

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市甲陽園本庄町6-25-224
評価実施期間	2015年 2 月 2 日 ~ 2015年 6 月 8 日 (実施 (訪問) 調査日 2015年 3 月 2 日) 2015年 3 月 3 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401008 K-0401010 HF12-1-021 HF12-1-022

※契約日から評価

結果の確定日まで

福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称: 特別養護老人ホーム (施設名) あしや聖徳園	種別: 介護老人福祉施設 短期入所者生活介護
代表者氏名: (管理者) 施設長:松本明宏	開設(指定)年月日 平成 2 年 4 月 1 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人聖徳園	定員: 56 名 (利用人数) 56 名
所在地: 〒 659 - 0011 兵庫県芦屋市六麓荘町3番57号	
電話番号: 0797 - 32 - 7667	FAX番号: 0797 - 32 - 5510
E-mail: asiva007@deluxe.ocn.ne.jp	ホームページアドレス: http://www.shotokuen.or.jp/project/korei/ashiya.html

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p><理念></p> <p>～人々の期待に応え 高い信頼を得るために～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒューマニズムにたって 高度な専門性を持って人のためにつくします ・子どもの輝く成長を願い 高齢者・障がい者の良質な生活を支えます ・地域に目を向け 福祉の係わりを見つけ取り組みます <p><運営目的></p> <p>高齢者の方々が主体性を持って 安心して 潤いのある生活を過ごしていただけるよう 応援する</p> <p><サービス方針></p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要なサービスから喜ばれるサービスを ・心が元気になるサービスを提供する ・ホスピタリティーによる人間関係を築く <p><職員姿勢></p> <ul style="list-style-type: none"> ・スキルアップを図り 専門的サービスに努める ・礼儀正しく接し その人の自尊心を大切にする ・快適な生活環境を整え 事故のない 安全な介護に努める
--

力を入れて取り組んでいる点

利用者の個別性を重視し、多くのサービスメニューを用意しています。また希望に応じた外出や対応を行っています。どのようなご状態になられても、自主的に選択する機会を多く持つことで、少しでも自立した生活を送っていただけるよう支援しています。

職員配置	職種	人数	職種	人数	職種	人数
※()内は 非常勤	施設長	1 (0)	医師	5 (5)	生活相談員	3 (0)
	介護職員	31 (15)	看護師	3 (0)	管理栄養師	1 (0)
	機能訓練指導員	1 (0)	介護支援専門員	1 (0)	事務員	3 (1)
	その他	()		()		()

施設の状況

芦屋の山の手高級住宅地に位置し、大阪湾が一望できる素晴らしい環境です。小単位グループ毎にケア体制を組み、1対1の人間関係を重視し充実した生活を過ごせるよう、サービス実施を行っている。

評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

* ISOを導入し、目標設定、年間計画策定、評価・見直しを職員参画の下で計画的・継続的に行い、サービスの向上に反映させる仕組みが構築されている。

* 従来型であるが、3つのグループに分け、細やかな対応ができるように取り組んでいる。システムを導入し、ケアプラン作成手順・モニタリング手順を作成し、利用者の現状に即した個別性のあるケアプランに基づいたサービス提供に努めている。

* 感染症対策委員会、身体拘束防止委員会等を設置し、事故・苦情についてはISO手順に基づいて、利用者の安全確保に組織的に取り組んでいる。職員はヒヤリハット報告の重要性を周知し、多数の提出があり事故防止につなげている。

* キャリアパス表に基づいて各職員が段階に応じた資質向上が目指せるように取り組んでいる。新入職者にはパートナーシップ制度を導入し個別指導を行い、現任職員については人事考課のチェック項目を用いて確認し、職員がレベルアップできるように努めている。

◇ 特に改善を求められる点

* 人事考課制度が導入されているが、経営・管理者層に対する利用者・家族からの意見を把握し、自己評価・向上につなげる仕組み作りが望まれる。

* 経営状況や課題について職員にも周知し、業務の効率化や改善に、組織として取り組む仕組み作りを望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

ISO9001を導入することで、業務に関しての手順は明確に実行されており、その点について評価いただいたことは、今後の組織運営において促進すべきことと再認識出来ました。事故や苦情への対応についても手順に従い今後もリスクマネジメントをより図っていきたいと思います。また手順に不具合があれば手順の改訂も行っていきます。

