあげて課題に取り組むことを期待する。</p>	

Ⅱ-2-1(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>■職員自己評価の結果は、a) 22.6%、b) 51.6%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>法人として人事考課制度を採り入れ、職員に対して「人事考課制度ガイドブック」で周知している。人事考課制度の趣旨については「人材育成の推進」と「組織内コミュニケーション向上」を目的に掲げ、職員一人ひとりの能力を最大限に引き出すためのツールとしてこの制度を位置づけている。なお、人事考課体系、人事処遇体系、賃金体系を関連させた全体の制度体系となっており、年4回の人事考課面接の結果を、人事処遇と賃金に連動させている。また、法人内に「人事評価委員会」を設置し、その役割を人事考課の結果の調整、役割資格の任用・離任の審議・決定、異動発令の最終決定などとしている。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、施設長は「a」と判断したが、その他の職員は「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しくみづくりができていないか」について肯定率が低い。また、人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)について、職員に周知できていない状況がうかがえる。人事制度は一般職員にとってはわかりづらいものと思われるが、より丁寧な周知の取り組みが求められる。</li> <li>・総合的な人事管理においては、主に以下のしくみなどが一体的に運営されることが適切であるとされている。参考までに紹介する。             <ol style="list-style-type: none"> <li>①法人(福祉施設・事業所)の理念と基本方針を踏まえた「期待する職員像等」の明確化</li> <li>②人事理念や人事基準の明確化と基準に基づく運用</li> <li>③能力開発(育成): 目標管理制度、教育・研修制度(OJT等を含む)</li> <li>④活用: キャリアパス、職員配置、ローテーション、異動に関する基準の明確化等</li> <li>⑤処遇(報酬等): 昇進・昇格基準、給与基準、福祉厚生等その他の労働条件の整備</li> <li>⑥評価: 人事考課制度等</li> </ol> </li> </ul>	



II-2-2(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
II-2-2(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。		
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 29.0%、b) 61.3%であった。</p> <p>■取り組み状況                      ・法人として、また当事業所として「働きやすい職場づくり」を目指している。法人としては「ワークライフバランスに関するガイドブック」を職員向けに発行し、配布している。このガイドブックは女性職員編と男性職員編に分けられ、内容にも公的制度の紹介や子育て・介護との両立を課題とした法人の制度などが盛り込まれており、わかりやすい。                      ・当事業所としては、施設長が労務管理に関する責任者として勤怠システムによる管理を担っている。有給休暇の取得状況や時間外労働データの定期的確認、心身の健康と安全の確保対策としての産業医によるメンタルケアと年1回の「メンタルアンケート調査」などの取り組みがあり、さらに年1回の「職務アンケート調査」の実施のほか、人材確保・定着と働きやすい職場づくりへの配慮として「子連れ出勤」も可能である。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価では、施設長は「a」と判断している。その他の職員は「就業状況や意向の把握はしているが、それを福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行しているか」について肯定率が低い。コメントからは「併設する短期入所生活介護事業との兼務のため、夜勤担当職員など一部の職員に負担がかかっていること」への危惧がうかがえる。</p>	

II-2-3 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		評価
II-2-3(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		
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>■職員自己評価の結果は、a) 45.2%、b) 45.2%であった。</p> <p>■取り組み状況                      法人として、人事考課制度を採用している。目標管理として、職員は成果目標と行動目標を設定する。そのうち成果目標は事業所の年度方針につながる内容であり、事業部長が策定している。この目標の達成を課題にして、役職に対応した目標項目、行動レベルにおける目標項目の詳細、および年度末における評価方法とその評価の留意点が示されている。個々の職員は、設定されている目標の実施に向かうことになる。行動目標は、一般職と管理職にそれぞれ設定されており、職員としての基本的な行動を考課項目とする目標シートとなっている。この2つの分野について、施設長が職員一人ひとりと4半期面談を実施し、話し合いを通して目標の達成度を把握・確認している。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価では、施設長は「a」と判断している。その他の職員は「面接の実施による目標達成度の確認」については高い肯定率である。一方「組織として期待する職員像を明確にした上で目標管理を実施するしくみであるか」について肯定率が低い。目標管理のみが人材育成の手段ではなく、より総合的な人事管理が求められていると思われる。</p>	



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>■職員自己評価の結果は、a) 41.9%、b) 48.4%であった。</p> <p>■取り組み状況                      期待する職員像は、福祉事業理念に「私たちは」を主語として4項目が定められている。また、施設長は、今回の第三者評価では期待する職員像として「職員同士が思いやりの心で気づきを大切にする」「専門職として自覚と誇りを持つ」を示している。職員に必要とされる専門技術や専門資格は、職務分掌に明示している。また、法人が示す人事制度の体系では、職員の能力開発のため、階層別教育体系の構築や階層・職種に求められる研修・教育の実施を掲げている。福祉事業部として、外部派遣する年度の研修計画を作成している。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価では「組織として期待する職員像を明確にした上で目標管理を実施するしくみであるか」および「研修内容やカリキュラムの評価と見直しがあるか」について肯定率が低い。現状の問題を分析し、ビジョンの達成に向けた組織づくりと人材育成を課題とする教育・研修内容の明確化が求められる。今後に向けて定期的な見直しを実施するよう期待する。</p>	

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>■職員自己評価の結果は、a) 41.9%、b) 51.6%であった。</p> <p>■取り組み状況                      新人教育については、法人として「エルダー制度」を取り入れている。この制度の目的は、新人職員の就業・職場定着であり、エルダーとは新人職員を精神的にもサポートする就業上の相談役である。業務遂行能力の獲得についてはOJTで対応している。内部研修の機会も計画的に実施し、さらに関係機関から文書などで情報の提案（外部研修の開催など）があった場合には内容を判断して随時に紹介、自己啓発としての参加を勧奨している。研修の参加費は、基本的に事業所負担としている。また、研修に参加しやすくするための配慮として、勤務表への記載の取り組みがある。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価では、施設長は「a」と判断している。その他の職員においても肯定率は高く、特に「外部研修への参加の勧奨と参加への配慮」の項目は肯定率が高い。一方「個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況の把握」については、いくぶん肯定率は低い。この課題は、目標管理、教育・研修制度、キャリアパス制度などとも関連しているため、総合的な人事管理の視点から改善に向けて検討することを期待する。</p>	

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。		評価
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		
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。	C
	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いおらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■改善課題 この評価基準の目的は「実習生などの福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について、基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意するなど積極的に取り組んでいること」について評価することである。当事業所では、実習生の受け入れについては、過去に「ホームヘルパー2級課程養成研修」の実務研修の実績があったが、現在は取り組んでいない。今後、法人は中・長期計画において、福祉事業所の新規開設、地域包括ケアを意識した認知症サポーター養成講座などへの取り組みの充実をあげている。そのような取り組みが進むなかで、学校との連携や実習生への支援について検討することを期待する。</p>	

### 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。		評価
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。		
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講評しているが、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講評していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)45.2%、b)45.2%であった。</p> <p>■取り組み状況 運営法人は生活協同組合であり、その組合員を対象として、事業内容や財務状況等に関する情報提供については、法人の会報や総代会の配布資料などを通じて、計画的かつ十分な情報提供内容となることを意識している。当事業に限定し、かつ一般市民(組合員以外)を対象とする情報公開・情報提供の取り組みを見ると、制度化されている「情報公開制度」のほか、ホームページに掲載されている「事業案内」や「イベントの紹介」がある。</p> <p>■改善課題 福祉施設・事業所の事業や財務状況等に関する情報を公開することは、公費による福祉サービスを提供する主体としてその説明責任を果たし、経営の透明性の確保を図るための取り組みとして、基本的なことである。また、福祉サービスを必要とする利用者・家族等がその内容を知り得るための情報は、サービス提供主体として、適切に公開・発信していく必要がある。事業計画、事業報告、予算・決算等の情報の適切な公開を図り、福祉向上のための取り組みの実施状況等を報告するためにも、第三者評価の受審状況や苦情・相談の受付体制およびその内容に関する情報公開について検討するよう期待する。情報公開は、当事業所の特徴や価値を示す機会でもある。</p>	

