

(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24年11月5日 ～平成25年2月5日

2 事業者情報

事業者名称（施設名） 養護老人ホーム 紅梅荘	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 中田 専市 （管理者） 施設長 中田 美保子	開設年月日 平成16年4月1日
設置主体：社会福祉法人 つつ星会 経営主体：社会福祉法人 つつ星会	定員（利用人員） 50名
所在地：岩手県二戸市仁左平字横手6-1	TEL 0195-23-8989 FAX 0195-23-8999

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 理念・基本方針の実践的 pursuit と継続的な学びを力に築かれた法人・施設の10年の歩み

紅梅荘は、二戸地区唯一の養護老人ホーム（公立）として昭和48年開設され、31年の歴史を引き継いで、社会福祉法人つつ星会（平成15年設立）へ民設民営移管された。法人は紅梅荘の移転新築に合わせて小規模特別養護老人ホームを合築・複合化し、新しい一歩を踏み出した。近く法人は設立10周年の節目を迎えるが、この間、市立特養ホームの運営移管をはじめ、デイサービス、ショートステイ、グループホーム、訪問介護、居宅介護支援等、施設福祉を核に各種在宅福祉事業を積極的に展開し、地域ニーズに応え歩んできた。

この10年の法人発展の柱は「つつ星会是最善の福祉サービスの実現を目指します」との一貫した経営理念と6つの経営方針の実践的 pursuit にあったといえる。

さらに理念・経営方針は、各施設・事業所ごとに、その役割や利用者の特性を踏まえた表現に表した「行動指針」として策定しており、職員の行動規範となるよう具体的内容となっている。この理念等の十分な理解・周知を促すための取組も特段の努力がなされている。毎年度「理念勉強会」を開催し、「つつ星会コンセプトマニュアル・サービスイメージブック」をテキストに、具体的に自ら考える演習方式を取り入れ、職員一人ひとりが毎年度振り返りつつ学び、その記録を活用する等、職員育成の基礎となっている。これらの意識的・継続的な取組が法人・紅梅荘の今日の土台を築いていると思われる。次の15年～20周年に向かって引き続き、発展されるよう期待される。

◇改善が求められる点

○ 法人経営の拡大に伴う運営組織の再編成の検討

いつつ星会は、平成16年の紅梅荘・わくわく荘開設からスタートし、今日、特別養護老人ホーム(2)、養護老人ホーム(1)、ショートステイ(2)、デイサービス(1)、グループホーム(1)、訪問介護(1)、居宅介護支援(1)の計9事業所を運営する組織へと発展している。法人の事業運営は、理事長・常務理事統括の下、事務長・企画室長を配し、「経営、在宅、施設、労務、ビジョン」の共通課題を担当する責任者を置き、事業全体の総合的推進を図る取り組みを行っている。一方、各事業所においても、それぞれの役割に対応する各種の会議や委員会を設置し、日常業務を推進している。いずれも職員参加型の組織運営に努めているが、現場からは「役割の重複・兼務等による多忙」、「会議・委員会のメンバーの日程調整が難しい」等の声が聞かれる。各種会議、委員会がこれまで果たしてきた役割を総括すると共に、各事業所の固有の課題と、法人全体の共通課題を整理し、会議・委員会の目的・役割を明確化する中で、運営組織の合理的再編成を図ることが求められる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回、2年連続受審し、第三者評価の意義、目的、手法の定着化を図って参りました。その中で、中2年あけての受審でした。今回もまた、たくさんの助言と前に進むためのヒントを頂きました。ありがとうございます。

今後も更なるサービスの質の向上を目指し取り組んで参りたいと思います。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

