

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名：	社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間：	平成25年2月21日（木）

②事業者情報

名称：	社会福祉法人恩賜財団済生会 支部鳥取県済生会 サテライトはまかぜ	種別：	介護療養型老人保健施設
代表者氏名：	会長 中村勝治	定員（利用人数）：	29名（23名）
所在地：	境港市米川町44（済生会病院内）	TEL	0859-42-3190

③総 評

◇特に評価の高い点

済生会は、「施薬救療」の精神を原点として、無料低額診療事業により生活困窮者を救済することを法人理念とし、全国に370余りの医療関連施設及び介護福祉関連施設等を経営され、そのなかで鳥取県済生会は、境港総合病院と地域ケアセンターを運営され、保健・医療・福祉に総合的に取り組んでおられます。

地域ケアセンターは、介護老人保健施設はまかぜを中核として、介護療養型老人保健施設サテライトはまかぜや訪問介護ステーション白鷗などを運営されています。

サテライトはまかぜは、4年前に介護療養型施設から介護療養型老人保健施設に移行され、病院内という特性を活かし、医療依存度の高い高齢者を対象としてサービス提供されています。

◇改善を求められる点

①保健・医療・福祉の総合的な取り組みを充実させるためにも、サービスの質向上に向けた取り組みが、職員参画により組織的に行われることが望まれます。

②計画やマニュアル、各種規程等、職員として共有すべきものについては、配布や掲示のみならず、職員全体に周知徹底されることが望まれます。

③利用者一人一人の意向を反映させた利用者主体のサービス提供への取り組みが望まれます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（53項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

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

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	Ⓐ・b・c	①「利用者の尊厳を守る」「家族や地域との協力」「自立した在宅生活」を柱とする、施設の役割や目指す方向を踏まえた施設理念が明文化されています。 ②理念に基づく基本方針が明文化され、職員の行動規範となる内容となっています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c	
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。	Ⓐ・b・c	①採用時オリエンテーションで説明されるとともに、職員研修会において職員に説明されています。サテライト事務室や廊下など日々目にする場所へ掲示されています。 ②重要事項説明書に記載され、施設内の掲示とホームページへ掲載がされています。利用者個々に合わせた説明等工夫して行われることが望まれます。
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・Ⓑ・c	

Ⅰ-2 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・b・Ⓒ	①25年度からの計画は策定されていますが、現在の計画はありません。 ②ケアセンターとしての事業計画はありますが、事業運営のための具体的なものとなっていません。
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・b・Ⓒ	
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・b・Ⓒ	①ケアセンターの事業計画に定められたケア方針を基に、看護・介護部門においてはチームごとに目標や具体策が検討されていますが、全体としての取り組みとなっていません。今後、職員参画により、組織的に事業計画が策定されることが望まれます。 ②看護・介護部門における目標や具体策については全体会で報告されています。 ③事業計画策定のうえ、利用者や家族に対して、事業計画をわかりやすい表現で説明される機会を設けるなど積極的な取り組みが望まれます。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・b・Ⓒ	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・b・Ⓒ	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・(b)・c	①毎月1回行われる地域ケアセンター運営会議には、管理者自ら参画され、役割と責任を表明されるとともに、パンフレットや機関紙に管理者として組織の方針を表明されています。各部門は、管理者の指示のもと施設長を通じ、事務部門を事務局長、事業関連を主任看護師と分けて実質的な管理・運営が行われています。円滑な組織運営のためにも、管理者の役割や責任について、組織内で共有されることが望まれます。 ②遵守すべき法令等がまとめられ、ケアセンター事務所に整備され、全体研修でコンプライアンス研修等が実施されています。施設の構造に合わせ、職員がいつでも見られる場所に関係資料等が整備されることが望まれます。
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・(b)・c	
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)・b・c	①介護職員の地位向上と意欲向上を図り、誇りを持って働ける環境整備と、総合的能力向上を目的として、独自制度として「チーフリーダー」「指導介護福祉士」を配置されています。介護支援専門員資格取得による昇任制度など、取得促進も図られています。 ②管理者は、毎月開催されるはまかぜ（入所・通所）とサテライト合同の運営委員会およびケアセンターの運営委員会において収支状況や利用動向、サービス実施状況等を把握し、改善点について職員も交えて協議し、指導力を発揮されています。県事業活用による職員加配や、職員の業務分担による効率化、腰痛防止のための機器導入など、職場環境整備に積極的に取り組まれています。
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。	(a)・b・c	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	①境港市の介護保険計画・老人福祉計画策定委員会に参画されています。また、市役所との年1回勉強会、西部圏域の病院との情報交換等により、事業所を取り巻く環境等が把握されています。 ②経営状況は把握され、職員へ報告・回覧されていますが、分析や課題発見への取り組みが望まれます。 ③監査法人による外部監査が3年に1回実施され、指摘事項については改善に取り組まれています。
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り組みを行っている。	a・(b)・c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	(a)・b・c	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	a・b・(c)	①年次の職員配置予定表と月次の配置表で管理が行われています。事業所特性、利用者の状況等を踏まえ、適切なサービスを実施するために必要な人員や体制、有資格者の配置等について基本的な考え方の明示や、具体的なプランの策定が望まれます。 ②人事考課は行われていません。
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。	a・b・(c)	

