

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市甲陽園本庄町9番17号
評価実施期間	2013年 8 月 1 日 ~ 2013年 12 月 20 日 (実施 (訪問) 調査日 2013年 9 月 3 日) 2013年 9 月 24 日) 2013年 11 月 18 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401010 HF10-1-0031

※契約日から評価

結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称: (施設名) 介護老人保健施設ひまわり	種別: 老人保健施設
代表者氏名: (管理者) 施設長 : 森岡 伸一	開設(指定)年月日 平成 11 年 8 月 1 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人淡路島福祉会	定員: 65 名 (利用人数) 名
所在地: 〒 656 - 0446 兵庫県南あわじ市八木寺内347-4	
電話番号: 0799 - 42 - 7801	FAX番号: 0799 - 42 - 7802
E-mail: sunf@blue.sansan-net.jp	ホームページアドレス: http://awaji-yasuragi.jp/

(2) 基本情報

<p>理念・方針 <理念> 常にあかるく・やさしく・はっきりと</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.利用者の視点に立ち、人格を尊重したケア計画に基づくサービスを提供する。 2.常に利用者サービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。 3.地域に親しまれ信頼される施設であること。 4.事業者としての自覚と責任を持った経営を行う。 5.公的介護保険制度以後も社会福祉の原点であるノーマライゼーションが基本であること。 <p><基本方針></p> <ol style="list-style-type: none"> 1)老人福祉処遇の質の確保と向上に努める。 2)医療と福祉の機能を十分に備えた施設の位置づけにおける処遇を行う。医療面の偏重(過剰医療、過小医療)を避け、生活援助の場としての施設を原則にバランスのとれた処遇に努める。 <p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>在宅や他施設へ転所するまでの中間施設として、医療やリハビリや介護が連携してサービスの提供に取り組み、出来るだけ在宅復帰へと繋げていけるように取り組んでいる。</p>
--

職員配置	職種	人数	職種	人数	職種	人数
※()内は 非常勤	施設長	1 (0)	医師	1 (0)	支援相談員	2 (0)
	介護職員	16 (2)	看護師	8 (0)	栄養師	1 (0)
	PT・OT・ST	1 (3)	事務員	3 (0)	薬剤師	0 (1)
	清掃員	0 (1)	介護支援専門員	1 ()		()

施設の状況

みどり豊かな自然に恵まれた近代的な施設は、ゆったりと安心して過ごせる環境である。医療と福祉の連携のもとに、一人ひとりの尊厳を大切にし利用者のニーズに応じたケアの提供を行っている。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

事業所が目指している理念・基本方針等をホームページに明確にして職員だけでなく、利用を予定する方もいつでも見て確認することができるようにして適浸透を図っている。

法人の職務権限規定で管理者の役割・責任が明確にされており、人事考課において自らの行動について評価見直しを行う機会を持っている。

職員から報告されるサービスの質向上に関しての意見は、月1回の幹部会で提案・課題や問題点の洗い出しを行い改善策を出し、質の向上に役立っているようにしている。さらに経営層も外部の接遇研修や介護技術研修等に自らも積極的に参画し実施している。

3カ月に1回は経営状態、安定化の振り返りを行い、経営状況や改善すべき課題について経営層、理事が集まり検討を行っている。出された経営状態や安定状況については、各施設・部門の長は把握し効率化・改善に向けた取り組みに活かしている。

理念やサービス内容を説明したパンフレットのほか、行事や日々の様子をわかりやすい文章と写真で紹介したひまわり便りや法人広報誌など、情報提供のための資料を作成している。ホームページの作成・関連医療機関へのパンフレットの配布など、広く情報提供できるように取り組んでいる。

◇ 特に改善を求められる点

組織としてのボランティア受け入れに対するマニュアルの作成が望まれる。また、トラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修実施も望まれる。

サービス提供内容が計画に基づいて実施されていることが確認できる記録の整備が望まれる。さらに記録についての研修の実施など、記録内容にばらつきが生じないための取り組みが望まれる。

情報の流れ・共有化について、知っておくべき情報が職員に正確に伝わる仕組みを確立することが望まれる。パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みの構築と活用を期待する。

意志伝達に制限のある利用者に対して日々のケアの中で各利用者についてコミュニケーション方法に関する施設サービス計画書を策定し、明示した支援方法に沿った個別の支援が望まれる。

利用者からの意見や提案を受けた後の手順や、具体的な組織内での検討方法・記録の方法、さらには利用者への検討経過と結果の速やかなフィードバックや、公表の方法などが具体的に記載されているマニュアルの整備、及び定期的な見直しが望まれる。

サービスの質の向上に計画的に取り組むために毎年自己評価を実施し、課題を抽出・改善に向けた検討・話し合いを行い改善・向上に役立てていくことが望まれる。第三者評価の結果についても同様に課題を出し、質の向上に取り組むことが望ましい。