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>■職員自己評価の結果は、a) 32.3%、b) 38.2%であった。</p> <p>■取り組み状況                      施設長は、当事業所における事務・経理・取引などの運営に関するルールや権限について法人として明確にしているものの、その内容は事業所内では周知されていない状況であると判断している。なお、現状では、施設長は必要に応じて外部の専門家（社会保険労務士、行政書士など）に経営・運営について相談している。また、内部監査が年1回実施されているとしている。</p> <p>■改善課題                      この評価項目については、一般職員における周知度が低い。少なくとも事業所の管理者は理解できていることが求められる。</p>	

## 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。		評価
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。		
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>■職員自己評価の結果は、a) 45.2%、b) 45.2%であった。</p> <p>■取り組み状況                      福祉事業理念の一つに「私たちは、地域の皆さんと共に、安心して暮らせるコミュニティづくりに貢献します」を掲げ、地域とのかかわり方に関する基本的な考え方を明示している。当事業所の利用者が地域の行事などに参加する際には、組織内の組合員福祉委員会や助け合いの会に協力を依頼している。また、文化祭への参加などを通じて、地域の小学校や保育園との交流を図っている。</p> <p>■改善課題                      福祉事業部の理念に明記されている「地域の皆さん」とは誰なのか、考える必要がある。また、利用者の生活状況を丁寧に把握した上で、どのような地域生活を望むのか、活動範囲を広げる取り組みの必要性はあるかなどについて検討すること、利用者と地域との交流の機会を増えることを期待する。</p>	



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>■職員自己評価の結果は、a) 58.1%、b) 35.1%であった。</p> <p>■取り組み状況 法人の重点施策として「福祉事業所への協力者を増やします」を掲げ、その実施計画として、①ボランティア登録制度を確立し、組合に呼びかけ参加を高め、②利用者・家族との交流機会を増やし、利用者の自立支援状況や家庭での過ごし方を共有していきますと、その具体策を明記している。当事業所では、事業計画において、従来のレクリエーションボランティアと学生ボランティア中心であったものを、環境整備および話し相手ボランティアの登録等を目的に掲げ、ボランティアニーズを把握・集約し、ボランティア登録者を増やすための活動を開始している。また、当事業所にボランティアを受け入れる際のマニュアルの整備や、登録手続きについてもすでに準備をしている。また、学校教育との協力として、小学校には認知症関連の話をするなど目的で訪問している。</p> <p>■改善課題 ボランティア等の受け入れに関して、すでに積極的な取り組みを開始しているので、当事業所の全職員の協力のもとで、適切な受け入れ体制をつくり上げていくことを期待する。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		評価
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。		b
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) 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>■職員自己評価の結果は、a) 48.4%、b) 32.9%であった。</p> <p>■取り組み状況 地域との連携窓口は、施設長と相談員である。利用者の個別支援計画を作成する「サービス担当者会議」には必ず参加し、事業所として地域の関係機関との連携を図っている。また、地域包括支援センターが主催する関係機関との定期的連絡会である「地域連携会議」にも参加するとともに、介護支援専門員は「地域ケア会議」に参加している。</p> <p>■改善課題 個々の利用者の状況を丁寧に把握し、すでに利用している社会資源のみならず、福祉事業理念に明示されている「誰もがいつまでも自分らしくいられる」ための支援の実現を目標に社会資源のリスト化を進めること、またこれら社会資源との交流・連携を通じて、地域のケアネットワークづくりに取り組むことを期待する。</p>	

II-4-1(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
II-4-1(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	C
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■改善課題 事業所内には「喫茶コーナー」を設置し、地域住民等を受け入れる意向はあるが、現状では十分な活用はされていない。また、当事業所の専門性を活かした地域住民対象の「研修会」を開催するなどの取り組みはなく、昨年度は法人組織内の組合員対象の講師活動を実施している。事業計画には重点戦略として「家族・地域住民・組合員を対象に在宅でもできる介護に協力します」を掲げ、介護教室の開催を計画したが、実施には至っていない。当事業所の経験豊富な職員が、地域住民のために活躍することを期待する一方で、地域の社会福祉向上のための取り組みは、事業所単独では取り組みが困難なことも多い。当事業所だけでなく、法人と福祉事業部全体での取り組みが求められる。</p>	

II-4-1(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	C
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■改善課題 この評価基準の目的は「福祉施設・事業所が地域社会における福祉向上の役割を果たすために、地域の具体的な福祉ニーズを把握し、それに基づいて福祉施設・事業所独自の公益的な事業・活動を積極的に実施しているか」について評価することである。現状では、公益的な事業・活動への取り組みは見られない。今回の第三者評価の受審に際し、施設長は「当事業を維持・向上させていくため、これから何をしていかなければならないか」の質問に対し、①生協組合員や地域の住民等が行き来しやすい活動の場の提供（地域交流スペースや喫茶コーナーなど）、②地域密着型サービスへの転向と、夕食宅配として福祉事業施設で準備した食事を活用する宅配事業の実施、③地区学童施設（16時まで開設）が地域の「働く母親」にとって不都合が多いため、学童の一時預かりサービスを提供することなどの方針を示している。今後このような公益的な事業・活動を発展させていくことを期待している。</p>	

### 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。		評価
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持つための取組を行っている。		
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>■職員自己評価の結果は、a)71.0% b)16.1%であった。</p> <p>■取り組み状況 福祉サービス提供の理念・基本姿勢は「福祉事業理念」に記載されている。月次の職場会議で職員が分担して読み上げ、全員で唱和するなど、職員への周知徹底が図られている。</p> <p>■改善課題 「福祉事業理念」に示される福祉サービス提供についての基本姿勢は、働く者の基本的な心得にとどまっている。福祉専門職が利用者を尊重する姿勢を、その行動レベルで体現することを可能にする基準である「倫理綱領」の策定が望まれる。当事業所では、利用者を尊重したサービスの実施を理念・基本方針で明示し、組織内における周知徹底を図るとともに、さらに基本的人権への配慮に関する勉強会・研修の実施にも努めているため、倫理綱領の策定に向けた取り組みに着手しやすいものと考えられる。</p>	



Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 54.8%、b) 38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況                  利用者の個人情報の取り扱いについては、利用契約時に契約書および重要事項説明書によって秘密の保持について説明し、同意を得ている。利用者のプライバシーや秘密の情報の取り扱いについては全職員に配布している「ガイドブック」に記載し、守秘義務の徹底を図っている。環境的には、入浴時の風呂ではカーテンやのれんをプライバシー保護にも上手に利用している。当事業所では同性介護を基本としつつ、何事も本人の希望を確認して行動することをサービス提供の前提としている。「介護業務マニュアル」等の記述中でも、利用者のプライバシー保護について定めている。</p> <p>■改善課題                  虐待や職員の不適切な言動を未然に防ぐ観点から、また利用者の権利を尊重した支援を実践するためにも、施設長は毎年4月に実施する「上司面談」のほか、月次の「職場会議」や「OJT」などの機会を捉えて職員の理解を図っている。なお、職場会議では、不適切な対応事例を取り上げて検討する機会も設けている。ただし、福祉事業理念などを記載した「ガイドブック」や「介護業務マニュアル」等も職員に配布しているにもかかわらず、職員自己評価で「研修を実施している」と回答した職員は38.7%であった。利用者のプライバシー保護と権利擁護について周知徹底を図ることを課題に、組織として取り組むことを期待する。</p>	

