

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	西宮市甲陽園本庄町9番17号
評価実施期間	2010年 12 月 17 日 ～ 2011年 7 月 13 日 (実施 (訪問) 調査日 2011年 3 月 19 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401008 K-0401010

※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: 特別養護老人ホーム (施設名) 宝塚あいわ苑	種別: 介護老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 施設長 藤井 揚子	開設(指定)年月日 平成 12 年 10 月 1 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人 愛和会	定員: 60 名 (利用人数)
所在地: 〒 665 - 874 宝塚市中筋2丁目10番18号	
電話番号: 0797 - 80 - 4165	FAX番号: 0797 - 80 - 4111
E-mail: huku-aiwakai@mirror.ocn.ne.jp	ホームページアドレス: http://www.takarazuka-aiwakai.or.jp/

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p><理念></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人の尊厳を大切にし、愛と和の精神をもって、生活支援の場を提供します。 ・地域社会の福祉向上のため、創意工夫をこらし、利用者本意の質の高い福祉サービスを提供します。 ・人と人のふれあいを大切にし、優しさと思いやりの心で、家庭的な温かみのある生活の場を提供します。 <p><基本方針></p> <ul style="list-style-type: none"> ・その方その方の思いに寄り添える介護～「五感で感じる介(快)護」
<p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>1.水分摂取量 一日の水分摂取量の目標を1,300lとして、毎日全利用者の水分摂取量を確認し、身体状況や嚥下機能に合わせてゼリーやアイスクリームなど、利用者が好まれるものを工夫して進めています。それにより体調維持や活動性の維持に繋がっています。</p> <p>2.作業療法・機能訓練 専任の作業療法士を配置し、介護・看護職員をはじめとする多職種で個別のニーズに応じた作業療法、機能訓練を実施。特にグループワークとしての刺し子や作品づくりは利用者様の楽しみの一つとなっています。又、認知機能や身体状況にあわせた生活リハビリを行い、出来る限り自立した生活が出来るよう支援しています。</p> <p>3.人材育成 平成19年に作成された「介護職員能力開発ガイドライン」に基づき、新人介護コースから実践Ⅱコース段階的に達成目標を設定し、教育の実施、評価を行い「ブランドケアワーカー」の育成に取り組んでいます。ガイドラインの中にキャリアパスを盛り込み、専門職としてのキャリアアップを支援しています。</p> <p>4. その方らしく安心して過ごしていただけるよう、ご利用者・家族・そして職員とが連携。</p>

職員配置	職種	人数	職種	人数	職種	人数
※()内は 非常勤	施設長	1 (0)	事務員	1 (1)	生活相談員	1 (0)
	介護職員	20 (6)	看護師	4 (5)	管理栄養士	1 (0)
	医師	1 (0)	機能訓練指導員	1 (0)	その他	()
	産休(介護)	()		()	産休(介護)	()

施設の状況

幹線道路から少し入った静かな住宅街の中の緑の木々に囲まれた施設である。居宅支援事業所や訪問介護・デイサービス事業所を有し、高齢者を総合的に支援できる体制が整えられている。同敷地内には保育園もあり、園児との交流の機会も確保している。地域から理解と協力を得るだけでなく、事業所としての特色を生かし地域貢献にも取り組んでいる。提供しているサービスの自己評価を定期的に行い、常にサービスの質の向上に取り組むと共に利用者本位の質の高い福祉サービスの提供が行われている。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

施設内や施設玄関に理念・運営方針を掲示し、利用者・家族がいつでも見ることができるようになっている。更に、契約時及び家族会で、理念・運営方針についても説明し、利用者と家族の理解を深めるよう取り組んでいる。宝塚市の介護保険事業者協会に所属し、地域の情報や福祉サービスのニーズの情報交換を行なっている。理念に「地域社会の福祉向上のため、創意工夫をこらし、利用者本位の質の高い福祉サービスを提供します。」を掲げ、総合パンフレットや広報誌などに、社会資源や地域情報を利用者にはわかりやすいように掲示し、定期的に広報紙「みらい」を発行し地域に配布や掲示を行い、事業所への理解を得るように取り組んでいる。利用者の希望に応じて地域のコミュニティーで行われる交流会などへの参加支援を行ない、個別の外出支援では、買い物、通院などで地域の社会資源を利用するように奨励し、日常的なコミュニケーションにも心がけている。

