

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【特別養護老人ホーム 慈苑】

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>評価者コメント 当法人の中長期経営計画は、財政計画を含めて平成19年度を初年度とし、平成23年度を目標年度とする5か年計画であるが、毎年度当初において見直しをするローリング方式を採用し、常に先5年間の計画を保有する方式を実施している。そのため、本年度は平成25年度から平成29年度までの計画となっている。経営理念には「生命に光を」と掲げ、「…利用者に快適な生活環境と心温まる介護サービスを提供し、そして励まし元氣付け、共に生きる努力をします。事業の経営に当たっては、地域社会と連携し老人福祉の向上に貢献することを使命とし、公共性、公益性、職務の専門性を向上させ、…」と明文化し、法人の使命と役割を反映している。</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>評価者コメント 前記経営理念である「生命に光を」の理念に基づき、経営方針には「人間としての尊厳、人格を尊重し心身ともに健やかに自立した生活ができるよう支援」「利用者の意向を尊重し、ユニットによる個別ケアに努める」「地域福祉推進の拠点として、医療、保健、福祉分野と連携し地域社会に貢献」「事業を効果的かつ適性に行うとともにサービスの質の向上及び事業経営の透明性を図る」「サービスの自己評価、第三者評価を積極的に活用し、良質かつ適正なサービスに努める」「職員は、品性、感性の高い豊かな人間性を育み、研修に励み、専門性を高める」とし、基本方針を明文化しており、内容は適切である。</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>評価者コメント 理念や基本方針の検討にあたっては、理事長・施設長・事務長・各部長の構成による経営検討会議を経て、主任会議、そして最終的には理事会で決定後に職員に配布・説明周知している。さらに十分な理解を促すための取組として年4回発行している広報紙に掲載しているほか、毎年実施している1月の「仕事はじめ」には施設長が職員に対して新年の挨拶のなかで説明・周知し、また新任職員の研修の場でも説明周知するなど理解を促すための取組を行っている。</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 | b |
| <p>理念や基本方針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>評価者コメント 毎年開催している家族懇談会で理念や基本方針について説明しているほか、欠席した家族には周知のため資料を配布している。また、年4回発行の広報紙にも周知のため掲載するなど努めている。しかし、年1回開催の家族懇談会は、定員110名中40名程度しか出席していないため、十分な理解を促すための工夫した取組が求められる。</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>評価者コメント 経営や実施する福祉サービスに関する、財政計画を含めた中長期経営計画を策定している。当会の中長期経営計画の特徴は、平成19年度を初年度とし、平成23年度を目標年度とする5か年計画であるが、毎年度当初において見直しをするローリング方式を採用し、常に先5年間の計画を保有する方式を実施している。そのため、本年度の場合は平成25年度から平成29年度までの計画として策定している。</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 | a |
| <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容および中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>評価者コメント 事業計画は、中長期経営計画の内容および中長期の財政計画の内容を反映して策定している。策定にあたっては、各部門から提出された行動計画書を集約したものであり、ボトムアップ方式で実施している。</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>評価者コメント 事業計画策定にあたっては、職員の意見をもとに各部で行動計画を作成し、主任会議、事務局を経てまとめたものを経営検討会議に諮り、再度、主任会議で確認し、最終的には理事会で決定後に職員に配布・説明するという流れである。職員参画のもとで事業計画が策定され、実施状況を踏まえて年度終了後は実施報告書を作成するという組織的取組みを行っている。</p> | |

| | |
|---|---|
| I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている | a |
| <p>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。</p> <p>評価者コメント 事業計画は、職員の意見をもとに各部で行動計画を作成し、主任会議、事務局、経営検討会議、最終的に理事会で決定後には職員に配布・説明している。職員会議は年4回、主任会議は毎月第3木曜日に定例化を実施しており、会議や研修を通して周知・共有されている。</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>評価者コメント 年1回の家族懇談会で事業計画についての説明・周知しているが、家族の出席状況は定員110人中40人程度と低調であり、欠席者に周知のため計画書を送付するなど努めているが、理解を促すための取組は十分ではない。今後、周知するためには行事も工夫し、効果的に家族懇談会と組み合わせるなど工夫が求められる。</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>評価者コメント 常勤理事長であり、施設内の職員打ち合わせを除く大方の会議には理事長も施設長も共に出席している状況にある。会議開催の都度、理事長が挨拶したり、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むという環境にある。</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>評価者コメント 理事長や施設長は、社会福祉法人に関する各種関連資料や当法人の定款・諸規定等を理解しながら、それらを主任会議等に出席した際は遵守すべき法令等踏まえながら確認・周知、協議するなど積極的取組みを行っている。</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 | b |
| <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指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 福祉サービスの質向上のために職員の様々な提案や意見を吸い上げるための提案制度を導入しているほか、状況によっては管理者として助言・指導も行うなど指導力発揮に努めているが、職員への浸透は十分とは言えない。そのため、具体的な施設課題について、改善のための取組方法を協議・明示するなどさらなる指導力の発揮に期待したい。</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>評価者コメント 管理者は、経営検討会議や経費節減検討委員会、さらに提案制度を実施するなど経営や業務の効率化と改善に向けた取組に努めているが、経営理念や経営方針の実現に向けた人員配置、職員の働きやすい環境整備等への取組みが十分ではない。</p> | |

