

福祉サービス評価結果(特別養護老人ホームめづら荘)

共通項目編

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	評価の根拠・コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1)理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	a	法人、施設の理念は明文化されており、施設玄関に掲示されているほか、パンフレットや広報誌にも掲載されている。また、法人、施設の理念としている「命を大切にした自立支援」は権利擁護や虐待防止の視点での理念として共有されている。
			② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人、施設の理念を基に基本方針が示されており、その基本方針に施設の理念が盛り込まれている。また基本方針は重要説明書の冒頭に(1)自立した日常生活の支援(2)入所者の意思と人格の尊重(3)関係機関との密接な連携が明示され、全職員の行動規範として周知徹底されている。また、社会福祉法人済生会の歴史は古く、「命を大切に」救済の活動を展開しており、東日本大震災の支援活動にも貢献した功績は高く評価される。
		(2)理念や基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	理念や基本方針を職員に徹底させるため、各個人の名札の裏面に理念を記載している。また、施設全体で理念や基本方針が職員に浸透しているかの確認のため、資料を配布し、全体会議や研修等で内容について説明している。
			② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	法人、施設の理念については、利用者が見えるところに掲示しており、また、認知症の利用者や家族に対しては分かりやすいパンフレットで説明する等の工夫をしているが、周知状況を確認するなど、理解を促すための取り組みが十分でない。
	2 事業計画の策定	(1)中・長期的なビジョンと計画が策定されている。	① 中・長期計画が策定されている。	a	経営に対するビジョン、福祉サービスに関する今後の見通しを中・長期計画の中に盛り込み、客観的な収支計画を策定している。また、理事会、評議会においても中・長期計画に沿った具体的事業内容が報告されている。
			② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	各年度の事業計画は、中・長期計画を見据えた内容となっており、施設移転後の運営全般にわたっての経営戦略となっている。また、計画の見直しは必要な都度行っており、運営の数値目標となっている。
		(2)事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	事業計画の策定に当たっては、職員の意向を十二分に踏まえたものとなっており、各年度ごとの見直しもなされている。特に、計画の中に個別支援計画が組み込まれ、職員主導の日課計画表の作成など職員参画の計画となっているが、ワーキンググループ等職員の組織的な関わりが、十分ではない。
			② 事業計画が職員に周知されている。	b	各年度の事業計画はもちろん短期計画についても、各部署ごとに検討され、十分職員に理解させながらの具体的内容となっている。計画書は全職員に配布されているが、全職員の理解までには至っておらず、計画内容の更なる周知徹底が期待される。
			③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	計画そのものは作成されているものの、利用者、家族には理解を求めするための細かい資料は配布されていない。できれば中、長期展望に立った施設ビジョンを時期を見て公表することも必要と思われる。
			④ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	計画そのものは作成されているものの、利用者、家族には理解を求めするための細かい資料は配布されていない。できれば中、長期展望に立った施設ビジョンを時期を見て公表することも必要と思われる。
3 管理者の責任とリーダーシップ	(1)管理者の責任が明確にされている。	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	施設長(管理者)は、施設を統括する役割と責任が付与されており、職員に対して、置かれている責任の重大性を理解させ、共助体制を確立しておくことも大切である。特に有事に対する一体感と強固なチームワークは確立されている。	
		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	施設長(管理者)は、遵守すべき法令等については必要な都度教養研修を行っており、24年度の介護報酬改定についての研修会も実施している。特に施設長は関連福祉事業所の中核的役割であることを自覚し、自ら先頭に立って法令遵守に取り組んでいる。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	評価の根拠・コメント
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	b	施設長(管理者)は、福祉事業の経験も豊富なことから、福祉サービスの質の向上には特に力を注ぎ、夜間における勤務時間の短縮に取り込むなど職員の労務管理も徹底し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。しかし、職員に対する管理者の指導力が十分発揮されておらず、今後は、職員の理解度等の分析を行いながら、サービスの質の向上に取り組まれることを期待したい。
