

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	2011年 4月 1日 ~ 2012年 3月 21日 (実施(訪問)調査日 2011年 11月 10日 2011年 11月 11日)	※契約日から評価 結果の確定日まで
評価調査者	K-0401004 K-0401005 K-0401008 HF10-1-0031	

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) 桜谷荘ショートステイ事業所	種別: 短期入所者生活介護
代表者氏名: (管理者) 花房幸一	開設(指定)年月日 昭和 55年 5月 8日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人 桜谷福祉会	定員: 15名 (利用人数) 名
所在地: 〒 678 - 0201 兵庫県赤穂市塩屋3450-38	
電話番号: 0791 - 45 - 1820	FAX番号: 0791 - 43 - 6010
E-mail: info@sakuradanifukushikai.com	ホームページアドレス: http://www.sakuradanifukushikai.com/

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 公益的事業の積極的取り組み 2. 人権を擁護する 3. 発達支援・自立支援に向けたサービスの確立 4. 医療・教育・福祉の連携強化 5. 地域社会との共生
<p>力を入れて取り組んでいる点</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 公益的事業の積極的取り組み 地域住民を委員の一員とした地域貢献推進委員会を中心に、地域のニーズに応じた介護者教室の開催やボランティアの養成等を積極的に行い、施設の持つ専門的知識・技術を地域へ還元している。 2. 人権を擁護する 選択食や夜間介助浴の実施等、利用者の自己決定やサービスの選択が出来るよう配慮を行っている。 3. 発達支援・自立支援に向けたサービスの確立 協力医療機関の理学療法士による個別リハビリの実施や相談、また集団リハビリの実施を行い、楽しみある生活の中での機能維持・向上への取り組みが行えている。

4. 医療・教育・福祉の連携強化
 協力医療機関である赤穂記念病院が隣接しており、健康管理に関する相談の充実・急変時等の早期対応が可能となっている。

5. 地域社会との共生
 法人としての歴史が長く、行事や消防訓練等を通して地域との相互関係が構築されており、地域の一員として利用者、施設が存在している。

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 (0)	事務員	2 (0)	生活相談員	2 (0)
	主任生活相談員	1 (0)	介護職員	34 (7)	主任介護職員	1 (0)
	看護師	4 (2)	栄養士	3 (0)	OT・PT	0 (1)
	調理員等	4 (0)	医師	0 (2)	その他	2 (0)

施設の状況

自然豊かな住宅地の高台にある施設である。赤穂記念病院と隣接しており医療連携により健康管理が十分になされ、安心して過ごすことができる環境にある。法人はホームヘルプサービス、デイサービス、居宅支援事業所、ショートステイ等事業活動を実施し、更に、介護者教室や地域密着型ボランティア養成講座の開催など施設全体で地域への事業所の機能を生かした貢献を行い、地域から理解と協力を得ている。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

中途退職はほとんどなく、年度初めに職員を募集し人材の確保を計画的に行っている。勤務年数が長い職員が多く、人員体制は整っているため職員の質の向上に積極的に取り組んでいる。県老協から出されているサービス自己評価表を使用し毎年自ら提供しているサービスについて全職員で自己評価を実施している。自己評価の結果から課題抽出、改善計画を策定し、全職員で計画的にサービスの質の向上・職員の資質の向上などに取り組んでいる。地域密着型ボランティア養成講座や介護者教室を開催し、専門的な知識・技術を地域住民へ還元している。必要に応じてボランティアの来訪があり、普段から事業所内の清掃活動や地区の敬老会や盆踊り、他施設で行われる盆踊り、小学校で行われる運動会や音楽会などボランティアの協力を得て地域行事へ参加する機会を多く持つことができている。おたのしみ外出の企画を立て利用者の希望に応じて個別に外出支援で地域の店舗や住民との交流や関係ができるように支援し事業所から利用者と共に地域の一員として暮らし続けることができるように支援している。