経営・管理者層においては、今後ニーズ、意見を把握する体制を構築し、サービス向上に繋げていきたいと思います。

今後の高齢社会を支える人員体制、事業所規模を具体的に策定し、信頼される事業所として運営していききたいと思います。

第三者評価を受けることで客観的に事業所を評価する良い機会となりました。今後とも、定期的に評価を受け、改善に繋がれば、と思います。

○ 各評価項目に係る第三者評価結果
(別紙1)

○ 各評価項目に係る評価結果グラフ
(別紙2)

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

法人・事業所が目指すあり方を、「必要なサービスから喜ばれるサービスを」「心が元気になるサービスを提供する」「ホスピタリティによる人間関係を築く」というサービス方針に明文化している。ロビー・事務所・スタッフルーム等職員が目にするところに掲示し、職員会議や運営会議で唱和し、周知と浸透を図っている。年度初めに理事長からサービス方針・職員姿勢についての説明があり、内容の理解を深めている。

サービス方針は、簡潔で理解しやすい言葉で表現されている。館内数か所に掲示し、利用者・家族の周知を図っている。パンフレットにも明示し、入所希望者の見学時や契約時にパンフレットを用いて説明を行っている。地域包括支援センターにも設置し、配布している。また、ホームページにも明示し、誰にでも知ることができる取り組みを行っている。

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

法人・事業所の理念・基本方針に基づいて、各部門の責任者が職員からの意見を集約し、現状の把握と課題の抽出を行っている。法人の中長期計画・事業計画に基づいて、事業所でも、26年度からの約5年間を想定した中長期計画・年次の事業計画を策定した。ISOも取得しており、事業計画に基づいた品質目標管理を各部門で実施している。各部門は毎月実施状況を確認し、半期で評価修正を行っている。年度末には1年間の評価を行い、次年度の計画策定につなげている。

26年度の事業計画は、25年度末に策定し、法人・事業所の方針についてとともに、年度初めの会議で理事長から説明を行い理解と浸透を図っている。年間目標については、ISOの品質管理に沿って品質目標一覧としてわかりやすい資料を作成し、運営会議で職員に配布し説明を加えて周知している。半期に1度目標の振り返りを行うことで、職員に対して計画の継続的な周知に取り組んでいる。事業所が作成した事業計画を、利用者・家族にも、説明し理解を得ることが望まれる。説明に際しては、利用者・家族が理解しやすい資料を用いるなど工夫し、また、その取り組みの継続性にも期待する。

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

職務権限規程別表の中に管理者等の役割と責任が明確に明示されている。新入職者の研修時には、施設長・事務長から組織について説明すると共に、各配属部署のオリエンテーションの中で各職種・各役職についての役割と責任について口頭で説明を行っている。職務分掌は職員がいつでも見ることができるよう設置もされている。主任クラスまでの人事考課制度に基づいた自己評価表による自己評価を行っているが、経営・管理者層の自己評価表はなく、書面として残せていない。施設長・事務長の評価は理事が行っている。各職員から理事に直接郵送される「自己報告書」に管理者層への評価などに言及されている場合もまれにあるが、把握・評価・見直しの確立された方法には到っていない。

例えば「家族アンケート」や「職員の自己報告書」の中に記入欄を設けるなど、利用者や職員から管理者層等への意見を聴取する積極的な取り組みが望ましい。

ISOによる品質管理と共に、職員会議・運営会議・委員会等が実施するサービスの質の現状について評価・分析する場となり、定期的・継続的に開催されている。施設全体が大規模ではないため、管理者層が各種会議や委員会に出席し、また、定期的な個人面談でも職員の意見を聞く機会を確保している。職員会議で話し合われた内容が運営会議で報告され、管理者層が課題を把握し検討する場となっている。各種委員会の設置・ISOによる品質管理等によりサービスの質の向上についての体制を構築し、管理者層も積極的に参画している。

法人全体で実施している事務長会で各施設・部門の事務長・理事長が集まり経営や業務の効率化と改善に向けた財務面、人事・労務面に関する分析を行っている。26年度に経営計画書を策定した経緯から、27年度は事務長会で出された分析結果・課題などを基に、施設の運営会議でコストや業務内容の効率化と改善に向けた分析を行い計画的に取り組むことを予定している。

経営状況や課題について職員にも周知し、業務の効率化や改善に、組織として取り組む仕組み作りを期待する。

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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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

「あしや聖徳園」の案内に、法的な人員配置基準に基づいた人員数と配置を明示し、明示された定数を基に、サービスの充実を図るための人員配置を事業計画の人員数に明示している。人材や人員体制についての具体的なプランの策定には到っていない。退職予定があれば職員募集を行い人事管理を行うが、現在は、年度途中での退職がなく、新卒の採用で人員体制が整備されている。

