

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

名称：特別養護老人ホームひまわり園 短期入所生活介護	種別：短期入所生活介護
代表者氏名：常陸 実	定員（利用人数）20名
所在地：島根県出雲市神西沖町2479-6	
TEL：0853-43-2633	ホームページ： http://www.w-himawari.jp/himawari-en
【施設の概要】	
開設年月日：平成3年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ひまわり福祉会	
職員数	常勤職員： 9名 非常勤職員 9名
専門職員	生活相談員 2名 医師 2名
	介護福祉士 15名 看護師 7名
	介護支援専門員 1名 介護福祉士 1名
	看護師 2名 調理員 7名
	管理栄養士 1名
	栄養士 1名
	調理員 2名
施設・設備の概要	(居室数) (設備等)
個室 4室	リフト付一般浴槽 1ヶ所
2人部屋 6室	
4人部屋 1室	

③理念・基本方針

◎法人理念

1. 子ども、高齢者、障がい者の権利を守り、一人ひとりを大切にした福祉実践を行います
2. 福祉の専門家として、知識・技能の向上に努め、ゆたかな感性をみがくように努力します
3. 福祉のまちづくりを進めるために、地域のささえあいを広げ、その発展に努めます
4. 利用者、職員の声を反映させ、開かれた運営を行います
5. 憲法を生かした平和でゆたかなくらしと社会福祉の充実をめざします

◎ひまわり園基本理念

入居者（利用者）の立場にたち、人権を尊重したケアを行う
自由で家庭的な生活が継続できるよう、寝たきりを防ぐケアを行なう
在宅福祉サービスへの積極的に取り組む

④施設の特徴的な取組

- ・利用の際は自宅まで車で送迎を行っています（車椅子の方も対応可能）。
- ・利用日前日に体調伺い、訪問時刻等の連絡を行っています。
- ・出来る限り家庭で生活しておられる環境に配慮した支援を心掛けています。
- ・家族に対して、毎利用後の状況報告が行われています。
- ・施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等、日常生活全般の介護、相談等の支援をします。
- ・機能訓練、健康管理を行い、在宅生活が継続できるよう支援します。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し支援します。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 6 月 6 日（契約日） ～ 平成 30 年 2 月 21 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

・日常生活全般のケアやレクリエーション等が受けられ、一時的に家族や介護者と生活を別にする事により、利用者の方と家族、介護者の方が互いにリフレッシュする機会となります。また、家族、介護者の方の緊急入院等、突発的な事態にも受け入れを行っておられます。

・事業部合同会議等で経営状態（利用人数、稼働率の把握、コスト削減、修繕計画の立案、設備更新の実施）について分析されています。

・法人の専門員会のほか、事業所において総括方針会議年2回、各種委員会が隔月開催され、サービスの質の向上に向けた取組が行われています。そのほか、各部署単位で都度サービスの見直しが行われています。

・利用者、家族等との連絡を密にし、サービス利用が行いやすい様、工夫されています。

◇改善を求められる点

・介護士不足の解消が急務な事業環境にあることから、当施設も職員募集が定例化していますが、応募者がきわめて厳しい現状です。施設としての更なる改善努力に期待しま

す。

・福祉サービスの品質向上には、人が人に対する介護（援助）活動が主な事業ですから、職員が企業理念・基本方針及び事業計画を十分認識・理解した上で運営されていることが基本となります。

事業方針として、①福祉サービスの質②専門職としての職員資質③風通しのよい職場の3項目を掲げ、職員への各種研修を行うなど三ヶ年計画で取り組まれています。職員一人ひとりが目的・目標の受け止め方に差異が見られますので、事業に対する「やり甲斐」「達成感」を職員が更に強く認識できる取組みとして、職員一人ひとりの自己目標が事業所全体の目標に連動し、組織として「目標・管理者面談・成果振り返り・評価サイクル等の体系的な取組み」と「職員一人ひとりの育成計画」が一体的に運営をされる改善が求められます。

・職務分掌に明記されてはいますが、理事長が施設長を兼務されているという事もあり、現場職員は現場管理者の責任について理解不足の面が見られますので、今後管理者の役割や責務を明確にされサービスの質の向上に努められることを期待します。

