

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

名称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳8-1-3	評価実施期間	平成26年10月17日～12月2日

2 事業者情報

事業者名称(施設名): さくらぎの里	種別: 特別養護老人ホーム
代表者氏名: 理事長 雪ノ浦 昭子 (管理者) 施設長 雪ノ浦 昭子	開設年月日: 平成16年7月15日
設置主体: 社会福祉法人 河北会 経営主体: 社会福祉法人 河北会	定員(利用人員): 50名
所在地: 岩手県盛岡市上田字松屋敷103-1 TEL: 019-664-1188 FAX: 019-664-1160	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 福祉サービスの質の向上への意欲</p> <p>サービスの質の向上に関して真摯に取り組んでいこうという姿勢が確認された。施設長はリーダーとして、役職員、組織に対する指導力、統率力、影響力も勘案し、職員の意見を取り入れながら行っているものである。</p> <p>今年度から第三者評価の継続受審を計画している。今年度は現状を法人役員や全職員が認識することとし、課題を抽出する年と位置付けた。</p> <p>このような姿勢は、利用者サービスの質の向上を図るうえで大変有効であり、質の向上への第一歩となるものである。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 理念・基本方針の明確化と財政計画及び人材育成計画の中長期計画への反映</p> <p>法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。</p> <p>基本方針は、「法人理念に包摂」されているとのことで、法人理念は基本方針とあわせ2つの要素で構成されていることは確認された。しかし、基本方針は理念を具現化したものと捉えることが妥当と考えられるので、別立で基本方針を明文化する必要があると考えられる。</p> <p>理念・基本方針・中長期経営計画は利用者、職員、地域住民への周知を前提とした策定について検討が望まれる。</p> <p>また、財政計画・人材育成についても中長期経営計画への反映が望まれる。</p>
--

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>これまでの法人ならびに施設運営について、現状把握等組織全体で見直す良い機会として、初めて福祉サービス第三者評価を受審致しました。</p> <p>一回目の受審であり、まずは組織全体で自己評価による現状把握と問題点を抽出することで意識改革となり、今後の利用者様への更なる適切なサービスの実施に向け、既に着手しております。</p> <p>第三者評価結果を踏まえ、次年度の受審に向け、更なる改善とサービスの質の向上を目指して組織全体で努力を重ねて参ります。</p>

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【さくらぎの里】

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

I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている

I-1-(1)-① 理念が明文化されている	a
評価調査者コメント 法人・事業所の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 理念が身分証明書の裏面に貼付され、常時職員が確認することができる等、細部にわたって理念が浸透するような仕組みづくりが構築されていることが確認できた。また、法人の理念、基本指針が目指す方向も読み取ることができた。	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている	b
評価調査者コメント 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 基本方針は、「法人理念に包摂」されている」とのことで、法人理念は基本方針とあわせ2つの要素で構成されていることは確認された。しかし、基本方針は理念を具現化したものと捉えることが妥当と考えられるので、別立て基本方針を明文化する必要があると考えられる。	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている

I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている	b
評価調査者コメント 理念や基本方針を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 理念や基本方針を職員に周知するための取り組み等は認められた。ただ、これらの取り組みの結果、本当に職員に浸透しているか、理解につながっているかという「成果」についての検証を行う必要がある。 実施⇒検証⇒改善のサイクルを回していただきたい。なお、本評価が「b」であるのは、I-1-(1)-②の評価調査者コメントの理由による。	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	b
評価調査者コメント 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 利用者等への周知の取り組みは事業者コメント(正面玄関入口、各部署、ユニット内、1Fリハビリホール、2Fホール等に掲示し、確認できるようにしており、その都度職員が説明している)にあるようにしっかりなされているが、家族等への説明・周知は不十分である。利用者や家族等に理念や基本方針を伝える意味・意義を職員間で確認しながら周知の方策や周知促進を図っていただきたい。	

I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている	b
評価調査者コメント 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画もしくは中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。 「事業計画作成手順書」に則り、リーダー会議、職員会議等の協議を踏まえたボトムアップ型の中長期計画が立案されている。また、次年度計画についても経営方針や資金収支予算書等が明確に示されており計画策定に対する体制が整っている。しかし、内容的には必ずしも精緻な中長期計画のビジョン策定にはなっておらず、より決め細やかな計画策定が求められる。また、平成26年度事業計画の作成にあたって各部署から提出された「平成25年度事業報告」は、内容や書式(手書の報告もあります)の統一性に欠き、早急に改善されることが望まれる。	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容もしくは中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。前項の評価基準評価調査者コメントの通り。</p>	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>各計画が、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・見直しが組織的に行われていない。事業実施計画の評価については、評議員会・理事会にて審議されている等、一定の評価が行われているが、本事業の計画の目的、期待する効果等、事業実施後の検証・評価を具体的・組織的に行うことが本評価基準では求められている。したがって、事業計画の立案から検証までを組織的に行う委員会の設置も検討されたい。</p>	