自分らしく快適な生活が確保できるように、持ち込む物品に制限を設けず、利用者の希望や嗜好・好みに応じた家具や装飾品を置き、多床室ではプライバシーカーテンを使用するなど、プライバシーの確保に配慮して、その人らしい快適な生活空間の整備を支援している。毎日バイタルチェック表でバイタルサイン、食事表で食事摂取量、服薬チェック表で服薬状況、排泄チェック表で排泄状況を記録し、体調や健康状態の変化を記録、体調に変化がある場合には管理医師・嘱託医に相談し、早期の対応が可能となっている。また、月1回管理医師と援護科長による利用者の体調についての状態確認をする体制がある。また利用者から希望と必要に応じて、いつでも医師に医療相談できる体制がある。毎日のプログラムの中に、OTによる機能訓練が盛り込まれ心身の機能維持に取り組んでいる。

◇ 特に改善を求められる点

細かな支援内容の変更は行われているが、見直しによって変更したサービス実施計画の内容の周知手順及び、臨時・緊急に見直しが生じた場合の手順の明示が望まれる。個々のサービスの標準的な実施方法を確立しているが、見直しの際に利用者・家族から出された意見や提案を聴取し見直しに反映させた経過がわかる記録を残すことが望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

自己評価により自施設の強み、弱みが明確になり、課題が整理できた。又第三者評価受審時に評価調査者との意見交換により引き続き継続すべき課題、早急に改善すべき課題が確認できたことは職員の自信と励みとなった。今後も愛和会理念に添って地域貢献していきたい。

○ 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 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-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。		
I-1-(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
I-1-(1)-②	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

<p>事業所の基本理念を「人の尊厳を大切に、愛と和をの精神をもって、生活支援の場を提供します。」「地域社会の福祉向上のため、創意工夫をこらし、利用者本位の質の高い福祉サービスを提供します。」「人と人のふれあいを大切に、優しさと思いやりの心で、家庭的な温かみのある生活の場を提供します。」という、理解しやすい言葉で明文化している。施設玄関や施設内に掲示し、職員がいつでも目にし認識できるようにしている。職員名札の裏にも明示し、意識付けと浸透を図っている。</p> <p>施設内や施設玄関に理念・運営方針を掲示し、利用者・家族にいつでも見ていただけるようにしている。契約時の契約書・重要事項説明書の説明時に理念・運営方針についても説明、利用者と家族の理解を深めるよう取り組んでいる。また、家族懇談会も昨年から開催し、その場でも理念・運営方針についての説明、浸透を図っている。ホームページ・総合パンフレット・広報紙「みらい」にも明示し、広く施設の理念・運営方針の浸透を図る取り組みを行っている。広報紙「みらい」は、6000～8000部作成し、地域の自治会を通じて各家庭に配布し、広報活動を行っている。</p>

I-2 計画の策定

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

特記事項

<p>理念・運営方針に基づいて、中長期計画を策定している。中長期計画から課題を抽出し重点項目として挙げ、具体的な実施方法を明示し事業計画を策定している。事業計画の課題については特養全体会議で職員全員で話し合い、各種委員会で課題解決に取り組んでいる。職員は各種委員会に所属しており、委員会で意見を出すと共に、各委員会の職員アンケートでも意見を表明できる取り組みもある。実施状況も各委員会で確認し、実施状況から計画の見直しを行っている。各年度の事業計画の実施状況については、半期に1度評価を行い、課題解決に向け統一した方針で取り組むようにしている。</p> <p>特養全体会議、各種委員会で中長期計画、事業計画を公表し説明している。計画の実現に向けて、全職員で話し合い課題解決に向け取り組むことにより、職員の理解と浸透を図っている。利用者も数名であるが、参加する家族懇談会でスライドを使って中長期計画・事業計画を説明し、理解してもらいやすいように配慮している。当月の行事計画を伝える「あいわゆめふうせん通信」を毎月作成すると共に、臨時号を発行し事業計画・重要課題を明示し、利用者及び家族に対して事業計画を理解してもらえるように継続的に取り組んでいる。また、「あいわゆめつうしん」は、利用者が見てわかりやすいように色彩や言葉に配慮して作成している。</p>

I-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
I-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。		
I-3(1)-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
I-3(1)-②	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
I-3(1)-③	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