Ⅲ-1-1(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。		評価
Ⅲ-1-1(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。		a
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) 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>■職員自己評価の結果は、a) 74.2%、b) 19.4%であった。</p> <p>■取り組み状況                  ・新規利用の問い合わせの多くは、介護支援専門員を経由することが多く、その対応は施設長や介護支援専門員である相談員が担当している。利用希望者から見学の要望があった場合には、管理者、主任、相談員(介護支援専門員)、リーダーが随時対応している。写真や絵を使用したわかりやすいパンフレットを用いて個別に説明するとともに、利用者個々の状況を考慮しつつ、居室、風呂場、トイレ等を見学してもらっている。平均して1か月に2～3件の見学希望に対応している状況である。なお、デイサービスの体験利用にも対応しているが、これについては1週間に1～2名の利用があり、好評である。なお、職員自己評価における職員の肯定率は87.1%である。</p> <p>・提供するサービスに関する情報は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所(20カ所)に月刊の『ニュースレター』を定期的に配布することで提供している。生協の組合員に対する情報提供は、県生協の機関紙『こだま』に当事業所の紹介記事を掲載したり、組合員代表に向けて毎月発行している当事業所の『運営通信』に各月度の「福祉サービス利用状況」を掲載し、報告している。その他、地域文化祭に当事業所の「紹介ブース」を設けたり、生協祭りに際しても「相談コーナー」を設置したりしている。今年度は、生協の宅配事業と連携し、ポスティングを実施した。</p>	

Ⅲ-1-1(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。	a
	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>■職員自己評価の結果は、a) 77.4%、b) 19.4%であった。</p> <p>■取り組み状況                  福祉サービスの開始にあたり、施設長と相談員(介護支援専門員)は重要事項説明書や契約書を用いて、運営方針、サービス内容、サービスの利用方法、サービス利用時の留意事項、秘密の保持および苦情対応窓口とその担当者名などを説明し、同意を得ている。費用の説明には契約書を使用し、十分な理解が得られるようにしている。なお、説明に用いる資料は、大きい文字で、写真や絵とも合わせて全体が理解できるように工夫し、わかりやすい情報提供となるよう心がけている。コミュニケーションが困難な利用者には、文字盤やトーキングエイドを活用したり、手のひらに文字を書くなどの工夫をしている。視力が低下した利用者については、担当の介護支援専門員や第三者の同席も得て、提供される個別の福祉サービスの内容を正確に理解してもらえるようにしている。</p>	



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>■職員自己評価の結果は、a)51.6%、b)45.2%であった。</p> <p>■取り組み状況 施設入所、入院のほか、当事業所では提供していない機能を希望した場合の他事業所の利用など、さまざまな事情でサービスが終了している。福祉サービスの変更等は、担当介護支援専門員から連絡が入ることが多い。施設長、相談員(介護支援専門員)、主任は、利用者・家族と面談の上、利用者・家族からの相談に丁寧に対応している。相談員は「サービス利用報告書」と「退所時要約記録」を作成し、利用者・家族の同意のもと変更先施設・事業所に「退所時要約記録」を手渡してもらうようにしている。特に、最終排便や入浴に関する情報提供は、利用者の健康や清潔の維持のため、必ず伝えている。</p> <p>■改善課題 サービス終了や変更の際して、当事業所では不安を感じる当事者である利用者本人に対しては「連絡帳」を作成している。この連絡帳には、サービス終了等に携わる関係職員の情報を要約し、記載するようにしている。一方、職員の自由意見として「施設長や相談員が対応することであり、よくわからない」という内容のものが見られた。直接担当していない職員への周知について、今後は検討するよう期待する。また、サービス終了後の利用者の生活を継続するには、福祉サービスの継続性を意識した支援が欠かせない。「連絡帳」の作成に限らず、より適切性が高い支援と、記録のあり方についての検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		評価
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。		
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>■職員自己評価の結果は、a)54.8%、b)41.9%であった。</p> <p>■取り組み状況 福祉事業部は、毎年「利用者アンケート調査」を実施している。アンケート調査の項目は福祉事業部が作成し、法人が運営する他事業所と共通のアンケート内容となっている。なお「家族会」が年2回開催され、当事業所からは管理者、主任、相談員などが参加している。利用者アンケート調査の結果や家族会で話し合われたことは、月次の「職場会議」で報告する。報告を受け、関連事項も含めて職員間で話し合わせ、全職員が情報を共有するように努めている。</p> <p>■改善課題 利用者満足度調査の結果を踏まえ、それを福祉サービスの質の向上に結びつけるところに課題があるようである。職員自己評価の結果を見ると「把握した結果の分析・検討」「その結果に基づく具体的な改善」の各項目において、肯定的率が30%と低い。また、利用者満足度調査の実施を「認識している」と回答した割合は50%未満で、なかには「利用者満足を把握するためのしくみがない」としている者もあり、組織的な取り組みになっていないことが推測される。ケア現場から出されてきた項目を加えて質問項目を作るなど、職員自らが参画する満足度調査とするなど、さらなる取り組みを期待する。</p>	

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。		評価
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。		
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	b
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)58.1%、b)35.5%であった。</p> <p>■取り組み状況 苦情解決については管理者と相談員が担当している。事業所入口に設置している「意見箱」には毎月1～2件の苦情等が寄せられている。苦情の内容は、送迎が伝達ミスによって遅れたこと、洗濯物の色あせやたたみ方など、利用者の方々の生活に関するものが中心である。苦情内容と苦情解決を図った際の対応および結果の記録は「苦情報告書」に記載し、報告者ファイルとして保管している。なお、苦情解決に関する第三者委員は配置されていない。</p> <p>■改善課題 職員自己評価結果を見ると「苦情解決の体制整備と苦情解決のしくみの周知」の各項目について、肯定的回答率がそれぞれ35.5%、29.0%にとどまる。一方、利用者調査で「外部の苦情相談窓口を教えてください」と回答した者の割合は71.4%であった。事業所が苦情解決を図る際には、密室性を排除すること、社会性・客観性を確保するため第三者委員を配置することが求められている。今後、さらに検討することを期待する。</p>	



Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 54.8%、b) 32.3%であった。</p> <p>■取り組み状況 苦情・意見・相談等は電話で受け付けているほか、利用者・家族が「連絡帳」に記載する場合もある。重要事項説明書に苦情受付窓口担当者と解決責任者の氏名・電話番号を明記し、周知している。なお、重要事項説明書には事業所外部の苦情・相談窓口（市町村の介護保険担当課や国民健康保険団体連合会など）も明記して、相談窓口の選択肢を複数用意している。その他に「組合員から法人本部に苦情・相談等が寄せられる場合もある」とのことであるから、重要事項説明書には法人本部の相談受付窓口も明記し、利用者・家族等の相談窓口の選択肢をさらに増やすよう検討するとよいと思われる。当事業所は「相談室」を設置しており、苦情や意見を述べやすい環境を整備している。</p> <p>■改善課題 職員自己評価結果を見ると「意見を述べやすいスペースの確保」の肯定率は高い。一方で「利用者が意見等を述べやすい体制の確保」について、各職員の理解が十分でないように見受けられる。職員自身が重要事項説明書を読み、内容を十分理解するところから始めることを提案したい。なぜならば、利用者が意見を述べる最初の窓口は、一人ひとりの職員だからである。現場に「職員一人ひとりが相談受付窓口である」との意識を涵養する取り組みを期待する。</p>	

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 54.8%、b) 38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況 施設長、相談員、主任は、相談・苦情を受け付けたときには「3日以内に対応する」として取り組んでいる。相談・苦情の内容と対応および結果は、月次の職場会議で全職員が共有している。利用者からは、苦情のみならず、要望も多く寄せられている。例えば、音楽だけでなくレクリエーションを企画してほしい、休む場所がほしい、運動したいなどの要望がある。それら利用者の要望も職場会議で検討し、可能な限り対応を図っている（例：休む場所をつくるためにベッド数台を追加購入して設置するなど）。</p> <p>■改善課題 職員の自己評価結果を見ると「マニュアル等の整備」に関する肯定率は3割以下である。また「説明と対応」の項目の肯定率も3割台にとどまる。一方で「利用者の相談を最初に受け止めたときの傾聴」の肯定率は7割以上であった。職員は、利用者の相談や意見を受け止め、担当者である施設長、相談員、主任に申し送った時点で終了としている可能性がある。担当でない職員にどこまで求めるかは、事業所の考え方である。自らが受け止めた相談や意見がどのように対応されているかについて共通理解しておく必要があり、そのための体制づくりが求められる。</p>	

