

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市本庄町6-25-224
評価実施期間	2015年 8 月 1 日 ~ 2016年 3 月 15 日 (実施 (訪問) 調査日 2015年 9 月 7 日) 2015年 9 月 16 日)
評価調査者	K-0401004 HF06-1-0010 HF06-1-0011 HF12-1-021

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) 特別養護老人ホーム翁寿園	種別: 老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 施設長 三好(みよし) 雅大(まさひろ)	開設(指定)年月日 昭和 62 年 4 月 18 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人淡路島福祉会	定員: 78 名 (利用人数) 68 名
所在地: 〒 656 - 0446 兵庫県南あわじ市八木寺内373-1	
電話番号: 0799 - 42 - 6006	FAX番号: 0799 - 42 - 5275
E-mail: o-yasuragi@pearl.ocn.ne.jp	ホームページアドレス: http://awaji-yasuragi.jp/index.html

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p>地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。 2. 常に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. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。 <p>運営方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社会福祉法人淡路島福祉会が運営する特別養護老人ホームすいせんホームの運営及び利用については、必要な事項を定め、施設の円滑な運営を図ることを目的とする。 2. 施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、在宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事の介護、相談の援助、社会生活上の便宜を供与し、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自律した日常生活を営むことができるようにすることを目指す。 3. 施設は、利用者の人権及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって指定介護福祉サービスの提供に努める。 4. 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護老人福祉施設その他保健医療サービス、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
<p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>島内でも1・2を争う古い施設ではあるが、施設に入ると清潔感が感じられるよう衛生面には力を入れている。また、限られたスペースを有効に活用し、入居者・ご家族がくつろげるよう配慮している。 利用者個々を尊重し、入所しても嗜好や趣味、起床時間等家庭での生活が継続できるよう支援している。</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	(4)	生活相談員	1 (0)
	介護職員	32 (8)	看護師	3 (2)	管理栄養師	1 (0)
	機能訓練指導員	1 (0)	介護支援専門員	1 (0)	事務員	1 (1)
		()		()		()

施設の状況

三原平野の中央に位置し緑豊かな自然に囲まれた環境の中で、ゆったりと安心して過ごせる施設である。利用者一人ひとりを大切に、様々なニーズに応えられるよう支援している。

評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

- ・事業所の運営について
法人の運営管理体制が確立しており、各部門について規程・マニュアルが整備され、職種別・階層別に会議や委員会が設置され機能している。
- ・職員の資質向上と連携について
キャリアパスを採り入れ、外部研修・内部研修の機会を確保し、職員の資質向上に取り組んでいる。研修後にはアンケートを実施し、アンケート結果・感想等を基に各担当委員会で内部研修の評価・分析を行い、次年度の計画への反映や研修内容の見直しにつなげる仕組みがある。パソコンのネットワークシステムや、定期的な各種会議、回覧ボード等を活用し、職員間の情報共有と連携が図られている。記録についての周知事項を书面化し、研修や会議で職員へ説明し浸透を図り、記録の管理責任者が確認と指導を行い、記録にばらつきが生じないように取り組んでいる。
- ・地域社会との交流と連携
介護技術講習会・認知症予防講習会を通じて地域住民への介護相談等の支援活動に取り組んでいる。地域のニーズの把握に努め、地域サポート型特養への取り組みを中長期計画に採り入れて展開している。地域行事への参加・保育所等との交流・高校生ボランティアとの買い物外出等、地域との交流に努めている。
- ・利用者の尊重
書道クラブ・手芸クラブ・園芸クラブ・音楽療法や、随時の余暇活動を、事業計画に位置付け計画的に実施し、利用者の意向を確認し参加提案している。また、南あわじ市の主催する文化展等に、書道や手芸の作品を出展している。

◇ 特に改善を求められる点

- ・事業計画の評価について
各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われていますが、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性が明確になっていない部分があります。計画の実施状況の把握・評価を、会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれます。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回・前々回と第三者評価を受審し、都度挙げた課題に職員一丸で取り組んでいます。日々自分たちが提供しているサービスがこれでいいのか、また職員が同じ方向で進んでいくという観点から第三者評価受審は必要であると実感しています。第三者評価で指摘されてことに目をそらさず、真摯に受け止めよりよいサービスの提供が出来たらと思います。

○ 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

<p>事業所が目指すことを「理念」「基本方針」に明文化している。「理念」「基本方針」を見やすい位置に掲示すると共に、朝礼時・ミーティング時に唱和している。会議録の下欄に理念を明示し、職員が会議録を確認する際にも周知を図っている。朝礼後に行われる申し送りの時間に主に接遇に関してロールプレイを行い、接遇の向上と理念の理解と浸透に努めている。</p> <p>「理念」「基本方針」を玄関・廊下等、利用者・家族が見やすい位置に掲示している。事業計画書に基本理念を明示し、職員・家族がいつでも閲覧できるように受付・介護職員室に設置している。また、年度初めの家族会で配布して説明し、欠席した家族にも郵送している。まごころ5月号にも掲載し、利用者に配布すると共に、来訪者のために受付にも設置している。ホームページにも掲載し、誰でも知ることができるように取り組んでいる。</p>