さらに、評価結果から明確になった課題に対して、改善策や改善計画を策定し、改善計画に基づき実行していく取り組みを期待する。また、実行する過程での評価・見直しが望まれる。

利用者の服用する内服薬・外用薬について看護師が中心となり、全職員へ情報提供を行い把握していく取り組みが望まれる。内服薬・外用薬など使用する薬剤についての保管から服用・使用確認に至るまでのマニュアルの作成が求められる。内服・外用薬の使用状況を所定の書式に従って記録として残すことが求められる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、第三者評価を初めて受審しました。それにより、今まで見えていなかった改善点や出来ていなかった事などが多く見つかりました。現状の施設を、そのまま見ていただいた事によって、実際行っているサービスや記録の見直しに繋げることができる良い機会になりました。今回の評価結果を真摯に受け止め、当施設がこれから更に選ばれる施設であるように、努力していきたいと思えます。

○ 各評価項目に係る第三者評価結果
(別紙1)

○ 各評価項目に係る評価結果グラフ
(別紙2)

評価細目の第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。		
Ⅰ-1-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を明確にしている。	○a・b・c
Ⅰ-1-(1)-②	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を利用者やその家族等に周知している。	○a・b・c

特記事項

ホームページに法人の基本理念の明示を行い、職員だけでなく、利用を予定する方もいつでも見て確認することができる。理念はミーティングや朝礼の機会に唱和することで理念基本方針の共有を図るように取り組んでいる。

名札の裏に理念・基本方針を明記し職員への浸透を図っている。事業者として理念の具体的な取り組みを検討している。契約時に理念や方針について説明を行い、利用者・家族に理解を促している。廊下や玄関に理念・運営方針を掲示して周知を図っている。家族会へ出席している方には理念・運営方針について浸透を図ることができる。ホームページにも理念が明示されており、誰でもいつでも見て確認することができる。家族会へ出席している方には理念・運営方針について浸透を図ることができる。会議やミーティングなどで理念を唱和し浸透をはかっているが、今後より一層の理念の浸透を図り、理念を活かしたケアを意識して取り組むことができるように工夫することが望まれる。家族会など出席できる方だけでなく、利用者・障害のある方にも理解しやすいような具体的な浸透方法の検討をすることが望ましい。また、法人全体での理念・基本方針を基に事業所での方針を明確にし、利用者や家族・利用を希望する方などいつでも見ることができるようになることが望ましい。

Ⅰ-2 計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
Ⅰ-2-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)に向けた計画的な取組を行っている。	a・○b・c
Ⅰ-2-(1)-②	各計画を職員や利用者等に周知している。	a・○b・c

特記事項

法人の理念を、長期的の運営方針と捉え、毎年度の事業方針を作成している。毎年度の事業方針は施設長、部署の主任が参画する会議において実施状況の把握、評価を行っている。年度初めに立てた事業計画書を職員会議などで詳細を説明した上で全職員へ書面で回覧し周知を図っている。

各年度の事業計画を職員や家族へ浸透させるための具体的な方法についての確認ができない。前年度の法人事業方針の数値化された評価結果を基に事業所で全職員が参画し実施状況を確認・評価・見直しを行うことが望まれる。

全職員の参画が困難な場合は、目標に対する達成状況について全職員からレポートの取りまとめ等、参画への取り組みを期待する。毎年実施している家族会の議事録を記録として残し、理念・運営方針、各年度の計画の周知状況が確認できることが望まれる。

前年度実績報告や当年の事業計画が掲載されている法人季刊誌「まごころ」などの配布、家族会や職員会議でのグラフや表を用いた詳細の説明などで継続的な周知を図る取り組みを期待する。

Ⅰ-3 経営層(管理者等)の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 経営層(管理者等)の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。		
Ⅰ-3-(1)-①	経営層(管理者等)自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○a・b・c
Ⅰ-3-(1)-②	経営層(管理者等)は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。	○a・b・c
Ⅰ-3-(1)-③	経営層(管理者等)は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○a・b・c

特記事項

管理職人事考課で管理者としての役割・責任を明確にしており、役割・責任が理解されるように法人として取り組んでいる。
 法人の職務権限規定で管理者の役割・責任が明確にされており、職員が閲覧し確認することができる。
 人事考課において自らの行動について評価見直しを行う機会を持っている。職員から報告されるサービスの質向上に関しての意見は、月1回の幹部会で提案・課題や問題点の洗い出しを行い改善策を出し、質の向上に役立っているようにしている。さらに経営層も外部の接遇研修や介護技術研修等に自らも積極的に参画し実施している。アウトソーシングを行っており、3カ月に1回は振り返りを行い経営状態、安定化を図っている。出された課題や問題は経営層、理事が集まり検討を行っている。出された経営状態や安定状況については、各施設・部門の長は把握し効率化・改善に向けた取り組みに活かしている。幹部会で報告、話し合いが行われている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。		
Ⅱ-1-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	○a・b・c
Ⅱ-1-(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	○a・b・c
Ⅱ-1-(1)-③	職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みを構築している。	○a・b・c
Ⅱ-1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
Ⅱ-1-(2)-①	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	○a・b・c
Ⅱ-1-(2)-②	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・○b・c
Ⅱ-1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。		
Ⅱ-1-(3)-①	実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	a・○b・c
Ⅱ-1-(3)-②	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a・○b・c

