

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市松風町2-5-107
評価実施期間	2012年 7 月 1 日 ~ 2013年 1 月 19 日 (実施 (訪問) 調査日 2012年 11 月 15 日) 2012年 11 月 22 日)
評価調査者	K - 0401004 K-0401005 K-0401008 HF10-1-0031

契約日から評価

結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称: (施設名) 特別養護老人ホームたじま荘	種別: 老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 謝 世業	開設(指定)年月日 平成17年 4 月 1 日
設置主体: 兵庫県社会福祉事業団	定員: 120 名
経営主体:	(利用人数) 110 名
所在地: 〒 669 - 5365 兵庫県豊岡市日高町十戸455	
電話番号: 0796 - 44 - 1730	FAX番号: 0796 - 43 - 4333
E-mail: info_tajima@hwc.or.jp	ホームページアドレス: http://www.hwc.or.jp/tajima

(2) 基本情報

理念・方針
<p>< 理念 ></p> <ul style="list-style-type: none"> 1 一人ひとりを尊重し、自らの意志と責任でその人らしい生き方が出来るよう支援します。 1 総合的な地域ケアのしくみを築き、福祉文化の創造をめざします。 1 ニーズを敏感にとらえ、先駆的な実践により社会に貢献します。 1 福祉の心と高い専門性を育み、働きがいのある職場を創ります。 1 公正・効率的な組織運営と安定した経営基盤を確立します。 <p>< 基本方針 ></p> <ul style="list-style-type: none"> 1 利用者本位のサービスの提供 1 地域でささえあうしくみづくり 1 福祉と医療の連携による事業推進 1 人材育成と働きがいのある職場づくり 1 経営基盤の安定・強化

<p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>1) 個別支援(ユニットケア)の推進 オムツ外しの推進、個別入浴の実施、経管から経口食事へ、個別外出支援、家事援助支援の各サービス目標値を持った取り組み</p> <p>2) 安全で安心なまちづくりに向けた地域で支え合う仕組みづくり 豊岡市内の特養・養護計10施設間で活動している連絡会を基に、災害時における豊岡市及び施設間の人的・物的支援当の仕組みづくりを策定し、また緊急短期入所当の受け入れに関する施設間連携について検討する。</p> <p>3) ターミナルケアの推進 地域医療弱体化の中、旧町内開業医4名の嘱託医師との連携を密にして、たじま荘が「終の棲処」としての役割を最大限発揮するため、「デスクンファレンス」も含めて、利用者及び家族が満足できるターミナルケアを推進する。</p>						
職員配置 ()内は 非常勤	職種	人数	職種	人数	職種	人数
	施設長	1 ()	医師	(4)	生活相談員	2 ()
	介護職員	63 (1)	看護職員	5 (2)	栄養士	2 ()
	調理員	()	機能訓練指導員	2 (1)	介護支援専門員	2 (1)
	事務員	5 ()	その他	1 (3)		()

施設の状況

昔懐かしい日本家屋の雰囲気や貴重にした建物で周囲の豊かな自然は四季を感じながらゆっくりと生活を楽しめる環境にある。研修体制を整備し職員の質の向上に取り組むだけでなく、あったかサポートを通して利用者・家族へのサービス提供の質の向上にも活発に取り組んでいる。

3 評価結果
 総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>理念・基本方針等を実現するために、法人の10か年計画を5年毎の2期に分け評価と見直しを実施している。課題や問題点を抽出し関係職員の参画の下に組織計画を策定し、運営している。各年度の事業計画は、各郷毎での目標設定を行い、目標達成ができるように数値化され全職員が参加し評価・修正に携わる取り組みができています。</p> <p>支援員のステップアップ研修は、ステップアップシートのグレードに応じて継続的・計画的に経験年数に応じて教育・育成が行われ、職員の資質向上に向けた体制を整備している。</p> <p>危機管理委員会が設置され、虐待、身体拘束、食中毒、ターミナル・褥瘡・喀痰吸引など詳細に利用者の安全性を高めるための体制及びリスク回避するために体制が整備されている。10か年計画の中でも地域で支え合う仕組み作りとして具体的な取り組みを謳っている。</p> <p>利用者と地域の関わりを大切にしており、保育園児、地域の老人会、ボランティアとの交流を利用者と共に楽しめるように取り組んでいる。支援員は毎月のあったかサポート活動の中で人権の擁護の項目で利用者一人ひとりへの尊厳を大切に支援を行う姿勢を示し、活動状況を評価し常に事業所全体で利用者を尊重したサービス提供に取り組んでいる。</p>
<p>特に改善を求められる点</p> <p>個別の教育・研修計画の評価・見直しについて、個別の研修受講に対する評価を行いその結果を活かして個別の研修受講計画に生かされる取り組みが望ましい。</p> <p>事故やヒヤリハット発生時の再発防止・予防策の対応がなされているが、その対応策策定の経緯が確認できる記録を残していくことが望ましい。</p> <p>健康管理面で、利用者のケース記録等に医師の指示に従って実施した処置の明示のみでなく、処置時などで観察した内容、利用者の状態の変化などを記録として残し、利用者への健康状態の維持や疾患の予防などへの支援へ活かしていくことが望まれる。</p>