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 |
| <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行っているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント ローリング方式の中長期経営計画の策定や経営検討会の実施等、事業経営をとりまく環境を把握するための取組を実施しているが、把握された情報やデータが中長期経営計画や各年度の事業計画に十分反映されていると認められない。</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>評価者コメント 宮古市の「いきいきシルバーライフプラン(宮古市高齢者福祉計画・介護保険事業計画)」との整合性を図りながらローリング方式の中長期経営計画を策定しており、データなどを踏まえながら経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。ただし、中長期経営計画の第4章に事業名・事業内容別に各年度の実施計画が記載されているが、初年度から最終年度まで、年度毎に達成していくための過程が明示されていない。個別事業毎に、5年後の目標を設定し、緊急度、優先度、重要度を踏まえて、年度毎の成果指標を明確にするなど検討・調整が必要である。</p> | |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている | 非該当 |
| <p>評価者コメント</p> | |

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 | C |
| <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ない。</p> <p>評価者コメント 臨時職員から正規職員に登用し職員の定着を進めるなど取組んでいるが、当法人が目標とする福祉サービスの質を確保するために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ない。平成26年度から就業規則等改正を検討しているとのことでもあり、今後は人材や人員体制に関するプランと併せて充実に期待したい。</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>評価者コメント 岩手県社会福祉協議会の人事考課ソフトを購入し検討しているが、方向性がまだ定まらず人事考課の施設方針が確定していない。</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>評価者コメント 提案制度を実施しているほか、経営検討会議や主任会議などで職員の就業状況や意向を把握・チェック・分析するなど取組んでいるが、改善策としての人材や人員体制に関する具体的なプラン策定、また、職員から希望があれば相談できるようにカウンセラーや専門家を確保するなどの仕組みの構築が十分とは言えない。</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>評価者コメント 福利厚生センター等への加入はないが、社会福祉法人恵心会慶弔、被災見舞金規程を定めるほか、職員表彰費、職員行事費を事務費(福利厚生費)として支出している。また、安全衛生管理規程に基づき、安全衛生委員会が中心となり、職員の健康診断、安全衛生、健康サポートのためのヘルスカウンセラーによる相談など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。そのため、衛生委員会で職員を対象に平成26年1月20日を締切として「福利厚生事業に関するアンケート」を実施しており、集約結果を踏まえて平成26年度の取組みに反映させる予定である。</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>評価者コメント 中長期経営計画や、組織として職員の研修に関する「職員研修基本方針」を策定しているが、福祉サービスの内容や目標を踏まえて、組織が職員に求める専門技術や専門資格の明示などが十分ではない。職場研修推進委員会(昨年12月19日第1回、平成26年2月16日第2回開催)で今後のプラン策定について検討しているとのことであり、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 | 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>評価者コメント 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。そのため、職場研修推進委員会で平成26年度からの実施に向けて、検討を進めているところである。</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 | c |
| <p>研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> <p>評価者コメント 研修報告会での報告が必要かどうかについて、研修委員会で判断し、必要と認められた場合は報告の場を設けている。また、研修参加者は復命書を作成しているほか、報告会に参加できなかった職員のために復命書を回覧している。しかし、研修成果の評価について定期的に行われていない。</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>評価者コメント 実習生の受け入れと育成のため、介護実習指導マニュアルを作成しているが、実習指導者に対する研修や効果的な育成プログラムが用意されていないなど、効果的な取り組みに至っていない。</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>評価者コメント 施設管理や利用者の処遇運営を組織的に行うため、「各種委員会等設置要綱」を定め、20項目におよぶ各種委員会や会議を開催している。特に、事故、感染症の発生時など緊急時の利用者の安全確保のために、安全推進委員会や感染症対策委員会、給食委員会、衛生委員会なども設置しているが、それぞれ毎月1回積極的に開催している。</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>評価者コメント 災害に対して、利用者の安全確保のために毎年消防計画を策定している。平成24年度は、総合訓練4回(夜間火災想定訓練2回、地震想定訓練1回、山林火災想定訓練1回)、基礎訓練2回(消防関係基礎訓練、消火訓練)、通報訓練1回(土砂災害想定夜間非常呼集訓練)の計7回実施している。総合訓練では、地域の消防団や消防署の協力を得て実施している。</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>評価者コメント 利用者の安全確保のために介護マニュアルを平成24年11月に作成している。また、安全推進委員会では利用者の安全を脅かすヒヤリ・ハット事例を検証したり、苑内研修会ではリスクマネジメントをテーマに研修を開催するなど、利用者の安全・安心の取組みを実施している。</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 | b |
| <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行っているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 利用者と地域との交流やかかわりを広げるため、自治会、小学校、保育所、消防団との地域懇談会を開催しているが、年1回の開催である。また、社会資源や地域の情報を掲示板等で利用者に情報提供する取組みや、利用者が地域の行事や活動に参加する際の職員やボランティアの援助体制なども十分とは言えない。</p> | |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している | c |
| <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ない。</p> <p>評価者コメント 住民を対象とした介護教室の開催や地域に向けての情報提供・発信について、各種委員会で検討する段階であり、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ない。</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>評価者コメント ボランティア受け入れに対する基本姿勢はボランティア受入規程で明示されている。定期活動しているボランティアとして、月2回の傾聴ボランティア、毎週水曜日には詩吟のボランティア活動が行われている。しかし、施設としてボランティアに対して必要な研修を実施していないなど受け入れ体制が十分に整備されていない。</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 | c |
| <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していない。</p> <p>評価者コメント 事業所の役割や機能を達成するために必要となる関係する連絡先一覧は生活相談部で作成されているが、高齢者介護施設一覧に留まっているので、関係する機関・団体等社会資源を拡大した一覧作成が必要である。また、一覧は全職員にまで配布されていないため、職員に説明するなど情報の共有化が求められる。</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>評価者コメント 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保するため、地域の小学校・保育所・自治会・消防団と年1回地域懇談会を開催している。法人の経営理念や事業計画等を説明後、懇談会を行っている。また、福祉、保健・医療関係者等で構成されている宮古地域ケア会議や、自治会総会、宮古地区広域特養連絡協議会にも参加し情報収集や連携に努めている。しかし、地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な課題や事例検討を行うなど取組には至っていない。</p> | |