I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>各計画を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。事業計画は、リーダー会議、職員会議にて周知されていることが確認された。一方、より理解を深めるための具体的な方法や取り組みが必ずしも十分でないことだが、まずこの事業の持つ意義を全職員が共有するという意識の下で取り組みを図り、計画の進捗状況等について、職員会議等で検証するなど継続的な取組を図ることにより、職員理解へとつながると思われる。</p>	

I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている	c
<p>評価調査者コメント</p> <p>各計画を利用者等に配布していない。利用者に対しては、「正面玄関入口にファイルを置き自由に閲覧できるようにしている」が、各ユニットにもファイルを置いたり、また要約版などを作成して全利用者に対して配布することも一法かと思われる。また、家族等に対しては、面会時や行事等を通して事業計画の配布・説明・理解を得ることも今後の課題である。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。聞き取り、業務分担表、さくらぎの里運営規程等の確認書面により、施設長が確かに組織を統括し責任者として自らの役割と責任を表明していることが確認された。施設運営を円滑に行うためには管理者が果たすべき役割と責任は大きいものがある。管理者は最終的な責任者となるだけでなく、日常業務のあらゆる場面において業務が滞りなく進むための不断の努力が求められる。管理者が施設運営の中で責任を負う存在である以上、組織内で果たす役割も多岐にわたる。管理者が果たす役割について、「意思決定」「戦略立案」「労働力配置」といった観点から職員の理解の促進を図るとともに、職員を統率しながら組織運営を改善していく役割について今一度確認願いたい。</p>	

I-3-(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	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>管理者自ら、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。本評価基準が求めている、法令遵守のための取り組みが行われていることが確認できた。カバーすべき法令等の分野も多岐にわたるが、評価の着眼点にもあるように遵守すべき法令等を体系化し、マニュアルやリスト化の取り組みを願いたい。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、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。 施設長は、サービスの質の向上に関して真摯に取り組んでいることが確認された。リーダーとして、職員、組織に対する指導力、統率力、影響力を発揮し、職員の意見を取り入れながら行っている。そのような姿勢は、会議、職員会議等において職員の声を随時間き入れる体制や、施設長室のドアをオープンにし気軽に職員が意見を言いやすい環境を作るなど、具体的に取り組んでいる。今後はサービスの質とは何か、という「質」の定義を再度検討され、サービスの質向上に努めていただきたい。</p>	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>管理者は、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が、十分ではない。 リーダーシップとマネジメント(経営)の関係は、パラレルの関係だと考える。職員管理、労働時間管理、職場環境改善の効率化、コンプライアンスの徹底等のマネジメントの強化がさらに求められる中、いかに職員の指導・育成に取り組むかがカギとなっている。施設長は、経費削減策等効率化に向けた活動を徹底して、また、随時申し送り等でも光熱費や備品の取り扱いについても利用者の体調・生活管理等にも配慮した上で削減を意識するよう徹底する等、リーダーシップとマネジメントにおいてバランスよく業務を推進している。今後も、今以上の取り組みを期待する。</p>	

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している

II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。 施設事業を取り巻く「内部環境」と「外部環境」の把握については「SWOT」分析(マトリックス)が知られている。SWOT分析は、外部環境における「機会」と内部環境における「強み」を組み合わせることで戦略構築にも役にたつと言われているツールである。こうしたSWOT分析のフレームを軸に、福祉サービスのミクロやマクロ分析に取り組んでいただきたい。</p>	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。 経営分析を踏まえた課題抽出に取り組んでいるが、改善に向けた取組は不足している。II-1-(1)-①で述べたSWOT分析で抽出した機会・脅威一つひとつに、強み・弱みを掛け合わせることで打ち手のヒントが得られると考える。すなわち、「機会×強み」、「機会×弱み」、「脅威×強み」、「脅威×弱み」により改善案が出てくる。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている	非該当
<p>評価者コメント</p>	

II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。 サービスの質確保に必要な人材や体制整備ができていないが、それに対応する人事管理体制が不十分である。「組織は人なり」と言われるように人材(人的資源)が組織に及ぼす影響は大きく、こうした人材を、いかに活用し、いかに管理していくことができるかは組織にとっては死活問題である。組織の永続的・持続的運営のためにも、人事管理上の課題も早期に発見し、将来のビジョンに合わせた具体的な人事管理体制の構築が望まれる。</p>	