特記事項

本部で一括で人事・人材確保を行っている。現在各事業所単位でプラスアルファの人員の配置を行い、人材育成を行いながら人員体制を整備されるようにしている。各施設で面接が行われているパート職員については、施設で採用している。人事考課制度を導入して、職員の能力、意欲、行動力等を評価して計画的な育成を目指している。人事考課要綱は閲覧できるようになっており人事管理の透明性を図っている。人事考課は人事管理システムを活用して職員の資質の向上について管理が行われている。
 県社協の互助会制度に加入し、職員の福利厚生に活用している。職員一人ひとりの有給の消化率や時間外労働の状況は、各施設でデータ管理をしている。各施設で管理されている消化率・時間外労働についてのデータは本部に報告され管理されている。就業状況は、勤務表で管理、確認している。職員「個人別台帳」が手書きで作成されており、有給の使用状況が明確にされている。
 施設長、各部署の管理者にいつでも相談を行い助言や指導を受けることができるようにしている。入職時より職員一人ひとりの受講・資格一覧を作成し水準・知識、専門資格を明確にしている。
 法人内で役割資格等級を職群基準表で法人内での年数や資格に応じた職務内容や基準を明確にしている。
 事業計画の中でキャリア支援として職場内研修・外部研修の受講を明確にしている。外部研修は職種専門分野に応じて受講を決めている。
 職員が外部研修に参加する場合には、法人の旅費規定の中で研修参加時の交通費、出張旅費に関して規定している。決裁規定の中で事業所で決済し支援を受ける内容が明確にされている。
 人事考課の中で職員が個別に資格取得への意欲を明確にしている。職種や勤務年数に応じて、資格取得に向けた支援を行っている。施設で研修受講が認められた場合には、出張命令書を発行している。参加した職員は、復命書で参加した研修内容を報告している。研修内容により委員会や全体会議で報告する他、10日以内に何らかの形で全職員へ還元されるように報告書を回覧し研修内容の職員間での情報共有を図っている。研修内容の評価・分析を行い、次の研修計画への反映が確認できない。各職種の専門学校よりの研修を積極的に受けている。栄養士・ヘルパー研修・トライやるウィークを受け入れている。

事業計画の中で地域社会との連携の項目の中で実習生の受け入れを明確にしている。実習・研修時の注意事項として実習生の受け入れや利用者に対しての配慮など詳細に謳っている。また実習・研修は、職種に応じて実習内容を明確にしている。実習生の受け入れ窓口は生活相談員としている。理学療法士の実習は、理学療法部門が窓口となっている。実習指導者研修を受講した職員が現在配置されていない。各専門職別に実習カリキュラムを法人・事業所で策定しており、カリキュラムに沿って実習をしてもらえるように支援している。各養成校指定の現場カリキュラム内容が実習できるように養成校の指定の実習報告書の書式を使用している。市の職員の介護実習の受け入れを毎年行っている。県など公的機関が実施する研修に受講が公平に職員が受けることができるように個々に応じて研修への参加計画を策定しておくことが望ましい。研修の内容の情報共有だけでなく、研修成果の評価・分析を行い、次の研修計画に反映されると共に、研修内容・カリキュラムの見直しの実施が望まれる。実習生の方への個人情報保護の観点からの指導を行い、同意を得て利用者の尊厳やプライバシーに配慮した取り組みを行い適切な受け入れを行うことが望ましい。今後も実習生の受け入れを積極的に実施する上で系統立てた専門的な実習指導を行うために実習指導者研修受講の継続望ましい。実習生の実施状況に関する学校側との連携を強めるための取り組みや実習生の種別等に考慮したプログラム作成の検討が望まれる。

Ⅱ-2 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
Ⅱ-2-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制を整備している。		a ・ (b) ・ c
Ⅱ-2-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。		a ・ (b) ・ c

特記事項

インシデント・アクシデントレポートでレベル分類し、安全対策委員会で転倒の危険性のある方について予防対応ができるように検討している。
 研修計画の中で安全確保・事故防止について計画的に学ぶ機会を持っていることが確認できる。
 医師も加わりセンター会議で事故・ヒヤリハットの事例に従って対応策を検討している。マニュアルの中で統一された基準は明確にされているが、現場職員が速やかに事故発生や事故予防に取り組めるように具体的な手順の整備が望まれる。またマニュアルは定期的に見直しを実施し現状に即したマニュアルとなるようにしマニュアルの整備がのぞまれる。作成・見直しされたマニュアルに沿ってサービスの提供が行えるよう全職員へ周知する取り組みが望まれる。安全確保、事故防止に関する研修は事故発生に対する対応のためではなく、ハード・ソフト両面にわたる事故防止を目的とした内容が望ましい。さらに、事故防止、安全確保の実施状況、対応に付いて定期的な状況の評価見直しが望まれる。