計画的な人員体制整備を行うためにも、人材や人員体制についての具体的なプランの策定とそれに基づいた人事管理に取り組まれることが望まれる。

入職時に人事考課制度について説明を行い、職員の理解と納得を得ている。職員が記入した「一般職用の自己評価表」を基に、年に2回人事考課の面談を行っている。面談の結果はフィードバックシートで報告され、公平性・納得性・透明性を確保している。評価は昇格や昇給をに反映している。職員旅行・誕生日プレゼント・ソエルクラブからのプレゼント・クラブ活動支援等、福利厚生を行っている。公休での増設、半休制度の導入など職員からの意見を取り入れ、働きやすい環境整備に取り組んでいる。

有給休暇の取得率は、「有給取得管理表」で毎年部署・個人別に集計して管理している。時間外勤務状況も部署別・個人別に集計し、施設長・事務長が把握・分析している。年度初めには報告を行い、課題を明確にし運営会議等で課題改善に向け話し合う組織的な取り組みを行っている。時間外勤務削減のため、残業時間の区切りをつけたり、パソコンシステムの導入を行ったり、パート職員の導入を検討する等、具体的な改善に向けた取り組みを行っている。

個人面談・フィードバック面談・パートナーシップ制(チューター制)の導入など、職員が相談しやすい組織内の仕組みを構築している。法人内でメンタルヘルスケア担当の医師を配置し、個別に相談ができる連絡先窓口を掲示して、職員はいつでも相談することができる体制を整備している。

法人理念に「高度な専門性を持って」支援を行うことを謳い、基本姿勢として「人材の育成」を掲げている。職員手帳のキャリアパス表で、職員の階層ごとに必要な知識と技術水準を明らかにし、年数・必要資格・職員の段階に応じて受講が必要な研修が明確にされている。また、職務基準表でも明らかにしている。受講が必要な研修については、職員個別ではないが、職種・職務等級別に策定している。目標が明確にされた計画に沿って研修が実施されていることが、「施設内教育・研修実施報告書」で確認出来る。報告書では、研修当日はほぼ全員勤務となっており、全員参加の状況にある。研修に参加できなかった職員への周知方法については報告書に明示している。研修は原則1回の実施であるが、事業所として重要な研修は全職員が受講できるよう、研修をビデオに撮り全員が研修で習得できるよう工夫している。また現場で必要な技術であれば、前半・後半で分かれて技術手順について受講している。外部研修参加時は、勤務時間等の調整や研修参加費・交通費等、事業所で支援を行う体制が整備されている。たん吸引などの研修にも、その時々状況に合わせて受講を勧めている。介護福祉士資格を取得するための、勤務調整や研修の受講を支援している。

事業所が目指すサービスを提供するための職員配置等を明確にし、資格取得支援等について、事業所が必要とする人員体制についての具体的なプランとの整合性が確保されることが望まれる。

内部研修受講者はレポートを作成して提出している。施設長がレポートをまとめ、研修実施報告書を作成している。今回の研修から「学んだ点」、研修の「成果」の欄の意見集約を行い、研修の成果に関する評価・分析を行っている。外部研修参加後は、研修報告書が作成され、その中で研修成果に関する評価を行っている。年度末に「職員研修・教育訓練実施報告まとめ」で研修についての反省点、課題等を明確にして評価・分析を行い、次年度の研修計画に反映させている。施設として実施する研修の項目が多くあるが、昨年度からは各研修の実施担当者を決めて実施するようにし、今年度からは昨年度の実施方法に加えて経験年数別、参加型の研修として、研修内容に厚みを持たせるよう努めている。

「実習生受け入れについて」の冒頭に受け入れに関する基本姿勢を明確にし、窓口は施設長、担当者は施設長と相談員であると明示されている。オリエンテーション時には、事業所作成の「あしや聖徳園実習について」の冊子で実習生の心得を明確にし説明している。各職種別に効果的な実習が行えるよう、実習要綱に沿って実習を行っており、昨年は介護福祉士実習生の受け入れはなかったが、看護師・社会福祉士の実習受け入れを行っている。介護実習受け入れ承諾書・受諾書で養成校との覚書を交わしている。実習決定時に「実習受け入れ条件確認書」を取り交わし、責任体制を明確にしている。実習指導者研修を施設長・相談員が受講しており、現場で研修指導に当たる職員に説明を行い実習指導に当たっている。