第三者評価結果に対する事業者のコメント

このたびの第三者評価を受審して、施設がこれまで取り組んできた施設サービスや職員一丸となって進めてきた施設運営、そして組織体制について見直す機会につながった。また、たじま荘の「強み」と「弱み」について改めて確認できた。アドバイスいただいた内容は、具体的に改善し、今後の更なるサービスの質の向上に結びつけたい。その結果は、施設のキャッチフレーズとしている「利用者の自分らしい生き方をきめ細やかなケアで実現するたじま荘」につなげていきたい。

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 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 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。		
- 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。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1 - (1) -	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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

兵庫県社会福祉事業団の職員倫理要領を基本理念として掲げている。法人より「職員必携」の手帳が配布されており、手帳の中に理念が明示されている。事業所内に職員倫理要領を掲示する他、会議や朝礼で唱和することで職員への理念の浸透を図っている。職員倫理綱領のそれぞれの項目の詳細な解説が書面化されており、全職員に事業団より配布され、項目一つ一つの理解が具体的に理解できるように取り組んでいる。月に1回の全体職員会議の際には、様々な事例を通して検討や話し合いを行う中で理念に立ち戻り利用者へのサービスの質の向上に役立てるように取り組んでいる。

利用者の集まりである「老人会」では、毎年度理念について説明を行い、利用者への理念の浸透行なっている。老人会の役員には、利用者の自主性を尊重して役員は立候補制を取り入れ利用者が主体となり行えるように事業所職員は支援している。年1回の家族会総会でも利用者家族へ理念や事業所の取り組みの説明を行い理解と周知を図っている。家族会・老人会が出される資料や文章は、利用者・役員が見やすく、理解しやすいように大きさや、内容に配慮されている。更に、定期的開催される、運営協議会においても地域の代表者・民生委員へ、事業所としての理念や運営方針・事業方針について説明し、理解される事業所としての取り組みを行う他、「いなば」の広報紙を地域の関係諸機関や地域住民の方が利用される施設などに配布し理念や運営・事業方針の理解と浸透が図られるように取り組んでいる。

- 2 計画の策定

		第三者評価結果
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
- 2 - (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。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2 - (1) -	各計画を職員や利用者等に周知している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

法人の10か年計画を5年毎の2期に分け評価と見直しを実施している。各期の計画を基に年度の事業計画を策定し、毎年事業評価を行い次年度への事業計画へ評価結果も踏まえた計画策に取り組んでいることが事業評価表で確認することができる。各年度の事業計画は、各郷毎での目標設定を行い、目標達成ができるように数値化され全職員が参加し評価・修正に携わる取り組みができています。各計画の達成への取り組みが確認しやすいように数値で表し、全職員が計画の実施状況の把握や評価を統一した方針で取り組むことができるようにもしている。全職員参画の基、PDCAのサイクルに沿った課題抽出・目標設定・実施・評価・修正が行われている。

職員全体会議でたじま荘事業計画の内容について全職職員へ詳細に施設長から説明が行われ、理解と浸透を図るように取り組んでいる。定期的、継続的に実施されている、老人会役員会・家族会・家族会総会でも利用者家族へ資料を下に詳しく説明している。

- 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
- 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。		
- 3-(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
- 3-(1)-	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
- 3-(1)-	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

事務分掌表の中で各分掌事項に応じて役割や責任が明示され職員へ分掌表を提示し施設長より説明を行い理解を促している。あったかサポート推進委員会を開催している。あったかサポートはコンプライアンスに沿った活動、各証項目に沿って自己点検と振り返りを行っている。法人での施設長としての目標設定と評価を実施し、法人へ報告を行うことで評価が行われ、評価結果を基に次年度への目標設定に活かしている。

あったかサポートを実施して、毎月の自己評価を通して現状を把握し評価・修正を行っている。次長・課長より計画的に全職員へ面談が行われ、全職員の一人ひとりの意見や提案、課題や問題を把握している。また、職員はテーマを決め職員提案書で提案が行われ、必要に応じて事業計画に盛り込まれ課題解決にむけて取り組むことができるようにしている。各郷毎に職員それぞれに役割があり、各委員会に所属し利用者へのサービスの質の向上に向け、全職員で取り組む体制が出来ている。委員会が目標達成しやすいように推進チームも編成されており、管理監督職も参画、支援している。

介護保険収入収支を毎月表として前年度と比較し収支が分かるように分析し、施設長より職員へ話し、開示がなされている。収支状況などから施設長は課題を把握し計画的に課題解決ができるように事業計画に盛り込んでいる。全職員が参画するサービスの質向上を検討する会議や、あったかサポートの活動等に自ら積極的に参画し組織的に取り組んでいる。

評価対象 組織の運営管理

- 1 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。		
- 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
- 1-(1)-	職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1-(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を構築している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
- 1-(2)-	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1-(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
- 1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。		
- 1-(3)-	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。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1-(3)-	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

法人一括採用が計画的に行われている。年度途中の正規採用は行っていない。職員一人ひとりのサポートを通して状況を把握し、必要な人材や人員体制を充足できるように計画的に採用を行うように法人との話し合いを行っている。法人で「職員現員表」で事業所で必要な人材や人員体制が決められていることが確認できる。現在、57%の介護福祉士の保有率があり、人材育成を計画的に行い有資格者の保有率向上が図られている。