Ⅱ-3 地域社会との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。		
Ⅱ-3-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(1)-② 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。		
Ⅱ-3-(2)-① 利用者との関わりを大切にしている。		a ・ (b) ・ c
Ⅱ-3-(2)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(2)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。		a ・ b ・ (c)
Ⅱ-3-(3) 関係機関との連携を確保している。		
Ⅱ-3-(3)-① 必要な社会資源を明確にしている。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。		(a) ・ b ・ c

特記事項

老人福祉事業協会に加入しており、研修や全国大会等に出席し動向など情報収集に努めている。併設している在宅介護支援センターを通して地域の動向についての情報を得ることができている。市の在宅課連絡会議でも施設長が出席し地域の動向の情報を得て、事業所の指導者クラスの職員へ動向について情報を提供し共有を図っている。個人情報保護の観点から地域の潜在的な利用者に関するデータ把握・収集は難しい状況にあるが、在宅介護支援センター月次報告を通して大まかに情報把握するように努めている。把握できた情報から法人全体で年度の重点課題として『南あわじ市老人福祉計画及び介護保険事業計画』等を把握し参加など反映されている。在宅介護支援センターや居宅介護支援センターを通して具体的な福祉ニーズの把握に努めている。家族を通して地域の課題やニーズを把握し、地域住民向けに介護教室の開催を行っている。

『南あわじ市老人福祉計画及び介護保険事業計画』等を把握し参加など反映されている。事業計画の中で地域交流として項目を設け、地域との関わりについて明文化している。

パンフレットに年間を通して健康診断や音楽療法での健康維持、料理クラブ、カレンダー作りなどで機能維持をしていること、また、近所のスーパーでの買物ツアーや遠足で社会とのふれあいを行っているが、実施記録での確認がとれない。法人で訪問介護員の養成研修の講座を開講し事業所の機能を活かしている。

家族介護者教室を年1回開始している。

直接飛び込みでの相談を受け付けている。ホームページで法人で「ボランティアについて」として明示し、ボランティア受入れ簿があり、手芸クラブ・書道クラブなど、利用者の参加、活動時に気づいた点が記載されるが、受け入れに対する基本方針・姿勢の明文化には至っていない。

自己評価内容に記載されている受け入れ要綱等は確認できない。関係機関の連絡先リストを電話帳として作成している。電話帳は、事務所に設置しており、職員は利用者の希望や状況によりいつでも情報提供できることを把握している。老人保健施設協会に参加している。給食施設協議会や市の開催している防災訓練にも参加し、地域の公共団体や関係機関との連携を図りネットワークが作成確立されている。南あわじ市ケアマネ会議、地域ケア会議に定期的に参加し、情報を共有し課題解決に努めている。明文化された基本的な地域との関わりに沿って実施・支援したことを記録として残し、今後の継続的な利用者との関わりへの取り組みに活かすことが望まれる。また、利用者が活用できる社会資源や参加できる地域行事などについて見やすい場所に掲示するなどの情報提供が行うことが望ましい。組織としてのボランティア受け入れに対する基本な考え方や方針、登録手続、ボランティアの配置、利用者等への事前説明、職員への事前説明、実施状況の記録、等が明文化されているボランティアの受入れに関するマニュアルの作成が望まれる。また、トラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修実施も望まれる。利用者が普段から必要な関係機関の一覧表等を作成し利用者がいつでも自由に見て確認できよう工夫が望まれる。

評価対象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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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。		a・(b)・c
Ⅲ-1-(1)-② 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。		(a)・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。		a・(b)・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		a・(b)・c
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。		a・(b)・c
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		a・b・(c)