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。		評価
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。		b
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) 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>■職員自己評価の結果は、a) 48.4%、b) 45.2%であった。</p> <p>■取り組み状況 事故およびヒヤリ・ハット報告書を作成し、月次の「職場会議」でそれを共有して話し合っている。その話し合い（カンファレンス）に費やす時間は、月次の職場会議の3時間のうち半分（90分）程度を占める。なお「事故発生時対応マニュアル」を整備し、これを職員に周知している。職場会議の開催時には「介護事故関連の学習会」を開催している。</p> <p>■改善課題 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集などは実施していない。また、事故発生時には再発防止策を検討しているが、事故の発生要因分析については不十分であることを管理者は認識している。そのため、再発予防策を立案しても、その実施状況や実効性などの評価もできていない。なお、リスクマネジメント体制に関する課題については職員自己評価の結果とリーダー層の自己評価結果が一致しているため、事業所として改善に向けた取り組みに着手しやすいと考える。</p>	

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	b
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 54.8%、b) 38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況                      感染症対策については、組織として対応することを明らかにしている。また「感染症対応マニュアル」も整備している。感染症の流行期に先がけて「感染症対応に関する学習会」を開催している。なお、職員がインフルエンザの予防接種を受ける際の費用は法人が負担し、接種しやすいように配慮している。</p> <p>■改善課題                      職員自己評価結果を見ると「感染症の予防対策の適切性とマニュアルの定期的見直し」については肯定率が3割台にとどまっている。感染症対応の学習会を開催しているが、ノロウイルス感染予防に向けた「嘔吐物処理」の実習は実施していない。嘔吐物処理用品も、ワンパックに整備されていない。さらに、事業所内を次亜塩素酸で毎日消毒しているが、近年の感染症対策では、通常時の消毒薬の使用方法に関して注意点があげられているなど、消毒方法や消毒そのものについての考え方も年々変化している。感染症対策に関する最新情報の収集に努めるとともに、全職員が確実に取り組む体制づくりを進めるよう期待する。</p>	

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。	C
	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>■改善課題                      この評価項目の目的は「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り組みを積極的に行っているか」を評価することである。福祉事業部のガイドブックには、事故・緊急で対応が必要になった場合の緊急対応マニュアル「フロー」が図示され、この対応フローを災害時も活用しているが、内容は連絡体制のフロー図にとどまり、災害時の職員体制、災害時の避難先、避難方法、避難ルートの確認など重要事項について不明である。また、災害時のための食料・備品類等の備蓄、地域の関係機関と連携した体制づくりなどは、今後の課題である。法人が関与する取り組みであり、検討を期待する。</p>	



Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-1(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。		評価
Ⅲ-2-1(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。		
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>■職員自己評価の結果は、a)51.6%、b)35.5%であった。</p> <p>■取り組み状況 福祉サービスの提供における標準的な実施方法は「介護業務マニュアル」「記録業務マニュアル」「医療マニュアル」「感染症対応マニュアル」などの各種マニュアルの形で文書化されている。標準的な実施方法は、職場会議で共有するとともに、管理者や主任がOJTによって職員に周知徹底するようにしている。提供する福祉サービスが標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかは職場会議やカンファレンスの場で確認するしくみであるが、管理者は「さらに精度を高めたい」と考えている。</p> <p>■改善課題 職員自己評価結果を見ると「標準的な実施方法の職員への周知徹底」「標準的な実施方法に基づいて実施されているか」について肯定率は4割以下である。今回の訪問調査において、管理者と主任がOJTによって標準的な実施方法を職員に周知徹底する取り組みが実施されていることを確認し、理解できた。管理者と主任は「さらに精度を高めたい」と考え、その取り組みも開始している。今後のさらなる充実を期待したい。</p>	

Ⅲ-2-1(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) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な懸賞・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)45.2%、b)38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況 標準的な業務の実施方法(マニュアル)は、前年度末(平成26年2月)に見直している。見直し方法は、職場会議で全職員が小グループに分かれて実際の実施状況を検証し、それらの意見・提案等を反映させながら内容について話し合い、改訂している。今後も「見守り」と「夜勤」について見直す計画がある。こうした見直しは、定期的に行われているというより、月次の職場会議や毎月開催するカンファレンスで業務の標準的な実施方法を取り上げ、随時見直しの提案ができる体制となっている。</p> <p>■改善課題 訪問調査において、月次の職場会議やOJTを組み合わせ、業務の標準的な実施方法を随時見直していることが確認できた。ただし、随時の見直しは安定性に欠ける恐れがあるので、定期的に検証し見直しを組織的に実施するような取り組みを期待する。</p>	

Ⅲ-2-2(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。		評価
Ⅲ-2-2(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。		
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>■職員自己評価の結果は、a)58.1%、b)32.3%であった。</p> <p>■取り組み状況 担当介護支援専門員が実施・作成した利用者のアセスメントと福祉サービス実施計画に基づき、当事業所の介護支援専門員が、サービスを提供するためのアセスメント、サービス実施計画を作成している。利用開始直後は、相談員(介護支援専門員)が作成した暫定的な実施計画を用い、2カ月以内に利用者の担当職員が実施計画を作成する。この実施計画の作成は、担当職員全員(夜勤勤務専門職員とパートタイマーを除く)が職員一人あたり利用者5名までの範囲で担当し、作成している。相談員(介護支援専門員)が最終確認したのち、通所介護計画書にまとめ、利用者・家族に手渡しで説明し、その了承を得ている。職員自己評価の結果では「a」は58.1%であったが、訪問調査においてアセスメントから実施計画策定に至るプロセスを確認し、総合的に判断して「a」と評価した。</p>	

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に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)51.6%、b)38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況 福祉サービス実施計画の見直しは「6か月ごとに実施すること」を事業所として定めている。サービスの実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順も定めている。担当職員はモニタリングによって利用者の状態の変化を確認し、結果を職場会議やカンファレンスに報告・提案して、全職員で見直しを実施している。当事業所では、利用者・家族と居宅介護支援事業所に「利用報告書」を毎月提出しており、その報告書の作成過程が、そのまま評価・見直し過程となっている。一方、居宅介護支援事業所が実施した計画の見直しが相談員に届けられるため、事業所の担当者は、その内容をサービス提供の実施計画に反映させている。</p> <p>■改善課題 サービス実施計画を緊急に変更する場合のマニュアルの整備は、今後の課題である。アセスメントの内容が現状の記録にとどまっており、原因にアプローチするアセスメントになっていないところも見受けられる。アセスメントのさらなる精緻化を期待する。</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。		評価
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。		a
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) 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>■職員自己評価の結果は、a)61.3%、b)32.3%であった。</p> <p>■取り組み状況 サービス実施状況を「三測表」「排泄表」「個人生活記録」に記録している。日勤のリーダーは、これらの毎日の記録を確認している。利用者の情報は、毎日・随時開催され日勤者が参加する「ミーティング」や月次の「職場会議」により、職員間で共有している。職場会議の平均会議時間は約3時間であるが、ほぼ半分の時間(90分)をカンファレンスとして話し合いの時間とし、全職員が利用者の情報を共有できるようにしている。介護ソフトを利用しており、サービス提供に伴って必要となる情報は、各職員がいつでも確認できる環境が構築されている。</p>	

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ、適切に管理が行われている。	a
	b) 利用者に関する記録の管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規定が定められていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)51.6%、b)38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況 利用者に関する記録は、法人の規定で5年間は適正に保管することとなっている。利用者に対しては、重要事項説明書と契約書に基づき、当事業所ではサービス提供記録を作成すること、その完結から5年間は適正に保管すること、利用者はサービス提供記録を閲覧できることなど、利用者に関する記録の管理に関して、個人情報保護と情報開示の2点を説明している。記録の最終責任者は管理者である施設長であることが定められている。なお、記録の管理については、個人情報の保護の観点から新人職員研修時に教育研修を実施するとともに、雇用契約でも秘密保持を求めている。職員自己評価の結果は「a」が51.6%であったが、訪問調査において実際の取り組みを確認し、総合的に判断して「a」と評価した。</p>	