年度で意図的にOJT年間スケジュールが策定され、事業所内研修、外部研修の受講などが明示にし、それぞれのテーマに沿って指導者・対象者・指導内容及び方法が明示されている。研修テーマは、組織性の育成、専門性の育成で検討された内容で決められている。計画に沿って全職員がどの研修に参加できているのかが研修参加実績一覧表で確認できる。外部研修への参加時には、復命書出の報告の他、事業所内での復命研修の実施により職員間の情報の共有を行い透明性が保たれている。意図的OJT推進体制報告でエルダーが決められ、報告が行われている。人事考課要綱は職員に配布され透明性が図られている。職員の心身両面への健康管理、互助会の運営等福利厚生制度も充実している。

職員の有給消化率や時間外労働時間など、総務課職員が毎月各職員別に把握できるように表が作成されチェックがされている。欠勤についても毎月欠勤者・欠勤事由が表示された表で報告されている。有給休暇の残数は、各職員が確認把握できるように休暇簿が作成されている。職員の意見、相談に対しては、衛生委員会、管理監督職、産業医に相談できる体制ができています。

ステップアップ研修の手引き、支援員に求められる「専門性」の一覧表が法人で作成されている。新任職員研修は計画的な研修計画表に基づき実施され、園内研修業務チェック表(支援業務)で新任職員への業務内容の習熟度が確認できるようになっている。新任職員には、それぞれの郷でのエルダー(スーパーバイザー)が指導助言を行い、エルダー・次長・施設長が面談を行い習熟度を確保するようになっている。支援員のステップアップ研修が、「支援員に求められる専門性」の一覧表に表示されている。ステップアップシートのグレードに応じて継続的・計画的に経験年数に応じて教育・育成が行われるようになっている。勤務調整、参加費支給等、外部研修参加支援があり、研修参加実績一覧表で職員一人ひとりの資格や経験年数などに応じて受講する研修の予定計画と実績が確認できる。

外部研修への参加後には、復命書の提出がなされ、職員全体会議の中で事業所内での伝達研修の実施がおこなわれている。伝達研修に参加できなかった職員へも議事録や資料の配布が行われ周知されるように取り組んでいる。研修参加後に提出される復命書や面談を通して研修受講に対する評価を行い次年度の研修計画に活かすようにしている。また、研修委員会から職員に向けての研修へのアンケート調査を行い、結果から次年度の研修に活かすように取り組んでいる。今後は、個別の研修受講に対する評価を行いその結果を活かして個別の研修受講計画に生かされる取り組みが望ましい。

各要請資格に応じた実習が行えるように受け入れマニュアルに基本姿勢を明示している。受け入れに関しては「受け入れ対応手順」に添い養成校との話し合いを通して、実習の目的や実習カリキュラムに従って実習できるように取り組んでいる。実習指導者講習に参加した職員が中心となり実習指導者として実習指導研修を実施し、取得資格の目的に応じて実習が効果的に行える体制が整備されている。事業所内全体で実習生を統一して実習指導を行い、福祉の人材を育成に取組んでいる。実習指導者と実習生が話し合う時間も定期的に持ち、実習の目的の達成度についても定期的に確認している。

養成校との話し合いを通して実習内容を計画的に学べるようにプログラムを作成している。社会福祉士への実習指導者も現在2名いるが、実習希望者がいない。介護福祉士、訪問介護員2級養成研修実習、教員免許取得に関する実習を受け入れ、各種別プログラムに従って実施している。

事業計画において、福祉教育の推進の一環として、実習生の受け入れについて明記し家族会総会で説明している。利用者においては、行事予定に記載すると共に担当者から説明している。

- 2 安全管理

		第三者評価結果
- 2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
- 2-(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
- 2-(1)-	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

ヒヤリハット事例を定期的に収集し数値化して傾向を分析検討する仕組みがある。危機管理委員会の各委員会の報告の中で利用者個別の安全確保のについて確認し、リーダー会議を通して支援員に周知するようにしている。利用者個別のケース記録に検討内容・結果が記載されている。利用者個別のリスクについて郷毎に話し合いを行い、リスクを回避するための対応方法が会議録に記載されている。外部の事故防止の研修の受講者が事業所内で報告研修を行っている。各事故・ヒヤリハット報告書から事故の発生場所・時間・発生状況などデータ化しグラフ化し分析を通して結果報告から職員へ周知徹底を図るように取り組んでいる。

兵庫県老人福祉計画、豊岡市老人福祉計画、第五期介護保険事業計画で社会福祉の動向を把握している。豊岡市の施設連絡会に市の高齢者福祉の担当職員の出席があり情報交換や意見交換が行われ、地域の特徴や変化を把握するようにしている。2カ月に1回開催される日高地域包括ケア会議にも出席し、より地域の具体的な動向を把握し、把握できたデータを参考に法人の10か年計画の中で地域で支え合う仕組み作りで相談支援の充実や地域支援機能の拡充として取り入れている。

