

(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 コアトレース厨川】

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<br/>「心を込めて 心をつくして 心を伝える」を基本理念として、「利用者と職員満足 収支満足 法令順守 地域貢献」を経営理念に掲げ、それぞれ簡潔に説明文を付して明文化されている。この理念は法人の設立の際に定められたもので利用者のその人らしい生活など尊厳を尊重する心と、利用者や職員、地域及び法人の三方良しの経営の方向など法人の果たそうとする使命が読み取れる。当施設は学校で知識や技術を学んでいる生徒が、さらに実践をとおして学ぶという知行合一の新しい教育形態を確立するための役割もあることから、基本理念は姉妹施設である社会福祉専門学校と同じにされている。理念は施設内への掲示や中期経営計画やクレド、パンフレット及びホームページに掲載し内外に周知に努めている。</p> |   |
| I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている  | b |
| <p>理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>基本理念や経営理念を具現化するための取り組みの基本的な方針として、運営方針や介護心得が定められているが、これらの基本方針が、当法人で定められている理念の使命や目指す方向に対して、十分とはいえない面があるので検討が望まれる。また各文書等に経営理念や運営方針の明示を増やすことが望まれる。</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  | b |
| <p>理念や基本方針を職員に配布しているが、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<br/>理念や基本方針が記載されている中期経営計画や事業計画及び職員用冊子(CREDO)を配布して、職員会議や職員研修会で周知が図られている。また朝のミーティングの際に管理者から「今日も利用者にあなたの心を」と、理念の念をこめた助言、指導がされている。ただ経営理念や経営方針については、各種書類等への記載が少ないことや職員に対する周知も希薄と思われる。また理念や基本方針の周知や理解を促すために、理念や基本方針が業務に「どんな役割があるのか」、「どのように活かすべきか」など、実践テーマを設けての継続的な話し合いをさせることが有効と思われる。</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  | c |
| <p>理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> <p>評価者コメント<br/>当施設の平均要介護度4.25からすると、利用者への周知には困難が想定されるが、理念や基本方針をどのようにわかり易く表現するか、どのようにして伝えるか、その工夫が必要である。また利用者への周知の困難性が高まるほど、利用者の保護者への周知が重要と思われる。</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<br/>第一次中期経営計画に次いで第二次中期経営計画(H25～H28)4か年計画が策定されており、目標(ビジョン)ともいえる基本方針7項目を定められている。行動指針として項目ごとに取り組むべき内容が計画されている。財務状況を過去の実績を基に詳しく分析されて、H25年度～H28年度までの4か年の収支計画を策定し、安定した経営継続が可能な計画である。</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  | b |
| <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容もしくは中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。</p> <p>評価者コメント<br/>         事業計画は、各部署及び各委員会ごとに22部門におよぶ計画が策定され、中期経営計画から事業計画への反映もされて見やすい構成になっている。しかし中期経営計画のどこから事業計画のどの部門に何が反映されているのか、その確認を容易にできる工夫が望まれる。例えば中期計画の内容の取り組みを具体化し、各年度ごとに分類するなどをし4か年の実施計画を策定することも有効かと思われる。その場合事業個別ごとに進捗状況や評価、分析しやすいように数値等を用いた計画が望まれる。</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   | b |
| <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>評価者コメント<br/>         中期経営計画及び事業計画の策定にあたっては、管理者をはじめ各部門のリーダーで構成するリーダー会議や理事長も含めた幹部による施設運営会議、さらに職員全体会議をえて策定されている。また事業計画の進捗状況や反省を各部門ごとに9月と2月の年2回定期的に行われ、課題の内容が明示されている。しかし把握された課題の取り組みについて、次への計画に反映されている度合いが低いと思われる。</p> |   |

|  |   |
|--|---|
| I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている  | b |
| <p>各計画を職員に配布しているが、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<br/>         各計画は、職員全体会議で配布をして説明、周知がされている。また事業計画の進捗状況や分析等が年2回定期的に行われているほか、各計画策定が職員参画のもとに行われていることから、職員に周知、理解されていると思われるが、各計画書が一覧表にするなど見やすく、わかり易い工夫が望まれる。</p> |   |