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組みを行っている

| | |
|---|---|
| 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>評価者コメント 当法人主催による地域の小学校・保育所・自治会・消防団との年1回の「地域懇談会」を開催しているほか、当法人から自治会総会や宮古地域ケア会議に参加して地域の福祉ニーズ把握に努めているが、住民を対象とした相談支援事業などから、具体的な住民福祉ニーズを把握するなどの取組には至っていない。</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 |
| 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>評価者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づき、中長期経営計画や事業計画を策定しているが、福祉ニーズの把握が十分でないほか、事業・活動も実施されていない。福祉ニーズを把握するための地域懇談会の継続した取り組みは評価できるが、懇談会の目標や役割、構成団体の拡大等見直しが求められる。さらに、福祉ニーズを把握するために住民アンケート調査(行事に参加した住民を対象に実施するなど)の実施なども必要と思われる。</p> | |

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>評価者コメント</p> <p>「生命に光を」との経営理念と併せて、経営方針、介護理念に利用者尊重の姿勢について明示されている。平成24年11月1日に介護マニュアルが整備され、利用者尊重について確認している。しかし、基本的に介護マニュアルは、年1回全職員で唱和している他は配布のみに止まり、組織に周知徹底するための勉強会・研修は不足している。身体拘束については、現在8名の対象者がいるが、「身体拘束に関するガイドライン」に則り家族等からの同意を得ているものの拘束解除の時期についての記載が不十分である。今後は、虐待防止の観点も含めた職員研修を通じて利用者尊重の取組を徹底されることが望まれる。</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 | b |
| <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ているが、職員に周知するための取組が十分ではない。</p> <p>評価者コメント</p> <p>プライバシー保護に関しては、単独のマニュアルは整備されていないが、介護マニュアルの中で、その姿勢を明示している。しかし、一部(トイレ介助)その記載が不備であり、マニュアルの見直しによって整備されることが望まれる。介護マニュアルは、基本的に職員への配布に止まり、研修が不足している。また、マニュアルに基づいたサービスが実施されていることについて、個人記録で確認するほかは、それを評価する仕組みが整備されていない。</p> | |