			② 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	施設長(管理者)は、経営や業務の効率化や改善に向けて職員の意見を聞きながら積極的に取り組んでおり、廊下フロアを利用したユニット食事の提供や各部屋には、自宅居注意識を想い出すように2階居室を「1丁目」、2階居室を「2丁目」と名付けるなど、居室名称を居室入口に掲示している。業務改善については、委員会を設置するなど具体的な体制を構築しているが、今後は、更に人事、労務面の分析や人員配置・環境整備等の具体的方針を示しながらの取組を期待したい。
			③ 管理者は、代表者とともに福祉サービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任を踏まえて、ともに取り組んでいる。	b	代表者(理事長)、施設長(管理者)は、施設の責任者としての自覚はあるものの、理事長は東京在住と遠く、その役割と責任の重要性が職員全員に理解されたものとはなっていない。今後は、職員向けの広報紙で周知するということが、更に代表者と施設長は常に連携を取りながら福祉サービスの向上に協働して取り組まれることを期待したい。
II 組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	事業運営状況は、好調で、中・長期計画を見据えた環境整備を的確に把握し、新規事業として環境抜群な唐津松原沿いに新施設の移設を計画されており、ショートステイ12床、ケアハウス30床を併設することになっている。これまでの従来型多床室が108室の完全個室に移行する等利用者本位の環境整備に努力されている。
			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。	a	常に経営状況の分析がなされており、定期的な市場調査、コスト分析、入札の見直しなどを行っている。また、福祉サービスを見据えた待機者278名の追跡調査も実施しており、施設入所に際しては、入所時の公平を期すため、入所検討委員会で、入所優先順位を検討し適正な入所手続きを行っている。
			③ 外部監査が実施されている。	a	施設の運営全般にわたっての外部監査は定期的実施されており、特に法人委託の公認会計士の監査を受審している。また、法人監事の定期監査も確実に実施されており、試算表も確認されている。更に労務管理の面での労務士の業務指導も受けている。
	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	福祉サービスの質の向上のための人材確保や勤務体制の改善などに取組まれ、介護福祉士、看護師等の有資格者の積極的な採用等にも努力され、勤務体制加算などにより職員の士気の向上が図られている。また、有資格者に対する手当の支給、介護職員処遇改善加算の支給等と士気の活性化に取り組まれている。
			② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事考課は定期的実施されているものの、今後は、直近上司による客観的評価の実施やその評価による適正な職員の処遇のあり方について検討し、組織全体の活性化につなげられることを期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	評価の根拠・コメント
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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	職員の労務管理は適正に管理されており、有給休暇の消化状況、時間外勤務状況のデータのチェック、職員の体調の把握等きめ細かな対応がなされている。職員の就業に関する意見、要望もチームリーダーから直近上司へと下意上達の意思の疎通が図られている。また、チームリーダーによる職員の相談体制も確立され、職員のサイレントクレームの吸い上げにも効果をあげている。一方では、環境に対する不満等もみられており、職員からの相談内容の分析等、改善に向けた取り組み状況について、わかりやすく説明を繰り返す等、職員への理解の浸透を期待したい。
			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	職員の健康診断は、定期的なものに加え、希望により人間ドックも実施、また、外部から利用者への感染予防のためにもインフルエンザやB型肝炎の予防接種も一部事業所負担で実施されるなど、健康管理は的確に行われている。その他には、近隣のスポーツクラブの法人会員となっており、職員がいつでも好きなメニューを行うことができ、利用職員も多い。職員旅行、懇親会、バーベキュー大会などのレクリエーションも年間に多数実施されている。
			③ 職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を取り入れている。	b	職員数が多いこともあり、業務上の悩みやストレスも多いと思われる。業務上の職員の要望はチームリーダーが相談担当者として対応しているものの悩みやストレス等のカウンセリングが十分とは言えない。定期的に職員との個別面談を実施する等して、職員が相談しやすい環境づくりが望ましい。
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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	福祉サービスの実施のための中・長期計画は基本方針として打ち出されており、介護技術の向上のための研修も実施されている。また、資格取得のための時間調整や勤務変更も的確に行う等配慮されている。