<p>II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。</p> <p>評価調査者コメント 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 人事考課の基準について、客観性が十分ではないようである。評価者の主観、先入観等を排除し、実績・能力・人物本位で組織的、客観的に把握するためにも基準の見直しが必要であると思われる。</p>	b
<p>II-2-(2)-① 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が構築されている</p> <p>評価調査者コメント 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。 職員に対しては、顧問社会保険労務士への定期的あるいは随時に相談機会が提供されている。一方で、施設として職員の具体的な就業状況や意向をくみ取り、改善する仕組みの構築が遅れている。特に昨今人事管理上問題になっているメンタルヘルス(心の健康)は、人的資源管理・活用の基本である。メンタルヘルス不調の把握や改善が遅れた場合、または放置により重大な事故が発生した場合訴訟やネガティブな風評、そして職場のモチベーション低下によるサービスの質の劣化などのリスク要因が発生すると考えられる。職員のメンタルヘルスの相談については、顧問社会保険労務士にとどまらず臨床心理士、地域産業保健センターの専門相談機関に相談するような検討も必要である。なお、顧問社会保険労務士にメンタルヘルスに係る相談を依頼する場合、産業カウンセラーの資格の有無を確認することも求められる。</p>	b
<p>II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる</p> <p>評価調査者コメント 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。 福利厚生についての一応の方策は講じられている。近年、社会保険料等の法定福利厚生費負担増により、そのしわ寄せが法定外福利厚生にマイナスの影響(福利厚生の縮小)を及ぼしている。福利厚生の費用面を勘案しながら職員のニーズに対応した福利厚生施策のあり方の検討をお願いしたい。</p>	b

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている

<p>II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている</p> <p>評価調査者コメント 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分でない。 職員の教育・研修に関する基本姿勢については、「中長期計画」「新任研修計画」「年間研修計画」の書面により、明示されていることが確認できた。ヒアリング、書面からも、「研修計画を作成し、積極的に研修に参加させ知識、技術の習得に努めている」「職員の資格、経験等を考慮した研修(リーダー研修・認知症研修・喀痰研修等)に参加させている」ことも確認できた。今後は、着眼点に示されているように組織が求める専門性や資格について、なぜそれを求めるかという理由を示して明示されたい。</p>	b
<p>II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている</p> <p>評価調査者コメント 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 本評価基準では、職員の個性性を考慮したオーダーメイド型の研修の必要性が求められている。現在でも、「個人の資格、経験等を考慮し資質向上につながる研修に参加」をさせるなどの取り組みがはあるが、今後も、専門職として必要な知識・技術を習得し、自覚を促し利用者や家族が安心する介護サービスが提供できる人材の育成を進めて欲しい。</p>	c
<p>II-2-(3)-③ 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</p> <p>評価調査者コメント 研修成果の評価が定期的に行われていない。 研修に参加させるにあたっては、「研修対象者にどのようになってほしいのか?」「研修内容は妥当なのか?」「費用対効果」等を考慮する必要がある。研修による効果をきっちり測定することは簡単ではないが、報告レポートに加え、上司による理解度テスト(インタビュー)、チェックリスト等の評価表(自己評価、他者評価)を用いることも有効であると考えられる。</p>	c

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている

<p>II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている</p> <p>評価調査者コメント 実習生の受け入れと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等、積極的な取り組みには至っていない。 評価調査時にも実習生がいたが、地域の社会資源・社会的責務として積極的に受け入れを行なっている。実習生の受け入れにあたってはそれぞれの実習生の目的に沿った「質の高い、学びのある」プログラムの提供を目指していただきたい。</p>	b
---	----------