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

<p>施設の中長期計画を平成27年度に策定している。社会福祉事業全体の動向も配慮しながら理念・基本方針の実現に向けた課題を明記し、課題克服のための目標を項目別に、明文化している。中長期計画の内容を基に、平成27年度事業計画を策定している。各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われているが、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性を明確に確認するに至らない。計画の実施状況の把握・評価を職員の参画の下、会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれる。また、PDCAサイクルに基づいた経過について記録に残すことが望まれる。</p> <p>いつでも見て確認できるように、ユニット・グループごとに配布している。事業計画書は、「組織図」「施設概要」「基本理念」等7項目に分け、項目ごとに詳細に明文化されている。また、施設長を初め各職種部門の方針・重点施策を明文化し、会議・行事・研修などは表にしてわかりやすく説明されている。事業計画書を年度初めの家族会で配布して説明し、欠席した家族にも郵送している。年度内に計画的・定期的に関各計画の実践状況・達成度を振り返ることにより、各計画の周知に継続的に取り組まれることが望まれる。</p>

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

人事考課制度を導入し、経営層は管理職人事考課のシートを用いて、自らの役割と責任について自己評価を行っている。職務権限規程で経営層の役割・責任が明文化されているが、職員に理解される積極的な取り組みが望まれる。アンケート調査や人事考課制度の上位者評価等を活用し、経営層が職員・利用者等からの信頼度を把握・評価・見直しできる仕組み作りが望まれる。

施設内に「事故防止検討委員会」「衛生管理感染症対策委員会」「食事委員会」等各種委員会を設置し、月に1回の委員会には施設長・副施設長が出席し、サービスの質の現状について把握している。また、法人全体で「サービスの質向上委員会」を設置し、サービスの質の向上に取り組む、施設長・副施設長も出席している。委員会で検討された内容については、委員からグループ会議・ユニット会議で報告され、グループ会議・ユニット会議で出された職員の意見は、委員を通して各委員会にフィードバックされている。

アウトソーシングで3ヶ月に1回「経営開発センター」の会計士の来訪を受け、施設の稼働率や経営状況の分析を行っている。分析結果は法人の幹部運営委員会で報告され、改善すべき課題があれば、各施設の連絡会で報告され具体的な取り組みを行う仕組みがある。幹部運営委員会には各施設の管理者層が参加し、経営や業務の効率化・改善に積極的に参画している。

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

人員管理は法人が一括して行っている。組織図・職務権限規程・職群基準表・種別配置状況表等で、人員管理に関する方針を明示している。種別配置状況表で、職種別に定数と現員を明示し、人員体制についてのプランに基づいた人事管理を確認している。退職等で欠員が予測されれば、法人の幹部運営委員会に報告し法人一括で職員募集を行う仕組みがある。

人事考課制度を継続し、年2回の個人面談と自己評価・上位者評価を通して、職員の育成・評価・報酬が連動した仕組みを確保している。人事考課制度については、新入職時・個人面談時等に説明すると共に、閲覧できるように事務所に人事考課制度についての規定を設置し、公平性・納得性・透明性の確保を図っている。健康診断・退職金制度への加入・職員旅行・勤続年数に応じた報奨金・キャリア段位制度導入・クラブ活動支援・誕生日のプレゼント等、福利厚生の実施に努めている。旅行の行き先等については、職員アンケートを実施し職員の意向確認を行っている。

職員一人ひとりについて、「個人別休暇・年次有給休暇記録簿」「時間外勤務延長勤務命令簿」が作成されている。勤務状況・時間外勤務状況・休暇取得状況等について、事業所で毎月一覧表を作成し、法人に報告している。就業状況についてのチェックは、施設内では副施設長と事務部署が、法人では幹部運営委員会が担当している。報告されたデータを基に法人の幹部運営会議で検討し、職員募集や人材・人員体制に関する具体的なプランに反映させる仕組みがある。人事考課制度で、年に2回定期的な個人面談を行っている。法人内に精神衛生保健福祉士の資格取得者があり相談できる体制が整備されている。また嘱託医・産業医にも相談できる体制がある。ストレスチェックを実施し、職員のメンタルヘルスケアに配慮している。