- 3 地域社会との交流と連携

		第三者評価結果
- 3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。		
- 3-(1)-	事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 3-(1)-	地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

- 3-(2) 地域との関係を適切に確保している。		
- 3-(2)-	利用者と地域の関わりを大切にしている。	(a) ・ b ・ c
- 3-(2)-	事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) ・ b ・ c
- 3-(2)-	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
- 3-(3) 関係機関との連携を確保している。		
- 3-(3)-	必要な社会資源を明確にしている。	(a) ・ b ・ c
- 3-(3)-	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

2カ月に1回開催される日高地域包括ケア会議にも出席し、より地域の具体的な動向を把握し、地域の福祉ニーズを把握している。たじま荘施設運営協議会の中で地域住民の福祉へ対するニーズの把握がなされていることが議事録から確認できる。10か年計画の中でも相談事業を謳っており、今年度より福祉相談窓口の設置を行い、豊岡市健康福祉課にも設置したことを報告し事業所としての地域へ向けた取り組みを明らかにしている。窓口設置し相談を受けたことは、相談窓口受付票に記載し相談内容や対応内容・相談受付者が明記されている。

社会福祉事業団職員倫理綱領の中で地域との協働が謳われている。また10か年計画の中でも地域で支え合う仕組み作りとして具体的な取り組みを謳っている。保育園児の来訪を受け地域交流会を計画的に設けており地域の老人会と共に交流が楽しめるように取り組んでいる。保育園児の来訪に関しては、円滑に来訪し交流が持てるように職員・事業所が支援を行い体制整備している。ボランティアの来訪状況も月別にデータ化され把握されている。但東町チューリップ祭りや神鍋火山まつりや地域で開催される地域の催しには、利用者と共に参加し交流が持てるように取り組んでいる。地域の催し物に参加する際には、地域のボランティアや実習に来訪した方がボランティアで来訪し、支援してもらっている。日常的にはボランティアの来訪があり、交流している。利用者の希望を募り、職員が計画的に買い物や理美容に出掛けることができるように支援し、社会資源の活用ができるようにしている。外出は利用者の個別に外出推進委員が中心となり意向を伺い、個別の外出が楽しめるようにしている。

地域の要請で講師を派遣したり、豊岡市との毎年度契約により地域で家族介護を行われている方を対象に介護教室の開催・講師派遣を行い、事業所の機能を地域へ向け還元を行っている。

ボランティア受け入れマニュアルを作成しており、基本姿勢や受け入れ手順など詳細に明文化されている。ボランティア受け入れ申込書の書式も作成されており、来訪状況が明らかにされている。また、ボランティアの方にも「ボランティア活動に当たって気をつけていただくこと」として書面を作成し説明・研修を行うようにしている。利用者のプライバシーや個人情報についても書面だけでなく、事前研修や説明を口頭でも加えてボランティアの方に周知するように注意を払っている。ボランティアの来訪は、行事予定表で確認することが出来る。

事業所として関わりのある地域の社会資源のリストは、利用者が生活をしていく上での必要な地域の機関や団体のリストを作成している。リストは各郷に設置する他、玄関の公衆電話横にも拡大鏡と共に設置し利用者が希望や自らリストの活用ができるようにしている。利用者が社会との関わりを持つことを目的に外出推進チームを作り社会資源を把握している。

高齢者見守りネットワーク協力団体・事業者の連絡先リストがあり、地域包括ケア会議を通して連絡や連携を図っている。北丹給食施設協議会にも参加している。豊岡市介護支援専門員連絡会への参加での協働、災害時における福祉避難場所提供に関する豊岡市との協定締結を行い、「災害時における相互支援に関する協定」書でネットワーク化に取り組んでいることが確認できる。緊急措置ショートの利用者の受け入れも行い、ネットワークを活かして地域と共に協働で課題解決を行っている。

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
- 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
- 1-(1)-	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
- 1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
- 1-(2)-	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

- 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
- 1-(3)-	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-(3)-	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
- 1-(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

毎月のあったかサポート活動の中で人権の擁護の項目で利用者一人ひとりへの尊厳を大切に支援を行う姿勢を示し、活動状況を評価し常に事業所全体で利用者を尊重したサービス提供に取り組んでいる。高齢者虐待防止委員会での研修、新人研修に於いて身体拘束や虐待防止についての理解を深める、周知徹底を図っている。また、外部で行われる接遇研修にも参加し知識を深める機会を持っている。高齢者虐待防止委員会が中心となり具体的な拘束や虐待の場面でポスターを作成し職員への周知徹底を図っている。

個人情報保護に関する方針(プライバシーポリシー)が法人で作成されている。方針は法人ホームページにも掲示されている。利用者・家族等の個人情報管理マニュアルを事業所で作成し事業所より具体的に個人情報・プライバシー保護ができるようにしている。個人情報保護やプライバシー保護について職員に、より周知徹底が図れるよう研修を行う他、高齢者虐待防止委員会で「虐待アンケート」調査を実施し現在集計を行っている。集計結果からプライバシー保護への具体的な支援に活かすように取り組んでいる。各詳細なサービス内容(機械浴・食事・排泄)利用者のプライバシーや羞恥心・尊厳などについて体験研修を通して職員一人ひとりの認識を高めると共に周知徹底を図っている。体験研修後には、アンケートを実施し職員の気づきや習熟度、認知度を確認するだけでなく、プライバシー保護が徹底されるように取り組んでいる。各マニュアルの中には、利用者へのプライバシーや羞恥心・尊厳についてマニュアルの基本・留意事項に具体的に明示されている。