施設名 **養護老人ホーム 紅梅荘**

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>紅梅荘は二戸地区唯一の養護老人ホーム(公立)として昭和48年(1973)開設され、31年の歴史を引き継いで社会福祉法人いつつ星会へ民設民営移管された。法人は紅梅荘(定員50名)の移転新築に合わせて、小規模特別養護老人ホームわくわく荘(定員20名)を合築・複合化し平成16年(2004)新しい一歩を踏み出した。法人は経営理念に「最善の福祉サービスの実現を目指します」と掲げ、さらに具体的な6つの経営方針を明示し、お年寄り(利用者)を敬う姿勢を貫いている。これらはパンフレット・広報紙はじめ各種文書に記載すると共に施設内に掲示されている。</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>法人の経営理念・経営方針を受けて、紅梅荘の役割と養護老人ホーム利用者の生活の質の向上を目指すために「行動指針」を策定している。法人の6つの経営方針にそれぞれ次の文章を加えている-①目線を合わせてゆっくりと、相手の話をよく聴きます②よく観て話をして好きなどをみつけます③尊敬・理解し、共に生きがいを見つけられるよう支援します④自分を必要とされている事、またやりがいを見つけてもらう、そういう役割と一緒に探します⑤その方が恥ずかしいと思うことを知り、申し送り等職員の会話に気を付けます⑥電話や手紙、面会などを通して、生活や体調の様子を伝え、家族と一緒に時間を過ごせるようケアします-等、具体的実践的な指針となっている。</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>理念や基本方針を収録した事業計画書等の文書を配布説明するとともに、施設内の要所要所に掲示し、さらに朝礼で唱和を行っている。また、法人常務理事が講師を務め、毎年度「理念勉強会」を開催し、テキスト「いつつ星会コンセプトマニュアル・サービスイメージブック」(全13頁)を基に、職員一人ひとりに「理念のキーワード」に関する自身の状態(反省)について記録提出させ、毎年度の振り返りに活用する等、継続的取り組みを行っている。</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>利用者等へ理念、基本方針を掲載した施設パンフレットや広報誌を配布するとともに利用者懇談会(年2回)の機会を通して説明・周知に取り組んでいる。家族には、法人広報誌「ファイブスター通信」の定期送付に併せ3ヵ月毎にお手紙を届け、また、行事(夕涼み会、長寿を祝う会)のパンフレットに理念等を掲載し、継続的に周知に努めている。家族懇親会の開催・組織化は、今後の課題と考えているところである。</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>法人は中長期計画(2010～2012年度)及び長期資金計画(2010～2019年度)を策定している。計画は「地域貢献・財務・利用者・業務プロセス・人材育成」の5つの観点から、それぞれの重点実施項目・実行計画・スケジュール等について一覧表にまとめ、さらに3か年の実行計画表も示している。策定にあたっては法人企画室において組織的に検討されている。法人設立10周年を迎える来年度(2013～)以降の次期中長期計画策定に向けて、現計画の進捗状況の評価・見直しと各事業所の現状を踏まえた組織的・具体的な取り組みを期待したい。</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>紅梅荘の各年度の事業計画は、「中長期計画を踏まえた内容で設定している」(自己評価)としているが、前年度の事業報告での反省(評価)の記述からは、計画に対する到達状況は必ずしも明確とは言えない。また、翌年度の事業計画に「年間目標」と「各部門目標」を設定しているが、それぞれの目標について実施方法・実施時期・見直し評価等の進捗状況管理の取り組みについて具体性に欠けている。法人全体の計画と紅梅荘の計画の整合性を図ることが求められる。</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>事業計画の見直しは年に1回、施設内の業務改善委員会をはじめとする各種委員会の反省を踏まえ、全職員参画の紅梅荘会議で検討し、それを法人内9事業所により組織する「業務会議」に集約・評価する仕組みとしている。この総括をもとに定める法人事業方針を受けて、紅梅荘会議を経て施設の事業計画を策定している。なお年度途中の見直しについては、年度中間での評価(到達度や後半の課題)を明文化する等、取り組みの一層の強化が望まれる。</p>	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている	b
<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。</p> <p>法人及び各施設・事業所の「事業報告書・事業計画書」を毎年度『業務必携』の形で冊子にまとめ職員へ配布し、職員会議で説明・周知、理解を促すよう取り組んでいる。紅梅荘では会議の都度、冊子を持参し出席することとしているが、年度中間での進捗状況の確認については、その仕組み等、工夫改善が求められる。</p>	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている	b
<p>各計画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。</p> <p>利用者への事業計画の説明は、年度初めの利用者懇談会にて年間計画を説明するとともに、毎月の月予定表・週予定表を作成掲示する等、工夫・周知に努めている。今後は、利用者の家族も含めた資料(例えば、理念・基本方針・施設の行動指針、各行事予定表など)の要約版を作成する等、もう一步具体化するよう期待する。</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	a