A-1 支援の基本

A-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。	a
	b) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)61.3%、b)38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況                      評価着眼点のうち「利用者の心身状況等の把握について」は、職員自己評価で9割を超す肯定的回答率を得ている。利用者の心身の状況は、担当介護支援専門員からの基本情報として把握している。併せて、利用契約時の訪問で利用者と面接して生活歴等についても情報を把握し、それらを記録化して利用開始までに職員間で共有するようにしている。個別の支援計画は、極力自立に向けた支援を実施することを基本に作成し、月1回のカンファレンスと、昼休み時の話し合いや申し送りで実施状況を確認している。利用者それぞれの趣味や興味のあることを把握し、それに基づいて一日の過ごし方を支援している。その内容は、そろばん、計算問題、塗り絵などのプログラムであるが、それらが利用者にとって適切であるか否かは、直接本人に尋ねたり、集中度などから判断している。今後、社会参加につながるプログラムを強化したい意向をリーダー層・職員ともに持っている。さらなる取り組みを期待する。</p>	

A-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>■職員自己評価の結果は、a)61.3%、b)38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況                      職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点のうち「利用者の意向をケアに活かしている」「支援する際のコミュニケーション」について8割を超える高い肯定率である。取り組みの具体例としては、集団の場面で自己表現しない利用者については、トイレや入浴介助など職員と1対1になる介助をよい機会として意識的にコミュニケーションするようにしている。また、難聴や言語障害がある利用者については、筆談のほかトーキングエイドなどを利用者の状態に応じて活用するなどの工夫をしている。利用者に対する言葉づかいや接遇がより適切なものとなることを目指して、3カ月ごとに「規律性点検表」で職員が自己チェックする取り組みを実施している。さらに「接遇マナーのマニュアル」も整備し、活用している。</p>	

A-2 身体介護

A-2-1(1) 入浴介助、清拭等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) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 入浴介助、清拭等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) 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)93.5%、b)6.5%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果は、評価着眼点の「入浴の支援にあたり、利用者の意向と身体機能に合わせて環境を整えている」で特に肯定率が特に高く、9割を超えている。その具体的な取り組みとしては、家庭と同じような入浴動作で入れる一般浴槽を3台備え、各浴槽の間を必要時にカーテンで仕切れるようにしている。カーテンは利用者の身体に手術跡がある場合などに使用するが、利用者の意向で選択するようにしている。隣り合う浴槽で話をしながら入る関係の利用者同士では、あえてカーテンは使用しないなど、利用者の状態や状況等に合わせて使い分けている。また、浴槽に入る、足浴のみ、シャワー浴などと、利用者の意向や習慣に合わせて対応している。さらに、円背が強く通常の浴槽では顔面が湯につく利用者や、身体機能の低下が著しい利用者向けの特設浴槽も備えている。</p>	

A-2-1(2) 排せつ介助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) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 排せつ介助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) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)90.3%、b)9.7%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「利用者の意向と身体機能を踏まえた支援」「排泄物を通した健康状態の観察」「臭気の発生予防と清潔について」は9割を超す高い肯定率である。具体的な支援としては、在宅時の排泄動作や行動を把握した上で、可能な限り「トイレでの排泄」を目指して自立に向けて取り組んでいる。誘導時の声かけには、他の利用者にわからないようにするなど配慮している。さらに、トイレ内の転倒防止と羞恥心への配慮から、排泄終了後に適切に声をかけられるよう職員はタイマーをセットし、声かけ忘れを防止している利用者もいる。適切なタイミングで声かけ・誘導ができるように排泄パターンを把握し、それを支援計画に反映させて取り組んでいる。なお、トイレの手すりの設置位置について、一部に利用者の立ち上がり誘導する位置にないものがある。立ち上がりを誘導する位置となるよう、手すりに関する検討を期待する。</p>	

A-2-1(3) 移乗、移動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) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせておこなっているが、十分ではない。	
	c) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)74.2%、b)25.8%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「安全な移乗・移動」「移乗・移動の支援時における他の利用者への安全面での配慮」は9割を超す高い肯定率である。職員は、利用者の体型や障害に見合った車いすを使用していないことに気づいたときには、担当介護支援専門員や家族に連絡している。例えば、利用者が車いすからずり落ちやすいことなどから「車いすが合っていないのでは」と気づくことができている。車いすに座りっぱなしにさせないよう、食事の際は椅子に座り替えるなど、利用者の状態に応じて車いすを使用するようにしている。移乗・移動介助の技術を獲得するため、当事業所では職員に対して研修の受講を勧めている。そのようにして、先回りした過剰な介護とならないよう、すなわち利用者が自ら動けるように待つことを大切にしている。事業所が備えている移動用具には点検日を設け、定期的に点検・整備している。</p>	

A-2-1(4) 褥瘡の発生予防を行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防を行っている。	a
	b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。	
	c) 褥瘡の発生予防を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)58.1%、b)38.7%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「利用者の心身の状況に応じた体位交換や姿勢の交換」は9割を超す高い肯定率である。利用者の全身状態は、入浴時に看護師が観察している。自力では移動動作ができない利用者については、時間ごとに体位変換等を実施している。また、姿勢の変換時には、応力による皮下組織のずれを生じさせない支援に努めている。なお、職員自己評価では1項目の評価着眼点を除き、それぞれの肯定率は6～9割であった。ちなみに「研修や個別指導等の方策を講じている」の1項目が肯定率5割以下となっていた。職員の意見として「除圧への取り組みがクッションとエアーマットの使用にとどまっており、高反発マットの導入について検討不足」があげられていた。今後の取り組みに期待しながら、総合的に判断して「a」と評価した。</p>	



A-3 食生活

A-3-(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。	a
	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>■職員自己評価の結果は、a)96.8%、b)3.2%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果において特に肯定的回答率が高い項目であり、食事に対する当事業所の姿勢がうかがえる。評価着眼点にもある「利用者の嗜好に応じた献立」「旬の素材の取り入れ」「食器と盛り付けの工夫」「適温での食事の提供」は事業所として力を入れて取り組んでいることでもあり、肯定的回答率はそれぞれ9割を超している。利用者の嗜好は、利用開始時に「食事嗜好カルテ」を作成して好き嫌い等を把握している。食材については生協カタログを利用し、できるだけ旬の素材を取り入れるようにしている。食材は週単位で申し込み、購入するため、献立も週単位で栄養士が作成している。事業所内の厨房で食事をつくっているため、利用者の状態に応じて変更もしやすく、また適温状態で提供している。今回の第三者評価に合わせて実施した利用者調査にも「いくつかの事業所を利用したが、食事の美味しさで当事業所の利用を決めた」とのコメントが寄せられている。</p>	
A-3-(2) 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		評価
判断基準	a) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)77.4%、b)19.4%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「利用者の嚥下能力に合わせた食べやすい食事の工夫」は肯定的回答率10割である。厨房会議を月1回開催し、食形態などについて検討している。現在は5種類の食形態で食事を提供している。なお、ソフト食を提供したこともあったが、利用者から「見た目の違い」を指摘され、刻み食を成型して提供する形に戻している。利用者の嗜好調査の結果として把握されたそれぞれの「好き嫌い」は食札に反映させ、厨房が常に意識できるようにしている。栄養士のスタッフがいるため、利用者の療養食にも適切に対応でき、家庭での食事の工夫などにも積極的に応じている。また「むせ」への対策や水分摂取についての工夫もしており、そのことは家族や担当介護支援専門員にも伝えていく。なお、食事するテーブルの高さは一律で、利用者が自然に肘をつける高さではない。献立全体が見える適切な高さであれば、介護度が進行した場合にも自己摂取できる可能性が増す。今後の見直しを期待する。</p>	
A-3-(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>■職員自己評価の結果は、a)51.6%、b)45.2%であった。</p> <p>■取り組み状況 利用者の口腔ケアの自立度を個別支援計画に記載し、利用者の状況に応じて必要な支援が実践できるようにしている。また、昼食前の嚥下体操により、利用者が美味しく、安全に食事できるように努めている。食後は口腔ケアを実施するように利用者を誘導し、必要に応じて介助もしている。</p> <p>■改善課題 食後に口腔ケアとしてブラッシングしている利用者を見たが、使用している歯ブラシが適切な形状でない場合が見受けられた。職員自己評価においても「専門家の助言・指導を受ける機会」「口腔ケアに関する研修等について」では肯定率が低い。職員が口腔ケアについての知識・技術を獲得する機会を設けることを課題に、さらに取り組みを強化することを期待する。</p>	



