

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

「人権尊重 利用者一人ひとりのニーズと意思を尊重し出来る限り生活の質の向上を図る」を、法人理念として掲げている。理念の内容は、入職時と年度初めに全職員に「基本理念」「接遇」の冊子を配布し、職員が繰り返し理念を意識し、理解を深めることができる仕組みがある。理念を職員室・介護室などに掲示し、常に目に触れ認識できるようにしている。年度初めの配布だけでなく、朝礼で唱和し言葉としての浸透を図ると共に、ミーティングや会議で振り返り理念の内容の理解を深めるように努めている。理念を館内の利用者・家族が見やすい場所に掲示している。家族には事前面接や家族会で、理念について具体的な内容を説明し、理解と浸透を図るように取り組んでいる。また、利用者には年1回の利用者会で、理念を言葉でそのまま伝えるのではなく、内容を盛り込んで話し理解を深めてもらうように努めている。ホームページや、家族・待機者・ボランティアに配布している広報誌にも理念を明示している。地域包括支援センターにパンフレットを設置し、利用希望者を含めて広く地域の人々が、サービス内容だけでなく理念を知ることができるように取り組んでいる。

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

毎年度、事業所ごとに事業計画を作成し、その中で法人の理念の実現に向けた事業所の年間目標を設定している。中長期計画は法人が策定し、事業所はそれに基づいて年間計画を策定している。事業計画の評価・見直しは各部署の代表職員が参画する職員会議で行い、年度末には振り返りを行い次年度に向けての課題抽出、次年度の事業報告書の策定が行われている。
 年度末の各部署の代表職員が参加する職員会議で、次年度の事業計画・目標を説明している。職員会議に参加した職員が、各部署の会議で説明し浸透を図っている。各職員の理解と浸透を深めるために、年度途中でも課題や問題があれば、理念や事業計画に立ち戻り振り返りながら話し合うようにしている。各委員会でも、事業計画の実施状況が定期的に確認・報告されている。毎年開催されている家族会では、事業計画と目標について、そのままの言葉で説明するのではなくわかりやすい言葉で内容を説明し、事業計画はいつでも閲覧できることも説明している。

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) 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

<p>法人の職務分掌に各経営層の役割が明記され、職員がいつでも見ることができる位置にマニュアルと共に設置している。毎年全職員で実施している自己評価の機会に、経営層・管理者も自らの役割を踏まえて「仕事の成果」「技術の向上」「連携」「研修」「接遇」「委員会活動」「次年度に向けて」等各項目別に自己評価を行っている。利用者との意見交換会の機会にさまざまな意見を聴取し、利用者からの信頼度の把握に努めると共に、定期的・適宜の職員面談の機会に職員と話す中で信頼関係の構築状況を把握し評価・見直しにつなげるように努めている。サービスの質の向上について、安全対策委員会・感染衛生委員会・リスク管理委員会など、法人内に15種類の委員会を設置し、毎月各委員会を開催し、各委員会ごとにサービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。また、事業所内でも、各部署の代表者による職員会議、各部署での部署会議など、定期的継続的にサービスの質の向上について話し合う機会が確保されている。各委員会・各種会議には経営層・管理者等も出席し、職員の意見を把握し、現状の評価・分析に参加し、サービスの質の向上に向けた取り組みに積極的に参画している。総括事務長が、毎月稼働率や人員配置状況などについてわかりやすい表を作成し、経営状況やコストバランスの分析を行い、経営や業務の効率化を図っている。職員会議で、分析結果を職員に周知し、職員がモチベーションを高め、サービスの質の向上を図りながら、経営や業務の効率化につなげることができるように説明している。</p>