◇ 特に改善を求められる点

家族会開催時に、日課等事業計画の一部説明を行っている。利用者・家族に事業計画が理解してもらいやすいような方法の検討が望ましい。
 マニュアルはサービスの質の向上のためにも必要に応じて見直しの実施はもとより継続的かつ定期的な見直しを実施していくことを期待する。
 ご利用者の健康管理を担っている専門部門として予防の意味も含めて健康管理に関するマニュアルの作成が望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受けるまでの自己評価を行う中で、施設の取り組みについての目的を再確認することが出来た。また、評価を受ける中で自らのサービスの現状を知り、どういう点にポイントを置いて業務改善を図っていかなければならないか、それらの点に気付けたことが最大の収穫であった。
 今後は、今回の評価で挙げた課題の整理を行うとともに、アドバイスをいただいたことについては有効に活用し、サービス評価委員会の中で進捗状況を確認していくことで、継続的なサービス向上への取り組みへと繋げていきたい。

○ 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

法人理念である「公益的事業の積極的取り組み・人権を擁護する・発達支援・自立支援に向けたサービスの確立・医療・教育・福祉の連携強化・地域社会との共生」を基に各フロアで目標を明確化している。事業所の理念をパンフレットに明示すると共に、事業報告書にも理念を明示している。各フロアに基本理念の掲示や朝礼での唱和を行い、職員への認識と浸透を図っている。更に職員会議や職員研修の中で理念に基づいた説明や話し合う機会を持ち、より理念の浸透が深まるように取り組んでいる。パンフレットやホームページに基本理念を明示している。契約時に「桜谷荘の介護サービスご紹介」の書面にも基本方針を明示し具体的な提供サービスと共に理念の周知を図っている。機関紙の「SAKURADANI」にも法人の基本理念を明示し利用者・家族だけでなく、地域住民にも配布し理念の浸透に取り組んでいる。機関紙は、市役所にも設置してもらい地域の方がいつでも見ることができるようにし地域への理念の浸透を図っている。

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。	a・Ⓑ・c

特記事項

各部門毎に事業計画を立てている。中・長期計画を基に各部門で毎年度の具体的な事業計画を策定し実行している。中長期計画は経営3か年計画を立て、四半期毎に計画の進捗状況を経営計画検証委員会(主任・課長・施設長クラス)で各部門が集まり検証している。事業計画に沿った毎年の事業報告には、次年度に向けての課題の抽出も行われている。各委員会は、全職員が何らかの委員会に所属している。各委員会で計画の進捗状況について話し合い、結果を特養幹部会に持ちより法人全体で計画の進捗を確認している。職員会議や各委員会で経営3か年計画と事業計画書を配布し、説明を加えて職員へ継続的な周知を図っている。職員への配布は、事業計画書をより職員が理解しやすいように各部門で話し合いを行い事業計画の具体的実施状況を確認している。年2回(11月・3月)の家族会開催時に、日課等事業計画の一部説明を行っている。

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

職務分担表の中で各役職の職務内容を明確にし明示している。職員・利用者・家族には、玄関に組織図を掲示し理解をし易いようにしている。職員会議へ専務理事が出席し、法人・施設の動向を説明する中で自らの責任や役割について理解を促している。専務理事への日々の業務報告を受ける中で課題や問題を通して自らの振り返りの機会を持ち、解決に向け対応策を検討している。また、課題や問題は、施設長会議で明らかにし事業計画の評価見直しを行っている。

施設長会議でサービスの質の現状を把握し分析・評価を行い、出された課題をフィードバックし具体的な取り組みができるように明示している。

人事考課を取り入れ、職員面談の中で各職員は、自己成長シートを記載し目標を設定し面談を繰り返し、自己点検表の中で法人への要望・提案を記載するようになっており、経営層は職員の意見を把握・取り入れる取り組みがある。

各部門の責任者が出席して行う経営会議の中で経営や業務内容の効率化、人事、労務、財務などの事を分析している。分析の結果出された課題を各部門へ表やグラフを用いてフィードバックし、各委員会・主任から全職員へ浸透を図るように取り組んでいる。各部門・委員会で課題について把握された内容は、施設長会議・経営会議に報告され、効率化や改善に取り組んでいる。

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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

中途退職はほとんどなく、年度初めに職員を募集し人材の確保を計画的に行っている。離職率は低く年度に応じて随時募集数などを検討している。勤務年数が長い職員が多く、人員体制は整っているため職員の質の向上に積極的に取り組んでいる。