<p>組織図・職務分掌を作成し、役割と責任を明確化している。組織図は全職員へ配布するだけでなく、法人が作成する「あいわたいむす」に明示し、さらに全体会議で説明を加え、職員が経営・管理層の役割と責任を理解できるように取り組んでいる。苑長は、管理職としての自己評価表を基に自己評価を行い、日々の行動の振り返りを行っている。介護福祉施設科長会で職員満足度調査を実施し、調査内容の中に上司に対しての満足度調査もあり、職員からの信頼を得ているか把握し会議の席で評価・見直しを行っている。</p> <p>利用者・家族に定期的にアンケートを実施し、その結果からサービスの質の現状について評価・分析を行っている。外部講師によるラウンドチェックと講習を定期的に行い、実際に提供されているサービスについての検討を行ったり、利用者から直接サービスに対する意見や満足度を聴取している。評価、分析した結果は各種委員会話し合い、職員が意見を出し合いサービスに反映させるように取り組んでいる。管理者も各種委員会に参加し、職員と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。また、介護・福祉施設職員キャリアパス支援カードを基に職員面談を行い、職員の意見を聴取しサービスの質に関する課題を把握し、半期に一度の見直しに活かしサービスの質の向上に積極的に活かしている。</p> <p>毎月活動状況表を作成し、会議の場で利用者の状況、利用状況、収支の推移を説明し、分析を行っている。管理者側から職員にコスト意識を周知するだけでなく、職員からも節約に向けての意見が出されており、課題解決に向け職員と共に業務改善や業務の効率化を図るよう取り組んでいる。</p>

評価対象II 組織の運営管理

II-1 人材の確保・養成

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

定員管理規定を策定し、人材や人員体制に関する基本的な考えや方針を明示している。定員管理表により人材確保、職員の稼働状況を把握し、定員管理・余剰人員の管理を行なっている。介護福祉施設科長会でも人事面についても報告がなされ、退職や採用に関して把握し、法人全体で計画的に人事管理が行われている。愛仁会グループで「介護福祉士・介護職員募集案内」を作成、社協他で催される場に出向き新人を計画的に採用している。

法人作成の能力開発ガイドラインに沿って、職員一人ひとりの能力開発や人材育成を計画的に行っている。さらに、事業所としても、愛和会の教育計画、特養援護科の教育計画を策定し、職員のレベルアップに計画的に取り組んでいる。管理者が面談を行い、キャリアアップ表に基づいて職員の評価を行っている。面談やガイドで人事管理・レベルアップの方法を職員に公開すると共に、人事評価基準は各フロアーに設置しており、職員はいつでも見ることができる。また、人事考課を実施する際には、職員に告知し実施し、透明性を重視している。管理職による人事考課は、特別賞与として反映させている。福利厚生については、永年勤続5年、10年表彰、旅行などがある。また、有給休暇も充実させている。希望者には、余暇活動への支援を行い、福利厚生施設の利用も可能であり、職員の意欲向上につなげている。職員満足度調査やアンケートで福利厚生の充実・見直しについて職員の希望や意見を聴取している。

職員の入職日による有休取得状況は個人の更新月、時間外勤務状況は毎月定期的に管理、確認している。有休取得状況は個人給与明細書に明記し、各職員に通知している。科長との面談や施設長へ出される職員アンケートで、職員からの意見を聴取し、就業状況を踏まえて、介護福祉施設科長会など会議の場で分析、検討を行ない、改善に取り組んでいる。科長との面談の機会を定期的に設け職員が相談しやすい工夫をしている。また、母体が医療法人であるため、希望があれば病院で職員が受診や相談を受けることができる体制がある。

介護職員能力開発ガイドラインに基づき、キャリアパスシートで個人の技術水準や知識を把握、確認している。職員個々にガイドラインと職員の能力・希望に沿って個別の教育計画を作成し、計画的に外部・内部研修を受講し資質の向上を図っている。外部研修の案内があれば、職員の段階に沿って研修への参加を支援する他、職員が希望する研修への参加を支援している。外部研修の案内は職員に回覧し、研修への参加は、職員学会規定により出張申請書を提出し、参加費や旅費の参加支援を行っている。

研修に参加した職員は報告レポートを提出し、朝礼時に伝達研修を行い全職員で共有を行っている。ガイドライン研修についても研修実施報告書を提出すると共に、研修後はアンケートを実施し、次の研修に向けての取り組みについても記載している。研修後毎回行なわれるアンケート調査の結果を基に、教育研修委員会で評価を行い、研修内容やカリキュラムの見直しを行い、来期に向けての検討を行なっている。

