

第三者評価結果（共通項目）

福祉サービス第三者評価基準【共通版】

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) 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 |
| | 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 |

評価概要

- ①職員及びご利用者・家族に配布される「業務概要」や、長期経営計画を含む「経営方針と経営（事業）計画」に運営理念として記述されている。運営理念は、日本赤十字社の赤十字基本原則である“人道・公平・中立・独立・奉仕・単一・世界性”を反映して特別養護老人ホームに適用されるように上手に表現されている。
- ②「業務概要」や「経営方針と経営（事業）計画」に運営方針として記述されている。運営方針は運営理念に掲げた“地域に愛され、利用者に信頼された・・・”をより具体化し、“利用者の皆様の人権を尊重し・・・”と利用者を尊重したサービス提供姿勢を明確に示している。

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------|---------------------------------|---------|
| Ⅰ-1-(2) 理念、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 |
| | 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 |

評価概要

- ①運営理念や運営方針は、毎年の職員会議で「業務概要」を配布して園長自らが解説をして、周知に努めている。随時開催される職場研修（平成19年6月27日）でも園長が解説している。理念や方針を常に徹底するための一環として「職員朝礼」を実施し、必ず園長も福祉関連の通知やニュースも話題に取り入れ、話をする。朝礼欠席者へも「職員朝礼日誌」を回覧することにより周知するようにしている。職員は単に理念や方針を知っているだけでなく、理念や方針に沿って具体的にどのように行動しているかを次のように明確に答えることができた。事務：人権尊重、個人情報保護、安全面への注意、防災訓練等、介護：怪我をさせない、いつも笑い声の絶えない生活を送れるように、栄養士：一人ひとりの人権を尊重し、一人ひとりに合わせたサービスを提供する、看護師：利用者が「平穏に・安全に」過ごせるように。心からの何気ない訴えを聞くように心がけている、と答えることができた。また、朝礼でも園長が訓示を行っているが、「職員朝礼日誌」の園長欄に記録があった。

アンケート調査では「職員は親切、丁寧に対応してくれますか。」との設問に91%の利用者・家族が「はい」と答えている。運営方針が職員に浸透している結果と思われる。

- ②家族会総会（平成19年6月17日）で「業務概要」を配布して、理念や方針はもちろんのこと、事務機構、相談苦情窓口、年度事業計画、日課表、委員会会議計画、職員の研修計画、利用者の状況・栄養状態、ボランティアの受け入れ状況などを詳細に園長が説明している。平成18年度事業年報、事業計画等の印刷物も「ご自由にご覧ください」と玄関前にスペースを設けて配置し、いつでも誰でも閲覧できるように配慮されている。「日常のケアの提供（実践）により、お分かりいただいているのではないかと」と園長は理解している。

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 |
| | 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 |
| <p>評価概要</p> <p>①運営理念や運営方針に基づきビジョンとしての経営方針を「経営方針と経営（事業）計画」に記述している。「質の高いサービスの提供」「情報公開・地域との連携」「経営の健全・安定」の4点から課題を掲げ、この課題解決のために懸案である建物改築等も含め「長期経営（事業）計画」、「中期経営（事業）計画」を作成し、実行し、「短期経営（事業）計画」ともに毎年見直しを行っている。</p> <p>②「短期経営（事業）計画」及び「業務概要」には年度ごとの事業内容を具体的に記述しており、添付されている「歳入歳出予算書説明資料」に詳細な数値目標等が設定されている。更に「事業計画に基づく個別計画」を策定し、項目ごとに実施状況及び評価までわかりやすく策定されている。方針⇒中長期計画⇒単年度事業計画のつながりが読み取れる内容となっている。</p> | | |
| | | 第三者評価結果 |
| I-2-(2) 計画が適切に策定されている。 | | |
| | I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。 | ○a・b・c |
| | I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。 | ○a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>①各計画は各職種参画の元に、「事務分掌表」で予算決算に関する責任が明示されている事務長が毎年取りまとめて策定され、かつ評価見直しされている。</p> <p>②各計画は、毎年の職員会議で「経営方針と経営（事業）計画」、「業務概要」を配布して園長自らが解説をし理解を促している。利用者や家族へは「業務概要」を配布して園長自らが解説をし理解を促している。</p> | | |