・職員間のコミュニケーションが課題と考えるおられますが、定期的な面談を実施する仕組みがなく、問題が発生したときの単発的に面接に終始しているようです。全職員の定期的な面談実施の検討に期待します。

・職員の教育プログラムを検討されキャリアアップに繋がられることを期待します。
業務の改善や職員の意識について検討され、多くの職員に研修参加頂き、サービスや職員の質の向上に繋がられることを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

理念に基づく事業計画や行動指針が職員に浸透していないことから、法人の理念継承委員会でどう理念を具体化するか議論を続けています。来年度方針には理念の見える化が一步前進するよう準備を進めているところです。

職員間の風通しの悪さを変えていくため、個人面談や個別の育成計画、業務分掌の明確化等について、重点的に取り組んでいきたいと考えています。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

第三評価結果（短期入所者生活介護）

共通評価基準（45 項目）

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

		第三者評価結果
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<p><コメント></p> <p>施設の見やすい場所に法人の「理念」、「基本方針」が掲示されています。パンフレットやホームページで利用者や家族等にも示されています。</p> <p>常勤、パート職員に法人冊子・2017年度方針を配布され、説明、周知が図られていますが、説明の時間が少ないため理解、把握に差異が見られます。</p>		

2 経営状況の把握

		第三者評価結果
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<p><コメント></p> <p>短期入所生活介護部門に於いては、職員不足が影響し、満床（20名）での受け入れが出来ていないのが現状です。</p> <p>事業部合同会議等で、経営状況（利用人数、稼働率の把握、コスト削減、修繕計画の立案、設備更新の実施）等に関するデータ収集のほか、行政等の政策動向等における社会や経営環境の変化等について、適切に把握・分析されています。</p> <p>事業所を取り巻く環境の変化が急激と言う事もあり、事業の在り方、経営の在り方等の経営分析・改善対策等が組織的に更に重要となりました。</p> <p>人材確保及び人材育成に関する取り組みは、喫緊の課題としての認識をされていることから改善対策に期待します。</p>		
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p><コメント></p> <p>月次決算書、各会議報告等や課長以上の会議で経営の課題や問題点の共有をされ、経営課題や改善対策等を明らかにした上で、具体的な取組みが定期的に行われていますが、職員一人ひとりに十分に問題や課題が理解・共有されていません。</p> <p>今後、組織の問題・課題に対する具体策や到達目標、達成過程の進捗分析及び対策等、全職員での取り組みを望みます。</p>		

3 事業計画の策定

		第三者評価結果
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画及び中・長期の収支計画が策定されています。「ひまわりの福祉」の理念、伝統の継承が中・長期計画に挙げられています。</p> <p>明確にされたビジョンを職員が実行するにあたっては、課題や改善施策（目標・成果分析・対策等）を単年度・中期・長期的に職員が共通指標等を共有する必要性があり、今後「見える化」した取り組み等が効果的と考えられます。</p>		
5	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<p><コメント></p> <p>中・長期計画より「ひまわりの福祉」の理念、伝統の継承に基づき、福社会全体、事業サービス単位、担当単位別の単年度の事業計画・活動指標（事業方針冊子）を策定されています。</p>		
(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>4月に方針の確認、2017年度の取り組みを基に12月に総括され1月、2月に次年度事業計画を作成されます。方針会議で事業計画の説明がなされ、その後は各課において定期的に進捗状況の確認が行われています。</p> <p>しかし、評価、見直しに職員の意見が反映される場面が余りなく、全ての職員に事業計画の理解は得られていないというのが課題です。</p>		
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画・施設の運営・行事状況等は、施設内掲示やホームページで周知が図られています。</p> <p>また、家族会の役員会や総会において、行事の様子や施設の状況について説明が行われています。</p>		

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p><コメント></p> <p>法人の専門委員会、総括方針会議年2回、各種委員会は隔月開催され、サービスの質の向上に向けた取組が行われています。</p> <p>各部署で都度サービスの見直しが行われています。総括に向けた自己評価に加え、第三者委員が定期的に来所し、事業所のサービス内容について評価が行われています。</p>		
9	② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p><コメント></p> <p>第三者委員からの評価結果や課題が文章化されています。職員の言葉遣いや衛生面等、指摘された内容について改善を図るための話し合いが不足しています。</p> <p>共有された改善策や見直し等の実施状況を記録に基づき、対策検討会等は粘り強い繰り返しと認識して、次なる取組みに継続していかれることを期待します。</p>		

