

(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25年1月11日～3月13日 |

2 事業者情報

| | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| 事業者名称：盛岡市立けやき荘 (施設名) | 種別：軽費老人ホーム(A型) |
| 代表者氏名：理事長 西郷 賢治 (管理者) 園長 高橋 賢一 | 開設年月日 昭和49年6月24日 |
| 設置主体：盛岡市 経営主体：社会福祉法人 盛岡市社会福祉事業団 | 定員(利用人員) 50名(40人) |
| 所在地：岩手県盛岡市上太田細工4番地 | TEL 019-659-1452 FAX 019-659-1452 |

3 総評

| |
|---|
| <p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 自立支援・介護予防への積極的な取り組み</p> <p>利用者には「自立した状態を維持し、より長くけやき荘で生活したい。」というニーズがあることから、職員は、生活面で自立を促し、できるだけ自分で行ってもらうという接し方を心がけている。これは心身の自立にとって重要であり、「支援として手を貸し過ぎない」ということは、望ましい姿勢といえる。</p> <p>また、自主事業としてのクラブ活動が活発であり、音楽クラブ、生花クラブ、ゲームクラブ、手芸クラブ、ゲートボールクラブ、囲碁将棋クラブなど計13種類、内容も豊富である。そのほかにも談話室で裁縫や革細工を実施し、作品をけやき祭りで販売する、敷地内の畑で農作業をするなど、日中活動の充実には目を瞠るものがあり、多彩な介護予防取り組みと言える。革細工製品は品質も良く、販売活動に可能性を感じさせるものであった。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 必要な人材に関する具体的なプランに基づいた人事管理への取り組み</p> <p>中長期計画策定のため、プロジェクト検討会を実施しけやき荘の中長期計画(案)において人員採用、育成計画に関する方針は確立している。</p> <p>この方針に基づいて職員の各種資格取得と、利用者の立場に立った適切な福祉サービスの提供ができるよう、専門知識と実践的な技術の習得に努めることを目指した施設内外の研修を計画しているが、職員一人一人の教育研修計画が策定されていないなど、人事管理が十分ではない。</p> |
|---|

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、第三者評価受審結果を真摯に受け止め、改善すべき点は改善し、より一層サービスの質の向上、利用者の支援の充実等施設全体として取り組んでいきたいと考えております。

また、法人としての課題についても検討して必要性を感じております。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

施設名 盛岡市立けやき荘

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 |
| <p>法人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。</p> <p>法人としての理念を策定し、盛岡市社会福祉事業団概要や施設パンフレット、施設内での掲示など明文化している。法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</p> | |
| I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている | a |
| <p>理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。</p> <p>法人が策定した中長期計画には理念のほか、基本方針に係るビジョンや、重点方針、5つの骨子、部門別重点方針、施設の取り組みなど明記している。また、けやき荘事業計画の「管理運営の基本方針」には、市民福祉の向上に寄与すると理念が明記され、人権の尊重と福祉サービスの改善、援助の充実など方針や職員の行動規範となる具体的な内容が盛り込まれている。さらに職員の行動規範については、事業団職員倫理綱領へ明記されている。</p> | |

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 | a |
| <p>理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>各部署へ掲示するとともに、毎月の職員会議でも法人理念、基本方針等について繰り返しお話しするなど周知に努めている。また、職員会議に出席できなかった職員には同じ部署の出席した職員より伝えてもらうなど周知に努めている。</p> | |
| I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている | a |
| <p>理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>年度当初に利用者懇談会で基本方針に係る資料を配布・説明し、年度途中には高齢者にもわかりやすい文面で基本方針等作成したものを配布・説明している。また、利用者・家族・見学者がいつでも確認できるように、けやき荘事業に関する書類ファイルも設置している。家族に対しては、けやきだよりを送付し、事業の情報を提供している。年1回の家族会懇談会では、事業内容の説明をするとともに基本方針について説明している。</p> | |