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている

<p>II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている</p> <p>評価調査者コメント 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。 平成26年度経営方針「6. リスクマネジメントの仕組みを構築する。(事故・ヒヤリハット情報の収集と分析、再発防止策の構築)」を掲げ、毎月のリーダー会議時において、安全委員会を開催し事故防止に関連する検討会をしているが、組織として安全対策委員会や事故対策委員会の位置づけが明確ではなく、今後、責任体制・担当者・定期的評価や見直しなど具体的な進め方について明確な整備が望まれる。利用者の安全確保のために把握すべきリスクについても今後検討することが望まれ、またマニュアルについても事務室・医務室に配置するだけでなく、職員への周知も兼ね説明と配置場所についても検討が必要</p>	b
<p>II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている</p> <p>評価調査者 コメント 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分でない。 ハード面においては設備整備計画があり、食料・備品の備蓄一覧表で必要数や賞味期限が確認できるなど災害時に対する安全確保に努めている。 しかし、ソフト面における「防災及び非常災害時対応マニュアル」では、災害発生時の初動対応は明記されているが、出勤基準や利用者及び職員の安否確認方法の基準が明確でなく、マニュアルも配布されていない。今後マニュアルの周知や学習会についても取り組む必要がある。 また、消防訓練についても施設体制に即したより実践的なマニュアルの見直しが必要である。</p>	b
<p>II-3-(1)-③ 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</p> <p>評価調査者コメント 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。 平成26年度経営方針「6. リスクマネジメントの仕組みを構築する。(事故・ヒヤリハット情報の収集と分析、再発防止策の構築)」を掲げ、事故報告をデータ化し時間帯分析を行うなど勤務シフト見直しの取り組みに繋がっている。 しかし、ヒヤリハット報告についても、気が付いた職員が提出する仕組みとなっており、組織として基準を明確にしたうえで検証する仕組みの構築が望まれる。</p>	b

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている

<p>II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている</p> <p>評価調査者 コメント 利用者と地域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。 法人理念の3に利用者の社会参加を掲げ、介護タクシーや出張理容・美容などを掲示板で利用者や家族に提供しているが、利用者と地域の交流については、施設がある松園一丁目地区の社会資源や情報を提供するなど、利用者が地域へ出ていきやすい工夫が望まれる。月2回のコーラスサークルは利用者の楽しみとなっていることから、地域資源の活用についての取り組みに期待したい。また、地域に対しても事業所や利用者への理解を深めるための取り組みが始まっていることからさらなる取組が求められる。</p>	b
<p>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している</p> <p>評価調査者コメント 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。 平成26年度経営方針「5. 地域社会との調和と貢献」を掲げ、東日本大震災被災者13名を受け入れ、現在もお1名を受け入れている。また、県央ブロック高齢者福祉協議会と災害時支援ネットワーク協定締結、介護フェア開催など施設機能を積極的に提供している。また、地域に対し、大正琴の練習や会合等に地域交流室を無料開放している。 一方、地域からの講師派遣等の依頼の際は地域に出向き施設・福祉制度説明を行う取り組みは行われているが、介護に関する技術講習会や研修、地域の福祉ニーズに応じた説明会など地域への還元の更なる取組に期待したい。</p>	b
<p>II-4-(1)-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</p> <p>評価調査者コメント ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。 リーダー会議等で、ボランティア受け入れの基本方針を示していることは評価できる。施設行事にボランティアを招くなどの取り組みや、定期的・継続的に関わっているボランティアの方もいて、施設のボランティア受け入れの方針が実践されている。一方、更なるボランティア受け入れのための情報発信や、施設内の受け入れ体制の強化が望まれる。</p>	b

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>事業所の役割や機能を達成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されているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>社会資源一覧表はあるが、当該一覧の資源が、施設の役割や機能とどのような関係性を持ち繋がっているのか、今一度施設の機能や役割とは何かを確認し、社会資源との連携のあり方の再考を期待したい。また、個々の利用者の状況を考え個人マップのような取組をしている施設もある。24時間シートと関連させ、職員間の共有化を図る取組も考えられる。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例の検討は行っていない。</p> <p>医療関係機関との連携や利用者保佐人と連絡を定期的に行うなどの取組は評価できる。ただ関係機関との連携は限定的であり、包括的な対応が今後必要になってくると思われる。評価の着眼点にもあるように、貴施設が主体になり地域の関係機関・団体とのネットワーク化の構築に寄与するというのも一方である。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>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るが、十分ではない。</p> <p>松園町内会の依頼を受け、松園公民館で行った講演等は、地域福祉向上のための取組みであり、福祉ニーズ把握の一環であると考えられる。ただ、地域住民の顕在的・潜在的ニーズをすいあげるには、評価の着眼点③のやり方を拡充したり、ソーシャルマーケティング手法に基づくりサーチ(質的調査や量的調査)の実施、課題の抽出が求められる。</p>	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>II-4-(3)-①の評価基準での、地域福祉ニーズ把握が必ずしも十分でないために、事業活動の計画自体の妥当性が問われる。ここでは、再度福祉ニーズを丁寧に把握し、そのニーズを精査しながら貴施設の事業計画にも沿うような計画立案を講じた上で実施を検討していただきたい。</p>	