### A-4 認知症ケア

A-4-(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>■職員自己評価の結果は、a)38.7%、b)61.3%であった。</p> <p>■取り組み状況 利用者ごとに認知症の周辺症状に応じた対応が適切かつ統一的にできるよう、職員はカンファレンスで検討している。利用者が洗濯物たため、調理の下ごしらえ等の役割を生活のなかに見出し、参加できるようにしている。状態に合わせて利用者が落ち着けるための対応策として、ドライブ、買い物、将棋、生け花などの活動を工夫し、提供している。認知症に関する理解を深めるため、職員が「認知症サポーター研修」を受講できるように取り組んでいる。また、家族に「介護アンケート調査」実施し、そこで把握された意見等を活かして「家族会」を開催している。</p> <p>■改善課題 「認知症サポーター研修」について、当事業所では全職員の受講修了を目指す意向がある。なお、職員の意見に「認知症に関する学習をさらに深めたい」というものがあった。リーダー層は「現状では認知症に関するアセスメントも不足している」と認識している。認知症の状態を理解する能力が高まれば、対応方法も深まるものと考え、今後の計画的・積極的な取り組みを期待する。</p>	

A-4-(2) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。		評価
判断基準	a) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
	b) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)45.2%、b)51.6%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「利用者の安心・安全への工夫」については9割が肯定的に回答しているが、管理者は「環境面に課題がある」としており、不十分と考えている。具体的な取り組みとしては、危険物の取り扱いについて、薬、洗剤、灯油、包丁などに利用者が自由に触れないように管理・保管を徹底している。また、片づけや清掃を励行することで、利用者の異食防止にも努めている。共有スペースには「喫茶コーナー」を設けて利用者がくつろげるように配慮するなど、環境面についても工夫している。</p> <p>■改善課題 コンクリートにシートを直貼りした床のため冬期に寒いこと、柱が多く「死角」があること、床面積が広く職員の動線が長いことなど、環境面の整備について改善課題は多い。このような環境面の改善については、管理者・職員ともに同様に認識している。ただし、環境面の整備は予算措置を伴うものもある。そのため、改善には優先順位を設けて計画的に取り組むことを期待する。</p>	

### A-5 機能訓練、介護予防

A-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>■職員自己評価の結果は、a)19.4%、b)58.1%であった。</p> <p>■取り組み状況 レクリエーション活動に、椅子に座って安全に実施できる「介護予防体操」を取り入れている。また、自宅までできたと考えられる打撲痕、徘徊などの課題については、当事業所では「担当者会議」を開催し、対応策を協議している。</p> <p>■改善課題 要支援の利用者を受け入れているが、個別の機能訓練や介護予防活動は実施していない。そのため「b」と評価したが、これは取り組みが不十分なためではなく、事業所の現在の方針である。なお、今回の第三者評価に合わせて実施した「利用者調査」では「もう少し自立心を意識した支援」や「自主的な排泄・食事動作への支援」を希望するコメントが寄せられている。利用者を「介護される側」として受け身に固定しない支援も重要と考える。今後の検討を期待する。</p>	

A-6 健康管理、衛生管理

A-6-(1) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。		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があるが、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>■職員自己評価の結果は、a)67.7%、b)32.3%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「健康状態の記録」「急変時の関係者への連絡体制の確立」については9割を超える肯定的回答率である。実際の取り組み状況としては「利用者の体調観察」を通所時間内に定時で2回、また必要時には適宜実施している。利用者の体調変化などに気づいた際は、それぞれの主治医と適切に連絡がとれるように体制を整えている。朝の迎えの際、家族から利用者の体調に関する情報を得て、それを職員間で共有している。なお、職員のなかには「利用者の健康管理をより確実に実施できるように、病気や薬についての知識を深める取り組みを深めたい」とする意見がある。さらなる取り組みを期待する。</p>	
A-6-(2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
	b) 感染症や食中毒の発生予防を行っているが、十分ではない。	
	c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価結果は、a)67.7%、b)29.0%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「職員のインフルエンザ等の予防接種費用の負担」については肯定的回答の割合が9割を超えている。具体的な取り組み内容としては、感染症発生時の対応をフロー図として明示し、職員に周知している。また、職員の健康状態をチェックするマニュアルを備え、職員・家族が感染症にかかったときの対応もそのマニュアルに明示している。事業所は、職員の感染症予防接種(インフルエンザ)の費用負担補助をしている。また、感染症や食中毒に関する学習会を開催している。インフルエンザの流行期には、室内の加湿や温度調整など環境面にも配慮するとともに、職員の出勤時には体温測定している。感染症予防に役立つ手洗いを設置し、消毒薬などを適所に配置するとともに、来館者や家族の感染症予防に関するポスターを事業所内に掲示している。</p>	

A-7 建物・設備

A-7-1) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。		評価
判断基準	a) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b
	b) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価結果は、a) 35.5%、b) 48.4%であった。</p> <p>■取り組み状況 事業所の建物・設備については定期点検している。備品類のチェックや職員からの「気づき提案」などにも取り組んでいる。事業所内にはベッドやソファを備えて利用者が適宜休息できるようにし、さらに共用スペースには「喫茶コーナー」を設け、利用者が快適に過ごせるように工夫している。</p> <p>■改善課題 この評価項目については「建物・設備を安全性や快適性から定期点検し、改善しているか」「備品について落ち着けるような雰囲気工夫しているか」「休息できる場所とその環境への配慮があるか」など6項目が評価着眼点としてあげられている。この評価着眼点別に職員自己評価の結果を見ると、すべての項目で肯定的回答率が5割を超えている。にもかかわらず、職員の判断では「a」の割合は35.5%にとどまっている。この結果の原因を探る必要があると考える。なお、リーダー層は「事業所の床材は利用者の安全性・快適性から問題がある」としている。</p>	

A-8 家族との連携

A-8-1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
	b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族との連携を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 61.3%、b) 35.5%であった。</p> <p>■取り組み状況 職員自己評価の結果を見ると、評価着眼点の「家族に対する利用者情報の報告」「家族への伝達方法の工夫」で、肯定的回答率が8割を超えている。当事業所では、具体的には、①必要に応じて利用者の状況を家族に報告している、②契約時や介護報酬改定時などに管理者や生活相談員が料金等について個別に説明している、③家族とのやり取りや相談内容は「個人記録」「生活記録」に記載している、④利用者の日々の状況は、バイタルサイン測定値、食事量、入浴や排便の状況、レクリエーション等について「連絡帳」にコメントを書き込み家族に知らせている、⑤送迎時に介護者(家族)からの相談に応じたり、利用者の体調・顔色などを観察し、必要に応じて事業所の生活相談員から担当介護支援専門員に連絡して対応を協議する、などの取り組みをしている。なお、家族にスライディングシート等の適切な使用方法を伝え、家族の介護負担の軽減を図った例もある。</p>	



## 福祉サービス第三者評価「総評」

### I. はじめに

組合員 74,400 名（2015 年度、第 56 回通常総代会議案書）の生活協同組合が経営する 1 カ所の通所介護事業所（短期入所生活介護と居宅介護支援事業所を併設）について、第三者評価を実施させていただきました。事業所は法人組織の福祉事業部に属し、他の福祉事業として訪問介護、通所介護事業、小規模多機能事業を運営しています。法人の他事業として宅配事業を実施し、組合資本は合計 41 億円を超える大規模法人です。