実習生指導マニュアルの実習生等受け入れ規定に、基本施設を明示している。実習生受け入れ時に統一した説明ができるように、説明内容を整理明示している。また、学校別に実習生の指導内容をまとめ、実習受け入れに際しては、実習委託契約書を用いて学校との覚書を交わし、受け入れに対しての責任や体制を明確化している。2ヶ月に1回の実習指導会議で、研修も行っている。

実習指導者委員会を設置し、種別の実習内容を計画的に学べるプログラムを整備し、委員会では定期的に勉強会を開き実習指導者への指導体制の整備も行っている。受け入れ前には、学校の実習指導者や教務に出向いてもらい、意見交換や情報交換を行い、期間中も連携を図っている。

II-2 安全管理

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

援護科長をリスクマネジメントに関しての責任者とし、それぞれの部署からの安全管理推進者が中心になって、安全管理委員会、感染防止委員会、苦情解決委員会を設置し、安全確保に関しての体制が整備され、職員はそれぞれの委員会に所属し活動している。各委員会、安全管理マニュアル、感染防止マニュアル・苦情解決マニュアルを作成し、職員全員に周知を図っている。

ヒヤリハットメモで、日頃の気づきやヒヤリとしたことを記述し、データを毎月集積する体制を整備している。集積された結果を踏まえて、ヒヤリの傾向を分析し、事故防止について検討を行っている。事故発生した場合は、詳細な内容、事故の程度のレベル表示、当事者の振り返りを記載した報告書を作成し、カンファレンスで検討した防止対策も含めて、回覧し全職員で情報を共有している。リスクマネジメントに関する研修を行なうと共に、リスクマネジメント委員会で把握された課題を、内容に応じて各委員会に振り分け、委員会単位でも課題解決に取り組んでいる。各委員会は、実施状況を定期的に評価、見直しを行い、向上できるように計画的に取り組んでいる。

Ⅱ-3 地域社会との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。		
Ⅱ-3-(1)-①	事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(1)-②	地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。		
Ⅱ-3-(2)-①	利用者と地域の関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(2)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(2)-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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(3) 関係機関との連携を確保している。		
Ⅱ-3-(3)-①	必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(3)-②	関係機関等との連携を適切に行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

宝塚市の介護保険事業者協会に所属し、地域の情報や福祉サービスのニーズの情報交換を行なっている。宝塚のゴールドプランで地区の高齢者・要介護者数の把握を行っている。市のホームページを見て地域の状況把握を行ったり、市の施設開設の公募状況を見てニーズの把握に努めている。地域包括支援センターと共に地域の状況についての把握に努め、まちづくり協議会へも法人・施設として参加している。収集し、集積した情報は、事業計画や中長期計画に反映させている。

宝塚市介護保険事業者協会、施設部会で介護保険施設の入居者・待機者の状況把握を行っている。また、同法人内の地域包括支援センターやデイサービスなどを通して、地域のニーズや潜在的利用者に関する情報を収集・把握し、独居や虐待についての把握により、福祉ニーズの把握にも努めている。把握した福祉ニーズに基づいて、地域包括支援センターと連携し、バザーや介護教室、今年度はいも煮会などの活動を通して、地域との交流も深めている。事業・活動は事業計画や中長期計画に明示し、計画的に行なわれている。

理念「地域社会の福祉向上のため、創意工夫をこらし、利用者本位の質の高い福祉サービスを提供します。」の中に、地域との関わり方について明示している。総合パンフレットや広報誌などに、社会資源や地域情報を利用者にわかりやすいように掲示している。外出については、年に2回行事として行う他、利用者の希望に応じて個別の外出支援、地域のコミュニティーで行われる交流会などへの参加支援を、職員が行なっている。個別の外出支援では、買い物、通院などで地域の社会資源を利用するように奨励し、その際は、日常的なコミュニケーションにも心がけている。また、定期的に広報紙「みらい」を発行し地域に配布や掲示を行い、事業所への理解を得るように取り組んでいる。

介護教室を開催し、地域の住民が広く参加できるようにポスターやチラシなどで広報活動を行っている。看護師の復帰支援講座により、地域の潜在看護師の発掘を計画している。日常的定期的に、地域で暮らす高齢者などから福祉に関する相談を受けられるように相談窓口を設置し、相談の内容により各部署の適切な職種が対応できるようにしている。

ボランティア受け入れ規定により基本姿勢を明確にし、マニュアルを作成している。窓口を施設長とし担当者を援護科長と定めている。「ボランティアを始められる前に」との冊子を作成し、マニュアル・冊子を元にボランティアの方には説明を行い活動を始めてもらっている。ボランティア活動時には、「ボランティア活動報告書」を提出してもらっている。