法人としての「職群基準表」を作成し、総合職群・専門職群・一般職群ごとに必要な資格を定めている。職員一覧表で職員一人ひとりの取得資格等を把握している。キャリアパスの人事考課制度の「業務管理評価シート」の中で、職員一人ひとりに必要な知識や技術を明確にしている。資質向上に向けた目標は「自分が目標にすること」等の項目で明確化されている。また、介護職員については、キャリア段位制度のシートを活用し、職員一人ひとりに必要な技術水準を明確にしている。外部研修に関して個別研修管理表で受講した研修を把握・管理し、受講した研修内容は復命書で報告している。内部研修に関しては、研修報告書で報告している。外部研修受講時は参加費・交通費・出張旅費等を支給し、勤務調整を行っている。事業計画の職員配置表に必要な人員を定めており、人事考課シート・キャリア段位シートで位置付けられた資質向上に向けた目標と整合が取れている。また、法人内で、役割資格等級基準、昇格基準が明確にされており、人事方針は資質向上に向けた目標と整合が取れている。

内部研修受講者は研修報告書を提出し、感想等を記載している。必要に応じてアンケート調査を行っている。研修を受講できなかった職員には、研修資料の配布を行い、閲覧の有無を確認して研修内容の周知を図っている。外部研修受講者は復命書を提出し、下欄に感想等を記載している。アンケート結果・感想等を基に各担当委員会内部研修の評価・分析を行い、次年度の計画への反映や研修内容の見直しにつなげている。外部研修についても受講者が感想等を通じて、評価分析を行っている。

実習生受け入れマニュアルを作成し、実習生受け入れのポイント・目的等受け入れに関する基本姿勢を明確にしている。マニュアルにプライバシーポリシー、オリエンテーション実施方法等が記載され、実習生受け入れの窓口を生活相談員としている。現在、教員免許取得や行政(南あわじ市)の新入職者のための福祉実習の受け入れが多い。法人が開催している介護職員初任者研修の実習を受け入れており、法人から依頼書を受領している。実習に当たっては、リーダーや介護福祉士がマニュアルを参考に指導に当たっている。過去数年、実習指導者研修等の外部研修を受講した職員はいない。

専門的な実習指導を行うために系統立てた実習が大切であり、そのために実習指導者に対する研修が望まれる。

介護職員初任者研修では、現場実習カリキュラムに沿って実習内容を学べるよう支援している。現在、社会福祉士・介護福祉士等の実習生受け入れの依頼・実績がないため、資格の種別に応じたプログラムの作成には至っていない。いつでも、社会福祉士・介護福祉士等の実習生を受け入れられるよう、種別に配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

<p>利用者の安全確保に関する担当部署として、「衛生管理感染対策委員会」「事故防止検討委員会」を設置している。また、主として職員のメンタルヘルス面を担当する部署として、「安全衛生委員会」を設けており、利用者の環境・設備面も担当している。各部署から職員が委員として参加し、毎月定期的に委員会活動を実施している。事故防止検討委員会では、発生した事故に対する再発防止策の実施状況の確認と検証を行い、防止策の評価見直しを行っていることが記録から確認できる。緊急対応マニュアル・感染症対応マニュアル等を整備し、リスクの種類別に責任と役割を明確にしている。マニュアルの内容については、担当部署が研修を実施し、職員の周知を図っている。協力医療機関に、半年ごとに見直しを行っている利用者毎の「看護サマリー」を提供し、往診時、看取り時等での支援に活かしている。今秋に心肺蘇生の研修実施を計画している。</p> <p>インシデント・アクシデント区分を書面で明確にし、ユニット・グループからインシデント・アクシデントレポートを提出している。月間10～20件の事故・ヒヤリハット事例が報告され、事例ごとに再発防止策を検討し、未然防止に取り組んでいる。安全確保・事故防止については、担当部署・担当委員会が研修を行っている。インシデント・アクシデントレポートを施設で集計し、定期的に事故防止検討委員会にて再発防止に向けて事故原因・対策等の検証・検討に取り組んでいる。集計結果は法人のサービスの質向上委員会にも報告され、防止策の検討等に反映させている。ユニット・グループで検討を行って、委員会で再度検討を行い再発防止策の検討やマニュアルの見直しに結び付けている。</p>
--

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 利用者と地域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

<p>淡路ブロック・近畿ブロック・全国老人福祉事業協会からの情報、また、インターネット等を活用し、多方面から社会福祉事業の動向について把握している。南あわじ市の介護保険事業計画・高齢者福祉計画等から、地域での特徴・変化等を把握している。地域密着型サービスの運営推進会議と同じ構成委員で開催している運営推進会議(2ヶ月に1回開催)に市職員も参加しており地域の情報・ニーズ等を収集している。把握した情報を基に、地域サポート型特養への取り組みを中長期計画に採り入れている。7月に県から地域サポート型特養の認定を受けたので10月から事業を本格的に展開する計画がある。</p>