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

事業計画に必要な人材や人員体制に関する方針を明記している。総括事務長が、毎月作成される人員配置表により現状を把握し、人員確保や人事管理を行っている。毎年9月頃、現状から次年度の人員体制についての予測を立て、定期的な新卒者の人材確保を計画的に行うようにしている。また、法人の事業拡大に伴い、法人全体で人材育成が十分に行えるように中途採用でも所定の経験を有する職員の雇用も計画的に行うようにしている。障害者雇用もしている。パート・フルタイムパート・常勤・非常勤の雇用形態があり、常勤雇用になる場合の雇用条件を明確にし、フルタイムパートの職員などの意向を確認し常勤雇用に変更することも行っている。職員育成については、介護職員初任者研修の受講希望者には受講料の補助を行い、事業所が必要とする資格取得については事業所から受講料の支援を行い取得できるように支援している。勤務年数に応じての定期昇給、資格取得を評価した昇給については、入職時から職員全員に説明し、公平性・納得性・透明性を確保している。昇格人事については、経営層や管理者が、職員一人ひとりの業務態度・能力・人間性などを総合的に判断して行っている。福利厚生制度については、姫路共済の福利厚生、やながせ福祉会の職員親睦会への助成、インフルエンザワクチン接種の補助、退職金制度など整備し充実している。時間外・休日勤務許可願いが職員から各主任に提出され事業所全体で把握管理されている。有給休暇も年次有給休暇届が出され、一覧表に取得状況がまとめられ把握されている。有給休暇の取得一覧表は、職員がいつでも見て確認できるようにタイムカード設置場所に設置している。部署により有給休暇の取得が難しい部署があるが、希望休は必ず取れるように、または交代で取得できるように勤務の調整や配慮を行うようにしている。1か月に1回は時間外勤務・有給休暇の取得状況を総括事務長・施設長が確認し把握している。時間外勤務・休暇取得状況で問題があれば、各部署の部長や総括事務長・管理者が現状を把握した上で問題解決できるように検討している。毎月確認した現状に即して、人材育成や人員体制を検討し具体的に実践するようにしている。年に1回、上位者との定期的な面談がある。定期的な面談以外にも、職員からの申し出があった場合などに、随時の面談を行うようにしている。業務的な改善課題であれば、委員会や会議で検討し議事録に記録しているが、職員との面談記録については書式はあるが、現在記録に残すに至っていない。

総括事務長が衛生管理者として職員の個別の相談に対応し、必要に応じて嘱託医(産業医)や連携が図れている専門医に紹介している。介護技術向上のために介護職員初任者研修の受講支援や介護福祉士資格取得を勧めている。

研修計画を事業計画の中で策定し、計画に沿って毎月内部研修を同じ内容で1週間(月～金)開催して、全職員が受講できるよう取り組んでいる。ステップアップ研修として、年3回特別研修を実施し職員の資質・技術の向上を図っている。職員の就業年数やレベルに応じ、県や市で開催される外部研修の受講ができるよう支援している。外部研修は全職員が受講することが難いため、内部研修の充実を図っている。内部研修は各委員会が研修の準備を行い開催している。ステップアップ研修は、毎年度の事業計画に応じてテーマを決め研修を計画的に実施している。内部研修に参加した時は、研修報告書が作成されている。外部研修受講時には、出張復命書で研修内容を報告し、職員に復命報告書を回覧して、研修内容が全職員で共有できるよう取り組んでいる。研修参加費の支援や勤務調整などが行われ研修参加の支援が行われている。常勤職員は介護福祉士の資格取得、入職時には資格を有していない場合でも入職後に介護職員初任者研修の受講ができるよう費用などの支援を行っている。研修の内容は出張復命書で報告され、報告書が回覧され内容の共有が図られている。研修内容が各委員会で報告・検討され、マニュアルの策定や見直しを行っていることが委員会記録から確認できる。事業計画の振り返り時に、各委員会で評価・分析が行われ、その結果を次年度の事業計画の研修計画策定に反映させている。各種専門学校、高校、大学、看護学校、教職課程、ホームヘルパー等の実習生を受け入れている。「実習生関係マニュアル」を作成し、担当窓口・オリエンテーション実施方法や各職種、専門別に研修内容を明確にしている。実習生には「施設実習のしおり」をオリエンテーション時に配布し、特定利用者への配慮等実習時における注意事項を周知している。実習委託先とは「施設実習受託契約書」を交わし、期間・人員などを明確にしている。実習指導は、実習指導者研修を受講した副施設長が責任者となっている。「実習指導責任者履歴書」も必要に応じて実習委託先に提出している。今年度は実習指導者研修に主任が受講予定である。実習委託先からの「介護実習の手引き」に沿って、学校等との打ち合わせを行ない、実習の目的や内容と施設の行事日程や利用者の状況等を勘案して、実習生勤務表を作成し、実習期間内に実習の目的・内容が達成できるようにプログラミングを行っている。必要に応じ、中間・最終カンファレンスが実習生主体で開催できるよう支援している。実習指導教員の巡回来訪時に、実習指導者と連携を図っている。カリキュラムに資格の種別に配慮したプログラムを用意しているが、社会福祉士の実習の受け入れは現在行っていない。