特記事項

法人の基本理念の5項の中に、「利用者の視点に立ち人格を尊重したケア計画に基づくサービスを提供する。」と明文化されている。基本理念を社員証の裏に印字し携帯することで意識付けを図り、マニュアルに記されたサービスの実施方法に反映している。利用者尊重や基本的人権への配慮については会議などでは随時検討しているが、年間計画の中に企画している研修会は今年度は実施できていない。身体拘束・虐待防止についてのマニュアルをスタッフルームに設置し、職員は閲覧できる仕組みがあるが浸透は十分ではない。安全対策委員会が、身体拘束や虐待防止を担当しているが、事故についての検討のみで、身体拘束や虐待防止についての取り組みは十分にできていない。プライバシー保護マニュアルが作成されており、マニュアルには、基本的考え方や食事・入浴・排泄・送迎などサービスの種類別にプライバシー保護への留意点が明示されている。通信・面会・入浴・排泄などにおけるプライバシー保護について、設備面では工夫され整備されている。年間研修計画にプライバシー保護研修を盛り込んでいるが、実施できていない。プライバシー保護マニュアルに基づいたサービスの実施を、新入職者オリエンテーションやOJTで指導しているが指導記録はなく、達成度にばらつきがあると認識している。意見箱を設置している。年に1回介護教室を開催し、参加家族に教室についてだけでなくサービス全般についてもアンケートに記入をお願いしている。介護計画作成時の合同カンファレンスをおおむね3ヶ月に1回開催し、家族にも参加していただき、サービスなどについての意向を把握する取り組みを行っている。個別のサービスに関する意向の把握は行っていない。相談窓口は相談員で、重要事項説明書に明記しており契約時などにも説明しているが、相談方法や相談手を複数の中から自由に選べる仕組みはない。広いデイルームにテーブルが複数設置されており、面談室・相談室など個室の使用もできるなど、相談・意見を述べるスペースは数多く設置している。苦情受付担当者や第三者委員会の設置など、苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に明記し配布・掲示している。苦情については検討・対応・利用者や家族等へのフィードバックを行い、苦情受付対応票に、初回対応・苦情の分類・調査結果・原因判定・対応状況及び結果(責任区分・申し立て者への対応・行政への報告)を記録し、再発防止に努めている。苦情対応マニュアルは整備しているが、意見・提案に対応するマニュアルは整備されていない。食事についての意見を給食センターに伝達し、サービスの改善に向けて取り組んでいるが反映にはいたっていない。利用者尊重や基本的人権への配慮、身体拘束や虐待防止についての周知徹底に関する勉強会・研修の定期的な実施など、組織的な取り組みが望まれる。規程・マニュアル等の定期的な見直しを実施すると共に全職員へのプライバシー保護に関しての研修の実施による周知徹底が望まれる。また、プライバシー保護マニュアルに基づいたサービス提供については、指導記録等による確認が望まれる。個別のサービスに関する意向や希望の把握だけでなく、施設運営やサービス全般の満足度を調査・分析を行い、具体的な改善につなげていく取り組みが望まれる。生活相談員や日常的に接する職員以外に相談窓口を設置する等専門的な相談、あるいは組織に直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談窓口を利用者・家族がわかり易く選べるように文書化した物を用意し、配布や掲示をすることが望ましい。わかりやすく説明する配布物や掲示物への工夫が不十分である。当事者に了解を得た上で、個人が特定されない方法で公開し、透明性を保つことが望まれる。意見や提案を受けた後の手順や、具体的な組織内での検討等対応方法、記録の方法さらには利用者への経過と結果の速やかなフィードバックや、公表の方法などが具体的に記載されているマニュアルの整備、及び定期的な見直しが望まれる。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a ・ b ・ Ⓒ
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a ・ b ・ Ⓒ
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て、実施している。	a ・ b ・ Ⓒ
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a ・ ⓑ ・ c
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	a ・ b ・ Ⓒ
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a ・ ⓑ ・ c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a ・ ⓑ ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a ・ ⓑ ・ c

特記事項

各職員が、毎月月次報告書の中で自己評価を行い、業務上気になったこと・施設全体への提案・意見を項目別に記入し、施設長が集約し、月次報告検討結果にまとめ、検討事項と対策を明らかにし、サービスの改善に反映させる取り組みはあるが、定められた評価基準に基づいた自己評価は行っていない。第三者評価は今回初めての受審であり、今後は委員会を設置し、評価についての取り組みをサービスの向上に活かしていく計画である。現在、自己評価についての取り組みが行えていないので、今後は評価委員会を設置して取り組んでいく予定である。現在、自己評価についての取り組みが行えていないので、今後は評価委員会を設置し、出された課題について検討・改善へと取り組んでいく予定である。サービスの質の向上に計画的に取り組むために毎年自己評価を実施し、課題を抽出・改善に向けた検討・話し合いを行い改善・向上に役立てていくことが望まれる。第三者評価の結果についても同様に課題を出し、質の向上に取り組むことが望ましい。

さらに、評価結果から明確になった課題に対して、改善策や改善計画を策定し、改善計画に基づき実行していく取り組みを期待する。また、実行する過程での評価・見直しが望まれる。個々のサービスについてのマニュアルが整備されていて、標準的な実施方法を文書化している。入職者オリエンテーションやOJTで指導し、周知徹底を図っているが、仕組みとして確立されておらず、記録には残していない。マニュアルの中の各サービスにおける意向の確認や羞恥心への配慮等が明示されている。各職員が標準的な実施方法で実施できているかの到達度を確認する仕組みはない。マニュアルを作成し設置しているが、定期的な検証や見直しは実施されていない。法人としては企画推進委員会で随時のマニュアルの見直しを行っているが、定期的な見直しが出来ていない。体温・血圧・排泄・食事・水分・リハビリ・口腔ケア・入浴・処方・処置などが一覧できる個人記録を整備している。サービス計画に基づくサービスの実施記録が十分ではない。

