

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12日 |

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 介護老人保健施設はまかぜ | 種別： | 通所リハビリテーション |
| 代表者氏名： | 会長 中村勝治 | 定員（利用人数）： | 60名 |
| 所在地： | 境港市蓮池町78-1 | 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。

地域ケアセンターには、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。

今回の第三者評価は、介護老人保健施設はまかぜの通所リハビリテーション部門について行いました。

「施薬救療」の済生会創立時の精神を大切にしつつ、地域の保健・医療・福祉の充実・発展のための事業を展開されています。

病院に併設した通所リハビリテーション施設として、利用者に対するサービス実施計画書及びリハビリテーション計画書が策定され、実施されています。

安全管理上の各種マニュアルが整備され、利用者の安全を確保するための取り組みが行われています。

地域に向けたイベント開催やボランティアの受入れなど、利用者との地域とのかかわりを大切にされた積極的な取り組みが見られます。

◇改善を求められる点

①1年間を通し予定される具体的な実施事業を明記した事業計画書がありませんので、理念のもと、基本方針を具現化するために職員参画のもと、組織的に事業計画が作成されることを期待します。

②人材の能力開発・育成の視点で、客観的な基準に基づいた人事考課の実施が望まれます。

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・研修実施と評価が行われることが望まれます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

| |
|--|
| |
|--|

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。 | ○a・b・c | ①地域ケアセンターの理念が明文化され、「利用者尊重」「生活機能の維持・向上を目指した総合的な援助」を行う方向性が示されています。ホームページに掲載されている他、契約書に盛り込まれています。また、基本方針とともに玄関等の事業所内に表示されています。 ②事業所の基本方針は「包括的ケアサービス」「生活機能を目的としたリハビリテーション」「チームケア」「在宅生活の継続に向けた総合支援」「地域に根ざした施設」を趣旨とする具体的内容で、職員の行動規範となっています。 |
| Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | ○a・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。 | ○a・b・c | ①理念・基本方針は、職員の採用時にオリエンテーションで説明され、鳥取県済生会本部研修でも周知されています。通所リハビリテーション部門でも、年1回理念・基本方針に関して独自に勉強会が開かれています。 ②利用者等には、契約時に契約書に盛り込まれた理念や基本方針の説明がされ、施設の概況書は玄関に設置され、閲覧可能となっています。分かりやすいように掲示位置、文字の大きさを工夫さ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・b・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・○c | ①法人の指定様式に基づき25年度から29年度分の地域ケアセンターの中・長期計画が策定されていますが、24年度までの計画はありません。今後、策定された中・長期計画の着実な実現に向けた取り組みに期待します。 ②理念・基本方針を踏まえた中・長期計画の策定に基づく単年度の具体的な事業計画の策定が望まれます。 |
| 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・○c | |
| 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・○c | ①1年間を通し予定される具体的な実施事業を明記した事業計画書がありませんので、職員参画のもと、組織的に事業計画が作成されることを期待します。 ②③事業計画策定のうへは、会議、研修において職員に周知し、定期的に評価し、見直しが必要な場合は職員参画のもと行える仕組みづくりが望まれます。 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に期待します。 |
| Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | a・b・○c | |
| Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | a・b・○c | |

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管理者は、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するとともに、毎月1回行われる地域ケアセンター運営会議には、自ら参画し、役割と責任を表明されています。「介護老人保健施設はまかせ組織規程」に管理者・施設長・看護師長・事務長それぞれの役割が明示されていますが、管理者の役割と責任が組織内に十分伝わり、理解を得ることができるさらなる取り組みを期待します。 ②施設長は、法人本部の全体研修としてコンプライアンス研修に参加され、職員に周知しておられます。福祉関連法令をはじめ、労働関係法令、施設管理に必要な法令等の資料は、職員が閲覧可能となっています。 |
| 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管理者、施設長、事務長及び主任看護師は、地域ケアセンター運営会議で、各部門の収支状況、利用状況等の課題を把握されています。また、主任看護師は、サービス向上委員会に参画し、満足度調査により課題改善に向けた指示を各部門に行うなど、組織内でのリーダーシップを発揮されています。 ②管理者は、病院経営と並行して、地域ケアセンター運営に関しての経営や業務改善について運営会議等を通じ指導力を発揮されています。 |
| 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利用者状況は常にデータ把握され、地域の福祉の需要動向を把握するために、境港市役所や地域包括支援センター等と連携されるなど積極的な対応がみられます。 ②組織的に経営状況を分析して改善すべき課題を発見する場を設けるなど、定期的なサービスのコスト分析を行っておられますが、施設全体の各種計画に反映させるなどの取り組みに期待します。 ③税理士による月次の会計監査が実施されている他、外部監査を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人事考課は数年前から行われていません。人材育成と職員の適正な処遇の実現により、更なる組織の活性化に繋げるためにも、客観的な基準に基づいた人事考課の実施が望まれます。 |
| 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、定期的な面談等は行われていません。問題・課題に対する組織的な改善の仕組み作りを期待します。 |
| 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 | 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。衛生委員会が定期開催され、職員の健康上のチェックが行われるほか、年1回の健康診断、外部の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-2-3) 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。 |
| 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 | ②毎月1回研修委員会を開催し、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。組織として望む専門職としての資質や個人のキャリア形成を行う観点から、全職員を対象とした個別の教育・研修への取り組みに期待します。 |
| 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) | 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-2-4) 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)・b・c | ①「実習生受け入れマニュアル」があり、担当者(実習指導者)が配置され、介護福祉士等の実習生の受け入れがあります。 |