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

「リスクマネジメント指針」に基づいて、リスクの種類別に「安全対策管理委員会」・「感染衛生委員会」・「リスク管理委員会」等を設置し、担当者・担当部署を明確にしている。各委員会は各部署から担当者が参加し、基本的に月1回定期的に開催しているが、随時に必要に応じて開催していることが会議録で確認できる。リスク管理委員会では、事故報告書の集計・分析・報告、安全対策管理委員会では、避難訓練や救急対応の計画と実施、感染衛生委員会では感染症発生時の対策と予防対策等を話し合っている。「事故等対応マニュアル」を作成し、事故発生時の対応方法や事故報告書の作成など詳細に明示している。マニュアルを全職員参加の研修時資料として配布し、職員への周知を図っている。消防署立ち合いでの訓練は、年2回が本年から年1回になったが、施設内で避難訓練を毎月実施している。大規模訓練の時には地域の消防団と協力し訓練を実施しているが、協定書を交わすには至っていない。AEDの研修は職員が消防署で開催される研修に参加し、参加した職員が講師となり内部研修で周知している。福祉避難所として指定を受けている。ヒヤリハット報告書は作成せず、全て事故報告書として作成し、集計結果を分析している。分析結果は各部署に配布している。分析に当たっては、事故の種類・時間帯・場所をデータで表示している。大きな事故は1週間通して申し送りをするので、全職員でリスク回避に努めている。事故報告書では、必ず事故原因を明確にして原因分析はその都度行い、毎月のリスク管理委員会や研修等で再発防止を促している。

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。	Ⓐ ・ 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

施設長が県老協(県老人福祉事業協会)の会長を務めており、協会の主催する研修には必ず参加し、また、県主催の種々の福祉に関する各種委員会の委員を委嘱されており、そこで具体的な地域の福祉ニーズや動向を把握している。また、地域包括支援センターと連携し、地域の特徴や変化等を把握している。把握した情報を中長期計画、事業計画に反映させている。地域包括支援センターとの連携により、地域住民の福祉ニーズを把握している。また、地域住民に対する認知症予防教室開催時等での相談を通じて、福祉ニーズを把握し、中・長期計画、事業計画に、24時間サポート型特養(地域の希望住民と法人の契約)の事業計画を明示して活動しており、事業所の多機能性を活かし地域に機能の還元や貢献が行えるよう取り組んでいる。事業所の基本方針の中に「地域との結びつきを重視した運営」を謳い、「ボランティア受け入れマニュアル」の目的に地域との交流についての基本的な考え方を明文化している。

玄関に市の広報誌「広報ひめじ」を設置し、活用できる社会資源がいつでも見て確認できるようにしている。散歩・入浴整髪・踊り等のボランティアの来訪がある。散歩ボランティアは、3団体が来訪しており、各団体の協力を得ながら外出機会が均等になるよう取り組んでいる。

利用者の希望を聞き、個別に買い物や通院介助の支援を行っている。行事・リハビリ実施記録で社会資源を利用していることが確認できる。年1回「ボランティアの集い」を開催し、事業所や利用者への理解を得るための意見交換を行っている。介護技術講習会(年2回)や認知症予防教室(年1回)、介護職員初任者研修会(年2回)を開催している。地域住民に開催案内を配布したり、地域の掲示板に開催案内を掲示し、地域住民に参加の呼びかけを行っている。認知症予防教室開催時には福祉に関する相談時間を設けている。「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し、目的の中に地域との関わり方、基本的な考え方を明文化し、登録等に関する項目を記載している。ボランティアの集いで必要な研修を実施している。地域の社会資源に関して、各関係機関・団体別、目的別に一覧表でリスト化している。関係機関の連絡先は、電話帳に登録し、スムーズに連絡ができるようにしている。リストは各部署にも配布し共有を図っている。また、主なところは短縮ダイヤルに登録している。ボランティアの集いや消防署との訓練実施後に(年2回⇒年1回)、定期的に意見交換を行っている。姫路市老人福祉施設連盟に加入し、栄養士や生活相談員など施設連盟の部会でもネットワークづくりに取り組んでいる。兵庫県老人福祉施設協会にも参加している。ネットワーク内の課題について、研修への採り入れを話し合い課題解決に向け取り組んでいる。

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。		○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

