

(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 遠野長寿の郷】

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 社会福祉法人とおの松寿会の設立趣旨は、「地域に貢献する」をモットーに高齢者の多様なニーズに対応しながら総合的高齢者福祉事業を展開していくことを目標としている。快適な生活が送れるよう事業目的に沿って5点の目標を設定し、「これを実現し、地域と共に自らも持続発展していく」と定めている。理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。また、理念が法人や事業所毎の事業計画書、広報紙、パンフレット等に記載されている。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている	a
<p>理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。</p> <p>評価者コメント 理念に基づく基本方針5項目、更にミッションステートメント(職員の心構え)を一括して経営の基本方針として定めており、その内容は適切である。</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	a
<p>理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>評価者コメント 理念や基本方針を長寿の郷では、全体会議の開会に先立ち参加者全員による唱和の実施や新人職員研修会で施設長が具体的な説明をし、周知に取組んでいる。 また、毎年職員にはネームプレートの裏面に「理念、基本方針、職員の心構え」を印刷配布しており、継続的な取組を評価したい。</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	b
<p>理念や基本方針を利用者等に配布しているが、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 理念や基本方針をわかり易く説明したイラストを作成し、ホール等に掲げている。パンフレットも作成(100部)している。利用者等からの理解度を確認するためのアンケートも実施している。利用者は重度の方が多いため実施していないが、家族に対して家族懇談会に参加された方に説明し実施している。回収率は66%で、理念や基本方針を①よく知っているが15%、②まあ知っているが48%である。この双方の回答者に対し、理念や基本方針に共感できますかとの問いでは、①共感できる66%、②まあ共感できる34%であり、合計すると100%の方が理解し共感しており評価したい。 しかし、利用者に対する周知の仕方についてももうひと工夫が必要である。更に、これらは継続的に実施し理解度を確認する仕組みが求められる。</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 遠野市における高齢化の状況把握に努め、平成25年度から29年度の5か年間の策定を行っている。また、理念に基づく「地域に開かれ、地域に信頼される」施設をめざして各事業を展開することを目標にしており、計画は適切である。財源についても、平成25年度から5か年の収支計画を策定している。</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	a
<p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容および中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>評価者コメント 平成25年度事業計画は、中・長期計画の内容を反映した事業計画となっている。人事及び人事考課に関する方針の具体化は、平成25年度は準備段階の取組みになっているが、今後早期実現に向けた計画と実施が求められる。</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	a
<p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>評価者コメント 6か月毎に各セクションにおいて、事業の実施状況やサービスの質を分析、反省を行い、見直しを含めた資料を作成して主任相談員に提出している。これを相談員が総合的に調整して施設長に提出している。これを踏まえ施設長は、事業計画のまとめと次年度に向けた事業計画の策定をすることになっており、組織的な仕組みの中で取組まれている。今後は、これら一連の仕組みが文書化(マニュアル)されることが望まれる。</p>	

I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている	a
<p>各計画を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>評価者コメント 毎年度の事業計画書は、職員全員に配布し会議等で説明を行っている。また、6か月毎に組織的に事業の進捗状況の把握と反省、見直しを行っていることから、事業計画の内容はおおむね職員に周知されている。なお、適切な人事考課制度については11月中に具体的な方針が職員に提起できる状況にあるとのことである。</p>	

I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている	b
<p>各計画を利用者等に配布しているが、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 毎年度事業計画は、利用者等に配布している。家族懇談会の際に資料を配布し説明している。欠席された方々には後ほど資料を送付している。その外、施設広報紙に掲載し周知を図っている。 平成24年度には、家族を対象としたアンケート調査を実施している。施設のサービス内容の満足度や予算計画の理解度調査を行っているが、今後はより具体的な計画の説明と定期的なアンケート調査の実施が求められる。</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	a
<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、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>評価者コメント 法人とおの松寿会運営施設役職員規程に、管理者の役割と責任が明記されている。また、管理者は瓦版「長寿のかわら版」にその役割と責任について説明掲載している。その外、施設内各種会議において表明している。会議の際は、あいさつ要旨を作成したメモを記録係に渡ししている。今後は、あいさつ要旨を会議録に掲載する際は、前段に記載しその内容を職員に周知徹底する仕組みづくりが求められる。</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	a
