

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 ~ 2012年 12 月 11 日 ( 実施 (訪問) 調査日 2013年 9 月 3 日 ) 2013年 10 月 15 日 )
評価調査者	K-0401004 K-0401008 HF-12-1-023

※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: 特別養護老人ホームすいせんホーム (施設名) ム	種別: 老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 岡本 和浩	開設(指定)年月日 平成 6 年 5 月 1 日
設置主体: 社会福祉法人 淡路島福祉会	定員: 80 名
経営主体: 社会福祉法人淡路島福祉会	(利用人数) 80 名
所在地: 〒 656 - 513 兵庫県南あわじ市賀集野田764番地	
電話番号: 0799 - 53 - 0030	FAX番号: 0799 - 53 - 0033
E-mail: <a href="mailto:suisen99@oak.ocn.ne.jp">suisen99@oak.ocn.ne.jp</a>	ホームページアドレス: <a href="http://awaji-yasuragi.jp/suisen.html">http://awaji-yasuragi.jp/suisen.html</a>

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p>&lt;理念&gt; 常にあかるく、やさしく、はっきりと</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>3.地域に親しまれ信頼される施設であること</li> <li>4.事業者としての自覚と責任を持った経営を行う。</li> <li>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。</li> </ol> <p>&lt;基本方針&gt; 法人内の各事業所および社会福祉協議会や地域包括支援センター等との連携を深め、地域とのつながりを強化し、適切で効果的なケアマネジメントを提供できる力量を身につけ、より多くの利用者に質の高い社会資源を提供していく。 上記の方針を基に、ケアマネジャーとして以下の内容について配慮しつつ、利用者支援を行う。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るように配慮し援助を行う。</li> <li>(2) 利用者の心身状況、そのおかれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から総合的かつ効果的に提供されるよう配慮する。</li> <li>(3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたつて、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないように公平中立に行う。</li> </ol>
---

- (4) 事業の実施にあたっては、保険者、在宅介護支援センター、社会福祉協議会、地域包括支援センターおよび他の居宅介護支援事業所、介護保険施設等との綿密な連携に努める。  
 (5) ケアマネジャーの資質が問われる中、ICFの理念をはじめとする、多角的な視点を持ち、より利用者のニーズを取り入れたケアプランが作成できるよう、研修等により自己研鑽を深める。

力を入れて取り組んでいる点

- ・入居者・利用者の方々の個々における生活の質とは何か、質を上げるためにどう取り組んでいくかについて、自律支援を念頭に置き、各職種が連携し、ケアプランと連動するように留意している。
- ・地域に開かれた施設、信頼され選ばれる施設となるようサービスの充実化を図り、サービスの利用にあたっては常に入居者や利用者の方々に選択肢があり選んでいただけるように努めている。
- ・日進月歩で変化する福祉・介護の考え方や知識、技術を、内外部の研修等により各職種が有することのできるよう努めている。

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 ( )	事務員	2 ( )	生活相談員	2 ( )
	介護職員	40 ( 4 )	看護師	3 ( 3 )	管理栄養士	1 ( )
	医師	( 1 )	機能訓練指導員	1 ( )	その他	6 ( 2 )
	介護支援専門員	1 ( )		( )		( )

施設の状況

山間部の静かな環境に恵まれた施設である。施設内は自然光が差し込み明るく清潔である。廊下、共有スペースにもゆとりがあり、利用者が安心して過ごせる生活環境である。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

法人理念を基に、毎年度の事業方針も策定し、各部署毎に課題や問題を明らかにしている。事業方針の前年度の評価結果は、各部署の数値化された報告を受け、運営委員会・責任者会議・リーダー会議・合同会議で評価見直しを行っている。  
 経営層(管理者等)は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、役割・責任が理解されるように取り組み、管理職としての責任とリーダーシップを発揮している。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。  
 幹部会において、提案・課題や問題点の洗い出しを行い改善策を出し、質の向上に役立てている。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、サービスの質向上を図っている。  
 定期的に経営状態の振り返りを行い経営の安定化を図っている。運営上の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。