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 | a |
| <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画および中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>年度目標や財政基盤強化、スケジュールなども網羅した平成23年度から平成30年度までの中長期計画が策定・推進されており、必要に応じて見直ししていくことになっている。</p> | |
| 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>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。</p> <p>基本的には中長期計画を踏まえて事業計画を策定し実施している。しかし、指定管理を受けている限り、指定期間内の指定管理費については決まってくる。</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 | a |
| <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>事業計画策定にあたっては年度末に利用者アンケートを実施し、意向を踏まえて計画立案を行っている。また、職員会議やミーティングの中でも確認し意見を求めている。各行事の終了記録を残し、反省点を踏まえて次回への取り組みや課題等についても記載し、次年度の事業計画に結びつけている。</p> | |

| | |
|--|---|
| I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている | a |
| 各計画を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 けやき荘事業について利用者からアンケートをとり、それらも踏まえながら職員会議で事業計画を検討している。 | |
| I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている | a |
| 各計画を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 事業計画は、年度当初及び中間に一度利用者がわかりやすい文面で紹介している。また、各事業については毎月の利用者懇談会の中で文書と共にお知らせしている。さらに日程が決まっているものについては周知用白板へ掲示し利用者へ周知している。家族には、家族会懇親会席上において資料を配布し、説明を行っている。家族会へ参加できなかった方には、資料を送付している。 | |

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている

| | |
|---|---|
| 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 | a |
| 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 けやき業務・事務分担表に基づき、毎日の朝・夕のミーティング及び毎月の職員会議で表明している。各種マニュアルのほか毎月の避難訓練時講評を行っている。けやきだよりでも表明している。 | |
| 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 |
| 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。 福祉関係図書や老施協メール情報、新聞等媒体から情報収集するとともに、盛岡市軽費老人ホーム条例に基づき、指定管理者による管理の関係について、また、人権擁護やプライバシー保護について独自での取り組みを行い、施設内の会議やミーティング等で職員全体に周知するよう取り組んでいるが、十分ではない。 | |

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 | a |
| 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十分な指導力を発揮している。 毎日のミーティングをはじめ職員会議及びケース検討会で管理者として具体的な取り組みについて指導力を発揮している。前年度と比較し、P. D. C. Aのサイクルを意識し分析を行っている。毎年けやき荘サービス評価基準に基づき利用者、職員にアンケートを実施している。サービス評価・苦情解決委員会を設置し、その責任者として活動し、積極的に参画している。また、平成23年度よりサービス向上委員会の委員長としても取組を行っている。 | |
| 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 |
| 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。 人事管理については法人本部がとっているが、けやき荘内での可能な取り組みについては、勤務体制等状況に合わせて対応している。また、必要に応じて厨房調理員代行雇用や除雪人夫等の雇用など行っているが、施設経営や業務の効率化、改善のために組織内に具体的な体制の構築をするなど期待したい。 | |

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 |
| 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。 全国老施協情報誌、月刊老施協、県社協パートナー、軽費老人ホーム協議会等から情報を収集している。また平成24年度は、地域包括ケアシステム時代の軽費老人ホームのあり方に関する調査協力及び統計結果について情報を得るなど事業経営をとりまく環境を把握するために取り組んでいるが、中長期計画は平成23年度に策定されたばかりであり十分ではない。 | |

| | |
|--|-----|
| 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>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。</p> <p>包括支援センター、介護支援センター、病院の医療相談室、老人センター、市役所市民課へ施設紹介のパンフレットを配布したり、民生委員の会議で施設の紹介をもらうなど利用者確保のためのPRに努めたり、中長期計画の中で事業別増収シミュレーションを行うなどしているが、改善に向けた取組みに期待したい。</p> | |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている | 非該当 |

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>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。</p> <p>利用者の立場に立った良質で適切な福祉サービスの提供ができるよう専門知識と実践的な技術の習得に努めることを目指した研修を計画している。また、中長期計画策定準備段階のPJ検討会において、けやき荘の計画(案)として人員採用、育成計画の中で資格の取得について計画している。職員配置については、最低基準に基づき介護職員は、最低数より多く配置されている。しかし、人事管理が十分ではないため今後期待したい。</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。 | c |
| <p>定期的な人事考課を実施していない。</p> <p>施設長が法人本部に勤務成績証明書を提出するという仕組みはありますが、職員の資質向上や職員に対する助言を目的とするような基準による人事考課は実施していない。</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 | b |
| <p>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。</p> <p>異動希望、現在の勤務状況等について、園長との面談が年1回程度実施されている。また、異動希望、業務についての意向等についての人事希望調査書を本部へ封書で提出している。人事権については、事業団本部が持っている。しかし、改善する仕組みの構築がないため今後期待したい。</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 | b |
| <p>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。</p> <p>各施設内に互助会理事を置き職員の意見等吸収できる仕組みとなっている。盛岡市社会福祉事業団職員のセクシャル・ハラスメントの防止等に関する相談窓口については所属長としている。しかし、職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、解決に向けた体制整備には至っていない。</p> | |