<p>管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>評価者コメント 管理者は、法令遵守の観点で各部門での研修会に参加している。研修受講後は、施設内の研修講師となり職員に指導している。平成25年度は外部から講師を招き「個人情報」の保護管理についての職員研修会を開催するなど、法令遵守に積極的に取り組んでいる。</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	a
<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十分な指導力を発揮している。</p> <p>評価者コメント 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について評価、分析を行い、質の向上に向けた取組を行っている。特に第三者評価改善委員会の活動を活発化させ、サービス全体の質を評価、分析を行い、情報の共有化を図り課題の発見と改善に取り組む仕組みづくりに努めている。</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	a
<p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>評価者コメント 施設運営会議、主任者会議、第三者評価改善委員会等に出席し、当面する課題等を提起し、改善等について指導力を発揮している。ただし、これらの会議録に管理者の発言記録が省略されている部分もあり、今後は管理者の発言等はできるだけ詳細に記録しておくことが望まれる。</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 地域支援事業及び高齢者保健福祉関係事業については、平成25年度版事業計画の概要としてまとめており具体的に把握している。当面する福祉サービスのニーズについても、情報の収集に努め各事業所の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 各事業所の経営分析(24年10.11月期)を行い、運営会議において報告され検討を行っている。検討の結果について、改善すべき課題はあったのか、現状のままで良いのか明確にされていない。そのため、会議録には、検討の結果を明確にし、その内容を職員全体で共有することが必要である。経営状況や改善すべき課題について職員に周知する仕組みの構築が求められる。</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 事業経営にあたって、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と職員体制はどうなっているのか、この分析と具体的なプランが確立されていることが重要である。平成25年度事業計画において具体的なプランが策定されていない。有資格者の配置は十分なのか、不足している場合はどのように補充するのか等のプランが求められる。これらのプランに基づき人事管理されることが必要である。</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 人事考課の考え方のポイントは、①組織において意図的な人材育成を推進していくうえで職員に対して、公正で的確な評価が行われているか②職員の職務遂行にあたっての能力と行動及びその成果を、評価者が組織として定めた基準と方法に従って評価しその結果を活用すること③人事考課基準に定め、これを職員に明示し理解と納得が得られた上で実施する。 従って、人事考課を実施するにあたってまず法人として基本的な実施要領等を文書化し、そのうえで評価基準と評価方法を定め、実施する仕組みが構築されなければならない。</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	a
<p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>評価者コメント 職員の有給休暇の消化率や時間外労働の把握をし、定期的にチェックしている。平成24年度において職員の意向調査を実施しているが、結果についての分析、検討する担当者や担当部署等が明確に指定されていない。一部メンタルヘルスに関する業務を部外委託して職員に対応している取組は評価できる。</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	a
<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。</p> <p>評価者コメント 平成24年度、職員セルフチェック表により職員の健康状態を調査し内容を分析した結果、各事業所において適切な対応を実施している。特にカウンセリングは、職場経由することなく、直接外部相談員に相談できる仕組みとなっている。年1回の健診(夜勤者は2回)、インフルエンザ予防接種は全額施設負担となっている。また、宿泊施設利用職員に対する補助制度もあり、福利厚生対策は充実している。</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 法人とおの松寿会は、職員研修のための指針(H24.6.1作成)により研修部会を設置し、職員一人ひとりの介護技術及び専門知識を向上させることにしている。しかし、研修部会の業務とされている法人全体の研修のニーズ調査と分析、検討、評価、見直しの仕組みができていない。今後の部会活動に期待する。</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	b
<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るが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>評価者コメント 新人職員、中途採用者に対する研修、訓練計画は策定され実施している。平成24年度職員研修についてアンケート調査(H24.12実施)を行っている。その結果から、介護技術や専門知識を向上させるための職員一人ひとりの研修計画は明確にされていない。法人や事業所が必要な人材確保の研修と職員一人ひとりの意向をどのように調整し研修計画を策定しているかが明確になっていない。つまり、法人や施設の基本姿勢に沿った教育、研修計画が策定され、計画に基づく具体的な取組が求められる。</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	b