記録内容にばらつきが生じないように記録の仕方の勉強会を計画している。業務分掌の中に、利用者記録に関するものとして、責任者が明示されている。法人規定の中に法人として、文書等廃棄一覧表を作成し、責任者・保存期間・廃棄日・廃棄者を明らかにする取り組みを始めている。開示請求については規定は、契約書の事業者の義務の項目に明文化されている。年間計画の中に、倫理・法令遵守に関する研修会が計画されているが、実施にはいたっていない。各利用者について、基本的には3カ月に1回、定期的な合同カンファレンスが実施され、家族・本人・医師・看護師・介護士・リハビリ・管理栄養士・相談員参加で、部門横断で取り組まれている。組織の中での情報の分別や必要な情報の的確な伝達のための仕組みやパソコンやネットワークシステムを利用した情報共有の仕組みの整備は行えていない。

福祉サービスの質の向上は、PDCAサイクルを継続的に実施していくことが望ましく、サービス内容を正しく評価するための組織としての評価基準の設定等 体制整備望まれる。評価基準に基づいた自己評価、第三者評価などの結果を活用し、改善課題を明確にし、職員間で共有する仕組みの構築が望まれる。評価基準に基づいた自己評価、第三者評価などの結果を活用し、改善課題を明確にし、全職員参画の基に改善計画を策定する仕組みの構築、及び、計画の必要に応じた見直しを期待する。

個々のサービスの標準的な実施方法について、研修や個別の指導等を行うことにより、職員に周知徹底することが望まれる。さらに、マニュアルに基づいたサービス実施計画の作成および、サービス提供記録の充実により、標準的な方法に基づいた実施を確認する仕組みの構築が望まれる。

マニュアルの見直しについては予め定められた時期に、利用者の状況や現場でのサービス提供状況に沿って、検証・検討する機会を持つことが望まれる。見直しにあたり、提供するサービスの全てのマニュアルについて、職員や利用者等の意見や提案を聴取し、現状に即したマニュアルとなるよう取り組む事が望まれる。サービス提供内容が計画に基づいて実施されていることが確認できる記録の整備が望まれる。さらに記録についての研修の実施など、記録内容にばらつきが生じないための取り組みが望まれる。開示については、基本姿勢、範囲、手続きなどを明確に定めて、利用者の記録の廃棄に関する規定も定めておくことが望まれる。個人情報に関する基本的観点から情報開示に関して、記録の管理について研修内容に組み込まれることが望ましい。情報の流れ・共有化について、知っておくべき情報が職員に正確に伝わる仕組みを確立することが望まれる。パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みの構築と活用を期待する。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a . b . c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている。	a . b . c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a . b . c

特記事項

理念やサービス内容を説明したパンフレットのほか、行事や日々の様子をわかりやすい文章と写真で紹介したひまわり便りや法人広報誌など、情報提供のための資料を作成している。ホームページの作成・関連医療機関へのパンフレットの配布など、広く情報提供できるように取り組んでいる。

見学には随時対応し、体験入所も希望があれば対応できる。サービス開始時には、重要事項説明書・契約書のほか、利用料金表・入所のしおりなど、具体的に記載された資料を用意し説明を行っている。説明にあたっては、上記資料やパンフレット・ひまわり通信などを用いて、質問に答えながら時間をかけて説明するように取り組んでいる。契約内容については、利用者・本人の同意を得て、書面で契約を交わしている。契約時の経緯については、インタビューシート・日報などに記録している。重要事項説明書の「円滑な退所の為の援助」に、退去時の援助方法を説明している。相談担当窓口として、相談員と介護支援専門員が担当している。サービス終了後の相談方法や担当者について、口頭で説明は行っているが、書面で伝えていない。サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、担当者や窓口を設置していることを、利用者や家族等に口頭だけでなく、書面等で伝えることが望まれる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-1) 利用者のアセスメントを行っている。	第三者評価結果
Ⅲ-4-1-1) ① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a ・ (b) ・ c
Ⅲ-4-1-1) ② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a) ・ b ・ c
Ⅲ-4-2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
Ⅲ-4-2-1) ① サービス実施計画を適切に策定している。	a ・ (b) ・ c
Ⅲ-4-2-1) ② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

利用開始時に、インタビューシートを活用して、身体状況・生活状況・生活歴・問題点など、詳細に情報収集し記録に残している。その後のアセスメントの定期的な時期と手順が定められていない。インタビューシートを活用し、「ADL」「IADL」「利用者・家族の主訴」「問題点」などを考慮して、利用者一人ひとりのニーズや課題を抽出し、施設サービス計画書に明示している。職務分掌により、サービス実施計画策定の責任者が設置されている。2週間に1回合同カンファレンスを実施し、各利用者については3ヶ月に1回サービス実施計画についての検討が行われている。家族・本人・医師・看護師・介護士・リハビリ・管理栄養士・相談員参加で、部門横断で取り組まれている。モニタリングシートを用いたモニタリングが行なわれているが、サービス実施計画どおりにサービスが行なわれているかの確認については十分ではない。サービス実施計画の直しについては、各利用者について3ヶ月に1回行われる合同会議で検討される。会議には、利用者・家族・医師・看護師・介護士・リハビリ・管理栄養士・相談員が参加し、利用者・家族の意向の把握や同意も得られる仕組みがある。見直しによって変更したサービス実施計画を関係職員に周知する取り組みは十分ではない。計画を緊急に変更する必要がある場合は、担当介護職員と関連職種者が協議して計画を変更し新たな計画に変更しているが、経緯のついての記録が十分にできていない。必要項目を抜粋したシートを用いて、時期と基準を定め、定期的にアセスメントの見直しを行うことが望ましい。モニタリング方法の検討など、サービス実施計画どおりにサービスが行なわれていることを確認する仕組みの構築が望まれる。実施計画変更の手順と関係職員への周知の方法等を明示し、確実に実施していくことが望まれる。