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」が定期的で開催されています。 |
| 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 | ②「災害対策マニュアル」が策定され、年2回消防訓練を定期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。自治会とは、災害時の協力協定が結ばれ、利用者の安全確保のための取組が積極的に行なわれています。食糧の備蓄も整備されています。 |
| 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 | 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と対策が検討され、一定期間後に再検証する仕組みがあります。職員にも周知されています。 |

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。 | Ⓐ・b・c | ①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。利用者と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イベントや折り紙ボランティアの受け入れなど積極的な取り組みが見られます。行事の様子は広報紙に掲載され、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。 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。演芸ボランティアや傾聴ボランティア、折り紙ボランティア等、積極的にボランティアを受け入れておられます。 |
| Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | Ⓐ・b・c | |
| 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・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。 | Ⓐ・b・c | ①事務部門およびサービス部門（相談員、看護・介護）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市役所、地域包括支援センター等との連絡会は適宜開催されますが、定期的に具体的な課題に関する検討等を行うには至っていません。関係機関との共通の問題に対して、解決に向けて協働した取り組みが計画的に行われることを期待します。 |
| Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a・Ⓑ・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・Ⓑ・c | ①市役所や病院との情報交換や年1回の自治会訪問の受け入れが行われていますが、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を把握する取り組みを事業計画に反映した継続的な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く事業・活動が行われている。 | a・b・Ⓒ | |

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。 | Ⓐ・b・c | ①利用者の人権を尊重する姿勢を、理念、基本方針等で表明されています。また、定期的に身体拘束、職員倫理に関する研修会・勉強会が開催され、組織的に利用者の身体拘束や虐待防止に向けた取り組みが行われています。 ②ケアマニュアルにプライバシー保護の規定がされています。プライバシー配慮義務について研修等により、職員へ周知されています。 |
| 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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・b・c | ①施設としてサービス向上委員会が設置され、利用者、家族を対象としたアンケートが定期的に実施されています。委員会では内容の分析を行い、サービス改善に結び付けられています。食事の嗜好アンケートでは、結果が栄養士に伝達され、改善する仕組みになっています。 |

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重要事項説明書に受付担当者が明記され、相談時間・方法等が契約時に提示され、意見箱が設置されていますが、利用者、家族等にはわかりにくいと思われますので、設置場所や設置数を工夫し意見を述べやすい環境整備に期待します。 |
| 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 | ②受付担当者、第三者委員が設置されていますが、利用者等へ十分な周知が行われていません。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まれます。 |
| 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 | ③利用者や家族からの意見等に迅速に対応できるよう心掛けておられますが、受付から改善策、公表等の一連の仕組みを組織的に構築されることを期待します。 |

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まれます。 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まれます。 |
| 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「介護保険給付対象サービス」について、マニュアルが整備されています。マニュアルは職員がいつでも見える場所(専用棚)に設置され、研修会や勉強会で周知されています。 ②マニュアルは年度末に定期的にマニュアル検討委員会で評価・見直され、必要な事項は見直されています。 |
| 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所定様式によるサービス実施計画が作成されています。記録については、定期的に職員勉強会が開かれ、統一化が図れるよう組織的な取り組みがあります。 ②「文書管理規定」により記録管理の責任者が明確になっており、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職員間で利用者情報が連絡ノートで共有されています。また、半年の1回開かれるサービス担当者会議記録やアセスメント表、ケアカンファレンスの記録も職員が閲覧できる環境となっています。 |
| 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必要な情報提供されています。見学希望等の受入れ準備も行われています。 ②サービス開始時には、重要事項説明書の他、料金体系やサービス内容をわかりやすく整理した資料で利用者、家族等に対する説明が行われます。また、サービスの開始に当たっては、重要事項説明書の書面で利用者等の同意が得られています。 |
| 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。 | a・Ⓑ・c | ①「看護・介護連絡表」により書面で引き継ぎが行われていますが、口頭での引継ぎにとどまるケースもあります。 |

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、利用前にケアマネジャーから情報を収集し、手順に沿ったアセスメントが行われています。所定様式には、身体状況、生活状況等の記載があります。 |
| 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サービス実施計画は、責任者を設置し作成されています。この計画に基づき、個別援助計画及びリハビリテーション計画が策定され、サービスが組織的に実施されています。 ②サービス実施計画及びリハビリテーション計画に基づくサービス実施状況は、利用者ごとに記録されています。計画は、3カ月に1回、定期的に多職種でのカンファレンスを行いながら評価・見直しが行われています。なお、リハビリテーション計画は、医師の指示のもと評価・見直しされています。 |
| 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 | |