現場で実習指導に当たる実習指導者に研修を実施し、実施したことを記録として残しておくことが望まれる。

マニュアルの中で資格別にプログラムを策定している。事業所で作成したプログラムを養成校に提示し、養成校の実施要綱に合わせて養成校別にプログラムを策定し、効果的な実習が行えるように取り組んでいる。中間・最終カンファレンスを開催し、養成校実習担当者と連携しながら実習状況を確認し合っている。カンファレンスの結果は実習のまとめとして実習生が記録している。養成校との懇談会に施設長等が参加し、継続的な連携を図っている。

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

感染症対策委員会、身体拘束防止委員会等を設置している。各委員会の構成メンバーを定め、責任者を総合施設長と明示している。身体拘束防止委員会は、事業所として身体拘束をしないケアを実践しているが、止むを得ず拘束をしなければならない事例が発生した時に、随時開催している。感染症対策委員会は3ヶ月に1回、定期的に開催している。その他感染症の発症が認められれば、その都度随時開催も行っているが、近年では発症がないため随時開催はない。高齢部門の急変時対応手順の中に、対応手順・責任者・役割を明確にしている。感染症予防、急変時(高齢)、事故対応(全体)手順として、ISO手順書にリスク別にフローチャートで対応手順、責任者、役割等を明確にしている。事故・苦情の対応手順は職員手帳に記載され、入職時に説明を行い周知をしている。リスクマネジメント研修を年1回実施し、ビデオ等を活用しながら基本的な対応手順、実際の事件事例の検討、現場の状況から事故につながるリスク等について学ぶ機会を設け周知している。芦屋病院と協力病院の契約を交わしており、緊急・臨時の協力体制を整備している。年2回の消防訓練を通して消防署と情報交換、協力体制を整えている。近隣の警察学校とは、行事や清掃活動を通して普段からの交流・連携を図っている。警察学校への認知症に関する研修の講師派遣、朝日ヶ丘地域の防災訓練に施設長や職員が参加し、地域との連携を図っている。市と福祉避難所の協定を結んでいる。

ヒヤリハット報告の重要性を周知し、多数の提出があり事故防止につながっている。ヒヤリハット事例は毎月グループ毎に集積したデータで傾向を分析し、事故予防につなげるように取り組んでいる。分析は相談員が傾向を読み取り、毎月の職員会議の機会を活かして全職員へ傾向を周知し、未然防止策を検討している。事故は報告書提出時毎に原因を分析して検討を行い、半期毎に集計し予防につなげるとともに、1ヶ月後に再発防止策の実施状況の確認と、その効果について定期的に評価を行っていることが記録から確認できる。

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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・b・c
II-3-(3)-②	関係機関等との連携を適切に行っている。	○a・b・c

特記事項

地域の事業所連絡会や施設長の集まりに出席して、地域の利用者の動向把握に努めている。芦屋市から公表されているデータから、施設長が認定者数、認定率を把握し、地域別に年齢別利用者数・利用率等を数値化して分析し、現状を踏まえた5～10年後の利用者数を予測し人員配置や利用へつなげるアプローチを行っている。地域サポート型特養も一昨年から実施するに至っている。

施設長の民生委員の会合への参加や、地域包括支援センター主催の健康体操教室への参加などを通して、地域福祉ニーズの把握に努めている。健康体操教室開催時に参加者からの介護相談等を働きかけているが、具体的な福祉ニーズを把握するには至っていない。今後事業所が持つ専門性の地域への還元を検討している。地域サポート型特養として取り組みを始めている。今年度から市から民間委託になる配食サービスを活用したデイサービス利用者への夕食提供支援等を検討している。経営計画に介護者教室や認知症カフェの開催などを盛り込み、活動に取り組む予定である。

事業所が地域での福祉ニーズに対する活動・役割を担うために、介護相談等の実施により具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みが望まれる

法人理念に「地域に目を向け福祉の関わりを見つけ取り組む」を謳い、経営計画書にも理念に基づいて地域との関わりを持つという基本姿勢を明確にしている。散歩時等は必ず挨拶を心掛けている。地域で開催されている敬老会、小学校の運動会、花火大会等の案内ポスターなどを掲示し、利用者個別に参加希望の有無を確認し、希望者には参加できるよう支援につなげている。参加時には職員が支援しており、現在ボランティアの利用には至っていない。キャラバンメイトとして警察学校への講師派遣や、芦屋病院にイベント開催の案内を行っている。次年度には通りに面した場所に掲示板を設置し情報提供を行う予定である。利用者の希望に沿って、買い物等に出かけられるよう、相談員や介護職員が協力して地域の社会資源利用の支援を行っている。職員から芦屋病院内売店等、地域の社会資源利用に向けた案内を行い支援するように努めている。