キャリアパスに基づいて人事考課制度を実施しており、考課者用にガイドを作成し、評価基準を5段階に設定し評価を実施している。評価は、各職種により詳細な項目によって自己評価を実施し定期的に面談・評価を行い、育成や報酬に反映されるようにしている。キャリアパス・人事考課導入時には、全職員へ制度の導入と詳細について説明を行い理解を促している。職員の福利厚生として歓送迎会や一泊旅行・日帰旅行、慰労会、忘年会、永年勤続表彰などを行っている。研修への参加に対しては、費用の負担を事業所が行っている。

受講後には、研修報告書の提出を行っている。外部研修受講後には、必要により毎月の職員研修で復講を実施し全職員への報告も行われている。ケアスタッフ会議の中でも部門の特性を生かした研修の機会も持っている。内部研修終了後には、アンケートを実施し、研修委員会で結果を集計し研修を実施した各委員会で内容の分析・評価を行い、研修内容の見直しや業務の見直し、業務改善などに活かしていることが、研修報告書・各委員会議事録から確認できる。

生活相談員マニュアルの中で実習生受け入れ窓口になっていることが確認できる。実習受け入れの項目で課題と目標として受け入れに関する基本姿勢を明示している。実習受け入れマニュアルを作成しており、実習の依頼から実習終了までの流れに沿って詳細に記載されている。実習指導責任者を主任生活相談員と定め、受け入れから実習終了まで通して対応し、実習中現場指導は、主任介護員が対応している。実習の受け入れには、承諾書を取り交わしている。現在社会福祉士、ヘルパーの実習の受け入れを行っている。主任介護員は、実習指導者研修に参加し事業所内での実際の指導を行っている。

実習カリキュラムは、学校側と連携をとり、実習の種別毎に実習で学ばなければならないこと、実習生の学びたいことを基本としてプログラムを整備している。カリキュラムに沿って実習を実施している。

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。		Ⓐ・b・c

特記事項

<p>事故発生防止のための指針に介護事故防止委員会の設置を明文化している。委員会でIACレポートを収集し分析を行っている。IACレポートの中で分析・今後の対応策について検証されていることが確認できる。IACレポートからデータ化を行い、項目別に件数や発生場所、発生時間など詳細に表わし、委員会で検討を行ったり、ケアスタッフ会で検討や研修で意識付けを行いリスクが回避できるように取り組んでいる。ケアスタッフ会での研修及び年間研修計画に沿って事業所全体で研修会を実施し安全確保・事故防止につなげている。介護事故防止委員会よりケアスタッフ会へ事故防止に向けての話を周知するように取り組んでいる。次年度の計画を作成する際に評価・分析したことを計画に盛りこみ見直しを実施している。地域貢献推進委員会で地域住民参画の下、地域の動向を把握している。市からの情報提供や外部研修への参加などで社会福祉全体の動向について把握するようにしており、市から毎月出される情報で地域の状況把握を行っている。行政からの情報提供で福祉ニーズの潜在的な利用者の状況を把握している。</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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。		Ⓐ・b・c

特記事項

<p>法人はホームヘルプサービス、デイサービス、居宅支援事業所、ショートステイ等事業活動を実施し、更に、介護者教室や地域密着型ボランティア養成講座の開催と地域住民へのアンケートを実施している。地域貢献推進委員会で検討を重ね、把握された情報やデータを中・長期計画や事業計画に反映させている。相談員業務マニュアルの中の地域との協働の項目の中で謳われている。地区の敬老会、盆踊りなど地域行事の情報を収集し、掲示板に明示し広報する他、毎月実施している入居者集会で情報提供している。必要に応じてボランティアの来訪があり、普段から事業所内の清掃活動や地区の敬老会や盆踊り、他施設で行われる盆踊り、小学校で行われる運動会や音楽会など地域行事へ参加する際は、ボランティアの協力があり活発にできていることが、事業報告書の施設外行事の項目で確認できる。入居者1泊旅行では、他施設の職員ボランティア協力を得て実施している。おたのみみ外出の企画を立て利用者の希望に応じて個別に外出支援する際には、地域の店舗や住民との交流や関係ができるように支援している。地域密着型ボランティア養成講座や介護者教室を開催し、専門的な知識・技術を地域住民へ還元している。在宅介護支援センターに介護相談窓口を置き地域への支援活動を行なっている。ボランティア受け入れマニュアルを作成している。マニュアル内で基本的姿勢を明文化している。マニュアル内で事前オリエンテーションの項目の詳細に沿って実施できるようにしている。ボランティアは、館内清掃、書道教室、生け花教室、ぬいものへのボランティアなど様々な来訪がある。ボランティア登録表がある。ボランティアの活動は、職員がボランティア実施表に記載している。事業計画報告書にもボランティア稼働実績として報告されていることで確認できる。</p>