大規模法人として、中・長期および単年度計画の策定と実施に関する取り組み、人事制度などに関する文書の充実、また法令遵守に関してルールを明確にしています。これらの文書は職員に配布し、周知に努めていました。また理事会をはじめとする諸会議の定期的な開催や内部監査の実施なども、法令遵守の視点から高く評価できます。

当事業所の施設長は、現場の課題の把握と解決に全力を注ぎ、職員から信頼を得ています。そのことは、職員自己評価の結果とコメントの内容から十分うかがい知ることができました。また、施設長には法人や福祉事業部との橋渡し役としての精力的な活動があります。これらの取り組みについては第三者評価基準の評価項目に記載しています。

しかし、大規模法人の事業のなかで今回の第三者評価の対象になった通所介護事業と福祉事業分野についてはビジョンづくりの取り組みを開始したところであり、具体策の提示には至ってない状況と思われます。特に、組織運営分野に、多くの課題が認められました。一方、サービス分野においては適切で優れた取り組みがありました。そのため総評では、組織運営分野については改善点のみを記載させていただきます。

なお、短期入所生活介護事業についても、本サービスに特化した評価項目で評価し、利用者アンケート調査を実施致しました。しかし、聞き取り調査では管理者をはじめとしてリーダー層は兼務であり、また 2 つのサービスに熟知していたため通所介護事業と同時に聞き取りを実施しました。その結果、双方には大きな差異がないことがわかり、今回の報告書は通所介護事業のみとさせていただきます。

利用者調査は、アンケート方式によって実施しました。調査対象者 35 名、有効回答者 21 名で、有効回答率は 60.0%です。結果を見ると「大変満足」38.1%、「満足」61.9%と満足度は高く、質問項目 15 項目の肯定率も高いものでした。一方、希望として「リハビリテーションの充実」が寄せられており、改善課題として取り上げています。

## Ⅱ. 使用した評価基準、判断基準および評価機関としての判断基準

### 1. 使用した評価基準

平成 26 年 4 月 1 日に厚生労働省関係部署から発信された評価基準である。大きくは組織運営分野の基準（Ⅰ. 福祉サービスの基本方針と組織、Ⅱ. 組織の運営管理、Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施）と、内容評価基準（A. サービスに特化した評価基準）に分かれる。

組織経営分野の基準は、第三者評価の全国推進組織である「全国社会福祉協議会」に設けられた「福祉サービスの質の向上推進委員会」で検討され、平成 26 年 4 月 1 日に厚生労働省関係部署から発信された基準である。

また、内容評価基準は、平成 25 年 3 月 29 日に厚生労働省の関係部署から通知されたものであり、高齢者福祉サービス版として策定された最新の基準といえる。

### 2. 使用した判断基準

福祉サービスの第三者評価では、事業所活動の現状の自己評価、利用者調査、資料・文書、および評価調査者が聞き取り調査を実施して得られた情報を総合的に判断して、評価を実施する。このときの判断基準として、a)、b)、c) の水準が示されている。

この 3 段階の判断基準は、最低基準を満たしていることを前提としてそれぞれ下記の通りに内容が示されている。

#### a) 評価:

よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

#### b) 評価:

a) の評価に至らない状況、多くの施設・事業所の状態、a 評価に向けた取り組みの余地がある状態

#### c) 評価:

b) の評価以上の取り組みとなることを期待する状態

### 3. 評価細目ごとに示される「着眼点」について

現場の活動や取り組み状況を判断する際にチェックすべき点であり、評価を行う際の視点になる。評価項目により「着眼点」の項目およびその数は異なるが、この着眼点の実施状況を参考にして評価・判断が行われる。

職員自己評価でも、この着眼点により自事業所の実施状況を判断し、総括して判断基準による判断を進めるプロセスをとる。



## 4. 評価機関としての判断基準

当評価機関は、今回使用した評価基準でこれまでも全国の事業所で第三者評価を実施している。今回の「評価機関としての判断基準」も、その際の基準と同様である。

すなわち、評価細目ごとに職員全員に自己評価として着眼点の実施状況と判断基準の「a、b、c」の水準について判断してもらう。その結果を集計・分析し「a」と判断した職員が60%以上であることを基準としている。

さらに、職員からのコメント・自由意見、そして利用者アンケート結果も参考にし、事業所の責任者・管理者とリーダー層からの聞き取り調査を実施して、文書・資料類を拝見しながら総合的に判断した。

## Ⅲ. 第三者評価の結果

### ○特に優れていると思われる点

#### <サービス分野>

(評価基準：Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施および内容評価)

#### 1. 記録を構造化して、情報共有だけではなく連携に生かしている

サービス実施計画の実施状況が適切に記録されるとともに、情報が職員間および居宅介護支援事業所(担当介護支援専門員)との間で共有されていることは高く評価できる。

##### 1) サービス実施計画のプロセスの適切性と情報の共有

サービス実施計画の実施状況についてはコンピュータによるデータベース化を前提に記録されている。なお、この記録は以下の6項目(①～⑥)から成り立っている。

すなわち、①「基本動作」の項目には起居動作、移乗・移動、体位交換など7項目の下位項目を、②「医療」の項目には薬剤管理、服薬介助、処置など13項目の下位項目を含んでいる。そして、同様に下位の項目を含む③「排泄」、④「入浴・整容」、⑤「食事・口腔ケア」、⑥「心理・社会」の計6項目から、記録を構造化している。

アセスメントも、上記6項目および各項目に含まれる下位項目に沿って実施される。サービス実施計画や提供するサービスの実施手順にも、6項目の枠組みを用いている。それによって、アセスメント、サービス実施計画、サービス実施、モニタリングという4つのプロセスが構造化されるため、記録は簡潔で、焦点も明確である。

また、利用者一人ひとりの日々のサービス実施状況の記録に基づき月間利用報告書を作成している。月間利用報告書は単にサービス利用回数を報告することにとどまらず、前述の6項目のそれぞれの状況を簡潔に要約した内容になっており、モニタリングその



ものである。

月間利用報告書は利用者を担当する職員が中心になり作成するが、観点を定めて他の職員に観察やモニタリングを依頼することもある。その際にも、前述の記録の6項目と下位項目が職員間で共通理解されているため、円滑な職員間連携が可能となっている。

## 2) サービス計画と実施状況の活用

月間利用報告書は、居宅介護支援事業所と家族にも提出している。この取り組みは、居宅介護支援事業所からは「利用者の最新情報は大変有用である」と評価を得ている。現在は、居宅介護支援事業所の判断により利用者を担当する他の事業所、例えばホームヘルパーなどに対する情報提供には至っていないが、この記録・情報共有のしくみは、将来の「地域を基盤とする福祉サービスネットワークの構築」に資する可能性を含んでいると考える。

何が記録され、誰がその記録を読み、どのくらいの期間保存されるのか、どの情報が、誰となぜ共有されるのかは、重要事項説明書や契約書を使って、利用者に説明していることが前提になっている。その上で、現在の取り組み状況を一歩進めて、利用者自身が福祉サービスの利用状況を、例えば連絡帳などに覚え書きとして記録したり、サービス提供者と利用者が一緒にサービスを評価しながら適宜サービス実施計画を調整していく過程を記録したりすることで、さらに「けんせいきょう福祉事業理念」を実体化させていくことについて可能性が開けてくると考える。

## 2. 利用者の心身状況、嗜好に合わせ食事をおいしく食べられる工夫をしている

利用開始前の面接で、日常的に摂っている食形態や嗜好を把握し、それを反映させた食事を通所開始日に準備し、提供している。しかも、事業所内で調理しており、厨房と介護現場が連携して、当日の利用者の状態に応じて食事内容を調整するといった対応ができています。さらに、ソフト食への利用者の反応を踏まえて食形態を戻し、食べやすく工夫するなど利用者の意向を調理方法に反映させている。