◇ 特に改善を求められる点

法人の事業計画に沿って施設内での研修を実施しているが、施設内研修の内容・参加者などがわかる研修実施記録の作成及び、新入職採用時の身体拘束をしないケア・虐待防止の周知への明文化が望まれる。  
 年間で必要な研修を計画的に各ユニット又は、事業所内で実施し全職員で利用者の尊厳を大切にサービス提供ができるように知識・技術を高める取り組みを行うことが望ましい。  
 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。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

・サービスの質を確保するため、手順書としてのマニュアルを整備する必要があると感じた。また、定期に見直しを行うことも必要不可欠であるため、今後はマニュアル検討委員会を発足させ、対応していく。

・サービスの質を向上させる取り組みに不足があると評価を受け、今後はサービスの質向上委員会を発足させる。その中で、対外に向けたサービス内容の発信方法や職員の意見集約、入居者や利用者の方々の満足度調査等を定期的に検討し、サービスの質を向上させるために組織的に行っていくべきことを決定していく。

・外部からの評価を定期的に見直し、事業が適正に運営されているか、入居者や利用者の方々に適正かつ公平にサービスを提供できているかを確認し、管理者の義務と責任が果たされているかを見直す必要があると感じた。

○ 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(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)-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。	Ⓐ・b・c
I-1-1(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。	Ⓐ・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。

グループ会議、リーダー会議、責任者会議などで利用者を支援する際に理念に沿って行うように話し合っているをしている。年度初めの家族会開催時に事業報告、事業方針と共に理念を明記した資料の配布を行い、浸透を図っている。エレベーター前に運営方針は明示している。

ホームページ・広報誌に理念・基本方針を明示し誰もが閲覧できるようになっている。会議やミーティングなどで理念を唱和し浸透を行っているが、理念を活かしたケアを意識して取り組む為に今後より一層の理念の浸透を図る取り組みが望まれる。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(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)-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。	Ⓐ・b・c
I-2-1(1)-②	各計画を職員や利用者等に周知している。	Ⓐ・b・c

#### 特記事項

法人理念を基に、事業方針を建て、各部署毎に課題や問題を明らかにしている。法人の理念は、長期的な法人全体での運営方針と捉えている。毎年度の事業方針も策定している。

事業方針の前年度の評価結果は、各部署の数値化された報告を受け、運営委員会・責任者会議・リーダー会議・合同会議で評価見直しを行っている。各委員会で各部署方針を現場の職員に説明している。

毎年家族会で事業計画を詳細に説明し理解と浸透を図っていることが、家族会議録に記載されている。

#### 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(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)-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。	Ⓐ・b・c
I-3-1(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。	Ⓐ・b・c
I-3-1(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。	Ⓐ・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客研修や介護技術研修等に自らも積極的に参加し実施している。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) 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-1-1-1) ② 職員の意欲向上に取り組んでいる。		○a・b・c
Ⅱ-1-1-1) 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) 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-1-2-1) 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) 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-1-3-1) 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、現場(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。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。さらに、法人内で組織的にサポート体制が確立されている。職員一人ひとりの入職時よりの受講・資格一覧を作成している。  
 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研修内容から受講を決めている。  
 職員が外部研修に参加する場合には、法人の規定で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支援するようにしている。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資格取得できるようにしているが、職種や勤務年数に応じて検討し、資格取得に向けた支援をしている。出張命令書、出張復命書で報告がなされている。施設が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、復命書で研修内容を報告する他、リーダー一会で報告され会議録を回覧し職員への周知を図っている。

研修へ参加した職員は、必ず10日以内に何らかの形で全職員へ還元されるようにしているが、評価分析された記録の確認が出来ない。研修参加し内容により次年度に受講の有無や評価を行い研修カリキュラムや受講内容に活かすようにしている。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する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基本は生活相談員としているが、理学療法士の実習は、理学療法士が窓口となっている。