<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、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>紅梅荘施設長は、紅梅荘に併設する特別養護老人ホーム・訪問介護・居宅介護支援の管理者を兼務し、施設・事業所運営の統括管理にあたるとともに、法人本部の事務長として法人全体の経営管理担当を務める等、重責を担っている。法人・事業所内の各種会議には必ず出席し、管理者として「法人の進むべき道を迷わぬよう」方針や課題等を説明し、常にその役割と責任について明らかにしている。</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	a
<p>管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>法人として「法令順守規定」を定め(平成22年4月)、コンプライアンス室を設置し、組織的体制を整備している。さらに「法令順守マニュアル」を策定し、これをテキストに、基本原則、行動規範等について研修会を開催し周知・理解に努めている。遵守すべき法令等のリスト化については、福祉・介護等の関係法令にとどめず、雇用・労働・防災・食品衛生・交通安全など法人・施設経営の上で必要とされる法令・通知等に広げるよう、現在、見直しに取り組んでいる。</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	a
<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十分な指導力を発揮している。</p> <p>紅梅荘施設長は、法人の中長期計画「サービスの質の向上」方針を受けて、「業務改善委員会」(サービス向上委員会)を組織し、継続的に福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。具体的には福祉サービス第三者評価項目の判断基準を参考に、サービスの現状について把握・見直し・改善方策を探るとともに年1回、利用者・家族・職員意向アンケートを実施し、その結果をサービスの質の向上へ反映するよう努めている。紅梅荘における第三者評価の受審は平成20・21・24年と3回に及び、その都度、管理者として新たな課題を把握し、「サービスの質＝職員の質」と捉え、職員の人材育成と職場の組織力を高めるために積極的に指導力を発揮している。</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>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。</p> <p>紅梅荘施設長は、法人事務長を兼務し「経営会議」を毎月開催。経営効率分析表により、収支状況・達成率・利用率・入退所動静・事故件数・電力使用状況等を把握・検討し、経営や業務の効率化と改善に取り組んでいる。しかし、検討した結果について具体的なコメントが記録されておらず、評価・課題等を全職員が確認・共有できるよう改善が求められる。平成23年度においては、非正規職員への賞与支給、住宅手当の支給等、職員処遇の改善を行っている。</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	a
<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積極的に行っている。</p> <p>法人・施設として県社協高齢者福祉協議会はじめ、二戸地区広域行政組合(運営推進会議)、カシオペア地域医療福祉連携研究会、介護支援専門員協議会等の各種会議・研修へ参画・役職を担い、積極的に福祉・介護分野の外的環境やニーズ把握に努めている。さらに情報やニーズを法人内「在宅部門会議」へ反映し、中長期計画の具体化(グループホーム開設、ショートステイ増床計画等)へ結び付ける取り組みを行っている。</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>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>法人「経営会議」を毎月開催し、各施設毎の経営状況について「経営状況分析表」を通して把握・検討(分析)している。しかし、分析結果を受けてのコメントや時期取り組み目標などは文書で明示されていない。また、年度計画に掲げた目標に対し、事業報告で具体的な到達度の記述がなされていない。経営会議の月次・年次分析結果を職員へ周知・共有化すると共に中長期計画の見直しや年次計画へ反映するよう工夫・改善されたい。</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>法人の中長期計画の「人材育成」重点課題として、①研修システムの構築、②人事考課の定着化、③有資格者の育成、を挙げ、「キャリアパス概念図」を策定し、職務等級別の役割・資格・教育・昇給要件・給与等の基本的枠組みを明示している。一方、有資格者等の配置については「施設人員推移表」により職種別配置予定人員を明示し、ここ3か年の推移を記録している。しかし、紅梅荘として社会福祉士や介護福祉士、その他、必要とする有資格職員の体制整備についてどのように取り組むのか、中長期的視点から具体化が求められる。</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。	b