地域包括支援センターが開催する健康体操教室の開催時のお茶会に参加し相談を受けるようにしている。併設している地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と協力をしながら支援活動を行っており、介護教室、技術講習会の開催等、併設事業所と重複しないような支援について検討を行っている。

事業所が有する機能をより一層地域へ還元する取り組みが望まれる。

特別養護老人ホームあしや聖徳園ボランティア受け入れ規程としてマニュアルを作成している。規定の中に趣旨・規定を明示している。受け入れ窓口責任者は施設長で、直接窓口は相談員となっている。喫茶や絵画クラブ、唱歌クラブ、理美容(ベルエビル美容学校)等ボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れ時にはマニュアルに沿って説明を行い、個人情報保護遵守に関して誓約書を交わしている。行事として縁日への参加にボランティアを受け入れる場合にも、誓約書を取り交わし注意事項を口答で説明している。

事故やトラブル(感染症対策・個人情報保護等)を防ぐために、事前に研修や説明会の実施が望まれる。ボランティアの内容によって説明事項が異なる場合があるため、マニュアルに明示されている項目に沿ってイベント・行事等で説明する文書を作成しボランティアにも手交しておくことが望まれる。

社会資源の情報提供を行うための社会資源ファイルを作成し、事務所の相談員の書庫に置いている。職員が必要に応じて開錠し閲覧できるようにしている。職員会議で利用した社会資源の利用結果について説明し、職員間で情報を共有している。

生活相談員部会の集まりが、定期的に阪神間で開催されているため参加している。共通の課題があれば研修を開催し協働をはかっている。また、施設長は施設部会(年2回)に、栄養士は芦屋市の給食協議会(年2回)に参加し、共通の課題は研修等を実施して解決に向け取り組んでいる。施設部会で相談員・介護職の集会開催が検討されている。

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

理念に利用者本位のサービスの提供を行うことを謳い、職員会議で理念・運営方針を唱和し浸透を図り、利用者へのサービス提供に活かしている。

年間計画に基づいて人権や身体拘束廃止、虐待防止に関する研修を実施し、利用者の意向を尊重した支援に活かすよう取り組んでいる。研修後には、研修レポートを提出し、研修内容の理解の程度を確認している。また人権や身体拘束廃止、虐待防止に関する新聞報道などがあれば、報道記事を参考に具体的に学ぶ機会を持っている。

多床室・脱衣所では障子やロールカーテンを用いて利用者個々のプライバシーが守れるように環境を整えている。

個人情報保護マニュアルは作成されているが、プライバシー保護マニュアルの作成には至っていない。入浴介助手順や排泄介助手順書の中にプライバシーに配慮する具体的な方法を明示し実践に活かすよう努めている。

個人情報保護に関するマニュアルは作成されているが、プライバシー保護に関するマニュアルの作成が望まれる。また、プライバシー保護についての研修は実施されているが、今後は作成したマニュアルに基づいた研修を実施し、サービスに活かす取り組みが望まれる。

年1回、定期的に家族個別懇談会の機会を設け、利用者・家族の意向や希望を聴取する機会を持っている。聞き取れた利用者・家族の意向や希望、話し合った内容については、個別懇談会記録に残されている。個別懇談会に際してアンケート調査を実施し、調査結果はリーダー会で集計・データ分析・課題検討を行い会議録に記録している。アンケート結果は職員に説明・伝達し、改善に取り組んでいる。改善については、職員が実践しやすいようにチェック表を作成して、実践状況を確認し、職員用ノートを活用し全職員で共有して取り組むことができるように努めている。具体的な改善についても、会議録で確認できた。

相談相手を選べるように、複数の相談窓口を設置し重要事項説明書に明記するとともに、施設内に数か所掲示している。第三者委員の設置も行い、委員に直接連絡ができるように委員氏名、連絡先を重要事項説明書と掲示に明示している。意見箱も設置している。相談や意見を述べやすいスペースとして相談室を整備している。

苦情の解決体制を整備し、苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置している。重要事項説明書に明示し利用者に配布するとともに、施設内に掲示している。「苦情受付手順」を定め、手順に基づいて対応している。受け付けた苦情については、主任・相談員・介護職員で構成される苦情解決委員会で検討し、検討結果や対応策を利用者・家族に説明し納得を得ている。苦情受付記録・検討会議録を職員で回覧し、職員間での情報共有を図り、再発防止に取り組んでいる。公表については現在行っていないが、検討している。