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | (a)・b・c |
| | 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 |
| | I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 | (a)・b・c |
| 評価概要 ①管理者の役割責任は「運営規程」および「事務分掌表」に定めてある。役職・職種・個人ごとのレベルまで定めてある「事務分掌表」は職員に配布して理解を促している。役割責任から習得すべき技術や専門分野まで詳細に規定している。この「事務分掌表」は、職員に求める技術や意識を明示した個人別教育計画の性格と指示命令に代わる役割を持っており、各職員の重要な行動指針となっている。「福祉サービス第三者評価 評価細目と部門」の一覧表で、福祉サービス第三者評価の評価細目ごとに役割分担を明確にし、当然に管理者の役割責任も明確にされている。 ②介護福祉関連や雇用労働関連等の法規制について図書を購入し順守に努めている。障がい者雇用を積極的に進めており、環境面についてはハザードマーク入り箱で感染性廃棄物を識別するなどの対策を実施している。マスコミで報じられた関連情報については朝礼で取り上げるなど法規制順守に向けて積極的な取り組みを行っている。 | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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 |
| | 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 |
| 評価概要 ①管理者は経営方針(=ビジョン)に「質の高いサービスの提供」を掲げ、「長期経営(事業)計画」「中期経営(事業)計画」「短期経営(事業)計画」で実施し、年間7～8回行われるサービス改善・向上委員会、さらに管理会議で実施状況を確認するなど質の向上の積極的取組みに指導力を発揮している。全ての施設サービス計画書の原案を各部署決裁の後、園長が最終決裁で細かく加除訂正の指示を出し、家族へ渡している。「職員朝礼」を実施し、必ず園長も、その時々に関わった話や福祉関連の通知・ニュースも話題に取り入れて話をする。「職員朝礼日誌」を作成(平成18年6月21日)し、園長の話の資料も貼付し、欠席者は回覧することにより全員に周知するようにしている。当直者への申し送りは、必ず日勤者が園長への報告後に実施している。さらに園長より夜間、休日などの緊急連絡先を夜勤者へ指示している。 ②管理者は配置職員の検討など人事面、勤務時間の検討など労務面、経費削減などの財務面、これらを総合したサービスの質向上の視点から分析を行い、「利用者の皆様の人権の尊重」という理念や方針の実現のために具体的な効率化と改善を実施している。 | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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。 | | Ⓐ・b・c |
| 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。 | | Ⓐ・b・c |
| Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | | Ⓐ・b・c |
| 評価概要 ①業界団体が作成している市場状況の報告書や業界新聞、赤十字関連施設の経営状況、「鹿児島市福祉計画」など広範囲の情報、さらに地域福祉活動推進会議からの地区の状況などを分析し「経営方針と経営（事業）計画」として「長期経営（事業）計画」、「短期経営（事業）計画」に反映させている。 ②経営状況の分析によって給食材料費の縮減対策、有資格者の採用、資格取得の促進等の課題について、「長期経営（事業）計画」、「短期経営（事業）計画」等の見直しで、具体的施策を実施している。 ③日本赤十字社本社の指示により、公認会計士の監査を4年に1回受けている。日本赤十字社県内4施設（鹿児島県支部事務局、鹿児島赤十字病院、鹿児島県赤十字血液センター、錦江園）による相互検査も実施。改善に活かしている。 | | |