|   |   |
|---|---|
| I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている   | c |
| <p>各計画を利用者等に配布していない。</p> <p>評価者コメント<br/>         各計画書を利用者に周知させるための工夫が必要である。また利用者の保護者会や懇談会の際に、わかり易く工夫した計画書を配布しての周知が必要である</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  | b |
| <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、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>         職員全体会議で、理念や基本方針を議題として管理者が講義している。そのなかで管理者としての役割と責任についても述べられている。管理者が事業報告書の反省文での課題と取り組みの方向の記述や中期経営計画の基本方針や重点事項についても記述されており、管理者としての役割と責任について職員に周知されていると思われる。ただし、より明確にするために管理者として取り組まなければならない具体的課題と取り組みについて明文化して、職員に配布、表明し、職員の共通理解を深め、改善、努力を促すことが必要である。さらに外部に対しても、広報誌等を通じて表明することが有効と思われる。有事におけるマニュアル及び体制図に管理者の役割と責任は明確化されている。</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   | b |
| <p>管理者自ら、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が、十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>         法令遵守に関する情報は、行政機関及び上部団体の情報や研修会への参加、また行政の監査報告会での事例発表の聴講による情報の収集や理解に取り組み、法令のリスト化にも取り組まれている。虐待や身体拘束について職員研修を行うなど、得られた情報は必要に応じて周知されているが、法令を遵守するための具体的な取り組みが望まれる。</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<br/>サービスの現状と課題については、事業報告書の反省と評価や利用者アンケート及び利用者の嗜好調査から把握されている。また施設運営会議やリーダー会議の機会に職員の意見、意向を聴かれているが、積極的な取り組みには至っていない。またサービス向上委員会が設置されているが、第三者評価の受審対応にとどまらず広くサービスの質向上のための委員会活動が望まれる。サービスの質を高めるための課題の発見、その改善策の検討などを行うための仕組みづくりに指導力が求められる。</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<br/>人事、労務に関しては、不定期の時間帯にパートの雇用や人員配置及び職員間の協力体制の推進など、職員の働きやすい職場づくりに努めている。また財務については、毎月データを明らかにして、改善すべき内容を職員に周知しているが、経営や業務の効率化や改善のために、人事や労務の面からの課題把握の仕組みやその取り組み体制の確立に指導力が求められる。</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  | a   |
| <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積極的に行っている。</p> <p>評価者コメント<br/>社会福祉事業全体の動向については、行政機関や上部団体からの情報や研修会への参加及びインターネット等で把握されており、地域の動向については、行政機関、団体及び医療機関との連携により把握されている。地域の利用者像としては、胃ろう、喀痰吸引、人工透析及び糖尿病など医療を必要とする利用者が増加している。また地域ニーズとしては、医療に対応できる体制、機能回復、維持、施設所在地の入所希望者の入所優先などについて把握されている。これらのニーズに対応するために、喀痰吸引対応介護士の養成や医療的ケアの知識、技術の向上及び機能回復の推進について、中期経営計画や事業計画に反映されている。</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<br/>定期的開催される施設運営会議やリーダー会議等に、月次試算表と利用者数や利用率及び光熱水費等のデータを配布し、課題の周知が図られている。中期経営計画及び事業計画には、長期入所、短期入所の入所率の目標が具体的に明示されていることもあるが、安定的な財務基盤の確立や適正な予算執行管理など抽象的な表現が見られる。経営や業務の効率化や改善課題の把握として、生産性や採算性などの財務分析も有効と思われる。</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<br/>現在の組織体制や人員及び職員の専門資格の保有状況は整備されているが、中期経営計画に明示されている7項目の基本方針(ビジョン)のうち、サービスの質の向上を達成するために必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方の明文化が必要である。そのうえでサービスの質の向上のために、施設が必要とされる具体的知識や技術水準及び具体的専門資格名、及びその配置人員、正規、非正規職員等の具体的な計画が必要である。