評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重・保護

	第三者評価結果
Ⅳ-1-1) 利用者の尊重・保護	
Ⅳ-1-1-1) ① 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	(a) ・ b ・ c
Ⅳ-1-1-1) ② 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	a ・ (b) ・ c
Ⅳ-1-1-1) ③ 家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	(a) ・ b ・ c
Ⅳ-1-1-1) ④ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

事業計画の中に行事などについて年間計画を作成し、料理クラブ・喫茶クラブ・園芸活動・手芸クラブ・音楽療法・誕生会などを企画し、参加については利用者の意向を確認し、意向の表明が困難な利用者については家族に確認している。行事の企画をする際に日常の会話の中で利用者の意向を聞いたり、行事の後、行事実施記録表の評価欄に利用者の反応を記録し、利用者が興味が持てる行事の開催の参考にしている。契約時にインテークシートに基づいて生活歴や趣味などを家族から聞き取り、利用者には日々の会話の中から意向を把握して、余暇活動や生きがいつくりに対する情報の収集に努めている活動の機会を提供し、予定を掲示し参加のための提案を行っている。現在、利用者の自発的な活動は困難な状況にある。スーパーへの買い物、公民館での文化展、落語や踊りなどのボランティア、海遊館への遠足など、必要に応じて社会資源の活用にも努めている。入所のしおりに面会時間を明示しているが、臨機応変に対応している。ロビー・デイルーム・談話室・居室など、面会場所は利用者・家族の意向に応じて選択することができ、プライバシーを確保し落ち着いて会話できる環境を提供している。車椅子・歩行器などの貸し出しを行い、外出・外泊の機会が持てるように支援している。意志伝達に制限のある利用者に対して、日々の関わりの中で状態の把握に努め、筆談・ジェスチャー・耳元で低い大きな声で話す等、日々のケアの中でコミュニケーション手段に工夫がされているが、支援計画を策定したり、計画に基づいて実施・検討する取り組みには至っていない。余暇活動については、内容を職員からの提案だけでなく、利用者からの希望を引き出す取り組みを期待する。各利用者についてコミュニケーション方法に関する施設サービス計画書を策定し、明示した支援方法に沿った個別の支援をすることが望まれる。意思伝達に制限のある人には、必要に応じて専門職等との連携や代弁者の受け入れを行うこと望まれる。

IV-2 快適な環境づくり

		第三者評価結果
IV-2-(1) 居室		
IV-2-(1)-①	快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(2) 食事		
IV-2-(2)-①	快適な食事環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(3) 入浴		
IV-2-(3)-①	快適な入浴環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(4) 排泄		
IV-2-(4)-①	快適な排泄環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(5) 衣服		
IV-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(6) 理容・美容		
IV-2-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(7) 睡眠		
IV-2-(7)-①	安眠できるように配慮している。	a・Ⓑ・c
IV-2-(8) 健康管理		
IV-2-(8)-①	利用者の健康保持に配慮している。	a・Ⓑ・c
IV-2-(9) 服薬管理		
IV-2-(9)-①	内服薬・外用薬等の扱いを確実にしている。	a・Ⓑ・c
IV-2-(10) 外出		
IV-2-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・Ⓑ・c

IV-2-(11) 通信		
IV-2-(11)-①	郵便や電話などの通信機会を確保している。	a ・ (b) ・ c
IV-2-(12) 情報媒体		
IV-2-(12)-①	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	(a) ・ b ・ c
IV-2-(13) 嗜好品		
IV-2-(13)-①	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望を尊重している。	a ・ b ・ (c)