<p>研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>評価者コメント 研修終了後は、復命書の提出を求めている。年1回法人全体の復命報告会を実施しているが、復命書の内容にばらつきがあり、復命書の記載方法に工夫が必要である。例えば、①研修の課題は法人(施設)と本人が記入する②何故この研修計画をしたか(選択したか)③研修内容はどうだったか(満足か、不満足か、理由を書く)④この研修のどの部分が事業サービスに反映できるか(いつから)⑤この研修で万全であったか、今後更に深めたい課題はあるか⑥次の研修でどんなものを求めたいか(より具体的に職員から報告を求めることが大切)⑦管理者(上司)は、この報告に対しコメントを記入した報告書と関係職員に回覧、周知することが望まれる。</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 実習生の受け入れにあたっての基本的な姿勢として、①遠野長寿の郷実習について②実習、体験、見学の受け入れにあたって(とおの松寿会)がある。ただし、いずれも制定年月日が記入されていない。今後は、改定の際に記入しておくことが望まれる。また、法人として受け入れにあたっての統一した基本姿勢を指針、マニュアル等に集約した方が活用しやすいと思われる。</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

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
<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機能している。</p> <p>評価者コメント 緊急時(事故、感染症の発生時など)にあたっては、事故発生時対応マニュアル(H22.6.23改定) 防災マニュアル(H25.7.1改定)感染症対応指針(H23.11.11改定)事故発生防止指針(H20.12.1改定) 等が整備されている。また、組織として安全部会、感染症部会を設置し、年間の防災、安全対策の具体化に努めている。</p>	
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
<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 立地条件等から想定される天災等の影響についての分析が十分でない。また、地域との協力関係を重視しているが具体的に地域自治会との連携による防災訓練等は実施されていない。また、夜間想定避難訓練を実施しているが、午前中の訓練では効果はあまり期待できないと思われる。夜間発生火災による避難訓練であれば夜間の職員が少ない時間帯に行うことが望ましい。夜勤者と宿直者による対応(危険性を伴うため、消防署の職員や勤務終了職員の見守りの中で)により実態を分析できる。また、夜間帯の職員招集訓練による集合時間の分析も可能となる。これらの訓練で、地域との協力関係の重要性を認識できるものと思われる。今後の計画実施に期待したい。</p>	
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
<p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>評価者コメント 毎月の事故報告、ヒヤリハット報告を受け、安全部会ではこれに基づき要因の分析と事例検討会を行っている。また、外部講師による研修会を開催し、安全部会の役割と事例検討の在り方を学んでいる。</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

II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	a
<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積極的に行っている。</p> <p>評価者コメント 利用者と地域の交流について、基本的な考えは理念や基本方針に明示されている。また、中長期計画にも明記されている。具体的な取組として、遠野中学校運動会(3名)鷹鳥屋まつり(2名)への参加や当施設夏まつりチラシ配布(200部施設付近)の実施をし参加の呼びかけを行い、地域との交流に積極的に取り組んでいる。その外、夏まつりポスターを遠野中学校の美術部生徒によるボランティア活動で作成され近隣の商店街や公共機関等に張り出してもらった等の取組も行っており評価したい。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している	a
<p>事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。</p> <p>評価者コメント 遠野長寿の郷主催による「第2回転ばないための体づくり」企画を実施している。(H24.11.16)参加予定者50名(予算10,000円)チラシ配布先(利用者家族、松崎8区長、老人クラブ、松崎8区住民)。一般参加者17名、デイサービス利用者10名、職員16名などが参加し、職員と地域住民との交流が図られている。この企画実施により、地域との信頼関係がより深まったのではないかとと思われる。</p>	
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
<p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>評価者コメント ボランティア受け入れマニュアル(H20.12.30作成)により受け入れを行っている。担当者を配置し、ボランティア募集を行うなど積極的な取組を行っている。現在、登録ボランティアがいないため、ボランティア研修会の開催は開催していない。なお、ボランティア受け入れにあたっては、当日オリエンテーションを行い、施設の概要、理念、基本方針の説明と施設の特徴などを周知している。</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	a
<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し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>評価者コメント 事業所の役割や機能を達成するため必要な関係団体等の連絡先一覧表を作成し、各セクションに張り出すなど職員間で情報が共有されている。</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている	a
<p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>評価者コメント 遠野市地域ケア連絡会議や遠野市社会福祉施設長等懇談会に出席している。また、歯科医との協力整備など関係機関との連携を強め、利用者の安全安心のために施策を企画実施している。</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 遠野市地域福祉活動計画2013(主催:遠野市社協)に参加し、地域福祉ニーズ等の把握に努めている。また、平成24年度地域福祉ニーズアンケートの実施など地域福祉に対する住民の意向調査を行っているが、調査の結果は、「転ばないための体づくり」参加者のみのアンケートであったため、地域福祉全体の福祉ニーズ把握になっていない。</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	c