宝塚市介護保険事業者協会の冊子を社会資源のリストとして活用しており、職員が必要に応じて手に取り活用できるようにしている。

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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
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・c
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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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・c
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

介護基本マニュアルの中で介護の専門性、介護職の業務、介護の原則などについて明文化し職員に明示している。身体拘束委員会で身体拘束、虐待防止について検討し、研修を通して理解を深め周知を図っている。また、日々のカンファレンスで利用者の尊厳や人権について話し合いが行われている。

プライバシー保護について介護基本マニュアルの中に明示している。トイレには、利用者のプライバシー保護のためカーテンを二重にしたり、個別の場所の提供を行ったりと具体的に利用者へのサービスへ反映させるように取り組んでいる。研修や新入職者の研修では、ビデオなどを使用してプライバシーの保護などの徹底を図っている。管理職は日頃のラウンドを通して利用者のプライバシーの保護が徹底できているか徹底状況についても確認し、職員への助言・指導を行っている。

年1回の利用者アンケートで満足度調査をしている。家族懇親会でも満足度調査結果の報告や施設の取り組みについて説明し、家族の意向を把握するようにしている。終末期ケアについても家族に説明を行い、家族の意向を把握している。把握した意向や意見をCS委員会に提示し分析・検討を行い、検討に基づいて、浴室脱衣室の手すりの設置、食事のテーブル椅子の高さの調整など具体的な改善につなげている。

重要事項説明書に相談窓口を明示している。相談員が相談や意見を聞き、内容によって担当部署、担当職員へつなげるようにしている。また、施設長がラウンド時にも直接利用者から聴取することは、科長に速やかに確認している。壁に当日の勤務者を職種別に明示しており、明示の中から利用者・家族が選んで相談をしていくこともある。プライバシーに配慮し各フロアに空き部屋があり、相談スペースを確保されている。

第三者委員の設置の明示は各フロアに明示している。マニュアルの中に苦情を解決するための流れを明示している。苦情対応記録で苦情内容が記載され、苦情・相談受付対応フォロー図で解決へ向けての流れが確認できる。苦情の内容により利用者・家族に個別に報告や場合によっては掲示などで対応内容までを報告している。対応後も対策実施状況の検証を行っている。

マニュアルの中に意見や苦情を解決するための流れを明示している。苦情対応記録で苦情内容が記載されている。苦情・相談受付対応フォロー図で解決へ向けての流れが確認できる。苦情の内容により利用者・家族に個別に報告や場合によっては掲示などで対応内容までを報告している。対応後も対策実施状況の検証を行っている。マニュアルは、役職会で年1回内容の見直しを行っている。宝塚介護相談員活動報告で意見や要望を聴取している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。		
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
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ている。	(a) ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-③	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
Ⅲ-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。		
Ⅲ-2-(2)-①	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
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を確立している。	a ・ (b) ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a ・ (b) ・ c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制を確立している。	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

特記事項

兵庫県のホームページに掲載されている自己評価表を使用し毎年自己評価を行っている。実施された自己評価は、市の介護保険事業者協会に報告し、市のホームページや事業者協会の一覧表に掲載されている。役職会が担当部署となり、評価分析・検討を行い、結果を基にサービス向上委員会を中心に検討、反映させるように取り組んでいる。

評価結果を全体会議で説明を行い、評価・分析・検討結果から改善課題を明確にし、事業計画などに反映させている。

評価結果・分析結果から課題抽出し課題を解決するべく、各種委員会や部署で話し合いを行い計画的に課題解決に向け実施、実施したことを評価・分析し次年度の計画に反映させている。

標準的なサービスマニュアルを作成しており、サービスマニュアルを元に利用者の状況に合わせて利用者への標準的な支援方法が計画の中で確認できる。利用者の状況により定められた標準的な支援方法について、必要な専門職より研修や個別指導を通して周知徹底を図るように取り組んでいる。職員の個別指導については、プリセプター制をとり指導体制を整えている。能力開発ガイドラインの技術についてのチェック表でプリセプターと一緒に確認を行っている。

各種委員会中心でマニュアルの見直しを行っており、役職会で年1回内容の見直しを行っている。各委員会でアンケートを取り、アンケートの中でマニュアルの見直しについて意見を聴取し各委員会で見直しの必要性、内容について話し合いを行っている。ケアプランの見直し時に個別のプランの見直しへの意見を聴取する場で利用者・家族から意見や提案を受ける機会となっている。