II 施設の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	①管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	c
<p><コメント></p> <p>理事長が、施設長を兼任していることもあり、施設長の職務分掌が職員に明確になっていないようです。</p> <p>施設長の役割と責任について文章化されていますが、現場職員は事業所責任者の責任を理解できていません。今後職員が施設長の役割を理解され、事業所責任者の管理責務を明確にされサービスの質の向上に努められることを期待します。</p>		
11	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><コメント></p> <p>人権研修、リスクマネジメント研修、身体拘束廃止研修等、法令遵守に関する研修が企画されていますが、変則勤務の職員の参加率が低い状況にあります。</p> <p>コンプライアンス遵守の職場風土の更なる推進に向け、定期的に法令遵守関連のマニュアルの見直し及び規定の文書掲示等による職員意識の徹底を図り、倫理や法令遵守の取組みを更に推進されることに期待します。</p>		

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
<p><コメント></p> <p>中期（3ヶ年）目標として、福祉サービスの品質を地域のNo1にすると目指した事業計画方針を掲げ、職員の教育、勉強会の機会を持つ等の取組が行われています。</p> <p>社会福祉法人制度改革等の多様な変化に適切に対応（改善）するための取組を推進されていますが、管理者と職員間の適切な意思疎通及び管理者と経営陣との連携等、職員が意欲を高め理解して取組むための相互のコミュニケーション（会議、打合せ情報伝達）のあり方（報・連・相の適切な相互化）などの強化定着を望みます。</p>		
13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	c
<p><コメント></p> <p>重点項目の取組みとして、①経営基盤の改善（強化）②介護サービスの検証とレベルアップに向けた人材育成（研修の充実）③地域への貢献（地域の困ったを掴む）を柱に取り組みが開始されています。</p> <p>本年度に於いては、2017年度方針冊子より施設サービスの稼働の目標やランニングコストの削減、感染症予防等取り組まれています。経験や知識の豊富な中堅職員が不足していることもあり、十分とはいえない状況です。</p>		

2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>良質なサービスを提供するための計画的な福祉人材確保が非常に厳しい現状により、ホームページやSNSの活用、就職面接会のプレゼン方法の見直しを積極的に進められ、労組と協力し環境の改善に取り組まれています。</p> <p>開設時の原点（ひまわりの福祉論）に立ち返る取組みに連動した職員の各種研修（新人研修含む）及び職場風土の変革を掲げ、福祉サービス業務の誇り及びやり甲斐、達成感あるものにしていくための努力が行われています。</p> <p>更に、介護事業そのものの地位向上を目指し、事業価値の社会的向上対策及び更なる新規サービスの開発・改善等、地域アピール活動の更なる展開に期待します。</p>		
15	② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人の人事基準等に則って行われていますが、職員への周知が不十分な面が見受けられます。現在、人事考課制度や個別面談等は導入されていませんが、今後検討予定とのことです。</p>		

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>希望休は可能な限り取得できる配慮がなされていますが、その反動で連続勤務が多くなりがちです。人員不足もあり、有給休暇の取得は難しい現状となっています。</p> <p>職員の相談窓口も設置されていますが、職員は相談し辛いと感じているのが現状です。</p> <p>「風通しのよい職場」方針を掲げ、管理者と職員相互間のコミュニケーションの充実に加え、職員のストレスチェックやカウンセリング、健康診断、インフルエンザの予防接種、安全衛生委員会による事業所内巡視等、職員が安心して働ける健康に関する取組みが行われています。</p> <p>職員一人ひとりの就業状況や意向を把握する仕組みを構築し、更なる風通しのよい職場への一助となる取組みに期待します。</p>		
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスに必要なマナー・接遇研修及び利用者への目配り・気配りの出来る人材をつくる職場OJTや各種講習会（行政主催も含む）への参加による育成取組みも行われています。</p> <p>研修計画を体系的に職員一人ひとりの経験や知識・技能の把握と能力に基づき、職員個々の中・長期的な育成目標計画書への研修カリキュラム作成・実行など育成状況のチェック等の取組みを期待します。</p>		
18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体と事業所別の教育委員会の体制や棲み分けを明確にして、人材育成の基本方針に基づいて年間研修計画を策定して教育・研修に取り組まれています。</p> <p>管理者研修、新人教育研修、マナー・接遇研修（全職員）及び外部研修計画に加え、職員個々の福祉サービスに必要な有資格や職場OJT研修等の教育・研修及び昇級・昇格に連動させるなど、職員の育成方針に基づいた取組みに期待します。</p>		
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p><コメント></p> <p>職員の園内研修、新人の園内研修、キャリアパス中堅職員研修の参加が行われています。年間研修計画により内部・外部研修に参加されています。外部研修参加後は復命書や報告書等で情報提供が行われています。</p> <p>一律の研修に加え、職員一人ひとりの知識・技術・専門知識の習熟度の基準等を設ける等個別の育成計画（OJT研修含む）に基づいた教育・研修の実施が望まれます。</p>		