特記事項

基本的には利用者の意向に沿った持ち込みを勧め、制限は設けていない。衣類や持ち物を個別に整理保管できるように、床頭台に収納庫が設置されている。床頭台とカーテンにより個々の生活空間を仕切り、プライバシーに配慮している。日々の喫食状況はチェック表で記録している。利用者の嗜好調査を栄養課が1年に1回行い、データ分析を行っている。調査結果は法人会議で話し合い検討し、給食センターに報告し改善を促している。嚥下障害のある利用者には、言語聴覚士による嚥下状態の確認と改善が行われ、安全な摂食に取り組みでいる。献立を事前に発表し、朝食はご飯とパンを選択することができる。行事の際は喫茶を1階ロビーで楽しみ、花見の時はウッドデッキで季節を感じながら食事している。イベント時には、テーブルの配置を変えケーキバイキングを行ったり、料理クラブで月に1回おやつレクを行うなど、食事を楽しむ工夫と取り組みがなされている。月に1回季節感のあるランチョンマットを用いたり、利用者の相性に考慮した席順を配置するなどの配慮もなされている。業務マニュアル・プライバシー保護マニュアルが作成され、入浴・清拭など保清について、プライバシー保護を含めた実施方法が明示されている。失禁や発汗があった場合は、必要に応じて適宜保清を行っている。基本的には週に2回、午前と午後に分けて入浴支援している。拒否があった場合には臨機応変に日や時間を変更するなど、状況に応じた工夫をしている。各利用者のADLや状況を考慮して、必要な場合にはサービス実施計画に排泄介助についての留意点が明示されている。

標準的な排泄介助に関するマニュアルはあるが、排泄用具の使用や衛生・防臭についての内容が不十分である。設備や補助具の配備を含めたトイレの環境の点検・改善についての定期的な検討は行われていない。換気・消臭剤の使用・毎日の掃除など臭気のない快適性に配慮しており、温度管理は集中管理で施設全体で行っている。昼夜は更衣を行い、生活にメリハリをつけている。更衣時は、必要があれば相談に応じ、可能な限り好みを聞き衣類を選択している。衣類の購入は基本的には家族がするが、職員同行の買い物の機会に購入することもある。更衣の支援は適宜行い、洗濯は家族が持ち帰って行うが、困難な利用者にはレンタル・洗濯サービスの利用ができる仕組みがある。訪問理美容業者が月に一度訪問し、理容室で理美容サービスを受けることができる。カットやパーマまた髪形も、事前に申し込んで希望に応じたサービスを受けられる。朝や入浴後の整容時、職員が必要に応じて相談に応じている。契約時に訪問理美容について情報提供し希望に応じてサービスが受けられる仕組みがある。希望する地域の理美容店の利用は家族に協力依頼を行い利用できるように支援している。

消灯は21時であるが、それ以降は各自に設置されたライトで点灯できるように配慮されている。睡眠についてのマニュアルは整備されていない。希望や状況に応じた寝具が使用できるように配慮し、私物の使用にも対応している。不眠などにより同室者に影響を及ぼす場合、家族介護室や個室を使用して対応している。薬剤情報提供書など、利用者・担当職員が薬についての適切な情報を得られる仕組みは整備されていない。服薬介助・誤薬対応などに言及した服薬管理マニュアルが用意されている。服薬状況についての記録は整備されていない。日常的な外出や遠足など、外出時は職員が体制を整備して同行している。外出前に該当者に情報を提供しているが、普段から提供する取り組みはない。外出時には安全を確保できる人数の職員を配置し万全を期しているが、利用者への教育や連絡先のカード等の準備は行っていない。郵便物の受け渡しは事業所が行っている。電話については、携帯電話の持ち込み・使用は自由である。公衆電話も共用空間に設置されており、いつでも利用できる状況にあるが、他者に聞かれず話ができるような環境に設置されていないため、状況に応じて事務所内で電話をしてもらっている。新聞は定期購読申し込みに対応している。買い物の時に新聞や雑誌を購入することもできる。テレビやラジオは、個人で持ち込み設置することが可能である。新聞や雑誌の部数を増やしてトラブルを避け、新聞・雑誌・テレビの利用方法については利用者間で話し合っている。衛生保持と快適な排泄環境づくりに配慮するための定期的な点検や改善の為に検討を期待する。内服薬・外用薬など使用する薬剤についての保管から服用・使用確認に至るまでのマニュアルの作成が求められる。現在ある服薬介助・誤薬対応についてのマニュアルは、現在の利用者の状況や職員の支援状況に即ているかを確認し定期的に見直しを行うことが望まれる。内服・外用薬の使用状況を所定の書式に従って記録として残すことが求められる。地域のイベントの情報や活動、利用できる施設などを知ることができるような配慮が望ましい。無断での外出や行方不明、外出に伴う不測の事態に備えた安全確保に努める取り組みが求められる。公衆電話の設置場所の検討を行い、利用時のプライバシーに配慮することが望まれる。嗜好品について、利用者の意思や希望が尊重された基本的ルールの設定や、利用者が正しい認識を持てるような情報提供を行うことが望ましい。

I～IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	4	44.4
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	10	100.0
II-1 人材の確保・養成	28	23	82.1
II-2 安全管理	9	7	77.8
II-3 地域との交流と連携	23	16	69.6
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	6	30.0
III-2 サービスの質の確保	25	7	28.0
III-3 サービスの開始・継続	11	10	90.9
III-4 サービスの実施計画の策定	10	6	60.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	9	64.3
IV-2 快適な環境作り	44	32	72.7