赤穂市電話番号簿を作成しており、地域の関係機関、連絡先が明示されている。職員手作りで地域の社会資源のマップを作成し利用者が利用の選択をしやすく配慮されている。

地域貢献推進委員会を設置し定期的に開催することで連絡・連携を図っている。地域の自治会へ事業所の年間行事計画の説明を行い、協力を得るための連絡会・打ち合わせ会を開催している。赤穂市老人福祉施設協議会の集まりでは、連絡・協働体制を築いて課題解決に向けて取り組むことができている。

理念や基本方針に利用者の尊厳や尊重を謳い、基本的姿勢を明文化している。新任職員研修細目の資料で処遇心得の項目で利用者の尊厳や尊重に触れ研修を実施している。毎年度事業計画説明会で基本的人権を擁護する項目で説明を行い職員への理解と周知に取り組んでいる。職員会議の中でも基本理念に基づいて施設長より基本的人権への配慮や利用者への尊重について話を周知している。年度初めの事業計画説明会でも施設長より基本的理念への理解として人権の擁護や利用者の具体的な対応も付け加えて説明を行っている。職員へは、職員研修や指導者研修・ステップアップ研修など様々な研修や会議で、理念への理解を深め利用者の尊重や基本的人権への配慮について繰り返し説明を行い共通理解のもと、サービス提供に活かしている。身体拘束対策委員会が中心になり現場の現状を把握し、課題抽出し各ケアスタッフ会議で課題解決に向けた話し合い・検討が行われ職員へのより深い周知徹底を図ることができるように取り組んでいることが議事録から確認できる。

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)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。		Ⓐ ・ 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。		Ⓐ ・ 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。		Ⓐ ・ 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。		Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

入浴や排泄等各種マニュアルの中でプライバシー保護に触れて基準や手順を整備し、職員研修及び日常業務の中で周知徹底しプライバシーの保護に取り組んでいる。

特養幹部会でより具体的なサービス項目でサービス満足度調査を全家族に実施し、集計結果から利用者・家族の意向や意見など把握して調査結果が職員に共有され、サービス内容の改善へとつなげている。

苦情・相談窓口を重要事項説明書に明示し契約時に説明している。基本的に相談の窓口は相談員であるが、内容により相談員が専門部門や各部門に話を行い振り分け解決ができるようにしている。利用者・家族からの相談がある場合には、場面に応じて場所を設定し相談を受けるようにしている。

サービス検討委員会が定期的に(隔月で)利用者や家族に面談を行い、職員が入らない中で自由に利用者・家族の意見を民生委員や家族委員が聴取することで詳細な意見や要望が出され、苦情につながることなく利用者・家族の意見や相談がサービスや運営に反映されるように取り組んでいる。

苦情解決フローチャートの作成が行なわれている。フローチャートから統括苦情解決責任者を施設長として、苦情解決部会を設置し苦情が速やかに解決に向けて取り組める体制が整えられている。苦情解決部会では、定期的に会議を持ち苦情の報告会を行い、検討結果を合同幹部会に提案し、全職員への周知徹底と具体的改善策を講じるようにしている。第三者委員として地域の民生委員の方に担ってもらえるようにしている。事業報告の中で苦情への検討内容や対策を、利用者・家族に報告している。今後、ホームページへの苦情内容及び解決結果などを公開していく予定である。相談窓口担当者、苦情解決責任者、第三者委員の氏名および連絡先を誰もが見やすい玄関に掲示し利用者・家族がわかるようにしている。