</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<br/>人事考課の実施に向けて、H22年度に考課項目や5段階評価及び考課者などを定めた人事考課規程を定められているが、5段階評価に必要な判断基準や考課者養成、職員への周知などが未確定のため、実施に至っていない。H23年度から人材養成の一環として、目標管理制度が行われているが、人事考課制度及び職員教育、研修制度と三位一体での人材養成が有効と思われるのでその検討されることを期待する。</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<br/>事務管理課事務主任が、定期的に時間外労働や有給休暇の取得状況をデータにまとめ、就業状況をチェックされている。課題については、管理者、事務主任及び介護主任で上半期、下半期の2回定期的に協議がされており、特に有給休暇の取得率(1人年平均7.6日)が低いことから、同僚職員に気兼ねなく取得できるよう協力体制の推進や時間帯パートの雇用に取り組まれている。中期経営計画や事業計画に計画されているワーク、ライフバランスの達成のためにも、就業状況の分析や就業状況についての職員からの意見や相談を受けるための、定期的な個別面談の仕組みが望まれる。さらに職員の心の健康保持のために、担当者を配置されているが、外部にもカウンセラーや専門家との連携による相談体制の確保が望まれる。</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<br/>県社協の職員共済事業(パート除く)に全職員が加入している。職員の健康保持のため夜勤勤務職員は年2回、それ以外の職員は年1回の検診とインフルエンザ予防接種が実施されている。また職員互助会活動にも助成されているが、職員の余暇活動や日常生活に対する支援なども総合的福利厚生事業の取り組みが望まれる。また職員の悩みや困りごとの相談窓口の設置や、相談を受けた内容の解決を図る体制の整備が必要と思われる。</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<br/>中期経営計画に、「職員の専門知識の習得、技術の向上のために、体系的な研修プログラムを策定し研修を実施する」という基本姿勢が明示されている。しかし、重点課題として人材確保、育成など抽象的に計画されているが、基本姿勢を基に施設として職員に高めてほしい具体的な知識や技術及び取得されたい具体的な専門資格の明示が求められる。</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<br/>職員の内部研修や外部研修が積極的に行われているが、施設が定めた教育・研修に関する基本姿勢に基づいて、職員個別ごとの教育・研修計画の策定が必要である。さらにその計画に基づいて教育・研修を行うことが求められる。</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<br/>職員が外部研修を受講すると、復命書に所感を記載して上司に報告している。また受講者が受講内容をテーマに、職員を対象に勉強会を行っている。講師となった受講者は受講した研修内容がより深まり、勉強会に参加した職員は活発な意見交換などから、効果的な伝達研修になっていることが報告書に現れている。しかしこれらの取り組みは、職員個別の教育・研修計画に基づいて受講された復命書や勉強会ではないので、今後、個別の教育・研修計画に基づいて受講された場合、復命書や勉強会及び研修受講後の業務への反映などから研修成果について上司が評価をして、必要に応じて計画等の見直しをすることが必要である。</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  | a |
| <p>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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取り組みを実施している。</p> <p>評価者コメント<br/>実習生受け入れの実習要綱及び受け入れマニュアルを定め、実習受け入れの基本姿勢や受け入れの事前説明、オリエンテーションの方法が整備されている。養成校からは資格取得に必要な実習内容が示され、それに基づいて施設の実施計画が策定されている。実習成果を評価できるよう評価基準も定められ、実習期間中には養成校から訪れるなど連携がとられている。また実習担当指導者の社会福祉士や介護福祉士の養成に関する研修を修了、さらに実習にかかる事故の責任所在も明確にされるなど、実習生受け入れの仕組みや体制が確立されている。</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

|  |   |
|--|---|
| <b>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</b>  | b |
| <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ているが、十分に機能していない。</p> <p>評価者コメント<br/>         利用者の転倒、転落、誤嚥、外傷、火傷等、事故発生時における看護師への連絡、応急処置、家族への報告、事故報告書作成、等について対応手順が定められている。感染症マニュアル(インフルエンザ・ノロウイルス等)には、種類毎の症状や感染経路、処理方法、消毒方法、感染予防、感染発生時の職員緊急体制、等が記述され、隔月で開催される勉強会に於いて看護師が中心になり職員に周知が図られている。しかし、緊急時における管理者のリーダーシップやリスクの種類別の責任と役割を明確にした管理体制となっていないので、その整備が望まれる。</p>  |   |
| <b>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</b>  | b |