現在、各部門で受け入れを行い、実習指導者研修の受講修了者が指導を行っている。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できるようにしている。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。研修参加の報告書に参加した職員から研修受講のアンケートがとれるような書式の工夫を行い、研修受講計画に積極的に活かしていく取り組みが望まれる。さらに、研修成果の評価・分析が、次の研修計画に反映されているかどうかの、継続した記録が必要である。個人情報保護の観点から実習生への指導を行い、同意を得て利用者の尊厳やプライバシーに配慮した、適切な受け入れが望ましい。

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が望ましい。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。		Ⓐ・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・Ⓑ・c

特記事項

各担当部署を定め委員会を開催し委員会で利用者が安全に過ごせるように課題を話し合い検討を行っている。

各委員会で話し合った内容は議事録を回覧し内容を全職員で把握している。

衛生面は看護師、事故は介護が中心となり責任と役割を明確にし管理体制を整えている。

インシデント・アクシデントレポート、ひやりはっと報告書がある。インシデント・アクシデントレポートは、管理部分に報告されると共に現場職員に周知するために各部署にコピーを設置し閲覧することができる。

全施設共通で事故防止、感染症・食中毒マニュアルが作成されており、各部署に設置していつでも見て確認することができるようにしている。

利用者の状態に変化があった時(緊急時の連絡)として連絡手順・連絡先など詳細に明示している。

関係団体は行政・関係機関を南あわじ市テレホンガイドで明確にしている。身近に起こった事故や、起こりえる事故の可能性ある事例を収集して事例検討会を持ち全職員で話し合い予防に努めている。

リーダー会議で事故やヒヤリハットの件数報告がなされ、対応策を検討している。リーダー会議前には各ユニット会議で事故・ヒヤリハットの報告が行われている。グループ会議の中で事故防止について研修会を実施している。

未然防止策を検討しているが、定期的な評価・見直しを実施していない。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。検討された安全確保策を定期的実施状況を確認し評価・検討・見直しを行うことが望まれる。

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

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。市の委託で、併設のデイサービスと共に離島でのデイサービス・配食事業を実施している。

『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で反映されている。法人の事業計画として広報誌の「まごころ」で地域交流の状況を掲載して、利用者・家族が手にする事ができる場所に設置している。市の敬老会・地域の高校の文化祭・地域の祭りへの参加やスーパー・飲食店には職員同行で個別・少人数で出かけて地域資源活用している。

契約書の中に協力医療機関が選択できることが明示されている。家族会で事業所の事業計画に基づき地域行事参加・喫茶利用を積極的に勧めていることを説明している。主な催し事として買い物や外出を推奨し利用者の選択により活動していることが家族会資料で確認できる。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。地域住民の直接の介護相談を受け付けている。

法人のホームページに「ボランティアについて」明示しているが、ボランティア受けれに関する基本姿勢が明らかにされていない。

ボランティア受け入れ簿、名簿はあるが、受け入れに関してのマニュアルの作成、研修実施が確認できない。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、職員は連絡帳が事務所に設置されていることを周知しており、利用者の希望や状況によりいつでも情報提供できる。淡路ブロックの老人福祉事業協会の定期的な連絡会や3カ月に1回の研修会に参加している。給食施設協議会に参加している。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ネットワークで連携が図れている。マニュアルには、受け入れに関する基本姿勢を明示すると共に登録手続から実施状況の記録等の一連の流れが記載されている必要である。さらに事故を防ぐためのボランティアへの研修実施が望まれる。

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

理念の中に利用者尊重の基本姿勢を謳っており、玄関や各ユニット・フロアーに掲示しつつも見て確認することができる。法人の接遇マニュアルに利用者へのサービス提供の標準的実施方法が明示されている。法人全体の研修参加や施設内での利用者の尊重について研修を実施している。身体拘束をしない方向で施設全体で取り組んでいる。法人の事業計画に沿って施設内での研修を実施しているが、研修記録を残すには至っていない。新入職採用時に各配置部署のリーダーより身体拘束をしないケアや虐待防止について口頭での説明を行っているが、周知への取り組みとしての明文化には至っていない。利用者の居室については、障子やカーテンなどで利用者の羞恥心やプライバシーを大切にされた設備・整備を行っていることが見学で確認できる。利用者へのプライバシー保護に関しては、施設全体でマニュアル化されており、入浴や排泄の支援の中での具体的なプライバシーへの配慮が明文化されている。法人で作成された接遇マニュアルの中でも利用者への尊厳やプライバシーへの配慮を明確に謳っているが、職員への周知のための研修が実施されていない。玄関に意見箱の設置を行っている。