II-2-2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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・(b)・c	①有給休暇取得状況や時間外労働時間は毎月チェック集計し、看護・介護部門から事務部門へ報告が行われています。職員の就業に関する意向については、個別の申し出には対応されていますが、定期的な面談等はありません。 ②独自の互助会で、旅行や医療費助成、貸付など福利厚生事業が実施されています。 年1回の健康診断、臨床心理士による月1回のメンタルヘルス相談、希望者へのカウンセリングが行われています。
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)・b・c	
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)・b・c	①職員に求める基本的姿勢や意識が「職業倫理」として明示されています。 ②「学会・研修旅費規程」を設け、職員の研修参加や資格取得に積極的に取り組まれています。職員個別の教育・研修計画は策定されていません。専門職としての資質向上や職員のキャリア形成の観点から、全職員を対象とした取り組みが望まれます。 ③研修等参加後には復命がされていますが、今後、個別の研修計画に基づく教育・研修実施と評価・見直しが行われることが望まれます。
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り組みが行われている。	a・b・(c)	
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。	a・b・(c)	
II-2-4-1) 実習生の受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・(b)・c	①「ボランティア・実習等に関する規定」を定め、担当者が配置されていますが、対象や内容が異なるため、受入手順等も含めボランティア、実習それぞれ別の規程を策定されることが望まれます。現在は、実習生の受け入れは行われていません。

II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-3-1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
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)・b・c	①病院と同一の「感染対策マニュアル」「事故発生時マニュアル」が策定されています。「救急搬送に関する取扱・フロー」「病院受診方法」が明文化されるとともに、緊急時職員連絡網が整備されています。 また、病院と合同の「感染対策委員会」「医療安全委員会」が定期的に開催されています。 ②「災害対策マニュアル」が策定され、年2回消防訓練が実施されるとともに、防火管理委員会が開催されています。非常用自家発電機が設置され、管理栄養士により備蓄食料が管理されています。今後、職員への周知徹底と、地域との連携が図られることが望まれます。 ③「リスクマネジメントマニュアル」が策定されています。ひやりハット報告ごとに原因の確認と、対策が検討され、連絡ノートで職員へ周知されていますが、集計や分析を行い、安全管理の取り組みに活かされることが望まれます。
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・(b)・c	
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・(b)・c	