利用者・家族アンケートを年1回実施している。アンケートの結果は集計し結果から課題抽出し改善・サービスの質の向上役立てるように取り組んでいる。集計を分析し各質問項目に対しての報告と改善策を明示した書類を作成し家族への報告を行っている。集計結果・分析結果は職員へも報告されあったかサポートへ反映させている。利用者アンケート結果の報告をリーダー会で行い、結果に基づいて改善に向けての取り組みを検討している。家族アンケートに関しては、質問項目に応じた各委員会で検証と改善方法が検討されている。各委員会で話し合わせ、出された改善方法については、あったかサポートにも反映させている。

利用者・家族が自由に複数の相談窓口、複数の担当者氏名を明示し選択できるようになっている。また相談の窓口・担当者は各郷の利用者の視線で見やすい位置に掲示して公表している。各郷には、意見箱を設置している。相談者のプライバシーに配慮し個室で対応している。

たじま荘苦情受付体制として分かり易く明示した書類を玄関やフロアなどに掲示している。また、苦情・相談の対応手順についても図式で分かり易く明示し書面を窓口と共に掲示し公開している。出された苦情は、所長・課長・相談員・支援員など相談の内容により関係職員や関係者が出席し苦情の解決に向けての話し合いを行っている。出された苦情は、解決するだけでなく同じような事案が出ないように全職員で情報共有しサービスの質の向上に役立てるよう取り組んでいる。出された苦情の内容及び解決結果は、プライバシーに配慮した方法で、利用者・家族からも見やすい位置に掲示し公開・公表を行い報告を行っている。

利用者から出された意見や提案は、ケース記録に記録され情報共有すると共に、検討され意見や提案に対しての返答を速やかにするよう取り組んでいる。利用者の意見や提案は、ケース記録で確認できる。出された意見や提案を検討した内容・検討結果は介護日誌・サービス担当者会議録に記載され確認することができる。利用者・家族がすべて理解と納得を得て改善・反映させるよう利用者・家族も交えて話し合いを行い、改善していくことができるように施設全体での取り組みがなされている。事業団の中の高齢者施設マニュアルの中に苦情・相談に対するマニュアルが整備されている。マニュアルは、事業団全体で年度毎に定期的に見直しが行われている。

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。		
- 2-(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
- 2-(1)-	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
- 2-(1)-	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
- 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。		
- 2-(2)-	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
- 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

- 2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
- 2-(3)- 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
- 2-(3)- 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	(a) ・ b ・ c
- 2-(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

ハード面・職員体制などが整備されていることは当然のことと捉えて、利用者の立場に立って自らが提供しているサービスの質を評価・分析する必要があると考え、毎年サービス委員会で第三者評価の評価項目に沿って全職員がそれぞれに項目に沿って自己評価を実施している。総括・所長、各郷の主任が構成メンバーになっている。サービス委員会で全職員の自己評価の結果を集計し集計結果から達成度を確認し、集計・達成度などから課題抽出を行い検討している。

評価結果から出された課題を委員会で課題解決に向けての検討を行い、委員会活動やあったかサポート運動など施設全体での活動などや各郷での取り組みへの周知徹底を図り改善に向けて取り組んでいる。

各委員会活動やあったかサポート運動などで改善に向け取り組んだ結果をサービス評価委員会で出し合い、評価修正を行うような仕組みがある。

高齢者施設サービスマニュアルに提供されている個々のサービスの項目毎に標準的な実施方法が明示されている。マニュアルの周知には、新入職者への研修で周知するようにしている。また、現任者に対しては、各ケア別に推進チームで支援方法の検討がなされ、マニュアルの内容が周知徹底できるように研修を行う他、OJTなどを通して周知・徹底がより深まるように取り組んでいることが、議事録などから確認できる。標準的なマニュアルの中には、利用者の尊厳やプライバシーなどに触れた具体的な内容で姿勢や配慮が明示されている。

高齢者サービスマニュアルは年度毎に定期的に見直しが行われ改定されている。ケア推進チームや各郷毎の会議などで話し合いが行われ見直しの必要性の確認が行われている。事業団での高齢者施設の支援課長会議で各事業所の現状と意見を出し合い見直しの必要性について検討し変更している。