			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。	a	職員数も多いことから画一的になりがちな教育研修を施設全体で改善し、個人の知識技術を生かすための計画的カリキュラムを作成し、外部、内部講師を招へいする等して、勉強会が実施されている。
			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	研修結果はレポートとして提出させ、全体会議、ケア会議で発表させている。研修結果は業務の中に生かし、職員間で共有している。さらに研修内容を次年度の研修計画に反映させるなど研修内容が生かされている。
		(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	① 実習生の受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	唐津という地理的条件もあり、介護実習校が少なく、多久高校の実習にとどまってはいるものの、地元の小、中学校からの介護体験研修は積極的に受け入れている。実習の受け入れについては、指導担当者を決め、実習計画を策定する等マニュアルが整備されている。実習結果については、学校側にフィードバックし、実習評価も通知するなど積極的な取組が行われている。また、実習期間中のカリキュラムに沿った専門職員の指導も計画されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	評価の根拠・コメント
3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	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	施設長(管理者)は、施設の理念である「命を大切にした自立支援」をモットーに事故や感染症の防止に積極的に取り組んでいる。特に事故発生時の緊急通報については、連絡網を作成する等して利用者の安全確保に徹底して取り組んでいる。また、施設内に事故防止委員会を設置する等して、関係医療機関との体制の強化を図っている。さらに、各種事故ごとの対応についてもマニュアルが作成され、職員にも周知徹底されている。	
		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。	a	地震、津波などの災害時の対応マニュアルを作成し消防訓練を含めた避難誘導訓練も定期的実施されている。特に先の東日本大震災の教訓を踏まえ、玄海原発事故を想定した消防署、警察、地元自治会の協力を得ての訓練も実施していることは、特筆に値する。また、利用者安全を最重点に食料備蓄を含めた整備体制もつくられている。	
		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	「命を大切にした自立支援」をコンセプトに施設内外の危険個所の点検を行い、利用者の日常生活の安全確保に努力している。特に、薬品の取扱い、服薬管理には気を使い、個人ごとの分類ケースをつくり、事故防止の徹底を図っている。また、刃物、電気類等の収納管理はチームリーダーの責任において管理されている。ヒヤリハットを含めた、アクシデント、インシデントについては、確実に報告させ、発生要因を分析検証し、未然防止に努める安全対策委員会もある。その効果もあって過去1年間大きな事故は発生していない。また、職員の介護事故、利用者の不慮の事故への対応として損害賠償責任保険にも加入しており、利用者、家族の安心感につながっている。	
4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者地域とのかわり大切にしている。	b	施設全体としては、介護支援ボランティアカードのポイント制の導入など積極的に地域との連携を図り、唐津地区の社会資源を有効に活用した利用者地域とのかわり合いをつくっていることは高く評価される。また、地区ボランティアの名簿を作成し、計画的に招へいする等して、利用者の癒しの場を提供している。しかし、地域の町内会、老人会、子供クラブなどへの参加が少なく、今後は、施設から地域行事、会合等に進んで参加し、地域との交流を図っていただくことを期待したい。	
		② 事業所(施設)が有する機能を地域に還元している。	b	事業所規模が大きいこともあり、施設内諸行事に追われ地域行事への参加が少ないと思われるので、施設側から施設の研修、行事等に参加してもらうよう呼び掛けることも必要である。また、施設を開放したオープンな場を設け、地域向けの情報の発信を行い、施設の理念、基本方針などの広報活動を展開されたい。移転予定の施設は、県下でも類を見ない規模の事業所となり、素晴らしい環境の中でサービスができることから、ハード、ソフト両面での地域開放型施設を実現していただきたい。	
		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。	a	ボランティアの受け入れ態勢は、児童、一般の部と区別された名簿が備え付けられており、全職員がボランティアの意義や方針を熟知している。特にボランティアの支援を強力にするため、市と協力し、「唐津市介護支援ボランティアカード」を作成、ボランティアの活動意欲を高揚していることは特筆に値する。	