<p>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。</p> <p>法人「人事考課規程」「人事考課マニュアル」(平成23年8月・第3版)を基に年1回実施している。考課要素に「法人理念の実践」を加えたり、考課者間の考課水準の統一性を図るために、考課項目・要素ごとの「評価ポイント」の例規を示すなど独自の工夫がなされている。考課は、自己の「目標シート」の作成から始まり、自己考課→一次考課→調整会議→二次考課→育成面接の過程を経て行われ、職員の育成に主眼を置き、個別面接によりフィードバックする仕組みとしている。しかし、「育成面接」の実施には至っていない。</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	a
<p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>法人「人材育成会議」を開催し、人材育成、職員のスキルの管理と向上、人事考課、研修企画・実施等について総合的に検討している。また、有給休暇の取得状況や時間外勤務の把握等、勤務時間の適正管理に努めている。年1回「職員アンケート」を実施し、仕事の満足度や健康状況、人事異動の意向、資格取得目標、事業所への評価等々、意見を求め、個別に常務理事・施設長面談を行い、個人々々への助言・援助とともに共通課題については、人材育成会議はじめ各種の会議へ伝え、改善策を検討する等、組織的な取り組みが行われている。</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	a
<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。</p> <p>福利厚生に関しては、福祉医療機構及び県社協の退職共済制度へ加入するとともに「いつつ星会職員の会」による親睦会、各種給付、スポーツ交流等に取り組んでいる。健康の維持管理面については、法人内に衛生管理委員会を設け、腰痛予防・感染症予防・メンタルチェックを含む健診など労働安全衛生関係の管理に努めるとともに産業医の協力を得て、職員の心身の健康相談に対応できるように図っている。また、職員アンケートを通して健康・疲労状況の把握と個別相談に対応している。</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	b
<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が、十分でない。</p> <p>教育・研修に関する考え(方針)は、法人の中長期計画書「人材育成の視点」や「コンセプトマニュアル」に示しているが、前提となる「人材育成指針」「教育・研修規程」等が未整備のためやや具体性に欠けている。しかし平成23年度「いつつ星会キャリアパス概念図」を策定し、職種・等級別の「求められる役割」「資格、能力、実務教育」「昇給要件」等を明示し方向付けを図った。今後は中長期計画の中に総合的・具体的な教育・研修実施計画を盛り込むよう期待したい。</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	b
<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るが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>個別の職員に対し、単年度の研修計画を明示し受講の具体化に取り組んでいる。また、介護福祉士・介護支援専門員試験の「受講資格保持者」の一覧表を作成し、資格取得への奨励を図っている。しかし、キャリアパス概念図に則り、職員一人ひとりの研修計画(個別の役割に対応する資格・必須の研修科目・受講実施計画など)の立案には至っていない。法人・施設の将来を担う中長期の人材育成計画の一環として個別計画の具体化が求められる。</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>単年度の研修計画に基づき、外部研修を受講した成果について復命書により「目標と心構え」「学んだこと」「評価・今後の職務に生かせる点」等を報告し、さらに職員会議の「研修報告」(3ヵ月毎)の場で受講者がレポートしている。しかし、この結果を次の研修計画へ反映し、研修内容やカリキュラムの見直しを行うには至っていない。</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	a
<p>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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取り組みを実施している。</p> <p>法人として「介護・看護実習及び研修方針」を定め、「地域福祉・医療の充実に貢献すること」を明文化している。受け入れにあたっての「マニュアル」を整備し、職種に対応する育成(実習)プログラムを養成機関(学校)との連携により策定し、計画的に学べるよう工夫している。紅梅荘(併設のわくわく荘を含む)では、昨年度、高等看護学校・職業訓練校・高等学校等から計22名の実習生を受け入れている。</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>リスクマネジメント委員会や感染症委員会を整備し、年間活動計画による月別目標を設定の上、組織的に取り組んでいる。事故発生時対応マニュアル・非常時対応手順・緊急時連絡体制、感染症マニュアル等を整備し、職員会議・研修を通して周知を図っている。</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	b
<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行っているが、十分でない。</p> <p>防災委員会を組織し、年間計画により非常時招集連絡体制の整備・避難誘導訓練・救命講習を実施するとともに、地域防災協力員(お助け隊)との共同訓練を行っている。東日本大震災の経験を踏まえて、消防計画書の他に「防災管理規程」を定め(平成23年12月)、地震防災管理を中心とする体制整備に着手したところであり、現在、大地震等の自然災害に対応するマニュアル(ライフライン停止時の対策、食料、介護・医療・生活用品の備蓄等々)の見直し検討作業を進めている。</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	b