利用者・家族の意向や希望を確認し、ケアマネジャーが施設サービス計画書を作成し、担当者会議を経て職員の気づき等を取り入れた計画の作成となっている。計画は、サービス内容に具体的にサービス提供内容・手順が明示されている。サービス内容に沿って実施・提供された内容・観察は、ケース記録に記載されている。ケース記録は時系列に記載されているが、項目には、利用者の状況・状態やケアプランに沿って提供された内容であれば「ケアプラン」と明示され記録が見やすく・分かりやすい状況となっている。職務分掌の中で記録の管理責任者を明らかにしており、ケース記録は一月単位でプリントアウトし所長・次長兼支援・総務課長・相談員・管理栄養士・看護師・ケアマネジャー・フロアリーダー・郷リーダー・担当支援員が確認後捺印をしている。介護日誌も日々の利用者の状態が詳細に特記事項として明示された書面を所長・次長兼支援・総務課長・相談員・管理栄養士・看護師・ケアマネジャー・フロアリーダー・郷リーダーが内容確認後、捺印し情報の共有と共に責任の所在を明確にしている。ケース記録には、利用者の状態や状況の変化など支援員の詳細な観察内容まで記載されている。施設サービス計画書に基づいたサービスの提供状況は、日々のケース記録を基に毎月、施設介護経過記録とし検証している。その結果を次回の施設介護計画につないでいる。今後は、状態や状況の変化・観察内容から利用者の些細な変化を見逃さず、利用者への予防的な支援方法・施設サービス計画書の作成に活かしていく取り組みを期待する。記録の管理責任者は、郷リーダーが責任者として明確にされている。個人の記録は個人情報保護の観点から支援員室の施錠できる戸棚にプリントアウトされた記録として各利用者のファイルに個別に保管、管理されている。普段は、日々の記録はPCのシステムへそれぞれの支援員・担当者が入力しシステムの中での情報の共有が行える状態になっている。

事業団内の文書保管管理規則の中で保管期間・方法・廃棄の規定が明確にされている。廃棄は、職員が廃棄場に持参し廃棄・焼却されるのを確認するところまで規定されている。服務規律の中の事務処理の項目で個人情報の保管管理について明記されており、各郷会議で次長より研修を含めて規定の内容を説明し職員が理解と納得を行い保護管理を行うようにしている。情報の開示の希望のある場合には、開示すると明記し、利用者・家族にも契約時より説明されている。

各郷の代表者が出席し毎日引き継ぎ・申し送りが行われている。各フロアの支援員室に情報の共有の必要性のある事項や内容の変更などがあるものを書面で回覧して職員に正確に伝わる仕組みが確立している。その他、介護・看護引継ぎ特変事項記録として利用者の状況の変化や利用者の状態の変化を明記し申し送りで情報共有する他、全フロアで特変事項の情報共有のために毎日郷の代表者、看護師、ケアマネジャー、フロアリーダーが出席し情報共有する集まりを持ち、「特変事項記録」として残し、共有化へ積極的に取り組んでいる。各郷では、利用者の状態・情報を引継ぎ情報共有するために「連絡ノート」に明記し各職員が出勤時に内容確認とサインを行い情報共有を図っている。

- 3 サービスの開始・継続

- 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
- 3-(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) ・ b ・ c
- 3-(1)- 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) ・ b ・ c
- 3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
- 3-(2)- 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) ・ b ・ c

特記事項

広報誌「いなば」・ホームページでサービス内容が分かりやすいように写真などを用いて説明されている。利用開始時には、利用者の方にも分かりやすいようにと大きな文字で挿絵などを用いて分かりやすい言葉で「たじま荘の暮らし」の冊子を作成し説明を行い理解しやすいように配慮している。利用希望者には、いつでも見学ができるように対応している。体験入所は行っていないが、希望者にはお試して一泊二日のショートステイの利用をしてもらい、施設での生活体験を勧めている。契約書・重要事項説明書・たじま荘の暮らしで生活相談員が説明を行い、理解と納得を得て署名捺印をってもらうようになっている。契約時には、特に何かあった時の体制や利用料金・施設サービス計画に沿ってサービス提供がなされることなど特に注意をして説明を加え、理解してもらっている。また、終の棲家として最後まで過ごせることなども詳細に説明を加え、利用者・家族の希望を聴取するようになっている。入院し3か月を目途に再入所か退所かを状況により利用者・家族・関係職員と共に検討し方針決定することなども説明をしている。

退所時相談援助マニュアルを作成しており、在宅への復帰に際しては、支障がないように継続性を持たせるように支援方法がマニュアル化されている。利用者や家族等の相談は生活相談員が窓口となっている。在宅や別施設への利用変更などがある場合には、フェースシートで利用者の情報を提供しサービスの継続性を保つようになっている。

- 4 サービス実施計画の策定

- 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
- 4-(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
- 4-(1)-	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。	Ⓐ ・ b ・ c
- 4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。		
- 4-(2)-	サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 4-(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

特記事項

事業団のケアマネ連絡会の中で提案されたフェースシートの統一した様式でアセスメントを実施している。様式は、施設サービス計画作成マニュアルに手順が定められている。マニュアル中では、6か月毎の見直しが規定されており、利用者の状況の変化や希望の変化が生じた場合にも見直しを実施することが明確にされている。マニュアルの留意事項欄にはケース記録・引継ノートなどを使用し情報共有を図ることが明記されている。初回のアセスメントでケアマネジャーが入所時の利用者・家族の希望を取り入れ暫定のプランを作成、利用開始後、利用者の状況把握から再アセスメントを実施している。その後、1か月程度でモニタリング・アセスメントを実施し、利用者・家族の希望要望を再度確認し、計画の見直しを実施している。