利用者の状況によりカンファレンスを行い、話し合いの内容をケース記録に記載、赤枠で困みケアに関わる職員が情報を共有している。いきいきライフプラン実施表で計画内容の実施記録のチェックを行っている。ケース記録の内容については、現在ばらつきが生じないように検討中である。計画に沿って実施した反応については記載できているがばらつきが生じていると感じており、現在記号などを用いて工夫を試みている。

記録管理規定の中に記録管理の責任者は、援護科長として定めていることが確認できる。

個人情報保護に関しての全体研修の中で記録管理に関しての内容を含めて実施し職員に徹底を図っている。

職員間の情報共有のための書面ファイルがあり、職員は勤務に就く前に必ず確認し確認した情報には、サインを行っている。また、必要に応じて情報が共有できているか科長・リーダーなどが確認を行う他、個別に連絡するためのメールボックスの設置で共有を図っている。月間で担当者会議などカンファレンスの開催計画を立て実施、カンファレンス記録に残し、記録を回覧し内容を確認、サインで全員で情報を共有していることが確認できる。在宅部門と相談員とはネットワークシステムで情報共有することができるようになっている。特養の中での情報共有のためのネットワークシステムは導入されていない。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-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
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
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を行っている。	
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

特記事項

<p>パンフレット・オリエンテーション資料として写真や図などで施設内での生活状況や様子がわかりやすいようにしている。パンフレット・季刊誌に理念を明示しており、パンフレットや季刊誌を配布したり、在宅サービス窓口に設置し利用希望者や一般の方が情報を入手しやすいようにしている。体験入居から始め、利用開始できるようにしている。</p> <p>契約書・重要事項説明書にサービスの内容や利用料金・実費サービス、退去についてなど明示し契約時に説明できるようにしている。利用者・家族の施設サービスを利用にあたってのニーズを聞きとり、ニーズに合わせた内容の説明も行っている。</p> <p>相談員業務マニュアル中に利用相談から契約・利用に至るまでの流れが明確にされており、写真や図を用いた施設利用説明資料で施設での生活や利用状況がわかりやすいように工夫している他、ホームページでもサービスの内容や生活の状況が写真を使い視覚的にわかるように工夫している。</p> <p>ショートステイは、サマリーを作成し在宅へサービスの継続が速やかに行われるようにしている。入院時にも所定の書式でサマリーを作成し、情報提供や引き継ぎを行い介護や看護が速やかに行われるようにしている。サービスを終了した後も重要事項説明書に記載されている苦情相談窓口で対応しているが、現在サービス終了時に改めて窓口の説明は行っていない。</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を行っている。	第三者評価結果
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
Ⅲ-4-(1)-② 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
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
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・Ⓑ・c

特記事項

<p>定められたアセスメント書式があり、ケアプランマニュアルの中のケアプラン作業手順でアセスメントの定期的な見直しについて定めている。</p> <p>アセスメント表に基づいてアセスメントを行ない、担当者会議録に利用者一人ひとりの課題を抽出し明示している。最終目標が課題ととらえており、サポートプランに明示している。</p> <p>サービス実施計画策定責任者を個々の計画書の中にプランの責任者として明記され、統括的な責任者は、援護課長としている。サービス実施計画策定の際は、事前に利用者・家族の意向を確認し、関係各職種が参加する担当者会議を開催し合議している。サービス実施計画策定から実施状況の確認までの一連の流れを、ケアプラン作成手順の中に明示している。</p> <p>サービス実施計画の見直しについて、ケアプランマニュアルの中にモニタリング(ケアプランの評価)のポイントとして定めている。ケアプランチェック表にケアプランを記載し、職員が日々の実施状況をチェック表に記載することで、計画の内容を毎日確認し、プランに見直しや変更が生じた場合も内容が周知できるような仕組みがある。ミニカンファレンスで利用者の状況の変化について話し合いが行われており、話し合いの結果や変更内容は、職員連絡ノートに変更内容を記載し統一している。</p>
--

評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重・保護

	第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重・保護	
Ⅳ-1-(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
Ⅳ-1-(1)-② 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅳ-1-(1)-③ 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
Ⅳ-1-(1)-④ 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。	a・Ⓑ・c