年1回家族会を開催している。家族からの意見や要望を聴取し、利用者・家族の意向を把握するように努めている。家族会はより多くの家族の参加を促す為に参加してもらいやすい日曜日に開催している。家族面会やケース会議の前にはケアマネジャーから意見や要望を聴取するようにしている。利用者や家族との日々の関わりの中で職員から意見や要望を聴取するようにしている。ショートステイ利用者については、外部で行われるケース会議に出席し利用者・家族の意向や要望を聴取・把握するように努めている。利用者・家族の意向は把握された内容により、責任者会議、リーダー会議、食事・衛生・リハビリの各委員会で話し合い、検討・改善を行うようにしている。利用者の意見や相談は、事務所職員、介護職員が直接聴取することが多い。出された相談や意見で介護職員が解決できないことは、相談員やケアマネジャー・リーダー・施設長に報告される体制になっている。

玄関横にパーテーションで仕切りを行いプライバシーに配慮したスペースを用意し意見や相談を受けるようにしている。苦情受付窓口担当者・苦情受付責任者を重要事項説明書に記載している。他、事業所内掲示板にも重要事項説明書の掲示を行い利用者・家族が見て確認することができる状況にある。出された苦情については、苦情受付対応票に記載し対応状況及び結果について明記されているがフィードバックにまでには至っていない。苦情受付対応票のコピーで全職員が情報共有しているが、利用者・家族への公表はしていない。利用者・家族より出された意見・提案が管理者会議やリーダー会議で話し合いを行い意見を反映させたことが記録から確認できる。出された意見や要望が反映されるまでの手順、対応マニュアルの整備や対応体制を明確にするには至っていない。

苦情受付対応票の中で意見や要望が分類され記載される様式になっている。苦情対応マニュアルの中で相談・要望についても苦情と同じ流れで反映されることがフローチャートで明確になっている。法人全体で取り組んでいる研修への参加・施設内研修の内容・参加者などがわかるようにしておくことが望まれる。

また、年間で必要な研修を計画的に各ユニット又は、事業所内で実施し全職員で利用者の尊厳を大切にされたサービス提供ができるように知識・技術を高める取り組みを行うことが望ましい。全職員がプライバシー保護に関するマニュアルの内容を確認すると共に、具体的な業務に反映させるためにも研修の実施は必要と思われる。利用者が意見・相談し易いように、日常的に接する職員以外の相談窓口また、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相手が用意され利用者・家族にわかり易く掲示・文書の配布等の取り組みを期待する。苦情内容に対する検討結果は家族に経過や対応結果の報告が望まれる。さらにプライバシーに配慮した事業所内での公表が望ましい。苦情や意見・要望が反映される流れが利用者・家族にもわかりやすいようにフローチャートの掲示が望ましい。



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 ・ (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。	a ・ 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 ・ b ・ (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) ・ b ・ 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 ・ (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 ・ (b) ・ 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 ・ (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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

情報の公表の調査に伴い調査票の記載・入力を行っているが、サービスの質の向上についての自己評価実施には至っていない。今回の第三者評価受審を活かし、今後のサービスの質の向上に取り組む意向はある。法人で作成されたマニュアルを基準に食事・排泄・入浴について具体的な手順を作成している。排泄・入浴には利用者へのプライバシーへの配慮を明示している。各ユニット・グループ会議の機会に年間の研修計画に沿って計画的に全職員が学ぶ機会を持っている。

施設サービス計画書のサービス内容の実施状況を項目別にケアチェック表で確認している。実施・観察の内容はケース記録に記載し利用者個別に標準的な実施方法に従って支援していることが確認できる。利用者個々の状況に合わせてマニュアルを基に実施方法をケアプランに明示し支援に活かしているが、マニュアル全体の見直しは実施できていない。利用者の支援を行った結果や観察内容をそれぞれ対応した職員がPCのシステムの中に詳細な記録を入力し、保存している。月1回利用者個々の記録をリーダー・相談員やケアマネジャーが内容を確認し記録内容にバラつきが生じないように各職員への指導を行うようにしている。法人規定の「文書取り扱い規定」の中に主任を責任者として明記している。