意見・提案についてのマニュアルは作成されていないが、「苦情受付手順」と「職務基準書」をマニュアルとして対応している。「職務基準書」の特養介護職用の家族対応の項目の中に、利用者・家族から出された意見や提案への対応方法についての基準が示されている。意見・提案は連絡ノート・ケース記録に記録し、検討した結果は家族に報告すると共に職員間でも共有している。「職務基準書」の改訂については、年2回以上実施されていることが改定履歴から確認できた。

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

ISOの内部監査基準を基に内部監査を実施し、サービスの質の向上・確保に取り組んでいる。また、1年半に1回は、BSIIによりISO継続審査や更新審査を受け、サービスの質の確保に努めている。今回2度目の第三者評価受審となるが、定期的な受審には至っていない。評価受審の担当を施設長と事務長として定めている。今回の受審結果を活用して、分析検討する予定である。自らが提供しているサービスについて定期的に(1年に1回以上)振り返りを行い、サービスの質についての自己評価を行う体制の整備を期待する。

ISOからの報告書の結果を分析し、課題を文書化し、職員会議等で職員間での課題の共有化を図っている。今回の第三者評価後も、結果分析・課題抽出に取り組んでいく予定である。

ISOでの報告書から抽出した課題に対して是正対策を立て改善に向けて取り組んでいる。改善については、是正予防処置報告書を用いて処置内容・処置結果・効果確認を行っている。今回の第三者評価後も、改題に向け取り組んでいく予定である。

個々のサービスについての標準的な実施方法を明示した手順書を作成し、寮母室に設置している。職種別の業務内容は職務基準書に明示し、入職時に全員に配布し、いつでも確認することができる。マニュアル・職務基準書には、プライバシー保護の姿勢が明示されている。標準的な実施方法に基づいた実施については、新入職者にはパートナーシップ制度を導入し個別指導を行い、入職後1カ月で評価している。現認職員については、人事考課のチェック項目で確認している。

介護主任会議で定期的に手順書や職務基準書の見直しを行っている。見直しについては、職員と利用者等からの意見や提案を反映する取り組みには至っていない。

標準的な実施方法の見直しについては、全職員・利用者等からの意見や提案を反映して行われることが望まれる。

システムのケース記録に利用者一人ひとりの日々の様子が記録としてされている。ケース記録は、施設サービス計画書の課題やサービス内容に応じた記録となっている。システムのフォーマットで統一すること、また、職務基準書にも記録の書き方について明示することで、職員間での記録にばらつきが生じないように努めている。

記録管理責任者を品質記録リストや文書管理台帳で明確に定めている。利用者の記録に関する規定は品質記録マニュアルの管理手順や文書管理規定に定めている。情報開示については個人情報保護規定に定めている。年間計画に基づいた研修や、情報セキュリティ講習で、個人情報保護について学ぶ機会を確保している。

月に1回多職種が参加し、グループミーティングを実施し、情報共有している。寮母日誌・連絡ノート・グループミーティング記録・サービス担当者会議録など、全職員が確認し情報共有し、サインで徹底している。また、パソコンのソフトも活用し、全職員で随時情報共有している。

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

法人全体のパンフレットと事業所作成の入所案内が設置されている。事業所の入所案内にはサービス内容などが項目別にわかりやすく説明されており、写真も掲載されている。料金については別紙料金表で詳細に説明している。ホームページを作成し、ブログで生活の様子や取り組みを随時紹介している。施設見学、ショートステイ利用は、希望に応じて調整している。

契約時に契約書・重要事項説明書で詳しく説明し同意を得ている。特に重要事項説明書には、サービス内容・職員配置・苦情相談などについて、図や表を交えてわかりやすく明示されている。料金については別紙料金表で詳細に説明している。入所時に必要な物品についても詳しく記載された一覧表を渡している。法人のパンフレット・事業所の入所案内には写真が多く掲載され、施設での生活がイメージしやすいように工夫されている。0他の事業所への移行の事例はないが、家庭への移行の事例はある。その際、施設内の居宅介護支援センターのケアマネジャーが窓口となって支援した。サービス終了後も、適宜支援する準備はあるが、担当窓口の設置や家族に渡す説明の文書の作成には至っていない。サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、担当者や窓口を設置し、内容を記した文書などで利用者や家族等に伝えておくことが望ましい。

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。	○a・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。	○a・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。	○a・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。	○a・b・c