<p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画がない。</p> <p>評価者コメント 地域アンケート調査は、一部の住民のみからであり、全体の福祉ニーズの把握となっていないため、具体的な事業や活動は見られない。今後の一連の活動に期待したい。</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	a
<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、組織内で共通理解を持つための取組が行われている。</p> <p>評価者コメント 利用者を尊重したサービス提供の姿勢について、「利用者が尊厳を持ってその人らしい自立した生活が送られるよう支援する。」として法人の基本理念に明示されている。この理念に基づいて、個々のサービスの標準的な実施方法を記載した各種サービス提供マニュアルの「備考」欄にその姿勢が記載され、反映されている。また、身体拘束の承認、本人や家族の同意を得る際の手続きについては、内部研修により職員の意識の共有化に努めながら、様式・手順を定めて実施している。</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	b
<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るが、職員に周知するための取組が十分ではない。</p> <p>評価者コメント 平成23年度に「プライバシー保護マニュアル」を作成し、プライバシーについて個人情報と整理してその保護に取り組む姿勢を明確にしている。前回(平成21年度)の福祉サービス第三者評価における指摘事項について内部検討され、トイレ用カーテンの加工や風呂場間仕切りカーテンの取り付けに取り組んだことについて高く評価できる。一方で、マニュアルについては各部署に設置されているが、新採用職員への周知についてはより一層の工夫が必要であり、また、マニュアルに基づいてサービスが実施されていることの確認・記録も十分とはいえない。</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	a
<p>利用者満足度を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>評価者コメント 利用者満足度調査については、年度当初にその実施に関する方針・スケジュールを決め、これに基づいて実施している。満足度調査は、苦情解決対応体制と一体的に担当職員が行っている。調査結果については、職員会議で分析・検討され、家族懇談会で報告されている。また、職員間では、ユニット会議で調査結果について読み合わせる等、改善に向けた意識の共有化を図っている。</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 利用者の相談や意見提案を受け付ける仕組みとして、相談会、意見箱への投書の方法を用意し、チラシの貼付や利用契約時の説明で利用者や家族に周知している。相談相手については、相談者の希望に合わせて、職種を選ぶことができることを確認している。実際には、相談会における相談はほとんどなく、サービス実施中の会話の中で相談されたり意見がある。そのことについては、ケース記録の中に記録され、ユニットごとの打ち合わせによって職員間で共有化されている。かつて、家族等からの外部相談窓口として、県立遠野病院内に巡回型の相談窓口を設置していたこともあったが、現在はその担当は短期入所部門に移されている。</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 法人として定められた「苦情等解決規程」により、苦情解決に向けた体制、手順について明示されている。これに基づき、毎月の運営会議で内部における情報共有を行うほか、第三者委員に対しては、年1回の報告会で報告している。苦情解決については規程の整備により仕組みが確立しているが、実際には記録に不備があったり様式・記録方法が定められたものと合致しない部分があり、十分に機能しているとは言えない。また、平成25年度においては、特養部門における苦情がまったく無く、細かな苦情をすくいあげる方法について、再度検討することが求められる。</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	b
<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るが、迅速に対応していない。</p> <p>評価者コメント 平成21年3月に「利用者・家族等からの意見等に関するマニュアル」が作成され、日常の小さな要望・希望に対しても組織的に対応する姿勢が明示されている。受け付けた苦情・要望については「苦情・要望受付」様式に記録され、担当者やユニット単位で対応可能なものについてはユニットリーダーの権限で迅速に対応、主任や施設長に図るべきと判断されたものについては組織的な検討を行い、これらを1か月単位で決裁を経る仕組みとなっている。対応した案件についてはすべてホームページにて公表されている。しかし、複数重なる仕組みの中で第三者委員の役割について曖昧であるなど見直しが必要と求められるが、定期的な見直しの仕組みが定められていない。</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	a
<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機能している。</p> <p>評価者コメント サービス評価については、第三者評価受審年度以外でも年度当初に行われる職員会議の中で自己評価への取り組みについて確認、主任級職員以上の担当者を決めて組織的に取り組んでいる。第三者評価改善委員会が設置され、評価結果に基づくサービスの質向上への取り組みについて協議され、その内容については会議録にて確認することができる。</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	a