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている

| | |
|---|---|
| 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 | a |
| <p>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。</p> <p>中長期計画の部門別重点方針(高齢部門)の中に、専門性について記載している。また、中長期策定プロジェクト会議中で人員採用、育成計画の中で資格取得について明示している。</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 | c |
| <p>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。</p> <p>年間を通し決まっている研修について、また、参加してもらいたい研修については、一人ひとり参加職員を決めて年間計画の中で組んでいる。しかし、個別の職員について、基本姿勢に沿った教育・研修計画は策定されていない。</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 | b |
| <p>研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>研修に参加した職員は復命書を提出し、研修内容を発表する機会も設けられている。研修で紹介された高齢者への取組を行っているが、次の研修計画に反映されていない。</p> | |
| II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている | |
| 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 | b |
| <p>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。</p> <p>実習生受け入れマニュアルは整備しており、依頼があれば受け入れているが、資格取得の実習場所としては不向きのため資格種別に配慮したプログラムの作成、積極的な受け入れまでには至っていない。</p> | |

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

| | |
|--|---|
| 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 | a |
| <p>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機能している。</p> <p>毎日ミーティングが行われており、緊急時での対策もすぐ検討・対応できる体制にある。また、避難訓練(年12回)終了後すぐに職員が集まって状況確認、注意点の確認、改善の確認を行っている。</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 | a |
| <p>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積極的に行っている。</p> <p>避難訓練は年間12回実施しているが、そのうち年2回は消防署に依頼し、避難訓練後に指導いただいたり、消火訓練も実施している。また地域的に想定される自然災害は、岩手山の噴火、雫石川の氾濫も考えられるが、太田地区の各機関との協力体制を整備している。なお、非常食(3日分)や石油ストーブを利用者の安全のため備蓄している。</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 | a |
| <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>利用者の安全を脅かす事例も含め、ミーティングで報告・対応等確認するとともに、報告書にもまとめ情報の共有に努めている。併せて、マニュアルの見直しもしている。</p> | |

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

| | |
|--|---|
| II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている | a |
| <p>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積極的に行っている。</p> <p>事業計画の中に地域との係りについて文書化しており、けやき祭や輪投げ大会等行事では地域の参加・交流を深めている。逆に老人福祉センター祭には施設の立場で利用者を職員が引率し毎年歌を披露しており、地域との係りを日頃から大切にしている。</p> | |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している | b |
| <p>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。</p> <p>広報誌等でけやき荘の活動等紹介し、けやき荘の相談機能として老人の生活相談を実施しているが、施設が有する機能を十分地域に開放・提供されるよう取り組みに期待したい。</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 | b |
| <p>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。</p> <p>ボランティアの受け入れについては、マニュアルに沿って受け入れを行っている。また、けやきだよりにボランティアの受け入れについてPR掲載することで、地域住民やボランティアの受け入れにも努めてきている。しかし、ボランティアの受け入れ件数は1年間に数件と少ないため、今後は施設利用者ニーズと受け入れ体制のさらなる工夫、PR方法など充実を期待したい。</p> | |