特記事項

施設でシステムを導入し、利用者の身体状況・生活状況を、統一したアセスメント様式で把握し記録している。新規利用者は1カ月後に見直し、その後は3か月に1回のモニタリング、6か月に1回の見直しが行われている。見直しに際しては、ケアチェック表を用いて再アセスメントを行い、ケアプラン作成手順書に定められた手順で実施している。また利用者の身体状況や生活状況の変化に応じて、随時の見直しも行われている。

ケアプラン作成手順書に基づき、システムのケアチェック表で再アセスメントを行い、介護の現場からの意見や提案を聴取して、利用者の個別・具体的なニーズや課題を抽出し、ケアプランに明示している。

ケアプラン作成手順書に基づき、ケアプラン策定責任者を介護支援専門員、施設長と定めている。ケアプラン策定に際しては、利用者・家族の要望を取り入れ、看護師・相談員・介護職等関係職員の意見を集約し、ケアプラン作成手順書に基づいて策定している。ケアプランに基づいたサービス提供が行われているかどうかは、モニタリング手順書に基づいたモニタリングと、ケース検討会議で確認している。

ケアプラン作成手順書・モニタリング手順書に沿って、ケアプランの見直しが行われている。定期的には3か月に1回モニタリング評価を行い、ケース検討会議で見直しを行っている。また、利用者の状態の変化があればその都度、会議を開催し計画の見直しを行っている。見直した計画書は、グループノートやシステムを介して、共有される仕組みがある。

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

生け花・書道などのクラブ活動は掲示板に掲示し、利用者が選択しやすいよう配慮にしている。行事等の参加については、職員が利用者の意向を確認し、利用者の意向で選択できるように支援している。事後のアンケートはとっていないが、職員が利用者に関心や意向・希望を聴取し、開催内容などに反映させている。

余暇活動・生きがいづくりについては、利用者との日常的なコミュニケーションの中で聴取し、意向や希望の把握に努めている。自ら意向や希望を訴えることができない利用者については、日々の利用者の行動や反応から推察している。また、入所時のアセスメントや家族との個別面談の機会に情報を収集し、提案したり個別支援計画に反映させて支援している。利用者の希望で編み物・将棋など道具を揃えて、グループ活動を支援している事例もある。生活の質を豊かにするために、唱歌・絵画・書道などの地域のボランティアを受け入れている。

面会時間はあらかじめ定めているが、利用者・家族の個々の希望や状況に応じて、柔軟に対応している。面会場所は居室や相談室・フロアーなど、希望に応じて、プライバシーを確保しながらゆっくり面会できるスペースを提供している。外出や外泊の意向や希望があれば、留意点の説明や車椅子の貸し出しなど、安心して安全に外出・外泊ができるように支援している。

ケアチェック表でコミュニケーション能力について把握し、ケアチェックシートの「心理・社会等に関するケアシート」の問題点・課題に挙げ、医師・看護師等の助言を受けながら支援している。難聴の利用者には補聴器・筆談など、利用者個々の意向確認の手段や方法で、個別のコミュニケーション手段を用いて支援している。個別具体的なコミュニケーション方法は、申し送り・グループノート等で職員間で情報共有を図っている。代弁者としてOT(言語聴覚士)・家族などを受け入れ、コミュニケーションに努めている。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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

利用開始時に利用者・家族の意向を確認し、使い慣れた馴染みの品を持ち込み、できる限り意向に沿った環境を整備するように支援している。位牌・遺影・テレビなども持ち込まれている。多床室では、ロールカーテンや障子を用いて利用者個々のプライバシーが守れるように環境を整えている。

日常的に喫食状況を把握を行っている。年1回はアンケート・聞き取りで嗜好調査を行い、献立に反映させている。月1回給食委託会社の職員も参加する給食委員会を開き、食事提供に関しての検討を行っている。季節料理や月1回は松花堂弁当を献立に盛り込むなど、食事に変化や楽しみが感じられるように取り組んでいる。お誕生日の特別料理や、グループイベントでの食事作り・おやつ作りを、食に対する楽しみ事として支援している。また、BGMを流してくつろいで食事ができるようにするなど、雰囲気づくりにも配慮している。

施設の入浴手順書にプライバシー保護について具体的に明文化している。標準的なサービスの手順を基に、ケアチェック表で利用者の状態を把握し個別の手順に沿って入浴を実施している。入浴回数(週3回)・時間(午後)はあらかじめ設定しているが、利用者の身体状況や希望に応じて入浴回数を増やしたり、拒否が多い場合には入浴間隔があかないように工夫するなど、利用者個々の状況に応じて支援している。入浴剤の使用・BGM等、入浴を楽しめる工夫も行っている。