在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所等を通じて、地域の情報収集に努め、運営推進会議等からも福祉ニーズの把握に努めている。地域住民を対象にした、介護技術講習会・認知症予防講習会・認知症を支える会等での相談を通じて福祉ニーズの把握に努めている。把握したニーズに基づいて、地域サポート型特養事業を展開するにあたり、広報活動を開始している。地域サポート型特養は、定員10名程度で見守り・相談・配食(昼・夕)等の支援を行う計画である。

事業所の理念に「地域に親しまれ信頼される福祉事業所に」と地域とのかかわり方について明文化している。南あわじ市発行の広報誌を利用者が閲覧できるように設置し、地域の敬老会や運動会への参加案内があれば利用者へ情報を提供している。地域行事への参加は、家族の協力を得ながら参加できるよう支援している。地域との交流行事を計画的に実施し、事業所での夏祭り開催時には、公民館等に案内チラシを設置して来訪を呼び掛け、事業所や利用者への理解を得るよう努めている。通院は有料としているが、福祉タクシー利用での通院手配等の支援を行っている。少人数での買い物等外出時には職員が、大人数ではボランティアの協力を得ながら出かけられるよう支援している。外出時のタクシー利用手配の支援も行っている。

介護技術講習会・認知症予防講習会等を開催し、開催案内を民生委員を通じて配布したり戸別に配布して参加を呼び掛けている。講習会を通じて地域住民への介護相談等の支援活動に取り組んでいる。

事業所の事業計画に地域社会との連携を謳い、ボランティアの積極的な受け入れを明示している。ボランティア受け入れマニュアルを作成し、受け入れに関する姿勢を明確にしている。マニュアルに、登録手続・配置・事前説明等の手順が記載されており、オリエンテーション資料に沿って説明を行っている。ボランティアの心構えを書面で配布し、個人情報保護・守秘義務等について誓約書を交わしている。

電話番号等が記載された、医療機関・行政機関・タクシー会社等利用目的別の一覧表を作成し、事業所内公衆電話近くや2階の職員室に設置している。グループ・ユニット会議時や行事委員会で情報を共有し、必要時には活用できるよう努めている。

淡路ブロック老人福祉事業協会に加入しており、定期的開催される施設長会、調理師・栄養士会、介護職員会等に参加している。淡路市で開催された、リスクマネジメント・虐待防止等の研修に参加し、ブロックでの事例検討をネットワーク内での研修に活かしている。

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・c

個々のサービスの標準的な実施方法を示した、法人の「介護マニュアル」の「介護の心得」の中に、「利用者の意向に沿って」「利用者の生活歴を大切に」等、利用者尊重の姿勢が明示されている。「利用者尊重・基本的人権」について、昨年度は施設内研修の年間計画に盛り込み研修を行った。今年度は、3月の「認知症について」の研修の中で学ぶ予定であり、看護業務検討委員会で企画を行っている。「身体拘束・虐待について」も、昨年度は施設内研修年間計画に盛り込み研修を行い、今年度は1月に予定している。更に、グループ・ユニット会議でも、随時の課題に応じて、現状に即した研修を行っている。

「プライバシーマニュアル」に、個人情報保護と共に、利用者の自尊心保護についても言及され、利用者の尊厳やプライバシー保護への姿勢を明示している。また、居室・トイレ・浴室にカーテンや暖簾を設置し、プライバシーや羞恥心への配慮を行っている。今年度は、施設内研修の年間計画に「プライバシー保護」は盛り込まれていないが、リーダー会で課題を明確にして各ユニット・グループ会議でロールプレイ等を通して、職員の理解を深めるように努めている。個々のサービスの標準的な実施方法を示した、法人の「介護マニュアル」の中に、プライバシー保護についても明記されており、「介護マニュアル」に基づいた研修を行う中で、職員がマニュアルに基づいたサービスが実施できるように取り組んでいる。

平成26年度利用者満足度調査を実施している。職員の対応・食事・入浴・排泄・行事余暇活動の項目別に、利用者へ聞き取りで満足度調査を行っている。6か月に1回、ケアカンファレンスと家族会を行い、介護計画だけではなく、サービス全般についての意向を把握するように努めている。利用者満足度調査実施後は、サービスの質向上委員会が集計し、結果報告書を作成している。調査結果から、課題抽出・改善策検討を行い、サービスに反映させる経過を記録として確認できなかった。

満足度調査結果から利用者からの要望に基づいて、居酒屋を行う行事企画を立てる等、具体的な取り組みを行った。利用者満足度調査の結果から、課題抽出・改善策検討を行い、サービスに反映させる経過を明確にし、記録として残すことが望まれる。