サービス計画のモニタリングを施設介護経過記録で行い、ニーズや課題等を明らかにし、担当者会議を開催して個別具体的な対応策を作成している。利用開始後約1か月後と6か月毎には、再アセスメントを行い見直しの計画の作成を行っている。計画の検討は担当者会議の要点で確認できる。

サービス実施計画の策定にあたっては介護専門員を配置している。作成された計画は、郷会議を利用して計画の内容説明を行い、周知し計画に沿ったサービス提供が統一して行えるようにしている。サービス実施計画策定時は利用者、家族の意向、希望を踏まえ策定されていることが計画書で確認できる。計画に沿ってサービスの提供が行われているか、リーダーはケース記録を日々確認し計画の周知の程度、実施状況を確認するようにしている。見直された計画の変更点は、新しく作成された計画の変更部分が分かるようにマーカーで明示され把握しやすいようにもしている。

サービス実施計画の見直しは、施設サービスマニュアルに添って行われ、多職種参画の下で定期的実施している。サービス実施状況を緊急に変更する場合には、決裁書で緊急にプランの変更の必要性についての情報が職員へ周知され担当者会議を開催し見直しを行い変更するように仕組みが整備されている。

評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重・保護

- 1-(1) 利用者の尊重・保護		第三者評価結果
- 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。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1-(1)-	余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1-(1)-	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。	Ⓐ ・ b ・ c
- 1-(1)-	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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

開催される行事やクラブ活動があることを利用者へその都度に説明を行い、参加の意向を確認している。契約時より年間の行事やクラブ活動の説明を行い利用者の意向を確認している。契約時のアセスメント・情報収集時には、趣味や生活歴などから利用者の好みそうな行事やクラブ活動を検討し参加することができるように声かけなどで勧めるようにしている。利用開始時のアセスメントを下に利用者個別に声かけをして意向を把握して趣味を活かせるよう支援している。短歌クラブは利用者の趣味と意向の訴えがあり、利用者が主導して地域のボランティアの講師派遣を要請して、活動が継続できるように支援している。地域の社会資源の連絡先は一覧表を作成し利用者がいつでもみて確認できる壁面に掲示している。利用者が地域の社会資源の活用があれば個別に職員やボランティアの協力を得て利用できるように支援している。面会時間は原則決めているが、事務所に声かけしてもらい利用者本人や周りの利用者の状況に支障をきたさなければいつでも面会できるように配慮している。ユニット・個室であるため家族等の面会が多い状況にある。面会は各自の個室や廊下の一角に設置されたソファや談話室・喫茶室で落ち着いて面会できるようなスペースが準備されている。家族とのつながりが継続できるように希望により外出や外泊ができるように支援している。家族が結婚式を見せたいと施設で結婚式ができるように施設の一角を会場として開放したこともある。発語が難し方には、ホワイトボードを使用してのコミュニケーション方法を計画に明示したり、利用者本人の表情が入った写真に言葉を明示したコミュニケーションカードを作成するなど、利用者個々の状況に合わせたコミュニケーションの方法を検討し計画に明示し実施している。必要であれば手話を使用してのコミュニケーションも実施する用意があることも「たじま荘のくらし」に明示し、利用者個別に合わせた支援することを説明していることが確認できる。専門家が必要であれば専門家を要請する用意がある。

- 2 快適な環境づくり

		第三者評価結果
- 2-(1)	居室	
- 2-(1)-	快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(2)	食事	
- 2-(2)-	快適な食事環境の整備に配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(3)	入浴	
- 2-(3)-	快適な入浴環境の整備に配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(4)	排泄	
- 2-(4)-	快適な排泄環境の整備に配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(5)	衣服	
- 2-(5)-	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
- 2-(6)	理容・美容	
- 2-(6)-	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
- 2-(7)	睡眠	
- 2-(7)-	安眠できるように配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(8)	健康管理	
- 2-(8)-	利用者の健康保持に配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(9)	服薬管理	
- 2-(9)-	内服薬・外用薬等の扱いを確実にやっている。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(10)	外出	
- 2-(10)-	外出は利用者の希望に応じて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(11)	通信	
- 2-(11)-	郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ ・ b ・ c
- 2-(12)	情報媒体	
- 2-(12)-	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

- 2-(13) 嗜好品	
- 2-(13)- 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。	① · b · c

特記事項

契約時には、実際に利用者に合わせて生活空間づくりが行えることを写真などで説明し、利用者の使い慣れた家具や希望のものが持ちこめるように支援している。

利用者の個室に入る場合には、必ずロックや声かけをすること、施錠もできることなどプライバシー確保が利用者の状況や状態・希望に応じて行えるように支援している。

調理は、外部の委託業者にしてもらっているが、食材などは、施設方針である地産物使用で地域の馴染みの食材を使用するようにしている。「食事・水分量調査 統計一覧表」で利用者個々の状況が全体的に把握されている。調査は管理栄養士が月に2回集中的に実施している。各フロアー・ユニットでは、利用者の状況から必要性を判断し、水分摂取・食事摂取量を確認、チェック表と記録に明記している。年1回給食内容についての利用者の満足度調査を実施し集計・結果分析し利用者・家族に報告する他、分析結果から食事環境の整備へ反映させるように取り組んでいる。フロアーでは、はし、茶碗は個人持ちの物を持参してもらい利用することで家庭的な雰囲気を演出するようにしている。給食で厨房で調理された食事の提供が温冷車で提供されているが、食への楽しみや雰囲気作りのために炊飯は郷で行っている。誕生日前には、利用者の好みのメニューや食べ物を選び取りを行い献立に反映させている。月1回は、各郷でおやつなど食材の買い物から調理まで利用者の希望を聞き実施している。