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>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>職員間の情報の共有化については、毎日朝の職員ミーティングで確認しているほか、関係機関連絡先は事務室へ掲示するなど進めているが、必要な社会資源として進めている関係機関は市内の介護保険事業所が中心であった。現在、施設周辺の住民が利用していない現状にはありますが、地域の中の福祉施設として、地域の福祉ニーズを把握している社会福祉協議会や民生児童委員協議会、老人クラブなどとの連携やニーズ把握も重要と思われるため今後一層期待したい。</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>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検討は行っていない。</p> <p>地域包括支援センター、居宅支援センター、医療機関相談室等への利用案内と照会、情報交換等を行っている。民生児童委員協議会の定例会において盛岡市高齢者支援室を通じて利用についての案内を行っている。その他行事等を通じて地域自治会、老人クラブ等と交流を通して情報交換を行っている。また、地域の福祉ニーズ把握については、法人内で隣接する太田老人福祉センターの役割とすることが大きく、常に協力体制は取っているとのことであったが、前記II-4-(2)-①の通り、社会福祉協議会や民生児童委員協議会、老人クラブなどとも定期的な連絡会を開催するなど連携の充実を期待したい。</p> | |

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている

| | |
|---|----------|
| II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している | b |
| <p>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>前記のとおり施設の利用案内、情報交換等を行うほか、各種行事等を通じて地域自治会、老人クラブ等とも交流を通し情報交換を行っているが、さらに地域の福祉ニーズを把握している社会福祉協議会や民生児童委員協議会、老人クラブなどとも工夫しながら定期的な連絡会を開催するなど取り組みを期待したい。</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>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>地域ニーズに応じた行事として、けやき祭実行委員会を太田地区老人クラブ、地区担当員とともに立ち上げ実施している。また地域高齢者の行事参加を促し、けやき荘の利用者との交流を図りながら、活動の機会も提供している。地域の保育園、小学校、中学校、高校からの要請があり、高齢者との交流の場の提供や施設訪問体験等の場を提供しており、事業計画の中へ明示している。しかし、前記のとおり、より地域の福祉ニーズを把握するためには社会福祉協議会や民生児童委員協議会等との連携に基づく事業・活動が求められるので今後の取り組みに期待したい。</p> | |