重要事項説明書に利用者・家族からの申し出があれば複写物の提供を行うことを明示している。

法人で定めている「個人情報保護規定」の中で情報収集の範囲、開示について謳われている。毎朝のミーティングで各職種が集まり施設全体で情報共有を図る他、連絡ノートで情報を共有するようにもしている。各部門・グループ・ユニットにPCのシステムを導入しており、利用者個々の状況や情報はPCのシステムを通して情報共有を図っている。

ケース検討会・ケース会議で利用者のケアプランを通して情報共有している。

毎夕までに各部署からの申し送りや利用者の情報・変化を所定のホワイトボードに記載し、記載された内容は書面化され各部署に配布し情報共有を図っている。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れる。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。さらに、実行する過程での評価・見直しが望まれる。利用者個別の支援方法について検討、見直して行く他、現在の取り組みを活かしてマニュアル全体の見直しの必要性について検討し、追加修正を行い定期的・随時の見直しを実施していくことが望まれる。

標準的なマニュアルの見直しは職員や利用者からの意見を聴取し反映させることも望まれる。サービス実施計画に沿ってサービスが行われ、利用者の状態の変化について具体的に記録されることが望まれる。文書取り扱い規定の中で廃棄についての規定を追加することが望まれる。

保護の規定の見直しを実施し、全職員で統一して管理・対応していくために研修の実施で周知する取り組みが望まれる。

情報開示の基本姿勢、範囲、手続きなども明確に定めて個人情報保護の管理体制を徹底させていくと共に、個人情報保護・情報開示等の研修を実施することが望ましい。

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

写真やイラストを使用したパンフレットを作成している。ホームページにはサービスの内容がわかり易く、写真やイラストで明示されている。パンフレットや広報誌は玄関の誰でもが手に取り見ることができる場所に設置している。淡路ブロック老人福祉事業協会の簡易施設や協力医療機関などにパンフレットや広報誌の配置を行なっている。希望により見学や随時の一日利用も受け付けを行っている。サービス利用開始前に生活相談員より契約書や重要事項説明書の項目に沿って説明を行っている。利用者・家族からの質問が多い、利用中止や解約についての項目は具体的な内容で説明を加えている。誤解を生みやすい項目は具体的に説明して契約書を取り交わしている。契約書の誤解を生みやすい内容の記載箇所にはペンで色を付ける等、目につきやすいようにしている。退居になることは現在まで殆どない。重要事項説明書に円滑な退所の為の援助として明示されている。短期入所者に対しては、「短期入所連絡帳」で家族に利用中の状況や様子についての情報提供を行い、在宅での継続性を整えるようにしている。サービス終了後の、利用者・家族等の担当者は生活相談員と定めているが相談方法やは明確になっていない。サービス終了後も利用者や家族が相談を希望した場合の、担当者や窓口を書面で伝えサービスの継続性を確保する取り組みが望まれる。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

統一したフェースシートで利用者個々の基本的な情報を整理し明示している。ADL評価表でアセスメントを実施している。定期的な見直しの時期は変化が無ければ6カ月と定めており、見直し時期には関連職種が集まり見直しているが、手順の確認ができない。ケース検討会を開催しそれぞれの職種・部門からの課題や意見が出され利用者個々の課題を明らかにして、施設サービス計画書を作成している。計画がPCシステムのほのぼのので全職員が見て確認することができる。計画書の作成責任者を介護支援専門員としている。実施計画についてはそれぞれの関係職種・部門が集まり利用者の意向を踏まえて合議・作成している。計画に沿って実施していることがサービス内容チェック表で確認できる。施設サービス計画書を基にユニットでは、24時間シートで個別具体的な詳細な支援方法を担当職員が作成明示している。担当職員が6カ月に1回実施状況をモニタリング評価を行い、ケアマネジャーが内容を確認し、ケース検討会議で意見を出し合い計画の見直しを実施している。毎月のモニタリングを行っていることが、ケース記録から確認できる。利用者の体調・生活状況の変化による計画の見直しが必要な場合には、ケアマネジャー、が各職種からの意見や提案などを聴取、必要に応じてケース検討会を開催し計画の変更を行っている。計画が変更になったこと伝達し、ほのぼののシステムで周知するようにしている。実施計画の見直しは、組織であらかじめ定められた手順で実施されることが望まれる。実施計画の見直しは、組織であらかじめ定められた手順で実施されることが望まれる。実施計画の見直しは、組織であらかじめ定められた手順で実施されることが望まれる。