| <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行っているが、十分でない。</p> <p>評価者コメント<br/>         施設は北上川と隣接していることもあり、水害は、避けて通れない大きなリスクとして捉え、「盛岡市洪水ハザードマップ」に従い、火災や地震のみならず、水害も含めた安全確保に努めている。消防署や自治会の協力を得て、定期的に避難訓練が行われ、食料の備蓄は管理栄養士が管理し、リスト化されている。やよい福祉会として、「防災危機管理ハンドブック」(平成23年10月)を作成し、「初動対応マニュアル」や「職員の非常参集範囲」「自衛消防隊の編成と任務」、等を定めている。また、地震・火災・水害・停電、各々に対する&lt;目的・留意点&gt;を記載し、「火災対応マニュアル」や「自家発電機マニュアル」が作成されているが、地震・水害に対しても同様のマニュアルの作成が望まれる。災害時の利用者や職員の安否確認の方法も定められていない。</p> |   |
| <b>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</b>   | b |
| <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>         利用者の安全確保のために、施設内にリスク委員会を設置し、種類ごとの事故・ヒヤリハット対応手順を定めている。事故発生時は、発生の状況・応急処置内容・事故原因(本人要因・介護者要因・環境要因)等を記入した「事故報告書」を収集し、毎月定期的に開催される「リスク委員会」で再発防止に向けて協議、検討を行なっている。「リスク委員会 会議録」は職員に回覧し、周知を図っているが、事例に基づいた研修は行っていない。また、抽出された再発防止策は、介護マニュアルに反映されていない。</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

|   |   |
|---|---|
| <b>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>  | 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<br/>         やよい福祉会経営理念に、「地域、外部機関との連携を進め、地域社会への貢献を図る」と定め、地域との関わりに対する基本的な考え方を明示している。利用者と地域住民との交流は、地域や学校と協賛で行われている「夏まつり」、ボランティアによる「慰問」、「ヨガ教室」等、定型的な行事の中で実施されている。尚、利用者が個々のニーズに応じて地域の行事や地域活動に参加できる体制を整備する等、地域との交流が更に広がる様な取り組みに期待したい。</p>  |   |
| <b>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している</b>   | b |
| <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るが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>         施設内に地域交流室(定員60名)を設置し、自治会、民生児童委員協議会、老人クラブ、各種サークルや団体等に集会場所として提供し、地域との関わりに努めている。また、平成24年度から、施設の利用を目的として開催している「介護の日」は、地域住民や利用者、家族等を対象に、施設見学会や介護なんでも相談会、食事試食会、福祉用品の展示等を行っている。施設の広報誌、「コアトレス通信」は、年4回発行しているが、利用者の個人情報保護に配慮し、地域に配布されていない。また、施設が持つ専門的技術を地域に情報提供するための「技術講習会」や「研修会」の開催等、施設機能の還元に取り組んでいない。</p> |   |
| <b>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>  | 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<br/>         第二次中期経営計画・行動指針の項で、「ボランティアを積極的に受け入れ、職員の業務の補助、補完だけでなく、ご利用者との積極的な交流を図る」と提唱し、「ボランティアの対応マニュアル」が作成されている。マニュアルには、受け入れの目的(意義)や活動メニュー、ボランティアに対する研修プログラム、登録申し込み書、実施状況の記録が記載されているが、利用者・家族やボランティア、職員に対する事前説明について記載されていない。</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   | b |
| <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されているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>評価者コメント<br/>利用者個々の状況に応じ、連携に必要な社会資源として、行政機関、病院、施設関係、取引業者等、関係機関・団体について、機能別に整理されて事務室に保管されている。しかし、これらの関係機関等の機能、役割に関する共通認識を持つための職員会議等での周知はなされていない。利用者へのサービス提供の質を高める為にも、必要な情報として周知、共有するための仕組みが望まれる。</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<br/>サービス担当者会議への参加や治療院、病院と連携し、施設利用についての検討や、利用者についての情報交換が行われている。関連する「老人福祉施設協議会」や「いわてユニットケア研究会」に定期的に参加しているが、ネットワーク内で共通する問題について、解決に向けた取り組みは行われていない。</p>  |   |

## II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている

|  |   |
|--|---|