<p>評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>評価者コメント 毎月、第三者評価改善委員会が開催され、課題に対して対応策が検討されている。分析された課題については、「ポイント」として表にまとめられ、研修会の資料として活用され職員間に周知されている。</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 マニュアル作成部会を中心に検討されたサービス提供に関する各種マニュアルにより、標準的な実施方法が文書化されている。現在はこの管理についてマニュアル管理部会へと体制を移行し、対応している。24時間シートを作成して、すべての職員が一定の質を確保しつつサービス提供しているが、マニュアルに則ってサービス提供されていることを確認する方法・仕組みについては明確に示されていない。また、標準的な実施方法に合わないサービスが行われた場合の対応方法についても明示されていない。</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	a
<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、仕組みに従って検証・見直しを行っている。</p> <p>評価者コメント マニュアル管理部会が見直し業務について担当している。マニュアルの見直しについて、対象箇所を定めて部会内で検討し、見直しがあった場合には修正箇所を下線を引いてわかりやすく示したマニュアルを全職員に回覧し周知している。</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	a
<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>評価者コメント 日々のサービス提供の実施状況については、定められた様式のケース記録に記載されている。特にケアプランに基づき重点的に取り組む項目については、ケアプランチェック表を使って確認している。また、記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないようにするため、「記録を書くときの注意点」を示し、内部研修等で職員に喚起している。</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 文書管理の規定については、法人として「文書・契約等の取扱い」としてまとめられているものはあるが、手順や基準を明示するものがない。個人情報を含む記録が保存されたUSBについては、まとめて管理し、事業所内から持ち出さないことの声かけをしている。個人情報の管理については、個人情報管理責任体制図で責任を明確にするとともに、個人情報保護の研修を実施している。情報開示の規定・手順については、「個人情報に関する規定等」により明示されているが、職員に対する周知に関する取り組みについては十分とはいえない。</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 利用者個々の状況については、全体朝礼、ユニットごとの打ち合わせ、申し送りによって情報共有している。更にパソコンのネットワークを活用し記録を管理、事業所内での情報共有を速やかに行える環境整備に取り組んでいる。緊急時については、ユニットリーダー、主任、施設長の連絡体制を明確にすることで迅速な情報共有を図っている。</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	a
<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積極的に提供している。</p> <p>評価者コメント 広く利用に関する情報を提供するためホームページを開設し、施設の様子を公開している。また、広報誌についても送付先一覧表を作成して送付している。見学者があった場合には受入簿に記録している。プレゼンテーション用PCソフトにより施設(事業所)を紹介する資料を作成しており、パンフレットと併せ、必要によってこれらを使って地域への情報提供に努めている。</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	a
<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わかりやすく説明を行っている。</p> <p>評価者コメント 利用契約書、重要事項説明及び付属文書などの様式を定め、所定の手続きにより利用者や家族等から同意を得てサービス提供を開始している。サービス内容や料金等を説明する際には、重要事項説明書等資料の重要な箇所にマーカーなどで印を付ける等わかりやすく伝えるための工夫をしている。</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 法人にて規定された様式による介護サマリーや看護サマリーを使って、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。しかし、事業所の変更自体が稀であるため、その手順や引継文書としての仕組みは不十分な状態となっている。サービス終了後の相談希望者への対応担当・窓口は相談員が担当が、それらを説明するための文書は作成されておらず、現在その作成の予定もない。</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
<p>利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握しており、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)を具体的に明示している。</p> <p>評価者コメント PDCAサイクルによる段階と担当者を明記した「モニタリングとカンファレンスの進め方について」を手順書として、これに基づきアセスメントも実施している。MDS方式を採用して定められた様式によりアセスメントを行い、暫定プランによる支援と併行して多職種参加のケアカンファレンスを開催、利用者や家族等の意向も確認しながら同意を得てサービス提供している。</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	a
<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おり、実際に機能している。</p> <p>評価者コメント 責任者を施設長、担当者を施設ケアマネージャーとしてケアプランを策定している。利用者の意向については本人と関わるあらゆる職員による情報共有に努めながらできるだけそれを尊重し、併せて定期的に面会時の聞き取りや郵送のやり取りによる方法にて家族の意向把握にも努めながら、本人本位のケアプラン策定に努めている。</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 「モニタリングとカンファレンスの進め方について」に基づき、モニタリングを45日サイクル、カンファレンスを90日サイクルで実施している。これらの周知については、月1回のユニット会議にて行っている。日々の記録はケース記録やケアプランチェック表によって確認されるが、緊急にプランを変更する必要がある場合には、臨時のカンファレンスを開催している。</p>	