<p>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。</p> <p>法人主催によるリスクマネジメント研修会を開催し、基礎知識の理解・周知に努めると共に、各施設にリスクマネジメント委員会を設置し、「リスクマネジメントマニュアル」に基づきインシデント・アクシデント報告事例の分析を行い安全確保と事故防止に取り組んでいる。事例は月ごとに図表化(時間・場所・事故分類・原因)しているが、要因分析や対応策を検討し、文書(コメント)化される段階には至っていない。リスクを把握し対策を実行する上で職員間での情報の共有が要となることから、今後の具体的な取り組みを望むものである。</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 利用者地域とのかかわりを大切にしている	a
<p>利用者地域と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>「お年寄りは大切な社会の一員である」との基本方針に立って、年間目標に①生活の運動性を上げる、②地域へ出て社会参加の機会をつくる、③生きがいづくりを挙げて年間を通して外出や交流行事=季節ごとの外出やバスハイク、外食、買物。地域の祭りへの見物参加。施設の夕涼み会や長寿を祝う会を通しての地域交流等=に取り組んでいる。さらに登録ボランティア「わくわく倶楽部」をはじめ幼稚園・小中高生との交流も毎月のように行われ、利用者地域との関わりが生活の中に根づいている。</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>法人の中長期計画に「地域貢献の視点」から、①施設を地域の交流拠点として活用する、②地域のニーズ把握を行いサービスを展開することを重点項目に挙げている。具体的には法人内9事業所による「在宅部門会議」(月例)を通して在宅高齢者等のニーズや課題を把握・情報の共有を図り、対応策の検討を行っている。この中で紅梅荘は地区公民館を会場に介護者教室を企画開催し、認知症の知識、介護予防の普及に努めている。また、地域交流行事「夕涼み会」への住民の役割参加、広報紙やパンフレットの配布を通して法人・施設の理念・方針・活動の周知に取り組んでいる。しかし、「教室」参加者の感想や要望、今後の課題等のまとめ記録が不十分であり、また、交流行事の評価・報告についても同様である。地域とのかかわりを継続的に推進するためにも、実施後の総括の仕組みづくりが求められる。</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	a
<p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>「ボランティア受け入れ実施要項」を定め、①利用者の福祉向上、②地域社会とのコミュニケーション構築、③ボランティアの育成、を基本方針に挙げ、受け入れに関する諸手続を詳細に明記している。さらにマニュアルを整備し、オリエンテーションの手順・留意点を記し現場で対応しやすい工夫がされている。登録ボランティアを広く募集し「わくわく倶楽部」を組織し、理容・傾聴・囲碁・将棋・健康マージャン等、個人ボランティアが定着している。ボランティアの研修は「食事会」開催に併せて企画し、相互の研鑽を図る機会にしている。</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>施設の運営や利用者サービスにとって必要となる関係機関のリストは、行政・福祉・医療・警察・消防・取引業者など限られた範囲を一覧表にし事務所に掲示している。施設及び利用者も地域の一員であるとの視点から、暮らしにとって必要な社会資源=例えば、自治会(町内会)、民生委員、人権擁護委員、老人クラブ、婦人・青年組織、商店会、幼小中高の学校関係等々=も加え、機能分野別に整理し、職員間で活用しやすいよう整理(ファイル等)し共有化を図られたい。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている	a
<p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>法人常務理事をはじめ、各部署の職員は地域の関係機関・団体との連携を図るために積極的に参画している。市の地域ケア会議、地域権利擁護推進会議、カンオペア地域医療福祉連携研究会、二戸広域介護支援専門員協議会など事業所の垣根を越えた協働活動において主要な役割を担っている。この取り組みを法人内の「在宅部門会議」へ反映・共有化を図り、サービス向上の資としていることは評価される。</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>前項に記した地域関係者・機関との協働活動を通して地域の福祉ニーズの把握に努めている。紅梅荘では、意見箱の設置、地域での介護者教室開催、ボランティアとの食事会、地域との交流行事等を通して意見・要望を把握しようとしている。しかし、その記録を集約・検討する取組が不十分であり、必ずしもニーズとして明確化されていないのは残念である。</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>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>法人中期計画の「地域貢献」に基づき、認知症高齢者グループホーム(平成23年度)を開設し、さらにショートステイ20床の増設(平成25年度予定)計画を推進中である。また、訪問介護事業所では介護保険外サービス(掃除、通院介助など)にも対応するなど積極的取組を行っている。しかし、これらの貴重な取り組みが中長期計画に明示されておらず、改めて計画と実践の整合性が求められる。</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	a