(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	非該当
<p><コメント></p> <p>短期入所生活介護として、実習生受け入れは行われていません。</p>		

3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>企業理念・基本方針及び事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容・ご意見や問い合わせ等のお知らせをホームページの活用や家族会総会、広報誌「ひまわり」、「ひだまり通信」等で、情報公開されています。</p> <p>地域の方々へ福祉会の特徴や強みの更なる情報公開に期待致します。</p>		
22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>施設経営・運営、財務管理等は、法人本部が総括的に内部統制により適正に取組みがなされています。</p> <p>外部監査（税理士等）及び社内監査の実施等による透明性の高い運営となっています。</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営には、不正を正す社内規定など定期的見直しが組織的に確実に実行されているかのチェックが必要であることから、各種のマニュアル及び手順書等の改善・見直しが適正かどうかを統制する仕組みを望みます。</p>		

4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>パンフレットやホームページ、広報紙で、法人全体の行事等が公開されています。</p> <p>地域の催し物については、掲示板にポスターを掲示する等して利用者の方に提供されています。特別養護老人ホームに来られた地域のボランティアの方や、施設全体行事の祭りに招待された地域の方等と交流されています。</p>		

24	② ボランティア等の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
<p><コメント></p> <p>特別養護老人ホーム本館と合同でボランティア等の受入れが行われています。</p> <p>ボランティア等の受入れに関する指針及びマニュアル等について、受付担当窓口以外の職員も対応手順など理解を設けるなどの取組みを望みます。</p>		
(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	① 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p><コメント></p> <p>特別養護老人ホーム本館に準じて、警察、電気、ガス、水道等の社会資源の連絡先等を記載したリストがあり、必要時連絡をとる事ができます。職員がいつでも見る事ができる場所にリストは置いてありますが、職員の理解は不十分な面が見受けられますので、再度徹底されることに期待します。</p>		
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	① 施設が有する機能を地域に還元している。	b
<p><コメント></p> <p>短期入所生活介護事業所単独での取組みには行われておらず、特別養護老人ホーム本体と合同で行われます。</p> <p>地域の祭り、フォーラム、イベントや地域の清掃等にできる限り職員が参加され協力されています。地域の「困りごと等」を掴み地域の福祉向上のための責務を果たされるよう取り組まれています。</p>		
27	② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>短期入所生活介護事業所単独での取組みには行われておらず、特別養護老人ホーム本体と合同で行われます。</p>		

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
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	① 利用者を尊重した福祉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><コメント></p> <p>利用者の人権尊重について、運営方針に明記され事業計画説明時の周知及び毎月の会議の中で職員へ理解を深める取組が行われています。</p> <p>年間研修としてコンプライアンス研修が実施されています。</p> <p>組織全体として、「入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、機能訓練、療養支援」等ごとの実施基準等が職員に共通に理解されているかの理解度チェック等（職員一人ひとりが参画して、課題検討・基準作成・実践までのキメの細かな仕組み作り）利用者・家族からの安心と信頼を更に深めていく取組を期待します。</p>		
29	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護及び虐待防止（権利擁護）の規定が作成され「身体拘束廃止検討委員会」（隔月定例開催）を施設長及び各担当から構成されたメンバーにより、現状把握～改善対策や職員への研修などの取組が行われています。</p> <p>マニュアルについては見直しの検討を行われる事を望みます。</p> <p>利用者の人権尊重研修等の定期的な実施及び権利擁護の可視化（カメラ使用等）の可否についての検証も議論をされた事業運営を望みます。</p>		
(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p><コメント></p> <p>法人本部を窓口として、ホームページ・広報誌等により、施設概要、施設案内、サービス案内等、利用者本人、家族等の方が選択に必要な情報を明記し積極的に提供されています。</p> <p>利用者等からの見学希望があれば、随時施設の見学に対応されています。</p> <p>ホームページ・広報誌等の見直しは法人本部で統括的に行われていますが、情報の陳腐化が発生しないよう適切なメンテナンス（時期・内容等）による積極的な情報提供を期待します。</p>		