II-4 地域との交流と連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・(b)・c	①施設理念、基本方針に地域との関わりについての考え方が明示されています。地域との関わりは年1回の地域ケアセンター祭りや花見の際のボランティアのみとなっています。行事の様子などを掲載した広報紙が地区公民館に配布されています。 ②家族・ボランティアを対象とした介護講習会の開催、栄養士が地域包括支援センター職員と同行して地区講演会の講師を務めるなどされています。今後、より積極的な取り組みが望まれます。 ③「ボランティア・実習等に関する規定」を定め、担当者が配置されていますが、対象や内容が異なるため、受入手順等も含めボランティア、実習それぞれ別の規程を策定されるに規程化されることが望まれます。現在は、積極的なボランティアの受け入れは行われていません。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・(b)・c	
II-4-(1)-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-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。	(a)・b・c	①事務部門および相談員、看護・介護部門それぞれに必要な関係機関の連絡先が一覧にまとめられ、事務所に備えられています。 ②年1回市役所との勉強会が開催され、市内の福祉事業所連絡会へも参加が予定されていますが、具体的な課題に関する協議等を行うには至っていません。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・(b)・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a・(b)・c	①市役所や病院との情報交換は行われていますが、地域の具体的な福祉ニーズを把握するための積極的な取り組みとはなっていません。 ②今後は、地域における具体的なニーズの把握に努め、事業・活動が実施されることが望まれます。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づき事業・活動が行われている。	a・b・(c)	

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

評価項目	第三者評価結果	コメント
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持つための取り組みを行っている。	(a)・b・c	①施設理念・基本方針・職業倫理に利用者の尊重について明示されています。身体拘束やプライバシー保護等をテーマとして全職員対象の研修会が実施されています。 ②各ケアマニュアルにプライバシー保護について規定されています。研修等により、職員へ周知徹底が図られることが望まれます。
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。	a・(b)・c	①年1回、家族会の開催と家族への満足度調査が実施されています。調査結果はサービス向上委員会で集計・検討されています。具体的な対応策は各部門で検討され、家族へ報告されています。利用者個々の満足度や希望など確認する姿勢や工夫が望まれます。

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・(b)・c	①国民健康保険団体連合会のポスターが掲示され、談話室に意見箱が設置されています。重要事項説明書に受付担当者が明記され、契約時に説明されていますが、第三者委員の存在や施設外にも複数の相談窓口や方法があることを周知されることが望めます。 ②受付担当者、第三者委員が設置されていますが、第三者委員が機能するよう、利用者等へ周知されることが望めます。 ③苦情対応規程が策定されています。家族からの意見を真摯に受け止め、記録に残されることが望めます。
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・(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	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・b・(c)	①今回初めての受審で、自己評価が組織的に行われていません。今回の結果を踏まえて、組織的・恒常的取り組みとなることが望めます。 ②今回の結果を分析し、職員参画により、課題・改善策の検討等が組織的に行われることが望めます。
Ⅲ-2-(1)-② 評価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行している。	a・b・(c)	
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。	a・(b)・c	①プライバシー保護について明示された各ケアマニュアルが策定されています。研修や日々の業務において、職員へ周知徹底が図られることが望めます。 ②機器・設備等の変化に伴う変更だけでなく、定期的に評価・見直しが行われることが望めます。
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。	a・b・(c)	
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・(b)・c	①個別のカルテ、モニタリング記録に検温・排泄・本人状況等が記載され、記載方法について個別に指導されています。計画に基づくサービスの実施状況が記録されることが望めます。 ②「文書管理規定」により責任者・保管期間・廃棄に関する事項が規定されています。情報開示については「情報提供に関するガイドライン」が策定されています。 ③定期的なカンファレンスと連絡ノートの活用により利用者の状況等に関する情報が共有されています。
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)・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	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・c	①ホームページ、パンフレットにより情報提供されています。病院からの紹介が多いことから、県西部・松江エリアの病院へ配布されています。見学希望等へも対応されています。 ②利用開始にあたっては、契約書、重要事項説明書により説明され、契約締結されています。
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・c	①「看護・介護連絡表」により引き継ぎが行われています。入院の場合には、相談員に引き継ぎ、経過確認が行われています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
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・c	①「ケアプラン作成手順」に基づき、入所前の情報収集と入所1週間でアセスメントが行われ、利用者一人ひとりのニーズが明記されています。
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・c	①責任者が設置されています。計画策定にあたっては、利用者・家族の意向を面談等で確認したうえで、看護・介護・リハビリ・栄養の各職員、家族が参加するサービス担当者会議が開催されています。 ②3か月ごとのモニタリングと6か月ごとの見直しが行われています。サービス内容の変更等は、連絡ノートを活用して職員に周知されています。
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・c	