<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、組織内で共通理解を持つための取組が行われている。</p> <p>理念の中に「お年寄りを敬い～」「お年寄りひとり一人の個性を～」と明示し、常務理事よりコンセプトマニュアルを用いた研修会を行っている。また、理念について年度当初に勉強会を実施しているが、都合で出席出来ない職員は毎月行っている理念の勉強会へ、年に1回は必ず参加し学ぶ事になっている。「身体拘束・虐待防止」「権利擁護」についても法人内部研修で学んでおり、利用者を尊重したサービス提供について共通理解を持つための取組を行っているといえる。</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>コンセプトマニュアルの中に利用者のプライバシー保護について規定しており、内部研修を実施して職員への周知取組を図っている。施設は全室個室で、面会等も居室で対応している。また、入浴や排泄等の生活場面においてもプライバシー保護に配慮した介護マニュアルを作成し、サービスが実施されている。公衆電話に衝立を置いたり、居室ものれんを下げ、ドアを開けても直接室内が見えないよう配慮されている。</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>年に1回、嗜好調査と利用者満足度のアンケートを実施。年3回の利用者懇談会に施設長と相談員が出席し、話し合いの中から利用者満足の把握に努めている。また、第三者委員によるよろず相談所も毎月実施している。</p> <p>利用者満足の結果を把握しているが、把握した結果を分析・検討する検討会議の実施が十分出来ず、向上へ向けた取組は不十分である。また、担当者、担当部署の設置、定期的な検討会議開催や職員への周知等、文書化を望むものである。</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	b
<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、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>「よろず相談所」は毎月実施し、相談員は第三者委員や職員で交代で当たっている。その月の相談員の顔写真入りポスターが食堂へ掲示され、相談や意見は各居室で対応されている。</p> <p>また、意見箱は施設内3ヶ所に設置される等から相談や意見を述べる環境は整備されているが、複数の相談方法や複数の相談相手から自由に選べることを利用者に伝えるための取組が不十分である。利用者にわかりやすく説明した文書の作成や配布、丁寧な説明が望まれる。</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	a
<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とともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>苦情解決実施要綱により責任者、担当者、第三者委員等が設置され苦情解決の体制は整備されている。苦情解決の仕組みや「苦情申し出窓口の設置」文書を作成し、利用者へ説明したり施設内の誰もが目に入る場所へも掲示されている。苦情に関する記録は適切に保存されると共に、検討内容や対応策を家族や利用者へフィードバックしている。また、個人情報に関するものを除き、広報誌（ファイブスター通信）等へ掲載し公表している等から苦情解決の仕組みが確立され利用者へ十分に周知・機能している。</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>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>意見や要望を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定した要望解決実施要綱を整備し、それに沿って迅速な対応を心がけているが、受付で内容を精査し苦情、要望、意見の区別をした対処が望まれる。さらにこれらを事例や統計にまとめ、改善課題を見つける取組が必要である。</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>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>法人として毎年第三者評価を受審し、自己評価を行っている。法人で評価担当者、担当部署の設置をし、3ヶ月に1回の会議、さらにサービス向上委員会を2ヶ月ごとに開催してサービス内容の検討を行うことにしているが、時間調整の難しさから十分に機能していない。法人の第三者評価部門、それぞれの事業所での評価部門等、全体の流れとして機能出来るような検討が望まれる。</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>サービス向上委員会において評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題について検討され文書化し、職員間で共有化されている。しかし、これら委員会は継続した取組が出来ず改善策や改善計画を立てて実施するまでに至っていない。</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>標準的な実施方法が介護マニュアルとして文書化され、利用者尊重・プライバシー保護の姿勢が明示され年1回は見直しを行っている。