施設の排泄手順書に、用具の使用方法・衛生・プライバシー保護等について具体的に明示している。標準的なサービスの手順を基に、ケアチェック表で利用者の状態を把握し個別の手順に沿って排泄介助を実施している。トイレの清掃・メンテナンスに関しては清掃業者が行っており、エアコンの整備、消臭剤の使用など、快適な排泄環境にも配慮されている。

衣服の選択が可能な利用者は日々意向を確認しその日の気分で自分で選んでもらっているが、選択ができない場合は職員が支援し清潔な衣服交換を行っている。衣服の購入希望があれば、外出の機会に自ら衣類の選択を行い購入できるように支援している。また、相談員や介護職員が個別に利用者・家族に意向を確認し、衣類の持参や購入してもらえるように連絡している。衣類のほつれなどがあれば、担当職員が繕っている。洗濯は洗濯場担当職員が行っている。

月に2回理美容の訪問があり、利用者・家族の希望に応じて利用が可能である。利用者の中には行事開催時に化粧をされる方もあり、施設でも化粧品を常備している。また髪型や毛染め・カットの間隔なども、利用者・家族の希望や要望を聞き支援するようにしている。訪問理美容以外の美容院利用についても、利用者の希望により家族の協力を得て柔軟に対応している。美容専門学校の学生ボランティアによる美容体験の機会も設けられている。

ベッド周辺の光や音について、枕元のルームライトやイヤホンで、利用者に応じた適切な配慮を行っている。夜間は安全性を確保するために3時間ごとの定期巡視を行い、手順書を基に体位交換を行っているが、睡眠リズムの乱れや不眠者への対応についてのマニュアルの作成までには至っていない。寝具はリースしているが、私物使用も可能である。夜間に大声を出される利用者については、静養室・別部屋を用意し、他の利用者の安眠を妨げないように配慮している。

夜間就寝中の対応マニュアルを策定し、必要な利用者については個別支援計画に組み込み、安眠できる具体的な取組みが望まれる。

利用者の体調管理は医師と連携して行い、個別の看護記録に記載している。看護記録に処置やバイタル測定の記事を記載している。定期的な医師の往診があり、往診時には看護師が直接利用者の体調の変化を報告し、指導・助言を受けている。毎週1回、歯科往診があり口腔衛生に関して助言を受けている。健康管理に関するマニュアルが確認ができなかった。日常生活の中で不定期に体操を行っているが、健康の維持・増進のためのプログラムは作成していない。

健康管理に関するマニュアルの作成が望まれる。利用者の健康維持・増進のための日常生活の中でのプログラムの作成と実施が望まれる。

利用者一人一人の服薬に関する情報は、薬手帳や医療職からの情報で把握し服薬支援を行っている。個々の薬は一包化されており、毎回の薬セットは看護職が実施し、手順書に基づいて服薬と確認は介護職が行っている。毎回3回確認を行い、誤薬事故を防止している。服薬介助の手順書を作成し、誤薬がないように取り組んでいる。投薬ミスがあった場合、事故検討会で検討し再発予防に努めている。服薬状況の記録は行っていない。

服薬チェック表などを整備し、服薬状況を記録に残すことが望まれる。

利用者の希望に応じて、スーパー・コンビニなどへの買い物外出は介護職員が支援している。地域のイベントの情報を収集し、利用者が参加できるように情報提供を行っている。今まで離設の例はないが、外出時の不慮の事故に備え緊急対応の整備を行っている。

スタッフルーム前や相談室・会議室等で、電話をいつでも使用でき、プライバシーの確保はできる環境にある。郵便で手紙やはがきを出す場合には、職員が依頼を受け、プライバシーに配慮して投函するようにしている。

新聞3紙をは共有スペースに設置している。希望があれば、個別に定期購読ができるように支援している。共有スペースに設置した新聞は、3グループの利用者間の話し合いで閲覧している。テレビ・ラジオは希望があれば居室に設置できるようになっている。

希望があれば、医師と相談し、支障がなければ飲酒できる。喫煙については、施設の外で喫煙できるが、現在喫煙を希望される利用者はない。具体的な希望があれば、利用者・家族・医師などを交えて相談し対応する予定である。

I～IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	7	77.8
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	6	60.0
II-1 人材の確保・養成	28	24	85.7
II-2 安全管理	9	9	100.0
II-3 地域との交流と連携	23	20	87.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	18	90.0
III-2 サービスの質の確保	25	22	88.0
III-3 サービスの開始・継続	11	8	72.7
III-4 サービスの実施計画の策定	10	10	100.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	39	88.6