理念の中に利用者の尊重が明示されている。毎年、年度初めに職員全員に配布される「基本理念」「接遇」の冊子の中に、利用者尊重について具体的に記載されている。排泄・入浴など個々の標準的なマニュアルの中にも、プライバシー保護など具体的な内容で利用者の尊重が明示されている。職員全員が出席できるように同じ内容で5回実施される法人内研修の年間計画の中に、「人権研修」が組み込まれており、職員全員に周知を図っている。「身体拘束」・「虐待防止」についても、法人内研修で職員全員が毎年学ぶ機会がある。身体拘束・虐待防止委員会が設置されており、24・25年度にかけてマニュアルの大規模な見直しを行った。見直したマニュアルの内容は研修の中で理解を深めると共に周知を図っている。日々の業務の中で不適切な言動や気になる言動があった場合は、職員同士で注意を呼びかけ防止の徹底を図っている。法人のプライバシーポリシーをホームページに掲載し広く周知を図っている。プライバシー保護マニュアルを設置し、毎年職員全員に配布される「基本理念」「接遇」の冊子の中でも随所に言及し、職員への周知と意識づけを図っている。多床室のプライベートカーテン・浴室のパーテーション・トイレのカーテンなど、施設・設備面でも配慮・工夫している。職員全員出席で実施される法人内研修でもプライバシー保護を学ぶ機会があり、介護向上委員会や排泄ケア委員会など各種委員会でもプライバシー保護への配慮について検討している。規定・マニュアルに基づいたサービスの実施については、OJTを通して日々利用者に関わりを持つ中で評価・指導を行っている。実習生を受け入れ指導にあたる際にも徹底を図っている。年1回の利用者意見交換会や行事を行った後に、直接利用者からの意見を聴取する機会を持っている。年に1回の家族会の開催・意見箱の設置により、家族の意向の把握に努めている。支援計画の見直しの家族との話し合いの際には、プラン以外の意見や意向も積極的に聴取するように努めている。生活相談員は日々利用者・家族とかかわる中で聴取した利用者・家族の意見や要望・意向を相談援助記録に記録し把握している。職員が利用者・家族から個々に聞き取った意見や意向・希望は、個別の支援記録に残し情報共有され、カンファレンスで検討し計画に反映されている。事業所全体の運営やサービスに関わる意見・要望は苦情としてとらえ、改善に向けて具体的に検討を行っているが、利用者の満足度を調査把握する仕組みが不十分である。事業所内の相談窓口と公的な相談窓口を文書にして玄関ホールに掲示している。重要事項説明書にも明示し、契約時に説明している。また、契約時には副施設長・栄養士・看護師など各部署の責任者が出席し、相談内容に応じて窓口を選べることを口頭で説明を加えている。面接室・会議室など、プライバシーを守りながら相談や意見を述べやすいスペースを確保している。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ことが、苦情処理マニュアルで確認できる。苦情解決の体制については、玄関ホールやエレベーター内に掲示すると共に、契約時にも説明を行っている。受け付けた苦情は、苦情報告書で書面化し職員間で情報共有を図り、改善に向け取り組んでいる。改善策や取り組み状況については、利用者・家族にフィードバックすると共に、毎年、年間の苦情処理について報告書をまとめ、利用者・家族がいつでも手に取り見ることが出来る場所に設置し公開している。利用者・家族からの意見や提案も、苦情処理マニュアルに基づいて、話し合い・検討・解決に向けた対応を迅速に行い、家族へのフィードバックを行っている。24・25年度に大規模なマニュアルの見直しを実施した際、苦情処理マニュアルの見直しも行った。各種マニュアルの見直しの必要性については、各委員会の活動の中で行い、苦情処理マニュアルについては、第三者委員会の中で年1回見直しが行われている。苦情・意見に対する対応と改善については、年度末に報告書としてまとめ、次年度の計画に盛り込み改善している。

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。	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

全職員対象に毎年自己評価を年1回実施し、施設長が評価結果をまとめている。自己評価は、仕事の成果、技術の向上、連携・研修・接遇・委員会活動・次年度に向けての項目で自己評価を実施している。常勤職員に対しては、年1回の定期的な面談をしており自己評価表を参考に行っている。面談で職員がモチベーションを持つことができるように配慮している。職員会議で評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討を行っている。定期的に評価を行う体制が整備し、自己評価だけでなく、第三者評価など定期的、計画的な実施、評価を行い、後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが、組織として定められる取り組みを期待する。職員会議で評価結果の分析を行い、課題を出し、各委員会などで話し合いマニュアルの作成・整備を行っている。