相談方法・窓口については、重要事項説明書に窓口担当者・行政窓口・第三者委員を、相談相手が選べるように明記している。また、相談対応の流れがわかりやすいように、フローチャートを作成している。配布すると共に、玄関近くの見やすい位置に掲示し、利用者・家族に周知を図っている。相談スペースとして、面談室や会議室等を提供し、プライバシー保護にも配慮している。

苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。苦情解決の仕組みを、フローチャートでわかりやすく説明した資料を、契約時に配布すると共に、重要事項説明書と共に、玄関近くに掲示している。苦情については、苦情受付対応票に内容を記載し、解決までの流れ・改善結果が明記され、申し出た利用者・家族へのフィードバックも記録されている。公表することによる利用者・家族への影響等考え、公表するには至っていない。

利用者からの意見や提案に関しても「苦情受付マニュアル」のフローチャートに沿って対応している。出された意見・提案は、「苦情・要望受付対応票」に記録し、ユニット・グループ内職員間で回覧し情報共有を図り対応する。ユニット・グループ内での対応が困難であれば翁寿園連絡会で検討する仕組みがあるが、記録としては確認できなかった。「苦情受付マニュアル」は、法人のサービスの質向上委員会で随時の見直しを行っていることが記録で確認できたが、定期的な見直しには至っていない。外出を希望する意見があり、外出支援を行った事例が、個別ケア記録で確認した。

利用者からの相談・提案についても、苦情対応と同様に、対応の経過や利用者・家族へのフィードバックも含めて記録に残すことが望まれる。マニュアルについてはあらかじめ定められた時期に定期的に見直しを行い、内容を記録に残すことが望まれる。

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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
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・Ⓑ・c
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

第三者評価の受審に合わせて、自己評価を年1回実施している。内容に応じて各部署担当が自己評価を実施している。毎年1回定期的に、第三者評価を受審しサービスの質向上に取り組んでいる。統括的な担当者は副施設長と定めている。評価結果を分析・検討する場として、法人の幹部運営委員会と定めている。

管理分野については、施設全体として幹部運営委員会で評価結果の分析を行っている。サービス分野については職種別に、看護業務委員会・リーダー会議で、評価結果の分析を行っている。分析結果・課題は、各会議録に文書化している。課題の共有は、看護業務委員会については委員会への参加により、リーダー会議については、各グループ・ユニットへの会議録の回覧により、共有化を図っている。

法人全体としてはサービスの質向上委員会で、職種別には看護業務検討委員会・リーダー会で職員参画の下、改善に取り組む仕組みがある。改善策・改善計画の実施状況の評価・計画の見直しについては、体制の整備に至っていない。改善策・改善計画の実施状況の評価・計画の見直しについては、職員参画の下進捗を確認しながら計画的に行う体制の整備が望まれる。

法人の「介護マニュアル」の中に、個々のサービスについて、標準的な実施方法を明文化している。マニュアル周知についての研修を、施設内研修やグループ・ユニット会議で行っている。施設内研修では、マニュアルを基にボディメカニクスを通して移動動作等を学ぶ研修も実施している。グループ・ユニット会議では、同じ項目を2ヵ月続けて研修し、多くの職員に標準的な実施方法を周知できるように取り組んでいる。「介護マニュアル」の、主に「介護の心得」の中に、プライバシー保護の姿勢が明示されている。施設内でキャリア段位制度を導入し、レベル認定のチェックリストを参考に、職員が標準的な実施方法に基づいて実施しているかを確認するチェック表の作成と、仕組み作りに取り組んでいる。職員が標準的な実施方法に基づいて実施しているかを確認する仕組みを作り、実施を記録に残すことが望まれる。

サービスの標準的な実施方法について示されている法人の「介護マニュアル」については、定期的には年度末に法人のケア業務検討委員会で見直しを行っている。医療面についてのマニュアルは、看護業務検討委員会で行っている。マニュアルの見直しに際しては、マニュアル周知の研修会や各委員会が出された職員からの意見・提案を反映させている。

利用者一人一人について、「サービス内容実施表」「ケース記録」等、サービス実施状況の記録を整備し、個別にファイリングされている。ケース記録にはニーズ番号を種別欄に記載し、計画に基づいたサービスを実施した

ことを記録に残している。毎月評価実施時には、各ユニット・グループの介護主任が記録内容をすべて確認している。誤字脱字だけでなく、記録内容についても確認し、必要に応じて指導・助言を行い、記録にばらつきが生じないようにしている。また、「日誌・ケース記録の入力について」「介護記録表現・言葉遣いについて」等、記録についての周知事項を書面化し、研修や会議で職員へ説明し浸透を図っている。

法人内の文書管理規定の中に、記録管理責任者を施設長と定める旨が明示されている。法人の「文書管理規定」の中に記録の種類別に文書の保管・保存・廃棄に関する規定が定められている。記録などの情報開示については、「文書管理規定」内の「個人情報保護規定」の中に明示されている。重要事項説明書にも明示し、契約時に利用者・家族に説明を行っている。