評価解消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) 利用者を尊重する姿勢が明示されている

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>採用時研修(新人・中途)において基本姿勢や基本的人権、身体拘束廃止、虐待防止について職員に周知しているが、職員の共通理解を持つための取組としては、現状として標準的実施方法としての支援マニュアルは入浴、食事、排泄等それぞれ順次整備されてきた。しかしながら、ユニットでの新人職員にメモを取らせることは行なっているが、勤務体制上技術指導を行なえる職員も少なくなってきたり、また実際の指導ができる時間の確保が難しい状況にあるため、今後職員研修や諸会議、その他の場面で基本姿勢ならびにこれに基づく標準的実施方法の共通理解と支援技術の向上を図られるよう期待したい。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>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が、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>採用時研修(新人・中途)において、「プライバシー保護マニュアル」や各「支援マニュアル」について職員に周知し、日々申し送り等でプライバシー保護について説明し徹底に努めているが、個々の職員への徹底という意味において前述のマニュアル等をいつでも確認できたり、指導に用いられるよう各ユニットに常備する、又は個々の職員へ配布するなど更なる徹底を図ることが望まれる。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>入所時のサービス担当者会議において、嗜好について聞き取り、確認を行ない個々の献立に反映するよう努めている。利用者の満足度を定期的に把握するという点において「介護フェア」等において一部聞き取りが行なわれているが、定期的、かつ個別の満足度の把握を行なえるよう検討、実施を図られたい。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>1階・2階に「意見箱」を設置し無記名で投書できるようにしている他、各職員が利用者から聞いた声を職員間で情報共有し検討する仕組みがある。今後は利用者、家族に相談、意見をしやすい環境を作るうえでも、分かりやすい文書の配布、掲示などでのアナウンスの工夫が必要である。また、相談・意見と苦情の取り扱いを整理する仕組みについても今後検討が必要である。</p>	

Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。</p> <p>苦情解決の体制として「苦情処理規程(平成19年一部改正)」を整備し、運用についてはフローチャート化した「苦情・相談・事故対応マニュアル」を整備し運用している。また定期的に苦情対策委員会を開催している。しかし、苦情、相談、事故対応についてはそれぞれ別々のマニュアル化が望ましい。また第三者委員が利用者及び家族に対し聞き取り調査を実施し、結果報告と結果を踏まえての改善策について話し合い、職員間には徹底しているものの、利用者、家族へのフィードバック、対応や解決結果の公表については、機関紙、掲示等の方法を用いて積極的に行なわれるよう今後の取り組みを期待するものである。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>利用者、家族等から意見があった場合は、昼時間の申し送りのミーティングやリーダー会議等を通して、管理者に報告したり、担当職員らで協議し、毎日の申し送りで職員へ周知を図っている。対応マニュアルやその運用面については、前項のとおり、苦情や事故対応と、利用者からの相談、意見・要望の取り扱いを整理し、マニュアル等の見直しを図っていく必要があると思われる。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>今年度、第三者評価を受審するにあたり、事前研修後に個々の職員による自己評価を行ない、各ユニット、リーダー会議等でサービス内容の見直しに取り組み出しているところである。今回の第三者評価受審を機に、実施した自己評価、第三者評価の結果を基に、事業所内で分析し、サービス提供の内容等の見直しを検討する体制や仕組みを構築していかなるよう期待したい。</p>	
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、改善策・改善実施計画を立て実施している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>評価結果を分析し、組織として取り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は至っていない。</p> <p>第三者評価受審への取組として、リーダー会議、職員会議等で周知し共有化に努め、事業計画・事業報告書への反映、サービス改善計画の策定、実施に取り組んでいるところである。自己評価や受審結果を個々の職員の参画のもと、組織として改善策の検討、見直しを推進していけるよう取り組みを期待するところである。</p>	

III-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している

III-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。提供するサービスの標準的な実施方法としての各支援(入浴、排せつ、食事、その他)のマニュアルは整備されており、日々確認できるようユニットにも置いている。また、過去に感染症の発生を機に昼の申し送りのミーティングを設け、情報共有や、業務に関する確認の機会を設けるように取り組んできたところであるが、交代制の勤務シフトの関係でユニットの職員の間で、日々支援方法の確認、徹底や指導に十分な時間を割くことが困難な状況でもあるため、今後において、組織として整備した支援マニュアルの徹底と各職員の支援技術の更なる向上を図るための研修、指導の仕組みづくりを図りたい。</p>	
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が確立している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。サービス提供の標準的な実施方法となる各「支援マニュアル」はそれぞれ整備されてきたが、その指導、徹底については今後の検討が必要である。個別支援計画の策定とともに、個別の利用者のケアの内容、方法をまとめた「24時間シート」を作成し、支援にあたっては、基本的な支援方針の徹底と支援技術の向上のため、標準的な実施方法を各職員がマスターした上で個別の対応に応用していけるよう研修、指導を展開されることが望ましいと思われる。そのうえで、定期的に行なう担当者会議や職員会議でマニュアルの見直しを図られることがより望ましいと思われる。</p>	