| 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<br/>施設1階に相談室を設置し、利用者・家族、地域住民等を対象に、いつでも相談に応じられる体制を整備している。医療機関との連携により、地域の福祉(医療)ニーズの把握に努めている。しかし、地域の民生委員・児童委員、地域住民との定期的な会議は開催されていない。</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 |
| <p>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> <p>評価者コメント<br/>上記記述(II-4-(3)-①)の通り、医療機関の情報から、地域及び利用者に人工透析や喀痰吸引、糖尿病など、医療を必要とする住民等の増加が把握されたことに伴い、医療に対応できる体制、機能回復・維持を具体化するために喀痰吸引対応介護士の養成や医療ケアの知識、技術の向上等の推進について中長期計画や事業計画に明示している。</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<br/>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢を明示するとともに、組織内での共通理解を図るため、年度初めの職員全体会議で基本理念、中長期計画、事業計画等、また身体拘束、虐待防止などについての周知を図るほか、施設内の職員研修(新任研修を含む)での徹底に努めている。しかし、施設として現状ではサービスの標準的な実施方法(介護マニュアル)として整備したものが十分に機能してはならず、またケアに関する指示、連絡等がユニット会議等を通してリーダーには伝わっても、勤務シフト等の関係上個々の職員に十分に伝えきれておらず、タイムロスがあったり伝達の正確性に欠けることがみられるため、職員間の申し送りノートを活用し、改善に向け工夫し取り組んでいるところである。</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   | c |
| <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ない。</p> <p>評価者コメント<br/>個々の利用者が家族その他と連絡を取る場合は公衆電話やユニットのPHSの使用ができるようにしており、居室内にはカギ付のロッカーを備えている。施設内の職員研修において外部講師を招き、個人情報保護に関する研修を実施する中で利用者のプライバシー保護についても研修を行なっているが、プライバシー保護そのものに関する単独の規程は未整備であり、運用している介護マニュアルの着替えの項に一部記載されているのみである。今後、施設としての利用者尊重の基本であるプライバシー保護の規程、マニュアル整備と職員への周知を図るよう早急な取り組みが望まれる。</p>  |   |

### III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている

|   |   |
|---|---|
| III-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている   | b |
| <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>           年度事業計画(相談部)の中で各ユニットごとの利用者満足度調査を計画に位置づけ実施し、結果を集計し、数値化して分析している。意見等について事務所会議(施設長、事務職、相談部)にて検討し、うち物品の購入で対応可能なものは改善実施している。また行事の企画などを利用者からの意見、要望を取り上げ、起案しユニットリーダー会議等を通じ周知するとともに、企画を実施している。食事の嗜好調査も別途実施するほか、利用者の家族会にも出席するとともにアンケートを行なうなど利用者の意向を取り組みに具体的に反映させるよう取り組んでいる。今後は利用者参画の検討の機会がさらに充実することが望まれる。</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  | a |
| <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、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>評価者コメント<br/>           施設生活等についての相談窓口のお知らせを相談室前に掲示し、また意見箱を設置している。相談員、ケアマネ、栄養士が、一か月ごとにユニットを移動し、毎日ユニットにて昼食を取り、ユニット職員は個別での日々の介助等の関わりの中で、機能訓練指導員もリハビリの際に利用者への声掛けに努め、施設長が毎日、朝礼後、全ユニットをまわるなど、利用者が伝えやすいよう配慮を心掛け、日々の生活の場面で施設生活について相談しやすい環境づくりに取り組んでいる。</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   | b |
| <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>評価者コメント<br/>           苦情解決の窓口についても相談窓口の掲示の中にも含め掲示している。寄せられた苦情について検討のうえ対処、改善を図り、結果について掲示等により公表している。また苦情の中で食事に関する具体的なケアの方法に関するものをマニュアルの中に盛り込むなど改善策を具現化している。苦情処理マニュアルを整備し、その体制についても文書化し配付している。今後は、より利用者に分かりやすい表記等の工夫と説明資料の配布方法について検討、見直しを図りたい。</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<br/>           利用者からの意見、要望が職員を通じ寄せられた場合、「要望対応記録」と各ケース記録に記録し、その都度報告をあげ、関係職員等で協議し対応するよう取り組んでいる。しかし、苦情解決に関する規程、マニュアルは整備されているが、今後意見・要望に関する扱いの対応マニュアルについての整備、定期的な見直しの仕組みづくりに取り組み機能させていくことにより、日々の生活や介護の場面で寄せられる意見・要望に対し、職員間での共有化とより迅速な対応が可能となると思われるので早期の着手を期待する。</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  | b |