自己評価の結果から出てきた課題を事業計画・委員会活動事業計画にあげ、スローガンを掲げ全職員で徹底してサービスに反映させたり、マニュアルの見直しを行い支援方法の統一を図るなど共有を図り計画的に実践に結びつけている。各委員会の会議録で課題について話し合い検討を行っていることが確認できる。評価の中から出てきた課題を改善に向け各委員会で検討、話し合いを行い、事業計画にあげ、計画に基づき実践を行う共に、研修を通じて改善策・計画を周知している。各委員会で実践状況を年度末に確認し、委員会活動事業報告として書類にまとめると共に次年度に向けての取り組みを検討している。各委員会会議録は職員室に設置し職員のだれもが見て確認し共有できるようになっている。個々の標準的なマニュアルは介護の技術面だけでなく、利用者の尊厳やプライバシーに配慮した態度や言葉遣いまで詳細に盛り込んでいる。新入職者研修で周知すると共に、マニュアルの改定を行う毎に施設内研修で周知を図り、支援が統一して取り組めるようにしている。

認知症・医療的ケア安全対策・感染、衛生・リスク管理・栄養・介護向上・褥瘡、拘縮予防・在宅サービス・安全対策・身体拘束、虐待防止・接遇、レクリエーション・OJT委員会があり、毎月1週間にわたり研修を委員会が企画し実施することでマニュアルの変更の周知を図っている。ステップアップ研修は夕方より常勤職員対象に実施している。

新入職職員に対しては、介護技術確認をOJTを通して確認するようにしている。各委員会で見直しの必要性・見直しを行っている。マニュアルは各委員会が基本的には年1回見直しを行っている。自己評価・面談で意見や提案を聴取し各委員会にだし反映させるようにしている。年1回実施している利用者の意見交換会で利用者から個別に意見や提案を聴取し、出された意見や提案を委員会で話し合い反映させるように取り組んでいる。委員会での話し合い反映させるための取り組みが委員会会議録で確認できる。利用者個別のファイルが作成され種々の記録が保管されている。

システムの中で利用者の経過を「施設介護経過(ケース記録)」に時間・項目・担当職員名・コメントで明確に記録として残されている。ケース記録は、利用者の日々の生活の様子が記載されている。

場所別ケア実績記入表には、短期目標が記載されており、短期目標のサービス内容を実践の有無をチェックしている。3ヶ月に1回サービス担当者会議で利用者の状況を確認し職員の意見や気づきが出されている。記録管理体制管理責任者を施設長と定め、一月単位でプリントアウトされる記録に印をし明確にしている。保管管理は、姫路市が指定している5年保管を実践している。

情報開示をする旨を説明しているが、これまでに開示の要請はない。情報開示について、利用者や家族等から情報開示を求められた際の、情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、利用者への配慮等、規定の作成が望まれる。朝・夕のミーティング・介護員連絡ノート・個人ケース記録で情報の共有を図っている。朝の朝礼には全部署が集まり行い、施設内全体での情報伝達・共有を図り、朝礼に参加した職員から各部署の朝のミーティングで口頭伝達すると共に介護員連絡ノートにも記載し確実に情報伝達できるようにしている。また、週1回のミニ職員会議でも必要な情報を伝達し共有を図っている。パソコンのネットワーク化で情報の共有が図られている。

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

利用者がサービス選択の際に参考とすることができる施設の情報を網羅したパンフレットやホームページで、入居後の生活やサービスの内容を明示し情報提供を行っている。「入所のしおり」を利用開始時は配布し、介護サービスやクラブ活動など詳細に明示し説明を行っている。サービス内容がわかりやすく説明された資料を公共施設に配置している。

見学は随時行っている。契約書・重要事項説明書を文字を大きくし見やすくするほか、表や図で分かりやすいように明示してサービス内容を利用者・家族に丁寧に説明し同意を得て、契約書を取り交わしている。終末期(看取り)ケアに関して、同意書で入所時より説明を行い意向を確認している。移行については、重要事項説明書の退所条件の項目で説明を行い同意を得ている。

担当窓口はケアマネジャーであることを施設で定めており、契約時口頭で説明している。退所する利用者・家族からの相談については、ケアマネジャーが退所後のサービスの継続について対応し、ケース記録に残している。ケース記録の中で利用者・家族への説明や対応が記録として残されている。