III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている

| | |
|---|---|
| III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている | c |
| <p>利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。</p> <p>評価者コメント</p> <p>定期的な利用者満足度調査に関する取組は実施されていない。26年度からの実施を計画し、相談部が担当となってその仕組み作りに取り組んでいるところである。また、事業計画に則り、家族からの意見を施設運営に生かすことを目的に、家族会の結成を促すことに努めてきているが、家族からの主体的な参画がなかなか得られない状況の中で、その達成は困難な状況である。今後は、利用者・家族等の意見を把握する仕組みを確立する中で、利用者満足の可視化及び改善に向けた取組を期待する。</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>評価者コメント</p> <p>利用者や家族に対して、重要事項説明書の説明の段階で、第三者委員に関する情報提供、更に何でも相談箱の設置について文書及び口頭にて伝達している。しかし、日常における相談の受付に関する周知の方法としては随時の声かけに止まり、十分に利用者・家族等が相談しやすい環境に配慮しているとは言い難い。何でも相談箱の設置場所についても、プライバシーへの配慮の観点から、再考が求められる。</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 | C |
| <p>苦情解決の仕組みが確立していない。</p> <p>評価者コメント 苦情解決規程により、苦情解決の体制が整備されているが、公表されていない。また、利用者や家族等に対する周知の方法は、重要事項説明書による伝達の他は不足しており、利用者や家族等にとってわかりやすく周知するための工夫が望まれる。苦情の記録については、苦情解決規程に基づいているが、様式の記入について徹底されていない部分もあり、職員研修等を通じて、再度記録の適正化を図ることが必要である。今後は、利用者・家族等の意見を把握する仕組みを確立する取組と運動して、苦情に関する対応方法に関してもわかりやすく図示する等、仕組みを機能させるための取組が望まれる。</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 | C |
| <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ない。</p> <p>評価者コメント 利用者からの意見に迅速に対応するための対応マニュアルの作成については、26年度の事業計画の基本方針に掲げ、相談部を担当としてその対応について検討することとしている。これまで個々の相談については、都度対応なされている中で、記録も十分ではない状況にある。マニュアルの整備にあたっては、相談受付からその対応及び記録、更には全体の福祉サービスの改善に反映する過程も含めて図示化する等、わかりやすく実効性のあるものとなるよう期待する。</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>評価者コメント サービス評価については事務部が主担当となり、経営検討会議、主任会議における協議検討を経て、自己評価については毎年度、第三者評価については隔年で実施されている。更に主任会議と同じくする構成員によってサービス評価委員会が組織され、その中で評価結果の分析及び改善策の検討がなされている。</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>評価者コメント サービス評価に対する取組は、①経営検討会議による取組方針の決定、②主任会議における取組方法の具体化・評価案の提示、③ユニット会議における確認及び提案、④各部に対する確認、という流れで進められ、必要に応じてユニット会議における提案は経営検討委員会へフィードバックされ、職員参画のもと施設全体としての評価が合意されていく仕組みを確立している。これらにより抽出された課題等について、サービス評価委員会を中心に分析されるが、その過程・結果に関する記録は十分とはいええず、職員間の共有化の方法についても更なる工夫が必要である。また、改善実施計画についても施設としての課題の明示が不十分であり、記録様式の工夫・改善が望まれる。</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>評価者コメント サービスの標準的な実施方法については、平成24年11月1日に介護マニュアルとして整備されている。その中に経営理念や経営方針、介護理念に基づいて利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が示されているが、一部不備がある。また、職員に対するマニュアルの周知については、年に1回全体で唱和するほかは文書の配布に止まっており、研修や個別の指導等による更なる取組が求められる。標準的な実施方法によって実際のサービスが提供されていることについての確認は、個々による個人記録による方法のみであり、自己チェックシートの開発・活用やユニット単位での小規模学習会の実施、その他OJT等の充実を図る等、重層的な取組が望まれる。</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 | C |
| <p>標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。</p> <p>評価者コメント 介護マニュアルの見直しについては、個々の職員からの提案やユニットリーダー会議における検討等により、必要に応じて随時取り組むこととされているが、標準的な実施方法については組織として定められていない。実際には、マニュアルが整備され職員に配布される取組に止まっている現状にあり、その周知が優先的な課題となっている。見直しの体制については26年度に担当者等を確立して推進していく方針が示されており、それに向けた取組に期待したい。</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 | 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>評価者コメント ケアプランに基づく提供サービスの実施状況について、標準的なサービスについてはパソコンにて一元的に記録され、また個別の課題等については手書きによる個人記録で管理されている。個人記録についてはユニットリーダー、各部門部長、施設長による重層的なチェックを経て、必要に応じて指導し書き直させる等の取組は行っているが、記録要領の作成や記録の書き方に関する組織的な研修は実施されておらず十分とはいえない。今後はこれらに取り組むことにより、その充実に期待したい。</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 | b |