31	② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント></p> <p>契約時に契約書、重要事項説明書を使用し、できるだけ分かりやすい言葉で説明するよう心掛けておられます。</p> <p>また、サービス開始・変更前に、利用者家族等の要望・意向も聞き取りながら、他職種からの意見を踏まえ施設サービス計画書（ケアプラン）を作成し、計画内容をサービスの開始・変更時に分かりやすい言葉で説明されています。本人の理解が難しい場合には家族等に説明し同意を得られています。</p>		
32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>サービス利用時の様子については、送迎時、家族等に報告書と口頭で報告されています。再度利用される際に、介護支援専門員に相談される事を説明されています。</p> <p>在宅時等に、何かの相談がある場合の連絡先（窓口）等をお知らせして、利用者自身や家族の問題解決等の継続的な支援対応も行われています。</p>		
(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の方とは、日々の会話の中から思いや希望等を把握されています。利用者満足度の調査は行われていません。</p> <p>利用中の会話から満足度についても聞き取るようにされ、次回利用時の意向等に繋がられています。家族とのコミュニケーションにより、利用中の支援全般の満足度を聞き取り、次回利用時の意向等に繋がられています。</p>		
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p><コメント></p> <p>契約時に重要事項説明書やフローチャートで説明し同意を得ています。</p> <p>施設内に苦情解決の仕組みのポスターが掲示されており、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されています。</p> <p>利用者、家族等への周知は不十分な面も見られます。</p> <p>利用者、家族等は、苦情等があれば直接、職員、介護支援専門員にお話されることが多いとのことです。</p>		

35	② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p><コメント></p> <p>契約時に重要事項説明書で相談窓口等の説明も行われており、「何かあれば生活相談員に相談してください。」と話されていますが、利用者、家族等への周知は不十分な面が見られます。</p>		
36	③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント></p> <p>利用者、家族等からの相談や意見は、係長にすぐ報告し職員全体で話し合いが持たれ、短期入所生活介護事業所で対応・解決できる事であれば速やかに結論を出し、周知及び対応に動かれます。</p> <p>法人が運営する各施設で受け付けた苦情等は、すべて法人本部に報告されています。報告された内容は、月一回開催される法人の専門委員会において検証が行われています。</p> <p>組織的に苦情処理対応内容等を取りまとめ、事業の改善への有効な情報手段として法人の共通認識として取組まれています。</p> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されています。</p>		
(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<p><コメント></p> <p>事故発生時の対応、安全確認のマニュアルは職員に配布されています。</p> <p>リスクマネジメント体制として、「安全衛生委員会」「防災・BCP委員会」「事故防止対策委員会」等の体制を構築して、総合防災訓練や利用者の安心・安全に対するサービスの品質向上への取組みや不審者侵入マニュアル等の整備及び防災マニュアルの見直し検討を行い、安心・安全な組織運営の取組みが行われています。</p> <p>また、想定外の自然災害・大事故等発生事体を想定した取組みとして、危機管理委員会と連携した取組みが行なわれています。</p> <p>入所者及び職員の災害時の身体的な安心・安全に加え、堅固な福祉サービスとしての機能の維持及び最優先で事業を再開する災害後の対策や安心・安全の取組みの到達点は無く、更に充実されること期待します。</p>		