III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている

III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。ユニットの介護日誌に、「記入方法と参考例」を張り付けておき記入方法の徹底を図り、また日々の利用者の体調管理状況の他、生活振りや会話の中での変化等詳細を記載するよう指示・指導している。(日誌は現状では手書き)日々の記録から、ケアマネが重要な事項をPCのケース記録に転記し整理したり、家族連絡内容や行政機関との交渉、手続き等についての詳細も記録しているが、看護師や栄養士の記録とのリンクはされず、よりリアルタイムでの情報共有、記録作成に要する業務量の点からして、事業所としての記録作成、情報共有の方法について、PCネットワーク構築等環境面からの検討、改善を図られることが必要である。</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	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。利用者・家族に対しては入所契約時に説明し署名、捺印を頂いている。平成19年10月に策定した「個人情報保護マニュアル」を運用しており、職員に対しては採用時研修(新人・中途)において職員に周知しているが、継続的に研修、指導を実施されるよう今後も取り組みを期待したい。情報管理の体制としてケース記録はユニットリーダーが管理し、ファイルはユニットの職員カウンターに保管、PC上のデータは外付けバックアップ機器を接続した事務所のサーバーに保存されているが、前項同様、紙ベースの記録、PC上のデータ等記録・情報管理の環境・仕組みの整備と、緊急時の対応については検討されたい。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。毎日昼の12:00の申し送り時、状態変化の情報を「ユニット連絡ノート」(手書き)を利用して報告し共有している。また、サービス担当者会議において、ケアマネ、相談員、看護師、介護職員、管理栄養士等が参加している利用者の情報共有と支援の確認をしている。前項等記載のとおり、よりリアルタイムで確実に利用者の情報が各ユニットの職員においても共有できる環境整備と、支援と記録作成の業務の負担のバランスを取りながら軽減を図れるよう検討されることが望まれる。</p>	

III-3 サービスの開始・継続

III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用希望者が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。予約等無い場合や土日等でも可能な限り見学・申し込み等に対応している。基本理念、基本方針が事業所のパンフレット等に掲載されていない点、利用者・家族に分かりやすい方法・内容での情報提供の仕方については、検討と対応の工夫が必要であると思われる。</p>	

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基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。利用開始時には担当者(生活相談員)が必ずパンフレット、利用契約書、重要事項説明書、その他必要な書面により説明を行い署名、捺印を頂いている。現在1名の利用者が成年後見制度(補佐)を利用している。利用者の状態像等を考慮し、利用者・家族が分かりやすい説明資料の工夫や説明を行なう際の書類のリスト化やマニュアル化についての検討が望まれる。</p>	

III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。退所時、医療機関への入院等においてサマリーや個別支援計画、経過記録等の情報提供に努め、利用者への支援の継続に配慮しているが、体制として担当者や手順(マニュアル)の明確化について検討、整備されたい。</p>	

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が行われている

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
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者の心身の状況や、生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を十分には明示していない。入所時、多職種によるアセスメントを実施し、ケアマネが介護用ソフトを使用し介護保険で定められた様式のとおりまとめている。また6ヶ月ごとの「サービス担当者会議」においてモニタリングを実施することとしている。個別支援計画書に基づき個別のケアの内容、方法については「24時間シート」により時間帯ごとのケアの詳細をまとめ、これにより支援を実施する方法をとっている。施設として所定の様式を用い、アセスメント、ケア実施、評価・検討の流れの中でケアを見直しているが、「個別支援計画」と「24時間シート」の連動の確認と徹底が図られることで更にサービスの質の向上につながるものと思われる。</p>	