特記事項

行事やクラブ活動(書道・園芸・花・音楽)の参加の声かけを行い、利用者に参加の意思を確認し、参加意思がある場合には参加を支援している。行事やクラブ活動を大集団と小集団に分け、利用者は行事やクラブ活動を選択することができる仕組みがある。プラン作成時の聞き取りから利用者の趣味や興味が持てることを聴取するようにしている。また、日常のコミュニケーションの中でも利用者から希望や要望を聴取し、聴取した内容から職員が企画書を作成し、実施している。実施後は、利用者の参加状況、観察、反応を実施記録に記載し、評価を行っている。

プラン作成時のアセスメントや日々のコミュニケーションの中で、利用者一人ひとりの活動や生きがいについての情報を収集している。把握した利用者の希望や意向に沿った活動ができるように、利用者・家族・職員と共に話し合いを持ち、提案しながら支援する取り組みがある。ショートステイ利用者がロングステイの利用者の誕生会をしたいとの自発的な活動の希望があり、職員が利用者と共に話し合い、誕生会を実施したことがある。また、おやつ作りは利用者の希望も高く毎月実施している。視覚障害を持つ利用者が点字図書が利用できるようにするなど、利用者の希望や必要に応じて社会資源を活用し生きがいづくりができるように支援している。

面会時間の設定は行わず、自由に面会することができる。面会者があれば利用者や面会者の希望に応じて、居室やフロアの少人数で過ごせるスペースなどで、プライバシーを保護し落ち着いて面会ができるように配慮している。家族との外出や家族参加の外出など、担当職員が企画し支援している。また、外出や外泊時に車の乗り降りなども支援している。

各利用者のライフプランにコミュニケーション方法について明示し、個別対応している。たとえば、完全失語状態の利用者に対して トイレでの排泄支援を行うため、ライフプランに行動・表情によるサインを明記し、職員間で共有し対応している。担当職員とリハビリ職員など専門職と連携をとり、利用者一人ひとりに合わせたコミュニケーション方法、機器の使用、手段について検討を行い、利用者の意思や希望をできる限り正しく理解するように努めている。現在代弁者・手話通訳者を受け入れる事例がなく、職員の対応でコミュニケーションがとれるような状態である。

IV-2 快適な環境づくり

	第三者評価結果
IV-2-(1) 居室	
IV-2-(1)-① 快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(2) 食事	
IV-2-(2)-① 快適な食事環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(3) 入浴	
IV-2-(3)-① 快適な入浴環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(4) 排泄	
IV-2-(4)-① 快適な排泄環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(5) 衣服	
IV-2-(5)-① 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
IV-2-(6) 理容・美容	
IV-2-(6)-① 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
IV-2-(7) 睡眠	
IV-2-(7)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(8) 健康管理	
IV-2-(8)-① 利用者の健康保持に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(9) 服薬管理	
IV-2-(9)-① 内服薬・外用薬等の扱いを確実にしている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(10) 外出	
IV-2-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(11) 通信	
IV-2-(11)-① 郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(12) 情報媒体	
IV-2-(12)-① 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
IV-2-(13) 嗜好品	
IV-2-(13)-① 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。	Ⓐ・b・c

特記事項

持ち込む物品に制限を設けず、利用者の希望や嗜好・好みに応じた家具や装飾品を置き、その人らしい快適な生活空間の整備を支援している。多床室ではプライバシーカーテンを使用するなど、プライバシーの確保に配慮している。

食事介助を行う職員が利用者の意見や摂食状況を記録し、また、検食した職員からも意見を出し、栄養管理委員会で食事について定期的に検討を行っている。利用者一人ひとりの食事状況を把握し日々記録することで嗜好の状況を把握し、利用者ごとのカンファレンスに反映させている。ランチ・おやつのおやつクッキング、行事食など季節を取り入れた企画を実施、食事が楽しめるように工夫し取り組んでいる。

基本マニュアルで入浴に関しての環境整備やプライバシーについて記載され、マニュアルに基づき入浴支援を実施している。原則入浴は週2回であるが、各利用者の状況に応じて個別対応している。汚染については、トイレ近くにシャワースペースがあり随時使用できる。入浴ケア委員会を設置し、入浴の時間や方法について毎月検討を行い、年間計画の中で利用者へのサービスの質の向上に反映させている。季節に応じたゆず湯なども実施し、入浴の楽しみについても取り組んでいる。

排泄マニュアルには、排泄用具の使用法や手順、必要に応じて消臭スプレーや換気を行い消臭対策をすることが明示されている。また、排泄介助に伴う清拭の方法で衛生面を考慮した手順を作成し、各利用者には、マニュアルの手順に基づいて、個別具体的な排泄介助方法が明示されている。排泄ケア委員会を設置、排泄についての点検・改善について定期的に検討。トイレの便座下の突出部で利用者が打撲や傷を作ることを回避するため、突出部を保護するなど、設備上の工夫を行っている。