生活相談員マニュアルの「利用者家族からの相談」の項目で面談者の基本的姿勢・面接・相談時の留意事項として詳細な対応方法が記載されている。全体的なマニュアルの見直しについては、毎年各委員会で見直しを実施し現状に即したマニュアルとなるように取り組んでいる。現在苦情になる前に利用者・家族に満足していただけるように「サービス検討委員会」を設置し利用者・家族との面談を通して意見や提案を受け、サービスや運営に速やかに反映できるように取り組んでいる。「風通しのよい職場、報告を選ばない、良いこと悪いことすべて報告をする」ように職員間で徹底し、可能な限り利用者・家族の日々の会話の中から発せられる意見や提案・苦情を引き出すように心がけている。利用者家族からの苦情で個人情報保護に関する全職員への意識付けと周知徹底を図っている。

県老協から出されているサービス自己評価表を使用し毎年自ら提供しているサービスについて全職員で自己評価を実施している。サービス評価委員会で自己評価の結果を集計、課題抽出、改善策を検討している。検討結果は、全職員へ説明され改善計画に沿って実行に取り組んでいる。現在22年度に実施した自己評価の結果から出された課題の改善策を実行している状況である。24年度は、今回の第三者評価結果から課題抽出し課題解決に向けて取り組む予定である。各部署のサービス評価委員会から集計結果で得られた課題について部署の職員へ報告され改善策を実施するように取り組んでいる。評価集計結果をサービス評価委員会で各部署から選出された委員参画下で評価分析を行い、課題を抽出し明確化して職員間で共有している。

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓒ
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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

県老協から出されているサービス自己評価表を使用し毎年自ら提供しているサービスについて全職員で自己評価を実施している。サービス評価委員会で自己評価の結果を集計、課題抽出、改善策を検討している。検討結果は、全職員へ説明され改善計画に沿って実行に取り組んでいる。現在22年度に実施した自己評価の結果から出された課題の改善策を実行している状況である。24年度は、今回の第三者評価結果から課題抽出し課題解決に向けて取り組む予定である。各部署のサービス評価委員会から集計結果で得られた課題について部署の職員へ報告され改善策を実施するように取り組んでいる。評価集計結果をサービス評価委員会で各部署から選出された委員参画下で評価分析を行い、課題を抽出し明確化して職員間で共有している。

サービス評価委員会での計画の実施状況、必要に応じての計画の見直しを行い、職員へフィードバックしている。

褥創予防、認知症介護、移動介助、食事介助、ターミナル、排泄など標準的なマニュアルを作成しており、標準的なマニュアルを基に利用者個々に合わせてサービスの提供がなされるように個別の計画に記載するようにしている。標準的なマニュアルの中で利用者のプライバシーへの配慮が記載されている。職員が標準的な実施方法に基づいて実施しているか主任・副主任が確認を行い、結果が人事考課の中で評価される仕組みがある。

標準的な実施方法を示す詳細なマニュアルの作成はなされ、食事マニュアル、感染症マニュアル、入浴介助マニュアルの見直しを実施していることが各委員会・ケアスタッフ会議記録から確認できるが、見直しの状況、

利用開始当初2週間は利用者の詳細を把握しやすいように介護記録用紙を作成し記載している。入所時点での情報でアセスメントを実施し暫定プランとして「暫定介護サービス計画書」を作成している。暫定のプランに沿ってサービスの提供を行い2週間程度でカンファレンスを開催、利用開始後の状況も踏まえて「施設サービス計画書」を作成している。ケース記録に利用者の様子を記録している。また、システムを利用して月間のケア記録票として提供したケアの提供回数を集計されている。新入職者研修を実施後3カ月間は、マンツーマンで指導者が記録についても指導を行っている。

文書管理規定の中で文書保存管理者を専務理事・施設長と定めている他、保存期間、保存方法・廃棄方法など詳細に規定されている。重要事項説明書内で利用者・家族から情報の開示を求めることができることを明示している。新入職者研修で個人情報保護や守秘義務について研修を行い周知徹底を図っている。

事務所で行われる朝礼に各部署の班長が出席し、引き継ぎや重要事項の回覧・説明、情報提供などを聞き、各部署の職員へ伝達・連絡を行い情報を共有するように取り組んでいる。週1回各部署が集まりカンファレンスを行い情報の共有を図っている。「ひいらぎ」のケア管理システムを利用し情報の共有を図ることができている。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