今年度は、記録の管理が含まれる個人情報保護についての研修についての計画と実施が確認できなかったため、職員が学ぶ機会を設けられることが望まれる。

朝礼に施設長・副施設長・各部署の責任者・各グループ・ユニットから職員1名が出席して情報共有を行い、各部署に伝達する仕組みがある。

施設全体で至急情報共有・伝達が必要な事項は、事務部署から書面を回覧し、確認印を押し確実な共有を図るように取り組んでいる。医療的な内容で至急情報伝達すべき内容についても、看護部から同様の方法で、職員全員に伝達・共有を図っている。各利用者について、定期的には6か月に1回、介護計画の見直し時期にケアカンファレンスを開催し、各部署から専門職員が参加し、部門横断で検討を行っている。ケアカンファレンスの後、各部署からの専門職員とともに、家族にも参加を依頼し、サービス担当者会議を開催している。「ほのぼの」のネットワークシステムを導入し、施設内各部署は情報共有が可能となっている。

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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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・Ⓑ・c

特記事項

パンフレットの中に、施設の設備やサービスの内容が、写真入りでわかりやすく明示されている。また、施設別にサービス内容をわかりやすく示した法人のホームページも作成している。パンフレットは他の施設、医療機関に設置してもらっている。また、居宅介護支援事業所にも配布し、ケアマネジャーを通して、紹介してもらえるようにも務めている。利用希望者には、施設内の見学や一日のショートステイで、体験利用に対応している。

サービス開始時には、契約書・重要事項説明書を用いて、生活相談員が質疑応答を交えながらわかりやすい説明に努めている。重要事項説明書は、サービス内容の詳細や利用料金等を、表や箇条書きを用いてわかりやすく記載するように工夫している。また、より詳細な料金表やパンフレット等も活用して説明を行っている。理解と同意を確認した上で、書面で契約を取り交わしている。

重要事項説明書の中に、退所時の引き継ぎの手順を明文化している。医療機関・他施設への移行時は看護サマリーを作成し情報提供している。退所後の相談事例はないが、連絡があればいつでも相談を受け付ける方針であり、担当窓口は相談員としている。終了後の相談窓口については、契約書の契約終了に伴う援助の項目に明記しサービス終了時の援助について口頭で説明しているが、記載した文書を渡すには至っていない。サービス終了後の相談方法や担当者について説明した文書を作成し、必要時に手渡せる体制作りが望まれる。

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	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(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。	Ⓐ・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	サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2)-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・Ⓑ・c

特記事項

利用者の身体状況・生活状況等は、生活相談員が情報を収集して「利用者個人台帳」を作成している。ケアマネジャーが「ケアチェック表」を作成、介護職員が「日常生活動作能力調査」に記載している。「ケアマネジャーマニュアル」の「施設ケアマネ業務の流れ」でケアプラン作成から見直しの手順を明文化し、定期的な見直し時期は6か月とし、見直し時には再アセスメントを行っている。

「ケアマネジャーマニュアル」に、利用者・家族の情報収集と希望の聴取から、アセスメントを行い、ニーズと課題を明確にする手順が明示されている。施設サービス計画に、具体的なニーズや課題が明示されている。

ケアマネジャーは施設サービス計画を作成後に決裁伺書を作成し、施設長・副施設長が確認し捺印している。実質的な責任者は、副施設長と定めている。施設サービス計画作成の手順は、「ケアマネジャーマニュアル」の中の「施設ケアマネ業務の流れ」で定められている。計画に基づいたサービスの実施状況は、介護職員が、計画の課題を明示した「実施モニタリング票」に日々チェックしている。毎月月末に支援経過記録として、各ニーズ・課題に応じて計画の実践状況・内容・処遇が明文化されている。

サービス計画の見直しに関する手順については、「ケアマネジャーマニュアル」の「ケアマネ業務の流れ」の中に明示され、また、ケアプラン見直しの手順をフローチャートでも明らかにしている。見直しによって変更されたサービス計画書の関係職員への周知手順が確認できない。また利用者の急な状況・状態の変化で見直しの必要性が生じた場合にはカンファレンスを開き計画の見直しを行っているが、見直しの仕組みが明確にされていない。見直しによって変更されたサービス計画書の関係職員への周知手順、また、利用者の急な状況・状態の変化で見直しの必要性が生じた場合の見直しの手順を明確にし、職員に周知することが望まれる。

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

Ⅳ-1(1) 利用者の尊重・保護		第三者評価結果
Ⅳ-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。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-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。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-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。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-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。	Ⓐ・b・c