利用者が衣服の選択ができるように職員が利用者の状況に合わせて、また、選択の意思表示がしやすい方法で支援をしている。衣替えや衣服の購入の必要性がある場合、家族の協力を得て、家族に購入してもらうか、数カ月に1回の訪問衣料品販売で購入できるように支援、また、希望に応じ外出で衣類購入する機会もある。更衣の支援や、汚れ・破れ・ほころびへの対応は日常業務の中で随時行われている。

訪問理美容は月2回、日程を掲示し、定期的に利用者・家族からの希望に添った整髪ができるよう支援。行事や外出時には化粧や髪形など身支度を整える支援を行ったり相談にのる体制がある。利用者の状況を見て職員から理美容を勧めることもある。

居室の環境整備、寝具などは私物の使用も含めて、各利用者に応じて個別対応し、安眠できるよう支援している。眠れない場合は、お茶などを飲みながら利用者と一緒に職員が過ごすようにしている。また、昼間の適度な運動により眠るなどの睡眠リズムの乱れを整えるように取り組んでいる。マニュアルに夜間巡回手順を明示し、巡視時間や夜間就寝中のサービスについて記載され、手順に沿って実施している。巡視の記録は、変化があれば記載するようにしている。心療内科の意思の往診があり利用者の不眠についても相談し、必要に応じて薬の使用をリズムを整えるようにしている。

毎日バイタルチェック表でのバイタルサイン、食事表で食事摂取量、服薬チェック表で服薬状況、排泄チェック表で排泄状況を記録し、体調や健康状態の変化を記録している。利用者の健康管理について看護業務マニュアルが設置され、バルーンや胃ろうなどについての具体的な管理方法なども明示している。体調に変化がある場合には、管理医師囑託医に相談し、内容や対応について経過記録に記録、また、利用者に月1回管理医師と援護科長による利用者の体調についての状態確認をする体制がある。また希望に応じて、いつでも医師に医療相談できる体制がある。毎日のプログラムの中に、OTによる機能訓練が盛り込まれ、心身の機能維持に取り組んでいる。毎食事前に口腔体操を実施し、歯科医師の月1回の往診、口腔衛生についての指導を受けている。

薬についての適切な情報と服薬管理方法を記載したファイルを利用者ごとに作成し、いつでも確認できるように取り組んでいる。変更があった場合は申し送りを徹底した上でファイルを差し替えている。服薬管理についてのマニュアルを設置し、その中で誤薬があった場合の対応についても明記している。服薬状況についてはチェック表を用いて記録し、配薬・服薬確認については看護師が責任を持って行っている。

外出の際は職員がバイタルサインチェックを行い身体状況を確認した上で、外出支援を行っている。また、家族の希望に応じて外出支援する場合もある。地域包括支援センターが作成している「地域はつらつマップ」を用いて利用者と共に地域の情報を収集し、外出支援マニュアルの外出企画についての中で、安全な外出支援について規定され、安全確保に取り組んでいる。

各フロアに公衆電話が設置され、利用したい時は希望フロアから架電できるなど、プライバシーも確保できる配慮がある。郵送物は希望に応じていつでも事務所に対応し、配送物も事務所が直接手渡すことによりプライバシーの確保に配慮している。

新聞や雑誌は、個人で自由に購入できる。テレビやラジオなどは、希望に応じて自由に持ち込み視聴できる。共有のスペースに新聞・雑誌が設置され、新刊が出れば差し替え、自由に閲覧できる。テレビの設置もあり、利用者間で話をしながら視聴できるようにしている。

基本的に喫煙は禁止している。夏祭りなどイベント時には、少量の飲酒は可能である。嗜好品については、契約時より説明を行い同意を得ている。現在、利用者からの希望がないが、利用者の希望や意向があれば話し合いを持ち添えるように取り組んでいく予定である。

I～IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	9	100.0
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	10	100.0
II-1 人材の確保・養成	28	28	100.0
II-2 安全管理	9	9	100.0
II-3 地域との交流と連携	23	23	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	20	100.0
III-2 サービスの質の確保	25	20	80.0
III-3 サービスの開始・継続	11	10	90.9
III-4 サービスの実施計画の策定	10	8	80.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	13	92.9
IV-2 快適な環境作り	44	44	100.0