Ⅱ-2 人材の確保・養成

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| 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。 | | Ⓐ・b・c |
| 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・Ⓒ |
| 評価概要 ①有資格者70%を目標に掲げている。新規採用は、有資格者を優先。現職者へは、資格取得を励行している。職員が認知症や権利擁護などの勉強会を19時から自主的にしたいと言ってくるので、残業代をつけてあげたりしている。以上のように必要な人材や人員体制についての基本的な方針の下に、「長期経営（事業）計画」、「中期経営（事業）計画」「短期経営（事業）計画」を作成し、実行している。 ②人事考課は、平成20年4月より導入予定である。 | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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。 | | Ⓐ・b・c |
| Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | | Ⓐ・b・c |
| 評価概要 ①職員からの要望や意見は各部門の責任者経由で園長に届く仕組みになっている。しかし、現状は園長が職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックし、園長からの就業改善提案が多い。園長提案の成果として、職員の勤務改善のための宿日直の専任の雇用、介護業務の改善のため、掃除専用の職員を利用者の食事時間は食事介助業務に従事させるなどのほか、資格取得のための休暇取得を含む勤務上の配慮、夏季休暇の取得など、職員が無理せずに休める環境づくりが実施されている。 ②園独自の職員互助組織「親和会」を作っている。また、日本赤十字社全体で「ベネフィット」にも加入している。 | | |

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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 |
| | 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 |
| 評価概要 ①運営方針に「真心に満ちた安心 安全 快適な生活を提供できるようたゆまぬ努力を続ける」と表明されており、中長期計画に、「職員の質の向上」、「職業倫理の徹底」、「サービス改善・向上委員会の開催」など具体化されている。さらに「事務分掌表」で職員個人個人に役割を与えたり、委員会を割り当てている（テーマを与えている）など職員に求める技術や意識を明示している。「職場研修推進会議設置規程」、「職場研修推進要綱」を定めて教育実施に取り組んでいる。 ②このような基本的取り組みは年度ごとの「業務概要」に「職員の施設内研修等の開催計画」としてまとめられ、「事務分掌表」とともに個人別の教育研修計画となっている。感染症予防や事故防止については、介護保険法指定基準通知に定められた年２回以上を計画実施している。 ③教育研修の記録は「職員外部研修参加履歴」等を作成し、園長が入力・管理している。研修成果は伝達研修等で評価を行っている。その上で「事務分掌表」を毎年書き換え、役割とそれに伴う教育の必要性の幅を継続的に広げている。 | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。 | ○a・b・c |
| | Ⅱ－２－（４）－② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 | ○a・b・c |
| 評価概要 ①「経営方針と経営（事業）計画」に中長期短期計画として実習生受け入れることが計画され、「平成１９年度業務概要」にもボランティア活動や実習生等を積極的に受け入れ、利用者と地域社会との連携の強化に努めることが明記されている。より具体的には、「実習生受け入れマニュアル」の目的の項目に『実習生がこれまで学んできた知識・技術を活かして、利用者とのコミュニケーションを深め、福祉に関わる専門職として自己の内面的啓発や技術の習得ができるように受け入れ体制を整える』との受け入れの基本的な姿勢がうたわれている。 ②各学校が作成した「実習要項」も生かしつつ、受け入れを行っている。また、プログラム（週日程表）を作成。実習期間中の教員の巡回指導時には、こまめに連絡連携している。職種にあわせた日程表も作成している。実習生の宿泊や休憩用に３部屋ある。各室、畳部屋で小さな流し台、ユニットバス完備。アメニティもビジネスホテル程度に必要最低限は準備してあった。実習生育成への配慮がうかがえる。 | | |

Ⅱ-3 安全管理

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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）の対応など、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 |
| Ⅱ-3-(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。 | | ○a・b・c |
| 評価概要 ①「事故発生時対応マニュアル」や、「地震その他の災害対応マニュアル」に、防火体制、緊急時の処置の方法、園内対応の体制、家族や外部関係機関への連絡網、緊急時には園長が対策本部長になることなどを詳細に定めている。園長以下関係職種が参加する防災安全委員会、介護事故防止検討委員会、感染症等対策委員会を定期的に開催している。 ②介護事故発生防止研修会、感染症等発生予防研修会、食中毒の予防に関する調理部門専門研修会等の研修会を開催して予防に努めている。園長、事務長、介護長、管理栄養士、生活相談員、施設外の安全対策の専門家等が参加する「介護事故防止検討委員会」で、「ヒヤリ・ハット報告書」を集計・分析し未然防止策を検討している。 | | |