特記事項

事業計画の中に年間の「行事計画」として「計画行事」「地域交流行事」等が明示されている。行事開催時には、利用者個別に参加の意向を確認し、体調や希望に応じて参加できるようにしている。行事開催後には、行事に関するアンケートを口頭で行い、利用者の意見を確認して記録に残している。

利用開始時に家族に記入してもらった「入所時オリエンテーション」の中に趣味等の欄があり、情報提供を受けている。利用者満足度調査に「趣味・余暇活動」の項目があり、利用者の意向確認に活かしている。書道クラブ・手芸クラブ・園芸クラブ・音楽療法や、随時の余暇活動を、事業計画に位置付け計画的に実施されているので、利用者の意向を確認し参加提案している。園芸クラブは、利用者の自発的活動から、クラブ活動となり、継続的に活動を支援している。クラブ活動はボランティアの協力を得て開催している。また、南あわじ市の主催する文化展などに、書道や手芸の作品を出展している。

面会時間は9時から20時と定めているが、事前に申し出があれば、時間外にも面会できるように支援している。面会は居室やロビーなど希望の場所ででき、プライバシーに配慮して、面接室を利用できるようにもしている。月に1回、ショッピングと喫茶への外出を行い、できるだけ機会均等に外出できるように支援している。利用者の希望に応じて、地域の祭りや大衆浴場に出かける機会も設けている。自宅で過ごしたい希望があれば、家族の協力を得て、個別に外出支援を行っている。

利用者のコミュニケーション能力については、ケアチェック表のコミュニケーションの項目欄にチェックし、個別のコミュニケーション手段を把握・確認し、サービス計画書を策定している。聴覚障害にはホワイトボードを使用し、筆談や、ボディランゲージ等、個別のコミュニケーション手段を検討し、職員全員で共有して統一した方法で支援している。手話通訳者等を受け入れた事例はないが、利用者の知人や友人・家族の協力を得て、必要なコミュニケーションを保つように取り組んでいる。代弁者として成年後見制度を利用している利用者には、施設として協働している。

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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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)・b・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)・b・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)・b・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・(b)・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、スペースの許す限り希望の物を持ち込み、意向に沿った暮らしができるように支援している。ユニット型の場合には、これまでの生活環境が継続できるように、思い思いの調度品を持ち込まれている。従来型の場合は、4人部屋で、整理だんすが備え付けられている。写真やぬいぐるみ等、希望のものを持ちこみ、個別のスペースで園芸を楽しまれる利用者もいる。カーテンを使用して、生活空間のプライバシーを保護している。

日々の喫食状況については、個人別に食事チェック表で把握している。年に1回行う利用者満足度調査に食事の項目があると共に、食事に特化した詳細な満足度調査も、年に1回行っている。行事食の毎にも満足度調査を行っている。把握した嗜好や喫食状況を基に、法人の給食サービス検討委員会や、施設の給食業務検討委員会を毎月開催し検討を行い献立に反映している。また、グループ・ユニットの給食委員は、食事が楽しめるように計画・目標を設けて支援に取り組んでいる。「介護マニュアル」の「食事マニュアル」の中に「食事の楽しみ方」の項目を設け、配席への配慮など食事を楽しむという視点を持って支援している。月初めの日には毎月赤飯と鯛を献立に取り入れ、季節感のある敷き紙を敷いている。口頭で献立を伝えるだけでなく、各テーブルに献立表を置き、献立を紹介している。利用者の誕生日に手作りおやつを楽しめる機会も設けている。

入浴マニュアルの「介護の心得」の項目、手順の「留意事項」欄に利用者への具体的なプライバシー保護に関する内容を明示している。また利用者個々の計画の「援助の方針」欄にプライバシーへの配慮を盛り込み、個別支援につなげている。週2回の入浴を基本としているが、希望に応じて回数の調整や汚染時の入浴、それ以外でも陰部洗浄などを行っている。必要時には臨機応変に対応し、継続性があれば計画に入れて支援している。

計画の「援助の方針」の中に、利用者個々の身体状況に応じた、個別具体的な支援方法が明記されている。排泄マニュアルを整備し、排泄に使用する器具別の介助方法や排泄チェック表の記載方法に至るまで、詳細に具体的に明示している。設備面での点検・改善のための検討は、安全対策委員会で定期的に行われている。衛生面・快適性については、衛生管理委員会で定期的に検討されている。感染対策研修で、環境整備マニュアルの業務手順の見直しを行い、それに基づいて掃除方法の研修を行い周知を図っている。トイレ掃除の都度に、換気・備品・設備もチェックし、安全性と快適性に配慮している。

利用者の状態に応じて、本人が選べる場合は意向を尊重し、困難な場合は職員が支援し衣類の選択を行っている。衣類の購入は、基本的には家族に依頼するが、必要があれば個別の外出の機会に購入できるように支援している。季節に応じた衣類の交換は家族の協力を得て、必要に応じて職員も支援している。