「桜谷荘の介護サービスご紹介」とパンフレット・機関紙を配布しサービスの内容が利用予定者・希望者がわかりやすいように工夫している。利用希望者の要望に応じて見学等対応している。

施設課長とケアマネジャーで契約を行っている。特に利用料金に関しては、ケアマネジャーが利用者の状況を把握し料金表を個別に別紙を作成し理解してもらいやすいよう取り組んでいる。契約書・重要事項説明書の説明文の字のサイズを大きくして見やすくしている。現在契約説明時には利用者・家族同席の元を実施するようにしているが、利用者の入居時の重度化により現在契約時に同席が困難な状態や契約内容の理解が難しい状態である。

終末期を迎えて在宅へ移行するケースが数例あった。重要事項説明書に「円滑な退所のための援助」と項目を挙げ、利用契約時に利用者・家族に説明を行っている。生活相談員マニュアルの中で「退所に関する相談」の項目の中で退所に至るまでの経過や支援方法を明示している。退所後もサービスを継続的に受けることができるよう関係諸機関への連絡調整を行うように規定されている。退所後も生活相談員が相談窓口となっている。

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

CAPPSTのシステムを利用し利用者・家族・利用者の関係者から得られた情報や面談時に得られた情報を整理・把握しアセスメントするようにしている。アセスメントの手順は、CAPPSTシステムに沿って行われている。6カ月毎に定期的な再アセスメント、見直しを実施している。

アセスメント実施後カンファレンスを実施し、施設サービス計画書を作成している。カンファレンスは、「サービス担当者会議の要点」の書類で確認できる。見直し時には、再アセスメントを実施し、カンファレンスで見直しの必要性を確認し検討が行われている。アセスメントから利用者一人ひとりに合わせた具体的な課題を抽出し施設サービス計画書に反映させている。

介護支援専門員がサービス実施計画書(施設サービス計画書)の策定責任者となっている。サービス計画書作成時や見直し時にはカンファレンスを開催し関係部署職員が集まり計画の検討を実施している。重度化により利用者自らの意向を訴えることが難しい状態であるが、家族からの意向をカンファレンス前に把握し計画に反映させるようにしている。計画の実施状況をケアマネジャーが確認するためにケアプラン実践記録表で3カ月毎に把握できるようにしている。

サービス担当者会議の要点の記録で、カンファレンスを行いサービス実施計画の評価・見直しに関する組織として決定された手順が定められ、実施されていることが確認できる。評価見直しを実施した後は、施設サービス計画書を利用者の個別の記録にファイリングしケアの現場で計画に沿って実行できるようにしている。緊急時等利用者の状況に応じてカンファレンスを開きサービス計画の変更を行っている。

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。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-1(1)-②	余暇活動や生きがいが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

年間行事予定表を作成し利用者の参加の意向を確認している。「桜寿会」という利用者自治会を設置している。利用者が興味を持てるような行事の内容を提案し、桜寿会役員会開催時に意向を確認している。各フロアーには、月間でのスケジュールが明示されている。事業計画で施設行事計画が年間で明示されている。書道、生け花などクラブ活動も利用者の選択により参加できるように支援している。余暇活動や生きがいがづくりに対する利用者の意向も桜寿会に聞いている。職員が手作りで作成した「地域マップ」を用いて利用者の外出や買い物などの提案・選択を支援している。利用者の希望や意向でぬいえや編み物など希望に応じてできるように支援している。

知人や友人が来訪された時には、利用者自室や食堂などで面会ができるように支援している。面会時には、プライバシーへの配慮として、職員は適度に距離を持ち面会がしやすいように配慮している。外泊・外出の希望に対しては利用者個々の状態に応じた支援をしている。

施設サービス計画に沿って認知症ケアに特化したものは、サービス計画を立てている。また機能訓練については、機能訓練指導員により個別機能訓練計画書が作成され、日々の実施回数や状況が記録として残されている。

聴覚に問題がありコミュニケーションが取りにくい方については、ジェスチャーや筆談など利用者に合わせて工夫を行いコミュニケーションが円滑にできるように工夫や提供を行っている。

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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

4人部屋でも間仕切り家具を用いて利用者のプライバシーや専有スペースの確保・プライバシーの確保ができるようにしている。部屋の臭気等にも注意しており、特に排泄後は速やかに環境を整えることができるように芳香剤などを用いている。