| <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ているが、十分に機能していない。</p> <p>評価者コメント<br/>           平成25年度より「中期計画 行動指針 PDCAサイクルチェック表」を作成し第三者評価と関連付けながら、サービスの自己評価を年間半期ごとに行なうよう取り組んでいる。また、サービス向上委員会を月1回、又必要な時はその都度開催し、計画、評価、見直しと改善を行っている。第三者評価受診は今回で2回目となるが、全職員で第三者評価の自己評価について取り組み、各職員の自己評価をユニット毎にまとめ、サービス向上委員会(月1回開催)でまとめている。サービス評価に関する基本的な必要性については、全職員への浸透もみられるが、評価・分析の体制としてはまだ十分に機能していない点もあり今後の課題である。</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   | c |
| <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ない。</p> <p>評価者コメント<br/>           自己評価の評価結果についてサービス向上委員会を中心に集約する形は作っているが、施設として分析、並びにその結果の改善策を打ち出し、改善実施計画として事業計画に盛り込んでいく仕組みには至っていない。次年度以降に向け、25年度からのPDCAサイクルに則った評価、分析、改善の仕組みづくりを軌道に乗せるよう取り組まれることを期待したい。</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<br/>職員の共通理解すべきものとして、基本介護業務表に勤務ごとの業務の流れを示しているが、各ケアについての標準的な実施方法(マニュアル)として以前用いていた「ケア基準書」は現在は改訂し使用してはならず、新たに介護マニュアル整備してはいるが、職員間で標準的なケアの実施方法(マニュアル)としては機能を果たしているとは言い難い。介護マニュアルはユニットには置いているが、実質的には個別の利用者ごとの「24時間シート」(個別援助マニュアルに相当すると思われる)を重視し、個々の職員が当たっている状況である。施設が提供する基本的な介護サービスの標準のケア技術をベースに置きながら、職員間の技術レベルの差を無くするとともに、そのうえで個別の利用者の状況に応じた介護の個別性を組み入れた個別援助マニュアルを整備、運用する必要があると思われる。</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  | b |
| <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>平成25年7月25日に以前の「ケア基準書」を改訂。年度単位で見直すこととしている。新人研修の指導時に使用しているが、以外はユニットに置いてある状況である。職員間で標準的な実施方法(介護等業務マニュアル)としての共通認識は十分に図られているとは言い難く、日々の業務においては個別の援助マニュアルとして作成、運用している「24時間シート」が優先している現状にあり、施設として現行の標準的な実施方法としての「介護マニュアル」の位置づけを再確認した上で、運用していくとともに定期的な検証と見直しを図るよう取り組まれるよう改善が望まれる。</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<br/>食事摂取、排泄、入浴、レクリエーション、リハビリ等その他、夜間巡視での状況や利用者、家族、他機関との関わり等ケース記録に入力しており、各ユニット、夜間勤務帯の詰所でもネットワーク上で入力、確認できるシステムとなっている。サービス実施状況の記録については記録の書き方のマニュアルを作成し、最低限の必要事項はパート職員でも入力できるよう徹底を図っている。今後においては、さらに個別の支援マニュアルや職員間の申し送りノートとの連動等、日々の介護に必要な情報と記録をより連動させることで、職員間の迅速かつスムーズな情報の共有化を図っていけるよう工夫がなされることでケアの質の向上がなされることを期待する。</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<br/>入所時に、重要事項説明書の中で、個人情報に対する方針、個人情報の利用目的について説明、書面にて確認している。また外部から講師を呼び個人情報保護法に関する施設内研修を実施し周知徹底を図っている。ケース記録(文書)は各フロアのスタッフルームの書庫に施錠、保管している。個人情報保護について法人としての基本方針を定め、文書取扱規程を整備しているが、個人情報である記録の取り扱いに関する規程の整備、体制として責任者の明確化等、整備が必要と思われる。</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<br/>月1回のユニット会議、他職種が参画するサービス担当者会議やユニット内での職員間の申し送りノート、朝礼、夕礼、毎週木曜日に行う週会などにより情報共有を行っている。(ユニット会議、週会、朝礼10:00、夕礼15:30、には、施設長、相談員、栄養士、ケアマネ、看護師、機能訓練指導員、ユニット職員が参加)サービス担当者会議にはご家族の参加をお願いし、各種職員と施設生活についてのご家族意向の確認、徹底、情報提供に努めている。