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

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>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、組織内で共通理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>事業計画運営方針に利用者尊重の姿勢が明示され、高齢者虐待についての研修の実施がある。しかし個々のサービスの標準的な実施方法(日常生活支援項目)には、自立支援のため最小限の介助に努めていることを考慮しても、利用者尊重の姿勢が反映されているとは言えない。年度当初の職員会議で理念や重点項目の確認(通読)がなされているが、利用者尊重、基本的人権への配慮について勉強会等が実施されている状況は認められなかった。</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 | a |
| <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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>プライバシー保護マニュアルを整備し、職員会議で職員に周知している。またプライバシー保護に関する研修も行っている。プライバシーを保護するため、談話室前の浴室の扉の裏にカーテンを設置するなどの工夫が見られる。</p> | |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている | b |
| <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>暮らしアンケート、サービス評価アンケート、園長との懇談、利用者懇談会・家族会への園長、補佐の出席、給食懇談会など、利用者満足を把握するための仕組みは充実しているが、利用者参画については、誰にどのようにというところ立ち止まっている状況がある。</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 | a |
| <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、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>苦情受付担当者、第三者委員が定められ、それを廊下に掲示し、意見箱を設置している。利用者の意見を求める方法や取り組みは充実し、利用者の意向を尊重したいという姿勢が見られる。事務室や個室である居室で相談に応じている。</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>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>苦情解決の体制については、配布物の配布、廊下の掲示による周知がある。意見箱の設置を行い、投書しやすいように、記入カードを配布している。意見箱への投書については、公表に支障のない範囲で、利用者懇談会、けやきだより、周知用白板で、解決結果等を公表しているが、「苦情解決実施要綱」に「公表」の定めがなく、この点で取り組みが不十分と言わざるを得ない。</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 | a |
| <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、迅速に対応している。</p> <p>対応マニュアルに沿った対応があり、利用者にも一両日中にはフィードバックされる。意見は食事に関することが中心で、ほかには「廊下の窓を開けると寒いので、開けないでほしい。」があったということだったが、「福祉サービスの改善」に関わる意見が出ない理由については、そもそも利用者が施設の提供するサービスを十分に理解していない可能性があり、分析が必要である。対応マニュアルが整備されているが、対応策の検討、本人へのフィードバックといった項目への取り組みによってさらに良い対応となることができる。</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 | a |
| <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機能している。</p> <p>自己評価、第三者評価とも実施があり、利用者職員が同一様式で行った自己評価は、試みの姿勢として評価できる。しかし、サービス評価アンケートの大項目「2.専門的サービス」の中の小項目に、「生活の支援」に関する項目がないことから、提供しているサービスが当たり前のこととして看過されているおそれがある。また、分析方法を充実させることにより、さらにサービスの質の向上につなげることができる。</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>評価結果については委員会での報告があり、全職員が参加するミーティングの席上で改善策について話し合いが行われ、供覧に付されている。自己評価に見られる職員の改善への志向、姿勢は高く評価できるが、それが組織としての取り組みに充分生かされていない状況がある。分析方法、職員の参画についてあと一歩の取組が求められる。</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>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が実施が十分ではない。</p> <p>標準的な実施方法は文書化され、そのとおりの実施があるか職員会議で確認されているが、標準的な実施方法(支援項目、計画作成の流れ)には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢の明示があると認められず、組織の求めるマニュアルとして十分であるか検討を要する。標準的な実施方法とは、職員の誰が見ても同じようなサービス提供を行うことができるような内容を指しており、実施内容、実施の際の配慮等の記載は必要である。</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>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・見直しは十分ではない。</p> <p>職員会議で10月と3月に見直しを行っているが、その記録は、「これ以上の見直しは必要ない」ということを確認する内容となっており、見直しについては、見直し必要のあることを前提として、職員一人一人が日々の業務を振り返って考える姿勢、取り組みが期待される。</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>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。</p> <p>介護日誌、看護日誌、宿直日誌は毎日、ケース記録は必要時のみ(週1回程度)担当者(1年間固定)が記録している。記録は園長、園長補佐、主任が確認を行っているが、記録要項は簡素であり、内容の再確認が行われることが望ましい。</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 | a |
| <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>事業団として定めている規定の他に、施設としての要項を定め実施している。要項には保管についての記載が十分ではないため、充実が求められる。文書の保存・破棄については事業団の規定に沿った対応があり、ケース検討会で職員に対し教育や確認が行われている。</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 | a |
| <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。</p> <p>各種職員の参加のもと、利用者のケース検討会を定期的に行い情報を共有している。個別支援計画については会議の中で確認し、日々のミーティングで利用者の様子や引き継ぎを密に行っている。紙ベースでの記録を共有しており、職員間にはネットワークシステムの必要性は低いという共通認識がある。</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 | a |
| <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積極的に提供している。</p> <p>インターネット上にホームページを開設し、パンフレットを作成、事業団の関わる施設等に資料を置いている。見学希望者に随時対応するほか、希望により、体験入所にも応じている。民生児童委員協議会での広報活動などの工夫も見られる。</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>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。</p> <p>利用契約書、重要事項説明書には、「支援計画を作成する」という文言がない。支援の内容についての説明に、施設として今一步の取組みが求められる。また、たけやき荘のしおりはわかりやすさの点では評価できるが、「～して下さい」など、管理的な立場での記述が目立つ。</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 | a |
| <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。</p> <p>退荘時支援マニュアルに沿って継続性に配慮した取り組みを行う予定であるが、マニュアル作成後に退所する利用者がいないため未実施となっている。配布する予定が確実であることは確認できた。</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 | a |
| <p>利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握しており、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)を具体的に明示している。</p> <p>定められた様式(個別支援計画)を埋めることによりアセスメントを行い、本人の希望も入れて担当者が目標を設定し、年に二回個別支援計画を作成、検討会議でこれを確認する。アセスメントに変更がある場合は、担当者が記録に朱書きで訂正する。</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>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。</p> <p>自立者の施設であるがゆえに、求められる支援の内容を明確にすることが難しいという制約はあるが、個別計画の内容を本人に伝えておらず、契約書等にもその記載がないことから、適切な計画策定が行われているとは言い難い。</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>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。</p> <p>担当者が変更の必要を感じた際は補佐に相談、ミーティングで変更を提案し、その結果によって担当が変更する。その後ケース検討会で変更の報告を行う。(介護度の変更や介保サービスの必要時)そのような手順が定められ組織的な実施はあるが、前期・後期ごとの評価は担当者だけがっており、本人の同意や評価の確認の点に改善の余地がある。</p> | |