食事サービス委員会が設置されている。4か月に1回の嗜好調査を行い、利用者の意向を確認している。食事摂取量・水分摂取量をチェック表を用いて利用者一人ひとりの把握を行っている。毎日主菜の選択ができるようにメニューが立てられており、利用者が自ら選択できるようにしている。地産の野菜を使用したり、またたけなど旬の食材を取り入れたりして食事が楽しみとなるように工夫している。食堂の環境についても花を飾ったり、音楽を流すなど配慮している。食事が思うように摂取できなくなってきた時には、介護と栄養課との相互の協力により少量で栄養価の高い食品の工夫を行っている。ふつう食・刻み食・極刻み食・ミキサー食の種類がある。

檜風呂で個別に入浴できるような設備が整えられている。入浴時には、利用者のプライバシーに配慮してバスタオルなどを用いて工夫している。利用者の希望や意向にできる限り添えるように回数や時間を設定するようにしている。

排泄マニュアルに、プライバシー保護を含めおむつ交換・トイレ介助・ポータブルトイレなどそれぞれの排泄介助に合わせた具体的な支援方法を器具の種類で明示している。利用者個々の排泄介助方法についてカンファレンスを行い職員間での共有を図り、排泄支援を行っている。部屋での排泄に配慮し適宜消臭剤の使用などを行っている。

衣類の購入については家族に依頼するか、職員が代行する場合もある。起床後の更衣は、利用者の好みを優先し自ら意思決定してもらえるように工夫している。衣類の購入については家族に依頼するか、職員が代行する場合もある。洗濯については臨機応変に対応している。

出張の理美容サービスの訪問が月2回あり利用者の希望や必要に応じて利用ができるように支援している。以前は化粧をする方もあったが現在はいない。看護師がスキンケアに取り組んでおり、看護師より家族への協力依頼を行い、クリームの手参をしてもらったりしている。希望の理美容室があれば家族の協力を得ることができるように支援し、個別の外出支援で職員が対応している。

利用者の睡眠状況を把握し適宜、医療との連携を図り利用者の良眠が得られるように個別に支援している。睡眠に課題・問題のある利用者は、ケース記録に記載された主治医の指示の下対応している。巡回は、1時間毎に実施していることが寮母日誌で確認できる。施設で準備している寝具はあるが、利用者の希望や好みで個別に持ち込むこともできる。

看護師常勤を4名配置している。各フロア担当を1週間交代で行っている。その他、処置などを行うフリー業務の看護師も日勤帯で配置するようにしている。医務管理日誌には、要観察者の記載がある。入所者の情報は個別にファイリングされている。入所時にアナムネを聴取し利用者の把握を行っている。日々の利用者の健康状態や病状の変化、受診時の状況、医療機関からの指示内容などケース記録票に記載されており、利用者の経過が明確になっている。赤穂記念病院が協力医療機関となっており、特に緊急時には協力医療機関の嘱託医へ連絡を行い指示に従って受診を受けるようにしている。一日1回のバイタルチェックが基本となっているが、変化がある方には、午前・午後にバイタル測定と状態観察を通して変化を医師に報告している。インフルエンザや肺炎球菌のワクチン接種を勧めたり、白癬のある方には足浴の実施、スキンケアの実践等を行い健康の維持増進へ取り組んでいる。朝・夕食後には、口腔ケアを実施している。歯科の定期的な診療や往診は受けていないが、必要時には往診・受診を協力歯科医療機関で受けることができる体制はある。

玄関横に公衆電話を設置している。また携帯電話の持ち込みも制限はしていない。郵便物は開封せずに本人に届けているが、利用者の希望に応じ対応している。

新聞は希望により定期購読ができるように手続きを支援している。テレビの持ち込みも制限していない。また、食堂など共有のスペースにテレビが設置されており、自由に見ることができる。

1階事務所横にたばこの自販機の設置をしている。1階にも喫煙スペースを作っている。火事を出さないようにライターは寮母室で管理している。健康に害を及ぼさないように配慮しながら喫煙や飲酒ができるように支援している。

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	8	88.9
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	28	100.0
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	20	100.0
III-2 サービスの質の確保	25	23	92.0
III-3 サービスの開始・継続	11	11	100.0
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