Ⅱ-4 地域との交流と連携

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。 | | ○a・b・c |
| 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。 | | ○a・b・c |
| 評価概要 ①「平成19年度業務概要」に「地域との連携・情報の公開」という項を設け、園内行事への地域の方々や家族の参加、地域内協力者との意見交換会、地域行事への協力を明示し、地域との相互協力の基本的考え方を記述している。五位野わかなる会、谷山南部地区民生委員協議会、福平ボランティア婦人の会、青年赤十字奉仕団、家族が参加した5月の園外レクリエーション、10月の運動会等を開催し、これらの取り組みは錦江園広報誌「錦江園だよりさざなみ」に掲載している。また、室内履きは、大人用だけでなく、子ども用も用意されており、家族、地域との交流に配慮されている。 ②事業所が有する機能を地域に還元することを含めて、「地域福祉活動推進会議設置規程」（平成20年2月1日施行）に基づき、地域福祉活動推進会議を設置して開催している。構成員は、「家族会長、町内会長、地区民生委員、ボランティア団体代表者、老人クラブ代表者、日本赤十字社鹿児島県支部職員、鹿児島赤十字病院職員、その他地域内関係者等」である。あえて、「委員会」とせず、「会議」としたその理由は、その時々議題に応じて参加者を変更できるようにするため。ちなみに平成20年2月24日の議題は「利用者との交流に関する事項、当園の利用に関する事項、地域福祉ニーズに関する事項、園が地域に対して支援できる活動について、等」である。 ③「経営方針と経営（事業）計画」に中長期短期計画としてボランティアを受け入れることが計画され、「平成19年度業務概要」にもボランティア活動や実習生等を積極的に受け入れ、利用者地域社会との連携の強化に努めることが明記されている。ボランティアの受け入れは生活相談員の職務で「ボランティア受け入れマニュアル」により実施されている。平成18年度は538名のボランティアを受け入れている。運営理念にあるように“地域に愛され”ていることがうかがえる。 | | |

| | | 第三者評価結果 |
|--|-------------------------------------|---------|
| 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 |
| | 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 |
| 評価概要 ①「社会資源関係先等一覧表綴り」、「緊急時連絡先表」、「ボランティア一覧表」をロビーの公衆電話横に掲示している。「緊急時連絡先表」は、各部署にも掲示し情報共有化に努め、職員がいつでも活用できる体制になっている。 ②関係機関である日赤病院とは医療面での連携がなされ、随時情報を共有できるように努めている。また「地域福祉活動推進会議設置規程」（平成20年2月1日施行）により地域福祉活動推進会議を企画実施している。 | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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。 | ○a・b・c |
| | 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・c |
| 評価概要 ①敬老祝賀会、運動会のボランティア、入所検討委員会の委員より、ニーズを聞き取る場を設けている。ワムネット、市のホームページなどインターネットで情報収集している。 ②「入所検討委員会」で、地域住民代表から「園の近くに住んでいるのになかなか入所できない（順番待ちが長い）ので困っているとの声がある」との意見があり、入所希望者の住所地により点数配分を考慮（一定の配慮を委員会で行う）するなどの対応を取るようにしている。 | | |