38	② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を組織的に体制構築して、感染症及び食中毒の予防対策から発生時の対応マニュアルに加え、学習会（年2回）の実施や利用者の安全最優先の取組が行われています。</p> <p>また、外部からの感染防衛策として、職員へのインフルエンザ予防接種が推奨されています。職員が感染した場合の出勤有無の判断、家族等の面会制限判断等の基準を明確に整備されることを望みます。</p> <p>感染症予防対策として、食後の歯磨きやトイレ後の手洗いの確実な実施等マニュアルに沿った対応が取られています。感染予防対策は、今後も継続した取組として組織全体として徹底されることを期待します。</p>		
39	③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>防災・BCP委員会が設置されており、自然災害発生時の非常事態を想定したマニュアルが検討されています。年2回の総合防災訓練及び防災機器・用品の整備が行われています。</p> <p>施設の立地条件は、これまで水害や津波等での被害が発生した地域ではありませんが（ハザードマップでは対象外）、あらゆる災害（火災の想定・地震診断・神西湖や神戸川の決壊による水害予測・大雪等）を想定した利用者の避難体制・方法及び防災用品の整備（保管・自主点検の確認）等を組織的に取組まれています。</p> <p>災害時において、安否確認システム（緊急連絡網等）による職員の安否確認や自宅等の被害情報及び被災支援対策等、更に効果的な見直し改善等を継続実施されること期待します。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p><コメント></p> <p>一人ひとりの利用者については、ケアプランに基づき介護計画書が作成されていますが、更新や周知は不十分と思われる。当日の利用者実態を十分観察しながら、各種マニュアル等に従い、日々の営みや食事・入浴等が同様な手順で提供されているとのことですが、マニュアルの更新や情報共有については更なる工夫が必要です。</p> <p>職員が必ず行う標準的サービスと、利用者一人ひとりのケアプランとの関係性を、職員個々が十分理解できる気づきの取組を望みます。</p>		

41	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><コメント></p> <p>介護計画書については、状態が変化した時や6ヶ月に1回モニタリング、評価・見直しを行うこととなっていますが、更新が適切に行われているか確認が必要です。</p> <p>標準的な手順書（マニュアル）等の見直しについては定期的に行なえて無いものもあるので今後に期待します。</p>		
Ⅲ(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員（ケアマネジャー）の情報、アセスメントを基に、入所前に事業としてアセスメントを実施され、利用者状況や利用者、家族の意向、希望に沿って、個別の介護計画書が作成されます。</p>		
43	② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>事業所内で定めた期間に基づき、6ヶ月に1回のモニタリングが行われ、評価・見直しが行われます。サービス担当者会議で担当職員、栄養士、看護師等も参加しカンファレンスを行い個別の介護計画書に反映させています。</p>		
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	b
<p><コメント></p> <p>介護ソフトが導入されており、一人ひとりの利用者の介護計画書に基づく、サービス実施状況等を「サービス実施記録」に入力して、職員間でケース記録等が共有出来る仕組みとなっています。</p> <p>記入内容が確実に実施されているか等の確認方法については、チェック方法の見直し等、更なる改善に期待します。</p> <p>また、記録内容や書き方に差異が生じないように記録内容の統一、指導が必要です。</p>		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
<p><コメント></p> <p>入所時に利用者及び家族に個人情報保護の説明が行われ、同意が得られています。</p> <p>職員に対しても個人情報保護の研修が行われており周知されています。</p> <p>組織的に情報保護の研修及び規定を整備した運営がなされています。</p> <p>利用者の個人ファイルを見やすく・分かりやすく整理、整頓（保管・保存・廃棄等）を行い、手順書や報告書データ等の責任者を配置して適切に行なわれています。</p> <p>利用者記録が書庫（施錠付き）に保管されているかなどの管理体制等については、更なる改善に期待します。</p>		

内容評価基準（短期入所生活介護 2 2 項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
(1) サービス情報の提供		
1	① 利用者等に対してサービスの情報を提供している。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページ、広報誌、パンフレット、介護支援専門員の情報提供等により、介護サービスの情報提供が行われています。</p> <p>見学の希望があった場合にも対応されています。</p>		

1- (2) サービスの開始・終了時の対応

2	① 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><コメント></p> <p>利用開始時には、契約書、重要事項説明書を基に事業所利用について説明され、同意を得られています。</p> <p>サービス開始時には、介護計画書の内容について説明され同意を得られています。</p>		