標準的な実施方法について新人職員基礎介護技術指導表OJTを新人職員の指導に使用している。標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかの確認は不十分であった。今年度より確認様式を変更して取組を始めており、今後へ期待したい。</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>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。</p> <p>標準的な実施方法の見直しは定期的に行うよう組織で定められ、毎年1月頃行っている。必要な見直しを組織的に実施する仕組みの定めはあるが検証、見直しが十分ではない。</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	a
<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>法人内部研修にて「記録の書き方」の研修を行っている。また、日本老年行動科学会に所属し、事例検討をする為に、記録の工夫を行っている。利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況はケース記録、日誌、介護記録、処遇検討表等から、サービス実施計画に基づくサービスが行われ適切に記録されていることを訪問調査により諸帳簿で確認した。</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>・法人の文章管理規定、個人情報保護に関する事務取扱要綱の整備により記録管理責任者の設置、記録の保存、廃棄に関する規程、個人情報保護と開示に関する規程が定められ、職員は法人内部研修「コンプライアンス」の際に個人情報保護について教育を受け、理解し遵守している。利用者に関する記録の管理は規定を定め適切に管理されている。</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>毎朝、全職種が参加する朝礼に日課表を作成し、当日の行事、通院予定や担当者等、全職員への送り事項が分かるように情報共有を図っている。毎月カンファレンスの実施、二ヶ月に一度は嘱託医を交え、わくわく荘と共同でカンファレンスを行いました。事業所内パソコンネットワークシステム(ピートボックス)を活用し、全事業所、全職種で情報を共有するネットワークを形成等から利用者の情報を共有する取組は行われているといえる。</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>法人の組織を紹介したホームページをインターネットで公開している。理念や各事業所の福祉サービス内容や施設の写真、施設の案内図を紹介したパンフレットを公共施設へ置いている。また、施設見学の申し込みには随時対応等、必要な情報を積極的に提供している。</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>サービス開始にあたり、組織の様式に基づき利用者や家族へ重要事項説明書等の資料を説明し同意を得、必要な契約を取り交わしているが、「入居のご案内」、「重要事項説明書」等利用者や家族にわかりやすい文書、わかりやすい説明という点で十分ではない。さらに工夫や検討を望む。</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>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。</p> <p>退所時情報共有シートを作成し、利用者の情報を移行先へ申し送る等の配慮はあるが、相談窓口や担当者の設置がなく、サービス継続性への配慮は不十分である。退所後も利用者や家族が相談出来る相談窓口や担当者の設置。その説明を記載した文書を渡すことや、さらに退所にあたり、引き継ぎ手順等の文書化を望む。なお、カシオペア医療福祉連携研究会で「情報共有シート」作成及び使用の取組は評価できる。</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>利用者の身体状況や、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。</p> <p>アセスメントは組織の統一した様式で毎年、年度当初に関係職員で「処遇方針検討表」を作成している。また、6ヶ月毎に実施するサービス実施計画の見直しとアセスメントの見直しをしているが、定期的な見直しの時期と手順の定め文書化や利用者の具体的なニーズの明示が不十分である。また、入居者の44%が要支援や介護認定を受けている状況からケアプランを明らかにする必要がある。</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>サービス計画作成責任者・担当者を配置し、実施計画作成の関係職員による合議、利用者の意向把握と同意を得て実施する体制や計画実施の確認・評価する仕組みも構築されているが実践が伴っていない。これら手順の定め文書化とサービス実施の確認を望むものである。</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>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> <ul style="list-style-type: none">・サービス実施計画の見直しは6ヶ月毎に行い参加職員、利用者からの同意を得る手順等を組織として定めているが十分機能していない。・サービス担当者会議、カンファレンス等において6ヶ月毎に見直しを行い、朝礼等を利用して周知を図っている。実施計画変更の手順と関係職員への周知や緊急に変更する場合の仕組みの整備が望まれると共に、手順の文書化も望むものである。	