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り組みを行っている。 | Ⓐ・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 |
| <p>評価概要</p> <p>①運営方針を「わたしたちは利用者の皆様の人権を尊重し、まごころに満ちた 安心 安全 快適 な生活を提供できるようたゆまぬ努力を続けてまいります」とし、利用者尊重の方針を明示している。また職員や利用者・家族に配布する「事業概要」にも、「利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って施設サービスを提供する・・・」ことを表明している。身体拘束廃止研修会、身体拘束廃止委員会等で理解を深めることを実施している。礼拝室には向かって右手に「神棚」、左手に「仏壇」があり、「利用者の人権を尊重…」した取り組みの一端がうかがえる。</p> <p>②「介助マニュアル」（入浴、食事、排泄、おむつ交換、等各介助）を含む「ケアマニュアル集」を作成し研修で職員へ周知している。職場研修で、会議室にベッドを持ち込んで実際に介助のロールプレイをしたり、プライバシーに関わる部分については、特に指摘・指導されるようになっている。施設内は居室の境目に新たに棚を設置するなどプライバシーを保護するための方策が取られている。</p> | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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ている。 | Ⓐ・b・c |
| | Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>①「平成19年度業務概要」の「介護の方針・実践事項等」に食事の嗜好への配慮等利用者満足の向上を目指す姿勢を記述している。介護支援専門員、生活相談員が面接の場で希望を聞き、サービス改善・向上委員会へ諮ること、家族会総会（年1回）、年2回の家族会の自主的園清掃、園外レクリエーション、運動会、夏祭り等、行事の際に家族から要望を聞くこと、このような取り組みを通じて利用者の意向が把握され、サービス改善・向上委員会（サービス改善・向上委員会設置規程）でも利用者満足向上を意図した取り組みがなされている。そのほか、「地域福祉活動推進会議」を設置し、家族会長も参加してもらう取り組みも開始している。</p> <p>②具体的には、平成19年11月21日、12月20日のサービス改善・向上委員会で、要望を環境整備につなげている。ご意見を書くように白紙だと、なかなか書いてくれる人がいないので、○をつけるだけでいいようにしたら、ということで玄関ロビーに「アンケート形式の用紙」を準備した意見箱を設置したら意見が集まるようになった。また、「給食及び検食日誌」の検食者による所見欄をチェックし、反省点について「検食日誌等分析記録簿」にて原因や改善策等の分析を行っている。調理職員が統一した認識を持ち、反省を活かし利用者にとってより良い食事の提供へとつながるようサービスの改善・向上に努めている。</p> | | |

| | | 第三者評価結果 |
|---|--------------------------------------|---------|
| 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 |
| | 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 |
| 評価概要 ①玄関ロビーに第三者委員の電話番号を掲示し、複数の相談相手の中から自由に選べることを明示している。利用者・家族に配布する「平成19年度業務概要」にも「相談・苦情申し出窓口の設置」を記載し、利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 ②「利用者の相談、苦情、解決実施要領」、「苦情受付担当者が苦情を受け付けた際の対応手順（別紙1, 2）」（日本赤十字社本社作成）、苦情解決相談委員会の開催など苦情解決の仕組みを確立している。苦情解決責任者は園長、担当は生活相談員と掲示し、契約書にも記載し役割責任を明示している。苦情解決体制については、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の氏名・連絡先まで記載されたポスターが施設内に掲示され、重要事項説明書、事業概要で説明している。 ③利用者・家族からの苦情・相談・意見は「福祉サービスに関する相談・苦情受付書」「福祉サービスに関する相談・苦情受付通知書」、「福祉サービスに関する相談・苦情処理結果報告書」により、処理、フィードバックが行われるようになっている。実例として「音楽を流してほしい」に対応がなされていた。 | | |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な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 |
| | 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 |
| 評価概要 ①評価に関する担当者が設置され、日本赤十字社本社の評価基準に基づいての自己評価や第三者評価基準の自己評価等、年に3回行い結果を分析し、組織全体で検討する場が設けられている。「平成19年度業務概要」に「福祉サービス第三者評価の受審と公表」が計画され、実際に自己評価も行われている。 ②課題に環境、マニュアルチェックと整備と実施が取り上げられ、整備が進んでいる。これらの一連の活動は「サービス改善・向上委員会議事録」（平成19年4月11日及び平成19年5月16日）等に記録されている。 ③明確になった課題については、「サービス改善・向上委員会」で改善策が検討され、更に「管理会議」において、マニュアルの変更等について決定され実行されている。現在、「利用者様との信頼関係を育む接遇とマナー（言葉遣いを含む）」の研修会や「褥瘡予防対策マニュアル」の改定等が、関連委員会で進行中である。 | | |