檜風呂の個浴がある。利用者のプライバシーに配慮してスクリーンやカーテンを使用し安全性にも十分配慮を行い個別の入浴ができるように支援されている。入浴に関してのアセスメントシートが個別にあり、利用者個々に応じての入浴支援が行えるようにしている。週2回は入浴してもらえるようにしているが、排泄物などで汚れた場合にはその都度シャワー浴なども使い身体を清潔に保てるように支援している。すべてに同性介助を行っていないが、利用者の希望があれば同性介助を行うようにしている。

排泄評価として個別にアセスメントを行い、使用物品や手順を個別に行うように支援している。ポータブルトイレの洗浄・消毒マニュアルが定められており、消臭についても注意配慮されていることが内容から確認できる。利用者個々のケース検討会の中で利用者に合わせて排泄用具の使用の検討も行われている。便座・全体の冷暖房などに配慮して排泄が快適に行えるようにしている。

利用者好みの寝衣や衣服を聞き、選択できるように支援し更衣の支援をしている。希望により在宅での生活の継続性を活かして着物で過ごされる方も家族の理解と支援を受けながら行っている。利用者の衣類の購入の希望があれば個別の外出支援で購入できるように支援している。個別に洗濯できるようにもしている。

毎月地域の理美容師の訪問により受けることができる。希望があれば馴染みの理美容室に外出して理美容を受けることができるように支援している。地域の理美容師は利用者が選択できるようになっている。利用者の好みの髪形があれば直接申し出ることもあるが、自分の意向を言われない場合には、職員が相談にのり髪形などを決めることができるように支援している。

睡眠の問題、より良い睡眠のためになど項目により職員が利用者に合わせて支援できるように具体的なマニュアルを作成している。夜間も巡視し引戸を開けて確認することは事前に説明されている。巡視時に確認する場合には、安眠を妨げないように物音や光などに配慮して行うようにしている。利用者の希望の寝具を持ちこむことも可能である。全室個室で夜間不眠で他の利用者に影響を及ぼすことは少ないが、他の利用者に影響がある場合や不眠が続く場合には、睡眠状況を観察・確認し医師に相談することもある。現在利用者の希望で眠剤の服用をされているが、夜間の排泄などには職員が十分注意するとともにケース記録に看護師が処置、服薬について記録している。褥瘡の処置等は医師の指示を受け処置簿に明示し薬品を使用するようにしている。ケース記録等に医師の指示に従って実施した処置の明示のみでなく、処置時などで観察した内容、利用者の状態の変化などを記録として残し、利用者への健康状態の維持や疾患の予防などへの支援へ活かしていくことが望まれる。高齢者マニュアルの中で健康管理マニュアルは作成されている。また、看護師が具体的に対応ができるように症状別にも対応マニュアルが挿絵や図式で理解しやすいように作成されている。体調の変化や病状の変化が見られる時には、担当嘱託医へ看護師より速やかに連絡・報告されていることがケース記録から確認できる。利用者・家族から相談の意向がある場合には、看護師が受けたり、必要に応じて担当嘱託医に相談できるように看護師が支援している。個別機能訓練や口腔ケアについては、利用者個別に計画が策定され健康維持・増進に向けて支援している。リハビリの実施状況はリハビリ実施記録で確認できる。歯科医師の定期的な往診があり指導助言を受ける他、歯科衛生士が月4回来訪し実際の実施方法の指導・助言を受け、看護師や支援員が協力して日々のケアで実施するように計画に盛り込み取り組んでいる。

服薬は利用者個別に服薬ができるように3回確認でセットし、各郷で指示通りに服用できるように確認介助が行われている。服薬管理マニュアルは作成されている。外用薬も処置簿を医師の指示に従って使用するように作成し実施されている。

希望により個別の外出の支援を行っている。必要に応じて地域のボランティアの協力を受けている。但馬の情報誌の中でも地域で利用できる施設やイベントの情報が明示され、利用者がいつでも見ることができる位置に設置している。利用者の状況により、家族と相談してGPSの使用を行い、安全を確保できるようにもしている。外出時には、利用者個別に外出カードが作成されており、持参してもらうようにもしている。

郵便ポストの設置、公衆電話の設置をしている。電話使用時のプライバシーにも配慮している。

各ユニット内に新聞、雑誌、テレビ等設置し、利用者が希望に添って利用できるようになっている。

また、個別に新聞の購読ができるようにも支援している。新聞・雑誌やテレビ等の共同利用について利用者間で話し合っている。

希望によりアルコールの摂取も利用者の健康状態に考慮して楽しんでもらえるように支援している。老人会があり、施設内での催しの希望聴取や検討などが顧問である生活相談員の支援を受け利用者主導で行っている。

～ 達成度

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