III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている

III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。サービス実施計画策定の責任者をケアマネとしている。サービス担当者会議において、ケアマネ、相談員、看護師、介護員、管理栄養士等が参加して定期的に検討を行なっているほか、個別の介助方法・手順について個々の利用者のケアについて「24時間シート」を作成し、これを基本としている。しかし、日々昼時間帯の申し送りのミーティングを通し、各ユニットからの申し送りや全体での確認事項の徹底を図っているが、サービス実施計画どおりのサービス提供となっているかの確認をする仕組みとしては、申し送りの各ユニットの「連絡ノート」、「介護日誌」での情報共有の仕組み、方法について、より即時的に、確実に徹底できるよう更なる工夫をされることが望まれる。</p>	
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
<p>評価調査者コメント</p> <p>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。6ヶ月ごとに開催する「サービス担当者会議」において、ケアマネ、相談員、看護師、介護員、管理栄養士等が参加して検討、見直しを行なっている他、急激な体調変化や入院後においては必要に応じカンファレンス、サービス担当者会議を行なっている。個別のサービス提供の内容(「24時間シート」)の変更等は、前述のカンファレンス等会議で確認し、関係職員に申し送りで各ユニットへ「連絡ノート」を通して伝えているが、個々の職員に伝達されたことが確認できるための方法等、仕組み、手順の再確認をしておく必要があると思われる。</p>	

A-1 支援の基本

A-1-① 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。	b
<p>評価調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方が出来るように工夫しているが、十分ではない。利用者の24Hシートがケアプランに反映されサービス提供がなされている。また趣味活動、行事、外出なども取り入れて一日の過ごし方の工夫がされている。しかし、利用者一人ひとりの心身の状況にあわせて、多様性のある活動メニューについては、今後検討が必要であり、職員が気付いた情報を共有し、話し合っ、利用者の一日の過ごし方の充実を図っていくことが望まれる。</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。**b**

評価調査者コメント

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。

利用者を大事にするためのコミュニケーション技法・各種マニュアルを作成している。また、利用者や家族への対応・接遇に関しての申し送りやリーダー会議などで話し合いが行われている。今後の取組として利用者が話したいことを話せる環境の整備や、日々利用者の表情、表現、動作、姿勢、発した一言の中から職員全員が利用者のニーズをキャッチすることにより、利用者には“質の良い安心と落ち着きのある生活”の支援が提供出来るものと思われる。

A-2 身体介護**A-2-① 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。****b**

評価調査者コメント

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。

入浴、清拭は週2回、利用者から希望があればそれ以外にも対応出来る体制は整っているととなっているが、毎日入浴を希望した場合の対応については想定していない。各ユニットに浴室が完備されているが使用していない。利用者全員が広い浴室を利用している。利用者には希望するマイリンズ、マイシャンプーなども取り入れ対応されている。感染症保持者の入浴などの順番にも配慮されている。しかし、ユニットケアや24時間シートとの整合性から、利用者の希望はもとより、入浴場所や回数などを各ユニットの職員間で話し合ってみることも必要ではないかと思われる。

A-2-② 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。**b**

評価調査者コメント

排せつ介助を利用者の心身に合わせて行っているが、十分ではない。

マニュアルが作成されている。排泄時の手順等も示されている。個室にはポータブルトイレが設置されているところもある。においなどはないが、日中はいったん片づけるなどの取組でメリハリが出ると思われる。

現在は利用者の心身の状況や意向を踏まえ、自然な排せつを促す支援についての取組までには至っていないといえる。できるだけ自立した排せつができるよう支援を行います。

A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。**b**

評価調査者コメント

移乗、移動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。

個別対応・移動・移乗の各マニュアルは作成されている。利用者の身体状況に合わせた車イスを使用し、出来るだけ移動しやすいような環境整備や器具の安全に職員の目配りがされている。

今後は利用者の日常生活の中で車椅子、杖などを使用しながら移乗・移動の自立に向けた取り組みを期待する。

A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。**b**

評価調査者コメント

褥瘡の発生予防を行っているが十分ではない。

褥瘡発生予防マニュアル・具体的予防手順等は整備し、各ユニットごとの取り組みに差が生じないよう、担当者会議で利用者の身体状態を確認し、状況対応を図れる発生予防の取り組みは行われている。だが実際の実施方法を職員に周知徹底するための個別の指導や研修などが十分とは言えないとのことである。今後は職員全員が学べる環境整備を進めて頂きたい。