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

事前面接で「インタビューシート」の書式内容に沿って聞き取りで情報収集している。得られた情報でケアチェック表を使いアセスメントを行い「施設サービス計画書」を作成している。職員が「利用者シート」で把握できた情報を整理・アセスメントを行えるようにしている。ケアマネジャーが利用開始時には暫定で施設サービス計画書を策定している。

3ヶ月毎の見直し時に利用者シートで再アセスメントを行い計画の見直しを行っている。ケースカンファレンス実施予定が明確にされており、計画の見直しのためのカンファレンスを実施している。各居室担当者が利用者個々の状況を具体的に把握し、アセスメントを行いニーズ課題の把握しシステムに入力している。計画策定の責任者を介護支援専門員と定め、サービス計画書を作成するための組織での体制が定められている。ケースカンファレンスの実施は担当職員が参加している。カンファレンスはサービス担当者会議の要点の記録に残している。計画の実践状況を「ケア実績記入表」に記入し、計画に基づいた支援を行っていることが明確にされている。サービス実施計画書の見直しはケアプランマニュアルに沿って、3ヶ月ごとに定期的に行われている。見直し変更後の介護計画書は家族の同意後、個別にファイリングし個別の介護計画書ファイルを職員がいつでも見ることができる位置に設置し周知している。計画の変更が急に必要な場合には、ケアマネジャー・看護師・医師など関係職員が早急に集まり担当者会議を開催し、見直しを行なっている。

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。	○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

習字・生け花・笑いヨガ・手芸・花の会・陶芸・誕生日会・理学療法作業療法などのクラブ活動、散歩や花見・ボランティア(銭舞踊・朱の会)の来訪、納涼大会、クリスマス会など季節の行事や小学生・保育所園児との交流を図っており、参加を促している。寝たきりの利用者を中心にアロマオイルを使用するマッサージをボランティアの方に実施してもらい、利用者の状況に応じて参加できるようにも配慮している。ベッド上での生活が多い方でも楽しめるような室内プラネタリウムなども実施している。自ら参加される利用者は少ないが、職員が行事やクラブ活動の予定を掲示し、当日に声かけし参加を誘うことで利用者が楽しめるようにしている。利用者の意見交換会でクラブや行事への意見を聴取している。化粧クラブが昨年からクラブ化し活動している。家族が来訪しての行事の機会に化粧をしたり、職員が介助して毛染めを行うなど、おしゃれを楽しむ機会を利用者の希望で設けている。日々かかわる中で職員は利用者の活動への希望や意向を確認し、レクリエーション委員会で実施に向けた企画を立て支援している。

年間計画にあげられている行事のほとんどが、長年ボランティアで来訪される方が中心に支援を受けている。移動販売では、販売業者の来訪を受け外出で買い物を楽しめない利用者が出かけなくても楽しめるように社会資源を活用している。面会時間は大まかに決まっているが、あらかじめ連絡があれば面会時間外でも面会できるように配慮している。面会者の来訪があれば、面会する場所の意向を確認し、面接室やホールなどプライバシーに配慮した面会スペースを提供している。レクリエーション委員会で「ふるさとめぐり」として利用者の外出の希望をかなえることができるように支援している。外出・外泊マニュアルを作成している。緊急時フローチャートを作成し、外出・外泊時の緊急時に速やかに対応できるように努めている。利用者本人より外出・外泊の希望があれば家族に伝え機会を持つようにするほか、家族が対応困難な場合には、レクリエーションなどの機会に職員が対応支援している。言語障害や聴覚障害などコミュニケーションに課題がある場合には、「施設サービス計画書」に課題・ニーズを上げサービス内容に詳細な計画を明示し統一して支援するように努めている。利用者の表情や行動等日々の関わりの中で利用者の移行や希望を把握している。

成年後見や権利擁護などの制度を利用できるようにも支援している。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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

限られたスペースであるが、利用者が過ごしやすく調度の持ち込みや思い入れのある品・写真など利用者一人ひとりの思いや、好みが尊重されるように生活空間を整えている。4人部屋でカーテンで個別のスペースを確保し、プライバシーに配慮されている。食事摂取量もチェック表に記載している。管理栄養士が利用者の嗜好や摂取状況や体重の増減などを把握しアセスメントを行い、栄養状態改善に向けたプランの策定、実施を行っている。利用者の意見聴取会では、食事に対しての意見が出される。デザート・副食・主菜と週替わりで選択できるようにし食への楽しみが持てるようにしている。代替え食の選択ができる企画も毎月持ち、利用者の意向や希望がだせるようにも配慮されている。