| <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 施設長が記録管理の責任者となり、事務部門が実務を担当しながら取り組まれている。文書取扱規程が整備され、それに基づいて記録の保管、保存、廃棄が適切に行われている。記録管理についてはパソコンのLANシステムを活用しているが、USBメモリ等の外部記録媒体は使用していない。個人情報の取扱については、新任職員研修でその姿勢について周知に努めているが、継続的な研修の機会は不足しており、十分取り組んでいるとはいえない。また、個人情報保護推進委員会も組織化されているが、具体的な活動には取り組まれている。個人情報の開示手続きについては、実際にはその請求の実績はないが、受付窓口の担当者を生活相談員とすることを含めて規定する等、その体制は整備されている。</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>評価者コメント 利用者に関する情報の共有化は、パソコンシステムを活用することで取り組まれている。特に、日常的な情報や緊急に職員全体で共有したい情報については、システム内の掲示版を活用することで迅速に周知することができ、加えて情報共有範囲の状況が把握できる仕組みとなっている。また、毎日の全体ミーティングによって、口頭による確認も行われており、全職員に漏れなく情報が行き渡るように配慮されている。</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 | b |
| <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提供しているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 施設が提供するサービスの内容等については、インターネットを利用してのホームページの作成・公開やパンフレットの作成によって広報している。パンフレットは、施設内に設置するほか行政窓口等限られた場所への配布に止まっているが、月1回の地域ケア会議の中で地域関係機関等へ情報提供するほか、地域内施設等一覧に掲載されることで、地域住民に対してサービス選択に必要な情報を提供している。地域住民に対する施設サービスの紹介の意図もあって開催していた介護教室は、現在取り組まれておらず、再開に向けた体制整備が望まれる。見学者への対応については生活相談部が担当しているが、その対応については標準化されておらず、利用希望者に対するわかりやすい説明・情報提供の工夫が求められる。</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 | a |
| <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わかりやすく説明を行っている。</p> <p>評価者コメント 重要事項説明書により、サービスの内容を利用者及び家族等に説明している。また、利用者等に理解しやすいように、重要事項説明書・入所契約書の他に別刷りにした「利用するにあたり準備していただくもの」・「ユニット型施設サービス利用料」・「居室レイアウト」を使って説明している。</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・家庭への移行など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>評価者コメント 特養部門としては利用施設・事業所の変更や家庭への移行の実績はほとんどなく、その手順については確立したものとなっていない。長期入院等で病院等との連携が求められる際には、看護サマリーの提供や看護師等の付添受診により情報提供に取り組んでいる。サービス終了後の相談希望者への対応については生活相談部が担当することになっているが、その内容については口頭説明の方法が取られ、文書による引継ぎの手順は示されていない。今後は、短期利用者への取組と併せてサービスの継続性を担保するための手順や文書様式の整備等に取り組むことが望まれる。</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 | 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>評価者コメント アセスメントについては介護認定調査票の活用及び「包括的自立支援プログラム」を採用して実施されている。これらにより客観的な介護ニーズと併せて利用者や家族等の意向もサービス利用契約を締結する前の段階から把握され、ケアプラン作成に反映されている。看護部門においても独自の事前調査票様式が整備され、定められた手順に則って、多職種による評価に取り組まれている。</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 | a |
| <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おり、実際に機能している。</p> <p>評価者コメント ケアプラン策定にあたっては生活相談部に所属する介護支援専門員がこれを担当している。利用者や家族等の意向については、入所利用契約の以前より介護支援専門員が訪問等調査によって把握され、多職種参画によるカンファレンスを経て提供サービスがプランニングされている。計画通りにサービスが提供されていることについては、個人記録を主とする日々のケース記録から確認されている。</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 | a |
| <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。</p> <p>評価者コメント ケアプランの評価・見直しについては、通常3ヶ月毎に実施され、これと併せて、利用者の状態の変化、ニーズの変更によって柔軟に対応している。ケアプランの変更・見直しについては、文書の回覧及びパソコンシステムの活用によって職員間の共有化が図られている。</p> | |