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

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

特記事項

年間の行事計画書は開催日時・場所は決まっているが、利用者の選択で参加できるように支援している。またケアプランに参加が挙げられている利用者は優先的に参加呼びかけを行い意向を反映させるようにしている。行事やクラブ活動の後には、報告書が作成されており、反省点の中に利用者の様子や職員が感じ取った状況をケース記録に記載するとともに、写真等で利用者の反応がわかるようにしている。年間行事計画は、全ユニットと各ユニット毎に立てられ、利用者の意向を反映させるように取り組んでいる。入所前にその人らしさを知るためのシートに記載してもらい利用者個別の意向や希望、余暇活動や生きがいづくりへの要望を把握するようにしている。入居後には、24時間シートで利用者の個別の意向をシートの項目に沿って聞き取り、入居後も意向や希望・要望を把握し支援につなげている。把握できた意向や希望・要望に沿って活動に参加できるように声かけを行っている。カラオケ・音楽クラブなどは利用者自らの意向や希望で活動ができるように支援している。買い物ツアー等は利用者の希望や意向が出されてツアーの企画を職員が立て、参加者を募り活動ができるように支援している。

三原高校の文化祭・三原公民館での催し物への参加呼びかけで利用者へ情報提供し参加できるように支援している。移動ができない利用者のために職員が図書館に向き本を借りてきている。面会時間については制限をしていない。玄関横のパーティションで区切ったスペースや小会議室でプライバシーを確保して面会が自由にできるようにしている。外出の際に必要な福祉用具の貸し出しや支援を適宜行うようにしている。施設サービス計画書の中に利用者のコミュニケーションの課題を明示して、サービス内容に個別の支援方法を詳細に明示し、計画の共有を図り、統一した支援を行うようにしている。

現在までに専門職でのコミュニケーション方法が必要な事例はないが、必要に応じて家族や知人・友人の協力を得てコミュニケーションをとっている。

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。	Ⓐ . 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。	Ⓐ . 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。	Ⓐ . 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。	Ⓐ . 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 . Ⓑ . 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。	Ⓐ . 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。	Ⓐ . 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。	Ⓐ . b . c

特記事項

入居時に持ち込みの家具等の配置に関しては、本人・家族の意向を確認し配置している。写真やぬいぐるみなど利用者の希望や趣味などを活かして空間づくりを行っている。部屋に入りきらない物以外は可能な限り持ち込みができるように支援している。利用者の生活空間は、障子やカーテンなどで利用者のプライバシーを大切に配慮を行っている。利用者・職員へ嗜好調査を行い、普段の食事の状況や利用者が言葉に出された意向等も細かく汲み取るようにしている。給食センターが同法人であり、法人内で栄養士会が開催され、調査内容の検討を行い給食センターと連携を図り、全体的な献立に反映させるようにしている。利用者個別の意向や嗜好は施設内の栄養士が嗜好調査の結果を基に対処方法を検討するようにしている。テーブルや椅子は利用者が落ち着いて食べることができるように配置を考えている。ご飯茶わんなどは個別の物を使用したり、ランチョンマットを使用して食べる楽しみが持てるようにもしている。法人のマニュアルを基準に入浴の方法について施設で詳細に手順を明示している。夜間の入浴については、利用者の安全性を確保するために制限がありシャワー浴となるが、昼間は失禁や発汗の状況に応じて入浴できるように支援している。最低週2回は入浴できるようにしており、入浴の時間帯は利用者の希望を聞き声かけを行っている。法人のマニュアルを基に施設で排泄介助マニュアルとして手順を作成している。利用者の排泄状況や希望によりポータブルトイレの設置も行っている。トイレ誘導、おむつ交換、後始末マニュアルを作成している。外部業者と契約してトイレの防臭対策を講じている。イオン発生器を設置し施設全体で防臭に配慮している。利用者の意思疎通が可能な方は意思確認して選択して頂いているが疎通困難な利用者には職員が選んでいる。日々利用者の好みや季節に合わせて衣類を選ぶことができるように支援している。衣類の補充や交換については家族に意向を確認し、買い物ツアーで衣類の購入ができるように支援している。汚れた時には適宜更衣できるように支援して清潔の保持に努めている。理美容に関しては毎月1回訪問理美容を利用できるように支援している。ヘアスタイルは利用者の希望を伝え意向に添った髪形になるように支援している。利用者が見える場所に理美容の訪問予定日を掲示している。消灯時間はあらかじめ決められているが、周囲の利用者にも配慮して明るさを調整している。睡眠に対してのマニュアルの作成はしていない。寝具は利用者の好みや、慣れた物の持ち込みに配慮している。