ソフト食も施設の厨房で調理を工夫している。チェック表に水分摂取量を確認している。一日1500ml程度取れるように支援している。

できればミキサーや刻み食の提供をするのではなく、形のあるもので提供できるように調理には工夫を行っている。食堂の風景の写真を月替わりで行ったり、テーブルに花を飾ったりしている。入浴マニュアルには、利用者のプライバシーや尊厳について、職員が徹底して支援に活かせるようにしている。脱衣時に排せつ物の汚れがある場合にも利用者のプライドや尊厳に配慮し他の利用者に分からないように職員同士で言葉の工夫やアイコンタクトを行っている。特殊浴と一般浴で週2回を基本に入浴できるようにしている。入浴拒否が強い方は適宜機嫌の良い日に入浴ができるように柔軟に対応することも行っている。排泄マニュアルには、利用者のプライバシーや尊厳に対する項目を加え職員が徹底して支援に活かせるようにしている。状態に応じて居室にポータブルトイレを設置している。ポータブルトイレは使用毎に洗浄し消臭剤を入れている。週1回はポータブルトイレを洗浄している。

利用者のプライバシーと羞恥心に配慮するようにカーテンも特注で作成・設置し安全面にも配慮されている。数名ではあるが、衣服の選択が可能であり、昼間の衣服と寝衣に選択し更衣するようにしている。利用者の介護度が高く、拘縮も強い本人への更衣の負担や皮膚の損傷を防ぐために浴衣や伸縮性のある衣類を着用してもらっている。食べこぼしがあればその都度交換するようにしている。販売業者の来訪で衣類の購入ができる。衣類の着替えや汚れ、補修は気づいた時に職員が対応している。定期的に近隣の理容院の来訪があり安価で理容を受けることができる。希望があれば近隣の美容院に出かけることができるように支援することもある。化粧クラブの活動があり、希望を聞き化粧や毛染め、マニキュアなどおしゃれ・整容ができるように支援している。多くの利用者は19時から20時ぐらいに自室のベッドで休まれるが、希望があれば自室以外でテレビを見て過ごすこともできるようにしている。ベッドの光は希望に応じて他の利用者に支障のないようにカーテンなどで工夫し、希望に沿うようにしている。睡眠についてのマニュアルに従って対応している。夜間の不穏により他の使用者の睡眠を妨げる場合は空き部屋を利用したり、寮母の目の届く場所に移動をするなどで対応している。体調や健康状態に変化のある利用者は朝夕にバイタルサインの測定を行っている。バイタル測定の結果や利用者の状態は看護記録として残している。緊急時対応マニュアルで疾患別の対応支援方法が明示されているほか、マニュアルに健康管理マニュアルとして褥瘡・バイタル・体重測定・与薬、服薬・消毒など詳細にマニュアルに明示され、職員だけでなく、利用者・家族も手にとり確認できる位置に設置している。

利用者・家族から相談があれば介護記録に残している。
受診・血液検査の結果など説明を行い報告している。
看護師が機能訓練指導員も兼務しており、口腔体操、運動や可動域訓練・アロママッサージなどで健康の維持を図る取り組みを行っている。服薬管理マニュアルを作成している。薬手帳、説明書で薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。嘱託医より処方された薬を配薬トレーに一日分ずつセットしている。マニュアルの中に服薬マニュアルが作成されている。内服・外用薬は看護記録に記載している。ボランティアの支援を受けて、毎週外出や散歩に出かけることができるように支援できる体制を整えている。利用者が希望で外出する際利用したい場所や店舗の情報をインターネットなどで収集し、利用者が安心して安全に利用できるように配慮し支援している。ホールに公衆電話を設置している。必要・希望があれば電話で連絡を取れるように、事務所などからも支援を行っている。個人の希望に応じて新聞の定期購読をすることができる。新聞も利用者同士で調整し、まわして読めるようにしている。
「のど自慢」と「新婚さんいらっしゃい」などは利用者同士で楽しんでいる。施設内は禁煙であるが、喫煙場所はある。現在喫煙される方はいない。飲酒も希望や状況に応じてできるように支援している。