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| | Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。 | Ⓐ・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が確立している。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>①個々のサービスの定義については「運営規程」、「重要事項説明書」に明記されている。個々のサービスの標準的な実施方法はマニュアルとして各部門ごとに管理されている。例えば、看護部門では「摂食又は嚥下障害に対するケアについてのマニュアル」、「事故発生時対応マニュアル」（誤嚥、窒息時の処置）、「服薬管理・服薬介助マニュアル」等がある。</p> <p>②サービス改善・向上委員会の主導で、年1回全マニュアルの見直しを実施している。必要な場合には随時見直しが行われている。見直しにあたっては、職員からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。</p> | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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・c |
| | 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・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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>①計画担当介護支援専門員の「施設サービス計画書」、生活相談員の「ケース記録」、看護部門の「看護記録」、介護部門の「入浴状況表」、「ケアチェック表」、管理栄養士の「栄養ケア計画表」など多くの実施状況の記録がある。</p> <p>②「公用文書分類基準表」により、保存期間などを定めている。開示方法については日本赤十字社本社が規定したものを使用。ほとんどの書類は「契約終了後2年間保存する」となっているが、2年経過後もほとんど保存している。明文書はないが、ケアプランは介護支援専門員が管理、その他の記録も、生活相談員、管理栄養士、看護師、介護職員と、記録担当部署を中心とした管理者が決まっている。契約書に「介護記録は差しあげます」と明文化している。</p> <p>③職員朝礼や申し送り等を実施し、要観察者等（状態不安定や変化のあった利用者等）に関する情報を共有化できるよう体制をとっている。当直者への申し送りも、必ず園長に報告後に実施している。看護師の情報伝達の仕組みについては、速やかに伝えるべき事項は、介護長へ（不在時はリーダーへ）伝達され、全職員へ徹底されるようになっている。看護師間では、日勤帯の勤務なので、常時情報交換可能である。伝達情報の発信範囲は、看護師3名で相談し、判断している。このように利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化する取り組みを行っている。</p> | | |

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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 |
| | 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 |
| <p>評価概要</p> <p>①ホームページを作成し利用者が情報を入手できるようになっている。また、組織を紹介するパンフレット「錦江園」も写真や図を取り入れ、利用者にわかりやすい工夫がなされている。正面玄関に「ご自由にお持ち帰り下さい」コーナー(机)設置。関係のある各種パンフレットを10種類程度、準備している。上記パンフレットに並べて、「ご自由にご覧ください」と、青いファイル「業務概要、年報、計画」等自由に閲覧可能である。</p> <p>②利用契約の際、利用者に契約書、重要事項説明書を用いサービス内容や料金等について説明し同意を得、署名、押印し契約を締結している。</p> | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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 |
| <p>評価概要</p> <p>①「運営規程」に社会復帰の支援について明文化され、契約書へも退所時の援助について明記され利用者、家族に対し説明を行っている。</p> | | |

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|---|--------------------------------------|---------|
| 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。 | ○a・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。 | ○a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>①施設サービス計画書・栄養ケア計画書・看取り介護計画書のプロセスが策定され、アセスメントツールは包括的自立支援プログラムを用い手順に従いADL、心理・社会面に至るまでアセスメントが行われ、状態変化時はもちろん定期的にも見直しが実施されている。</p> <p>②アセスメントに基づき課題分析を行い具体的なニーズが明示されている。また、ニーズに基づいた目標が設定され、達成に向けての援助内容となっている。サービス実施についても記録に整理されている。</p> | | |
| | | 第三者評価結果 |
| 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。 | ○a・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・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>①サービス実施計画の策定・実施にあたってはプロセスが策定され、それに基づき各セクションの担当者が役割を果たしている。また、管理者も決裁を行い全体の内容を把握し組織としての体制が確立している。</p> <p>②プロセスに従って、3ヶ月ごとにモニタリングを実施している。見直しの際は「サービス計画書作成のための照会書」や「サービス計画書作成のための面会記録」も利用して幅広く情報を収集している。また「サービス担当者会議」を開催し職種間での調整も行われている。</p> | | |