不眠で他の利用者に迷惑がかかる可能性があれば、デイルームで職員と過ごし、同室者に影響を及ぼさない日中の看護師の観察で利用者の体調に変化がある場合には、介護職員へ状態の変化の説明している。待機看護師への報告基準や緊急発生時の連絡体制などマニュアルとして作成している。

利用者の体調変化が生じた場合には、受診に行くことをFAXで送信し、受診に同行した看護職員から直接医療機関へ利用者の状態の説明を行っている。

医師の回診時や、看護師が巡回している時に利用者より直接相談があれば内容は観察記録に記載して、その都度対応している。利用者の状態の変化や受診の結果、健康診断の結果は口頭で家族面会時に説明を行っている。生活状況表で毎月、日常生活の様子・健康状態・薬剤等について報告を定期的に行っている。体操の時間を生活の中に組み入れ、健康の維持・機能低下予防に努めている。

歯科衛生士の来訪による指導助言を受けて口腔衛生について取り組んでいる。利用者別に「お薬一覧」を作成し、全職員で共有できるようにファイルしている。

定期・臨時・短期入所者と分けて管理方法をマニュアル化し保管方法・誤薬についても明示している。服薬介助後も開封された袋をすぐに捨てずに看護師が残薬がないか確認してから廃棄するようにしている。夜間帯検温表に臨時で服用した内服薬について服用したこと、確認したことを明記している。

申し送り一覧で利用者への服薬や薬の塗布など使用方法を明示し情報共有に取り組んでいる。使用した状況の記録についても同様に申し送り一覧に記載されている。利用者の希望に応じて外出ができるように計画を立て、実施している。基本的には職員が外出の同行を行うようにしているが、三原高校の文化祭への外出は三原高校のボランティアの支援も受け外出している。地域の行事や催し、利用できる施設等については玄関にパンフレット等を設置し、情報提供している。玄関がオートロックで関の出入りはチャイムが鳴るようになっており、外に利用者が一人を出ていくことが少ない状況である。玄関に公衆電話を設置している。携帯電話の持ち込みをされている方もある。電話使用に関しては、全職員で統一した支援が行えるように規定を設けている。郵便物は、事務所から出せるようにしている。新聞は利用者の希望に応じて個別に購入ができるようにしている他、全員が見ることができるよう設置している。テレビもグループ・ユニット毎に設置し利用者が話し合い・譲り合いでチャンネルを決め見ている。希望があればビールなどのアルコール摂取ができるように支援している。施設内禁煙であるが、所定の場所では喫煙できるように配慮している。誰が服薬を確認したかが明確にわかるように記録をすることが望まれる。

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	9	100.0
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	24	85.7
II-2 安全管理	9	8	88.9
II-3 地域との交流と連携	23	20	87.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	9	45.0
III-2 サービスの質の確保	25	10	40.0
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	10	100.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	42	95.5