3	② サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している。	b
<p><コメント></p> <p>利用開始時には、契約書、重要事項説明書、介護計画書を基に、環境変化に対応できるように丁寧に説明されています。</p> <p>サービス終了の際には、家族に対して、事業所内での様子の状況報告が行われています。</p> <p>在宅生活の環境との格差を少なくするため、利用者の病歴、身体状況等を把握し環境変化に対応できるよう支援されています。</p>		

1- (3) 個別状況に応じた計画策定・記録

4	① 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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
<p><コメント></p> <p>入所前に事業所によるアセスメントを行い、カンファレンスにより、利用者の意向や希望に応じた課題を決め、個別の介護計画書を作成し、サービス提供が行われています。</p>		

5	② 利用者の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している。	b
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員の立てた介護計画を基に、事業所独自の個別介護計画書が作成されています。</p> <p>アセスメントから得られた情報から課題を抽出し、利用者が望む生活に向けた目標を定めて個別の介護計画書が作成されます。</p>		
6	③ 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している。	b
<p><コメント></p> <p>利用者に関する記録等については、介護ソフトが導入されており、使用職員ごとや職種により、使用権限の違ったID、パスワードが管理されており、セキュリティが確保されています。</p>		
7	④ 利用者の状況に関する情報を職員間で共有化している。	b
<p><コメント></p> <p>介護ソフトが導入されており、サービス内容や個人記録を記入され、職員間で共有化されています。</p> <p>日々の申し送りでも気に掛かる点等を伝えています。</p>		

1-4 サービスの実施

8	① 介護計画に基づいて自主生活が営めるよう支援している。	b
<p><コメント></p> <p>個別の介護計画書に沿って達成可能な目標を決めて、在宅での自立した生活が継続出来る様支援されています。</p>		
9	② 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事をだしている。	b
<p><コメント></p> <p>個別の介護計画に沿ってケアを行うようにされています。献立表は管理栄養士により、栄養計算やカロリー計算が行われておりバランスの良いものとなっています。</p> <p>季節に合った食材を使用され工夫された食事が提供されています。</p> <p>利用者より嗜好を聞き、嫌いな食材の時は代替食の提供も行われています。</p>		

10	③ 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映している。	b
<p><コメント></p> <p>個別の介護計画書に沿ってケアが行われています。</p> <p>入浴前に身体状況やバイタルチェックや状況確認を行い、看護師と連携し入浴支援が行われます。</p> <p>利用者の意向に沿って入浴日を変更できます。個浴対応となっており、リフト浴もあり利用者にあった入浴が可能となっています。</p> <p>入浴拒否があった方は翌日等に変更する等、対応されています。</p>		
11	④排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映している。	b
<p><コメント></p> <p>個別の介護計画書に沿ってケアが行われています。</p> <p>利用開始時には在宅と施設の違いを説明されています。</p> <p>排泄表や個人マニュアルを使用し、おむつ交換、トイレ声掛けの時間、訴えのある方は都度対応されています。</p> <p>排泄時には、トイレのカーテンを閉める、長い間露出のない様バスタオルで隠す等工夫をされ羞恥心の配慮が行なわれています。</p> <p>自力で排泄ができる方は見守り等を行い自立支援の継続が行なわれている。</p> <p>尿量や便の状態等、観察され記録が行なわれています。</p>		
12	⑤移動、整容の支援は利用者の状態や意思を反映している。	b
<p><コメント></p> <p>個別の介護計画書に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>座位保持が安定しない場合には、利用者に合ったポニョニングやリフター使用等の福祉用具が利用されています。</p> <p>学習会議等で移動方法、車椅子の自操方法、福祉用具の使用等、安全に使用できるよう検討、見直しが行なわれています。</p> <p>整容は本人の意思を尊重し、選んでもらいながら支援されたり、利用者によってはアドバイスされたり手助けも行われます。</p>		
13	⑥利用者の健康を維持するための支援をしている。	b
<p><コメント></p> <p>入所前のアセスメントから病歴、身体状態、健康状態を把握され、毎入所時にバイタルチェックや健康状態を把握されます。</p> <p>毎日バイタルチェックを行い健康管理と健康の維持に努められています。</p> <p>持参された内服薬は看護師が管理し、服薬介助は介護職員が行っています。</p> <p>状態変化が起こった時は速やかに家族、居宅介護支援専門員、かかりつけ医に連絡し連携が図られています。</p>		