	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	b	地域の中での施設の役割や、機能を情報として職員は共有しており、地域、利用者、家族向けの広報誌やダイレクトメール等で周知させている。また、ケアマネージャーを中心に、介護支援事業などに取り組んでいる。今後は更に移転先の施設の環境の素晴らしさを活用しながら地域開放の規程を設ける等して、地域共生型の施設ネットワークづくりに努められたい。	
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	関係機関、団体との定期的連絡会には、施設長以下関係職員が参加している。今後は、介護支援専門員を中心に、地域とのネットワークづくりにも努力され、地域の関係機関や学校、保育所等と協働した活動も展開していただきたい。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	評価の根拠・コメント
		(3)地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	地域の福祉ニーズは的確に把握されており、地域住民に対する相談支援も十分なされている。また、自治会長、民生児童委員、婦人会、老人会などとの連携も取られ、福祉ニーズの把握に努めている。
			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	福祉ニーズに基づいた中・長期計画が策定され、その計画は具体的な施設の活動方針となっているが、事業活動やその企画を利用者に説明した記録がない。今後は、新施設の移設に伴い、地域との連携を期待したい。
Ⅲ 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	(1)利用者を尊重する姿勢が明示されている。	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	施設の基本方針や理念は、命を大切にした自立支援にも見られるとおり、利用者本位の福祉サービスを明示し、活動を展開している。また、全体会議、ケース会議等で利用者を最大限に尊重した福祉サービスの実現に向けて検討されている。
			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。	a	利用者のプライバシーの保護については、規程、マニュアルが整備されており、重要事項説明書、契約書にも明記されている。利用者の居室への立ち入り同意や手紙の開封等の同意については、本人や家族から確実にとられている。また、プライバシーの保護に関しては、規程、マニュアルに沿った職員研修と福祉サービスが実施されている。
		(2)利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者満足度の調査は定期的実施されており、その調査に基づく検証と改善がなされている。また、日常生活の中での利用者の満足度を知るため、利用者や個別の面談を実施するほか、家族からの意見も徴収している。さらにグループごとに利用者の相談担当を決め、きめ細かく意見や要望を吸い上げており、その一つとして、センター施設内に日常生活用品や菓子類などを販売する売店を設けていることは、ユニークなアイデアである。
			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	利用者の相談や、意見は十分吸収されているものの、利用者の相談方法や支援体制の仕組みについては、文書化されていないので内部規定をつくり、家族などへ施設の利用者に対する相談支援体制が整っていることを周知する必要もあると思われる。
			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	苦情解決の体制は、規程やマニュアルの中に細かく明記されている。また、重要事項説明書の中に、めづら荘における苦情解決の流れを図表化し分かりやすく説明している。契約書の中でも苦情に対する条項を設け、利用者や家族からの苦情にも的確に対応できることとしている。これまでの利用者や家族からの意見や苦情は確実にファイルされ記録として保管されている。また苦情解決に当たっては、苦情解決委員会にて提案検証され、適正かつ的確な処理がなされている。
		(3)利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	利用者からの意見や提案はダイレクトに上達される仕組みのマニュアルも整備されている。その意見や提案は、マニュアルに沿った手順で、委員会、全体会議で報告され、福祉サービスに反映した改善策が取られている。
2 サービスの質の確保	(1)質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	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	定期的な指導監査も受審されており、随時自己評価も実施されている。今回の福祉サービス第三者評価の受審に当たっては、事前に利用者、家族に広報誌などで連絡し、アンケート調査や聞き取り調査への協力を呼び掛けている。今回の受審は、施設職員の士気高揚と、意識改革にもつながっている。施設長、職員それぞれの自己評価も的確、適正に実施されていた。	
		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	これまでの自己評価の内容については、全体会議やケース会議等で報告され検証分析され、管理者、施設長、理事長へと上達され、必要に応じた改善実施策が取られている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	評価の根拠・コメント