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。	b
<p>評価調査者コメント 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。 利用者の希望を聞き入れ、好みに合わせる努力がされていることは書面や聞き取りで確認出来る。利用者は“食事が楽しみで美味しい”と言う声が大半であるが、一部の利用者に、魚か肉か食材の形が残っておらず何なのかわからないと言う声も聞かれたので、食材を生かした調理の工夫に期待したい。</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。	b
<p>評価調査者コメント 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が十分ではない。 季節を感じさせるメニューで、毎日おいしい食事が提供されている。硬さや量も利用者の身体状況に合わせて提供されている。しかし利用者の一部で食材の形態がわからない事に、不快感を示しているため、見た目での食が進むことへの配慮等も必要かと思われる。</p>	
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p>評価調査者コメント 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。 利用者の口腔についてのケアは日々チェックし記録され、月1回歯科医院の協力も得て、個別に指導されている。また、要治療には歯科医が来訪して治療も行われている。口腔ケアのマニュアルも作成されている。しかし口腔ケアの目的の「口腔の乾燥・誤嚥性肺炎・口腔機能の低下」予防のための取組には至っていない。今後、歯科衛生士や言語聴覚士などの専門家も含めたチームケアで、もう一步踏み込んだ口腔ケアに取組も有効と考える。</p>	

A-4 終末期の対応

A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している	b
<p>評価調査者コメント 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。 看取りの対応手順を整備し、急変時には病院に搬送できる医師・医療機関との連携体制はある程度整備されているといえる。現在ほとんどの人が病院と施設の往復の状態を終末を迎える事が多くなって来ているが、施設での終末期看取りの捉え方について、職員研修の実施により、施設として方針等を再度話し合い終末ケア、看取りの在り方について職員への周知が望まれる。</p>	

A-5 認知症ケア

A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p>評価調査者コメント 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。 入所時個別台帳・アセスメント表・ケア計画表・ケース記録を備え、認知症利用者へ対応している。認知症利用者の関わり方・ケアの仕方等適宜内部研修をし介護職員に指導が行われ、更に知識を深めるために外部研修も受講されている。しかし、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、日常生活支援の中で利用者の尊厳に十分配慮したケアについては、医療スタッフとの連携も深めながら、職員間での共有を図ることが望まれる。</p>	
A-5-② 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。	b
<p>評価調査者コメント 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。 利用者が自宅にいる時と同じような生活ができるように個室空間の装飾や場所への表示の工夫などがされている。認知症ケアマニュアルも整備されている。 さらに徘徊やベッドからの転落等を防ぐための取組として、センサーマット・衝撃吸収マットが使用されている。 また、施設のあらゆる場所での事故を想定し、職員間での話し合いも有効である。事故発生を予測をし、危険物の保管、管理の徹底を図って頂きたい。(例えば部屋のハサミ、トイレの洗剤・洗面所の洗剤・石鹼の飲食等)</p>	

A-6 機能訓練、介護予防

A-6-① 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。	b
評価調査者コメント 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 利用者一人ひとりの心身状況に合わせ、専門職員による機能訓練は行なわれている。さらに機能訓練だけでなく、利用者の状況に応じて専門職の協力を得、助言、指導なども取り入れながら、身体状況の機能低下予防、介護予防などを計画的に見直し、評価する取組も望まれる。	

A-7 健康管理、衛生管理

A-7-① 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。	b
評価調査者コメント 利用者の体調変化に、迅速に対応するための手順があるが、十分ではない。 利用者の体調変化に、迅速に対応するための手順、服薬管理についての手順などは整備されている。しかし、服薬が確実に行われたかの確認や記録は不十分といえる。利用者の中には、食事のときのお茶で服薬されている事もあり、誤薬や飲み忘れなど注意が必要である。また、誤薬や飲み忘れなどの対応や薬についての知識に関する研修の実施等も望まれる。	
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
評価調査者コメント 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 感染症については施設内に予防ポスターの掲示や、各対応手順を職員に徹底している。感染症・食中毒予防・発生対応手順等も整備されており、インフルエンザ予防に対しては利用者、職員・職員の家族まで費用負担をしている。マニュアルや手順について、感染症の理解については繰り返し定期的な研修の実施が望まれる。	

A-8 建物・設備

A-8-① 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。	a
評価調査者コメント 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。 建物設備・厨房機械・器具関係についてしっかり保守点検が行われている。各ユニット内の部屋の温度も個々の体調に応じて調節出来るように設定されている。また、部屋の構造もそれぞれ個性があり、利用者の好みに合わせられよう配慮がされている。廊下には要所、要所に椅子が設置され、休憩できるようになっている。自動販売機は車いす対応となっている。	

A-9 家族との連携

A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
評価調査者コメント 利用者の家族との連携を適切に行っているが、十分ではない。 利用者の家族との連携は、面会時や行事開催時、随時要望時などを利用し近況報告がなされている。特にケア計画などでケアマネとの連携ははかられているといえる。しかし、生活の場であるユニットとの連携は十分とは言えない。今後定期的な情報提供や連携が求められる。	