パソコンにて各部署とも随時利用者のケース記録を確認でき情報を共有できている。非常時のバックアップについてもシステム会社により対応している。</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<br/>施設入居、ショートステイのパンフレットを地域の病院(市内北方面の病院が中心)や薬局などに置いている。また、インターネットを利用して組織を紹介したホームページを公開している。その外、見学者にはパンフレットとともに施設利用についての説明文書を用意し説明を行ない、見学者、入所問合せ(希望者)について記録をとっている。今後の情報提供の方法の一つとして地域包括支援センター等、地域の福祉情報を集約、提供している関係機関(地域包括支援センターなど)においても施設の情報が得られるような工夫も検討されたい。</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  | b |
| <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説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント<br/>         利用契約前に、事前に利用料金、サービス内容の説明を要約したな資料にて行い、入所前の不安の解消、疑問点の解消、ご家族へ提供するサービスについて同意のもと、入所への手続きを進めている。入所の意味確認後は、契約書、重要事項説明書にて、さらに詳しく、具体的にわかりやすく、文書にて掲載し、ご家族へ説明を行っている。<br/>         施設で提供するサービスについて、理解しやすいよう工夫を重ねている。利用者への説明については、さらに分かりやすい工夫について今後の課題である。</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・家庭への移行等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<br/>         施設から、自宅への在宅復帰時には、ご家族、施設関係職員、在宅のケアマネ、ご家族が参加し、引き継ぎ書を基にサービス担当者会議の場を持ち、移行に当たっての課題を明確にしながらスムーズな移行を支援している。また、施設から病院への入院時は、コアトレス厨川独自の引き継ぎ文書(連絡票)、施設での生活の様子がわかるようケース記録や個別援助マニュアルである24時間シート等を情報提供しながら、円滑な療養生活等サービス利用の継続に配慮して対応している。今後、これらの移行にあたっての対応の手順をマニュアルとして整備し、明確化するとともに、共通認識に立った支援につなげていくよう取り組まれることを期待する。</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  | b |
| <p>利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握しているが、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)を十分には明示していない。</p> <p>評価者コメント<br/>         「施設サービス計画の作成と見直し」に手順を定め、入所時に、現在までの生活のパターン等の聴き取りを行ない、その後生活相談員、ケアマネ、機能訓練、看護師も、専門アセスメント実施を実施し、これらを総合したケアチェック表に集約。これらのアセスメントを基にユニット職員が24時間シート(個別援助マニュアル)を作成している。入所前と毎月一回行われるユニット会議にて、施設生活全般についてアセスメントの振り返りを実施。新たな課題が発生した際は、その場で協議。毎月一回のユニット会議には、全職種が参加。課題に早急に取り組む体制をとっている。会議の内容をパソコンのケース記録に入力し、会議録を他ユニットへも配布している。より個々の具体的なニーズの把握、明示については今後の課題である。</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   | b |
| <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いるが、十分に機能していない。</p> <p>評価者コメント<br/>         「施設サービス計画の作成と見直し」、更にケアプラン作成やモニタリングの具体的手順と担当について、またカンファレンスのメンバーとモニタリングの種類ごとの定義も詳細に文書化し明示し、アセスメントからケアプラン作成、モニタリング、評価までの一連の手順、計画策定の責任者を介護支援専門員と定める等体制は確立している。策定したサービス実施計画に沿った支援が行われているか確認する仕組みとして、例えば排泄ケアについては、自然排便への取り組み、トイレでの排泄への取り組み、トイレ誘導、おむつはずし、布パンツへの移行等排泄チェック表にて、取り組み状況確認することができ、リハビリについては、機能訓練実施記録にて確認することができるようにしている。ケース記録の入力もれの防止など、サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認でき、前述の体制を十分に機能させていくため、さらに徹底を図ることでより質の高いケアの提供が実現されるものと思われる。</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<br/>         「施設サービス計画の作成と見直し」、更にケアプラン作成やモニタリングの具体的手順と担当、カンファレンスのメンバーとモニタリングの種類ごとの定義等も詳細に文書化し明示し、アセスメントからケアプラン作成、モニタリング、評価までの一連の手順、さらに計画の策定・変更の手順や計画を見直しする要件を定め、これに従い計画の策定、実施、見直しを進めている。</p>   |   |