		(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。	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。	a	提供されているサービスについては、理念としている利用者本位の姿勢が貫かれており、職員にも周知徹底が図られている。特に利用者のプライバシー保護については、規程や通知で明文化されている。
			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	提供するサービスの標準的な実施方法については、定期の会議、研修会などでその都度、検証と見直しを行い、サービスのあり方や問題点を上げ、全職員共有の課題として取り上げている。
		(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	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	提供したサービスの記録は、ケース記録として残されており、記録の内容も個人ケースごとに編綴され、サービスの内容が一目で分かるように工夫されている。また、利用者のサービス内容についての毎日の記録は、ケース記録で確認でき、個別ケア全体の記録は、個別支援計画書、施設サービス計画書、日課計画表で確認できる仕組みになっている。さらに基本情報としての個人記録は、フェイスシートや施設介護支援経過で確認できるよう記録管理が徹底している。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	利用者の日常生活やサービスの実施状況については、記録として残されており、記録の管理責任者、記録の保管、保存、廃棄についても規程の中で明確に明示している。また、家族から情報開示の要望があった場合の対応についても、個人情報保護法を含めた取り扱いについて全職員に研修、伝達がなされている。
			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	利用者の日常生活の状況、サービスの内容については、個別支援計画書のほか、各種記録書類で確認できるような仕組みになっており、利用者の情報は確実に職員間で共用している。また定期的な担当者会議等で、医師、看護師、ケアマネジャー、社会福祉士、介護福祉士、栄養士等が各専門分野で検討されており、情報の共有化が図られている。
3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	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	インターネットを利用したホームページを作成し公開して、施設の紹介を積極的に行っている。特に済生会全体の詳細なパンフレットや創立100周年を記念したパンフレットを作成する等して、施設を紹介している。また、施設内の見学、体験入所も受け入れている。	
		② サービスの開始に当たり利用者等に説明し同意を得ている。	a	サービスの開始に当たっては、サービスの内容や、利用料金、職員体制など具体的に記載した重要事項説明書で、利用者や家族に説明している。説明に当たっては、担当ケアマネジャーが丁寧に資料を提示して説明し、施設内案内を兼ねて、利用者や家族の理解を得ながら契約を結ぶなどの対応をしている。	
	(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所(施設)の変更や家庭への移行などに当たりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	サービス内容は個人ごとにファイル化し、フェイスシート等で基礎データ、介護記録などが保存されている。他の事業所や地域、家庭への移行についてもスムーズに引き継ぎがなされるように書類なども整備されている。移行後も担当ケアマネジャーが移行先や家庭に向くなどして相談に応じ、常に追跡調査も行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	評価の根拠・コメント
	4 サービス実施計画の策定	(1)利用者のアセスメントが行われている。	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	利用者の身体状況、施設内での生活状況、今後生活をする上の本人の希望等を的確に把握し、フェイスシート・施設サービス計画書等の決められた様式に記録し、保管されている。利用者個人のアセスメントは、医師や家族も参加する担当者会議や、ケア会議等で実施する時期や手順も定められている。会議記録には、利用者の一人一人に対する課題(ニーズ)が検討され、的確な対応がなされている。
		(2)利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a	利用者一人一人のサービスの実施計画は、利用者が所属する担当者(生活相談員・看護師・介護福祉士)で定期的に検討され、個人ごとに施設サービス計画書や日課計画表、施設介護支援経過一覧により、サービスの実施計画が策定され、きめ細かいサービスが提供されている。
			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	策定された実施計画は、必要な都度見直され、利用者、家族の意向を踏まえた内容として記録されている。サービス計画の見直しは、長期モニタリングを実施し本人と面談の上、満足度、目標達成度、変更の必要性が検討され、記録されている。また、サービスの実施計画、見直し後の実施計画も利用者、家族はもちろん、関係職員にもあらゆる機会を利用し周知させている。