職員自己評価でも、食事に関する取り組みについては肯定度合いが9割を超えている。利用者調査でも、食事に関する満足度は高い。さらに事業所での利用者の食事への工夫、例えば療養食や「むせ」への対応方法などを担当介護支援専門員や家族に伝えて、在宅での食事づくりに活かせるように働きかけている。つまり、事業所内での食事を、在宅生活継続のために役立てられるよう「それぞれの家庭の事情に応じたわかりやすさ」で伝えていることも高く評価できる。

## 3. より自立的な排泄支援に取り組んでいる

自立的な排泄に向けた支援は人の尊厳を保つうえで重要になる。本事業所では誘導の声掛けに配慮する一方で、トイレ内での転倒などの事故防止に向けた様々な工夫をして

いる。そして、利用者それぞれの排泄パターンを把握し、援助計画に反映させて全職員が統一的方法で支援している。職員の自己評価結果も、排泄に関する取り組みについては肯定度が9割を超えている。ただしトイレの構造を見ると、利用者の座る、立ち上がるという排泄動作を誘導する位置に手すりがない等の問題がある。利用者の自立的排泄を支援するためには、利用者の機能を引出せる環境整備に取り組む必要がある。環境が整っていないと職員は力技で介護することになり、それが職員の腰痛などの原因にもなる。環境の見直しと改善を期待する。

## ○改善が必要と思われる点

### ＜組織経営分野＞

(評価基準：Ⅰ. 福祉サービスの基本的な方針と組織、Ⅱ. 組織の運営管理)

#### 1. 現場職員を巻き込んだビジョンづくりと新規課題への挑戦

今回の職員自己評価における職員の自由意見には、法人あるいは福祉事業部に対する意見が随所に見られた。総じて、「もっと現場のことを知ってもらいたい」「自分たちの意見を直接聞いてもらいたい」という内容である。

本事業所のリーダー層は経験が豊富であり、また、事業に真剣に取り組み、サービス分野では一定の成果を上げている。今回、聞き取り調査の終了時に、3名のリーダーに感想を聞いたところ「安穩としていたことに気がついた」といった感想を述べている。ベテラン職員のモチベーションの向上には、新しいことへの挑戦が欠かせない。しかし、法人として幹部としてその挑戦をサポートすること、職員への後押しがあると実感することで挑戦ができると思われる。

第7次中期計画基本戦略では、福祉事業分野の戦略として以下を掲げ、2015年度から取り組みを開始している。

##### ① 参加・参画と地域社会貢献

・福祉事業所への協力者を増やします(有償・無償ボランティア、家族の協力)。

##### ② 組合員さんへのお役立ち

・全ブロックで福祉事業が利用できる状態を目指します。  
・組合員利用分量比率を高めます(ゆとり～なの事業改革)。

##### ③ 安定した経営

・既存事業を黒字にします(輝くろべの成功、新規事業所開所)。

今回の評価で、施設長は「本事業を維持・向上させていくために、これから何をしなければならぬか」の質問に対し、①生協組合員や地域の方々が行き来しやすい活動の場の提供(地域交流スペース、喫茶コーナー)、②地域密着型サービスへの転向、福祉事業施設で調理した食事を夕食として宅配、③地区学童施設(16時までの開設)が「働くママ」にとって不都合が多いため「地域の学童一時預かり」を実施する、などを



あげている。

このような提案に対し「実現は困難かもしれない」などとして不可能な条件を上げる前に、法人の理念と使命に立ち戻り、互いに夢を語り合うことが大切であると思われる。また、外部環境の把握と分析が必要であり、これらを担当する体制も必要である（この内容に関しては、評価項目 I-2- (1) -①の「事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されているか」や 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か」の部分が参考になる）。

## 2. 福祉サービスの利用者・顧客について再考し、積極的な情報提供と特徴ある

### サービスの提供が求められる

法人は会員組織であり、活動状況から当然と思うが、生協の組合員を意識した内容が豊富であった。一方、当事業の広報活動や情報の開示・公開を見たときに、一般市民を意識した取り組みに乏しいことが認められた。さらに、地域貢献活動の視点からの取り組みやその計画化も不十分といえる。

今回の第三者評価結果も「利用者への情報提供」に関する項目と「地域福祉の向上のための取り組み」に関する項目は、総じて低い評価になっている。

地域包括ケアが進められるなか、利用者の概念の広がりに伴って、提供するサービス内容にも特徴が求められるようになってきている。法人をあげて検討することを期待する。

## 3. 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の強化が

### 求められる

事業所が属する法人福祉事業部の実施計画には、安全・安心に関する重点戦略として「介護事故事例を共有して、事故ゼロに取り組めます」が掲げられ、それを受けた実施計画には「介護サービスの質の向上を目指します」を明記している。

介護事故と「ヒヤリ・ハット」の区別は、事業所（法人）によって違いがある。また、介護事故は保険者への報告が義務づけられ、報告すべき「事故」の範囲も、国がガイドラインとして示しているが、実際の運用は保険者で差が見られる。とはいえ、利用者に実害があれば「介護事故」として報告を義務づける保険者が多数を占める。

当事業所においては、事故報告書作成の範囲は「利用者に実害がないもの」も含めたものとしている。そのため、動ける利用者がいるゆえに「トイレ内でひざまずいている状態で発見」のような転倒の件数が増える傾向がある。事故やヒヤリ・ハットを安全・安心と介護の質向上のための気づきのよい機会として再発の予防策を講ずるとすれば、当事業所の報告書の作成基準も、一つの考え方である。ただし現状は、発見した職員が報告書を作成し、それを職場会議で報告するだけで終わっている。そして事故に対する



要因分析が不足していることは、管理者も認識している。

事故発生の原因を、利用者の身体機能の低下、判断能力の低下、さらには骨粗鬆症として対策を職員の見守り強化にとどめるだけでは再発予防につながらない。まず必要な取り組みは、リスクマネジメントに関する責任者の明確化である。さらに委員会を設置するなどして要因分析に取り組み、具体的な再発予防策が見出せる。そして具体的な再発予防策を講じることができると、職員は自らの気づき（ヒヤリ・ハット等）を報告しやすくなり、よい循環が生まれる。事故やヒヤリ・ハットを上手に活用すると、人材育成のよい機会にもなる。今後の積極的な取り組みを期待する。

## ＜サービス分野＞

### 1. 認知症ケアへの取り組みの強化を期待する

認知症については「環境をどのように整備すればよいのか」また「認知症そのものに関する学習を深めたい」との希望が職員から寄せられている。現状は、周辺症状で落ち着かない利用者に対しては、ドライブや生け花などを活用し、どうすれば落ち着くかを職員は手探りで対応している。積極的に対応するためには、まず認知症の学習を深める必要がある。それによって、観察すべき事項、対応のポイント、記録などで職員が共有すべきことが理解でき、対応方法の見直しや検討すべき事項にも気づけるようになる。また、利用者の生活歴の把握内容やその必要性の根拠、さらにそれを支援でどのように使うのかなどまで「事例」を通じて理解できると、各職員の認知症への向かい合い方が変化してくるものと考えられる。積極的な取り組みを期待する。

### 2. 機能訓練について事業所の方針を定める必要がある

現在のところ、集団レクリエーションのなかに椅子に座って行う介護予防的な体操を取り入れているが、利用者それぞれの身体状況に応じた機能訓練は実施していない。

職員自己評価およびリーダー層へのヒアリングでも「機能訓練について不十分」との結果である。

一方、利用者調査の結果では、日頃感じている意見・要望として「生活リハビリテーションの充実（自力での排泄・食事）」「やってもらうことが当たり前になっているので、もう少し自立的に」などが寄せられている。

機能訓練に関する利用者の希望にどう対応して、運営していくのか、事業所の方針を定める必要がある。機能訓練に取り組むとするならば、理学療法士・作業療法士などの専門職による支援も必要になる。また、そのような方針を取らない場合も食事、排泄、入浴などの生活動作をより自立的にできるようにするための支援は、通所期間を通じて実施する必要があると考える。検討を期待する。

以上