毎月、理美容業者の訪問がある。契約時に、重要事項説明書の「理美容」の項目で説明を行い、利用希望や頻度などについて意向を確認し、一覧表に記録している。業者の来訪前に記入する「理美容申込表」には「ご要望欄」があり、希望内容の他に、個別の配慮も伝えられるようになっている。理美容業者の年間予定と内容を明示した案内を掲示し、情報提供を行っている。外部の理美容院を利用される利用者は、現在は家族対応で行われている。外出時等には、必要な支援を行っている。日常的な整容については、必要や希望に応じて、職員が支援している。

個別にスタンドを設置し、テレビは9時以降イヤホンを使用する等、光や音について配慮している。「睡眠マニュアル」を整備し、「光・音」についても明示されている。夜間の体位交換については「褥瘡・体位交換マニュアル」の中に2時間毎に交換を明示し、個別に体位交換表を作成し記録している。夜間のオムツ交換については「排泄マニュアル」の中に明示されており、個別の排泄パターンに応じて交換を行い、チェック表に記録している。希望があれば希望の寝具の持ち込みも可能としている。不眠で同室者に影響を及ぼす可能性のある利用者に対しては、空き部屋や過ごす場所を変え支援するようにしている。

個別のファイルの中に利用者個々の健康状態・体調の変化等を詳細に記録している。健康管理マニュアルにはサインの基準・観察マニュアル・緊急時マニュアル等異常時対応についても明文化している。火曜日・水曜日には内科の往診があり、回診結果は記録されている。利用者が突発的に受診が必要な場合には家族・医師に連絡をとり、看護師が同行して受診支援している。受診については、事前事後に家族に連絡している。定期的な受診結果は必要があれば家族に状態報告を行っている。年1回健康診断を受けることができるように支援し、結果は家族に報告すると共に、希望があれば医師より説明を受けることができるようにもしている。「健康だより」を発行しており健康状態の報告と共に健康診断の結果も郵送で添付し報告している。6か月に1回実施しているサービス担当者会議に看護師が出席し、利用者・家族に健康面の説明を行っている。集団的には、口腔体操、リハビリ体操を日々フロアで行っている。個別には機能訓練計画書を作成し、機能低下予防を行っている。昨年度、言語聴覚士による誤嚥性肺炎予防について学ぶ機会を持ち、口腔ケアについても学んでいることが研修資料から確認できた。6～7年継続されており、今年度も12月の実施を予定している。

利用者個々の薬については、個人ファイルに投薬内容を記載し、「薬情報」の書面をファイリングし、薬について適切な情報を得ている。服薬マニュアルが作成されており薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について明示され介護職員と共有している。薬物管理については、「服薬手順フローチャート」を作成している。薬服用介助を介護職が行い、チェック表に記載し、空袋で看護師が最終の服薬確認を行い誤薬の防止に取り組んでいる。熱型表の所定の欄に利用者の内服薬・外用薬の処方状況を記載している。

外出希望のある利用者には、必要な場合には介護タクシーの利用ができるように支援している。職員が付き添い支援する場合もある。高校生のボランティア部が、年間の予定を立て、年に4回程度、職員と共に付き添いを支援している。毎月新聞広告と共に配布される南あわじ市のガイドマップやイベント情報を、ユニットやグループに配置し情報提供を行っている。外出時には、職員が1対1で付き添っておりカードの準備等は行っていない。

公衆電話を、玄関近くの廊下に設置し、希望があればいつでも利用できるように支援している。電話中は職員が見守れる範囲で離れプライバシーに配慮している。携帯電話の持ち込み・使用も可能である。封筒・はがき・切手等を事務所で用意し、希望があれば支援している。郵送や取り次ぎも、随時支援している。新聞・雑誌類は共同購入して、各グループ・ユニットに配置している。希望があれば個人で購入できるように支援している。テレビ・ラジオ等を個人で持ち込むことも可能である。新聞・雑誌類は、共同利用できるように、共有スペースに複数配置している。テレビが数か所に配置されているので、見たい番組を調整して共同利用している。

喫煙については、保育所もあることから条例で禁止されており、希望者は職員・家族が付き添って敷地外で喫煙するルールとなっている。飲酒については、本人・家族の意向と主治医の指示で対応している。実際の場面では、上記のルールに基づいて、個別に対応している。

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	6	66.7
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	8	80.0
II-1 人材の確保・養成	28	26	92.9
II-2 安全管理	9	9	100.0
II-3 地域との交流と連携	23	23	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	16	80.0
III-2 サービスの質の確保	25	22	88.0
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	8	80.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	43	97.7