14	⑦利用者の生活機能の向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。	b
<p><コメント></p> <p>短期入所と言う事もあり、機能訓練サービスを希望される利用者の方が少ないのが現状です。</p> <p>その中でも、施設内歩行や体操、ベッドやトイレからの移乗時の立ち上がり、洗濯物たたみ等日常生活動作の安定を機能訓練の一部と考え、利用者のできる範囲で見守り、または、一部介助で行われています。</p>		

15	⑧施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるよう工夫（アクティビティ等）を行っている。	c
<p><コメント></p> <p>短期入所と言う事もあり、利用者にあった アクティビティ等の提供が不十分な面があります。また、レクリエーション等に参加される利用者の方も少ないようです。</p> <p>日々の体操、ぬり絵等がアクティビティとして取り入れてはありますが、したくない方もおられるため、利用者全員の参加は難しい状況です。</p> <p>今後、短期入所利用の目的の一部として、在宅生活の継続の面に沿った介護計画を作成され、利用者に目的を持って事業所を活用頂けるよう展開されることに期待します。</p>		

16	⑨施設と家族との交流・連携をはかっている。	b
<p><コメント></p> <p>家族とは、介護計画作成時に意向・希望を聞き、家族の負担軽減が図られる様に取り組まれています。</p> <p>利用日前日には、利用者の体調確認や訪問時刻等打合せの連絡が行われています。</p> <p>利用者に変化が見られる時にすぐに連絡が行われています。転倒時には怪我が無くても連絡を取り、状況説明が行なわれています。</p> <p>面会時に、家族に対し状態や生活の様子を説明されています。</p> <p>毎利用後には、利用報告書で家族に詳しく状況報告をされています。</p>		

17	⑩施設との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている。	c
<p><コメント></p> <p>在宅生活に活用できるような取り組みができていません。</p> <p>短期入所生活介護の利用時に在宅生活継続に繋がる取組みや、在宅時に家族が出来る介護方法等の指導の伝達等、今後検討されることに期待します。</p>		

1-(5) プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

18	①利用者のプライバシー保護を徹底している。	b
<p><コメント></p> <p>研修計画の中にコンプライアンス研修や接遇研修があります。</p> <p>特に排泄・入浴の場面に於いては、マニュアルに従いプライバシーに配慮した支援が行なわれています。</p> <p>スピーチロックについては、職員同士で注意しあいながらケアにあたられています。</p> <p>個人情報保護については、契約の際に説明され同意を得られています。</p>		
19	②サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の人権尊重について、運営方針に明記され、事業計画説明時の周知及び毎月の会議の中で職員へ理解を深める取組みが行われています。</p> <p>利用開始時や利用時に、利用者の意向把握を行い、利用者一人ひとり意思を尊重しながらケアが行われています。</p>		

1-(6) 事業所業務の標準化

20	①手引書を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている	b
<p><コメント></p> <p>各種業務マニュアル等を整備され、日々の営みや食事・入浴等同様な手順で安全を最優先に各種介護サービス等は提供されています。</p> <p>各種委員会に参加され業務の改善等に取り組まれています。</p>		
21	②サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている	b
<p><コメント></p> <p>各種業務マニュアル等の見直しについては定期的に行なえて無いものもあるので今後に期待します。</p> <p>事業所としては、個人ファイルを適時見直し、変更の取り組み中です。</p> <p>職員間では、利用者のポジショニングの見直しや、職員数が少ない時の業務改善の検討が行われています。</p>		

22	③様々な取り組みにより、業務の一定水準を確保している	c
<p data-bbox="228 210 379 237"><コメント></p> <p data-bbox="228 255 1437 336">外部研修、法人研修、各種委員会、勉強会が行われており、一定水準の確保に努めておられます。</p> <p data-bbox="228 353 1437 479">職員不足に加え、経験の豊富な職員が少ない為、スーパーバイザーが不在となっているのが課題です。経験や知識が多い職員が中心となり、より一層の水準確保されることに期待します。</p>		