

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

| | | | |
|-----|----------------------|--------|-------------------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会 | 認証番号 | 第 2 号 |
| 所在地 | 盛岡市三本柳 8-1-3 | 評価実施期間 | 平成 25 年 6 月 14 日～26 年 1 月 9 日 |

2 事業者情報

| | |
|---|---------------------|
| 事業者名称（施設名）：やまゆり荘 | 種別：特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名：理事長 藤田 春芳 （管理者） 施設長 及川 俊和 | 開設年月日：平成元年 4 月 11 日 |
| 設置主体：社会福祉法人 胆沢やまゆり会 経営主体：社会福祉法人 胆沢やまゆり会 | 定員（利用人員）：50 名 |
| 所在地：岩手県奥州市胆沢区南都田字加賀谷地 416 番地 TEL：0197-46-5111 FAX：0197-46-5112 | |

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している

各種会議等あらゆる機会を通してかなり詳細に具体的に方針が示されるなど管理者としてリーダーシップが発揮されている。一般的にリーダーシップの類型には、コーチ型（高指示・高支援）のスタンスが主流とされる。今後もコーチ型とともに支援型（低指示・高支援）の併用で進めていただきたい。

◇ 改善が求められる点

○ 苦情解決の仕組みの確立と周知・機能について

苦情について複数の第三者委員を設け、これについて重要事項説明書に明示され、契約時に利用者や家族等に説明されている。しかし、苦情解決の仕組みとして、法人として作成されている「福祉サービスに係る苦情解決事業実施要綱」と施設で作成した「相談・苦情受付マニュアル」があるが、これらの記録様式等の整合性が図られておらず、実際、「電話（口頭）受付票」のみで対応している事案もあった。今後、これらの仕組みを明確に整理し、苦情受付から対応後の公表に至る手順を機能させる取り組みが求められる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

管理者の役割と責任を表明し、リーダーシップの発揮等により、今後もコーチ型と支援型の併用で進めるようにとの評価をいただきました。

職員は法人理念と基本方針のもとに管理者の意図をよく理解し考え、マニュアルの見直しについても利用者にとっての最適なサービスを追求しながらつくり出しました。第三者評価の受審に率先垂範の姿勢で取り組んだことにより、職員は挑戦した充実感と達成感を味わうことができ、高評価がやる気・頑張りに結びついています。

なお、改善が求められる点及び訪問調査時にいただいた助言については、十分に検討し改善に向けて取り組みます。受審の貴重な経験は、PDCA サイクルを自ら回す体制づくりに大変有効でした。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果
(別紙)

(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 やまゆり荘】

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 「やまゆり荘」では、社会福祉法人胆沢やまゆり会の理念とは別に「やまゆり荘」独自の理念を立てたことも本施設の意識・意欲の高さが窺われる。また、胆沢やまゆり会の理念策定にあたって、理念等プロジェクト・チーム員による十分かつ慎重に検討がなされ、本施設の方針、道筋が具体的に明確に示されている。今後は、法人の理念と「やまゆり荘」の理念を架橋する説明などを取り入れながら進めていただきたい。</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 上述の法人理念等プロジェクト・チームによる時間をかけ積み上げた議論の末の基本方針を踏まえた「やまゆり荘」の基本方針は、かなり具体的内容になっており職員の行動規範としては適切である。</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 朝礼や委員会等で説明、さらに唱和の実践により職員への周知がなされていることが書面でも確認できる。給食事業の「委託業者」職員への説明もなされておりこれも評価できる。今後は、出入り業者の方等、本施設に関わる「利害関係者」の方はすべて顧客と捉え、さらなる周知を進めていただきたい。</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 | a |
| <p>理念や基本方針を利用者等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 契約時に際してご家族等に理念や基本方針が示されている。利用者に対しては、各ユニット単位で口頭説明や掲示をしている。ただし、利用者個々に認知の程度が異なることから理解の程度に差異があると思われる。今後は、全利用者に対して等しく示される工夫を継続するとともに、日々提供されるサービスこそが理念や基本方針の具現化されたものであるとの確認・周知を期待する。</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 「やまゆり会」中長期計画に沿って、計画検討委員会等で「やまゆり荘」の具体的な中長期計画が策定されていることが確認できる。第2次中長期計画の内容もしっかり協議されている。中・長期計画は経営の背骨とも言える。第1次中長期計画の実績も示されているため、しっかり総括されて次期の中長期計画に活かしていただきたい。また、平成30年度には「どのような施設になりたいのか」という「ビジョン」(目標)も明確にし、職員全員で共有されるよう進めていただきたい。</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 事業計画は、中・長期計画の内容を反映し各年度における事業内容が具体的に示されている。また、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価が行えるよう配慮がなされている。</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 各事業計画は、年度終了時とはもとより、年度途中にあっても、事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。事業毎に会議の中で検討され、その上で施設長とボトムアップで進められている。今後も、PDCAサイクルを意識した取組みによる事業計画の策定を進めていただきたい。</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 法人三施設会議、事務局長会議、課長会議等を受け、各課内やユニット会議で説明、報告、回覧により周知を図っている。また、朝礼、終礼や研修時においても進捗状況等を確認しながら継続的に実施されている。今後の周知については、職員に事業計画を周知させる目的を明確にさせながら進めていただきたい。</p> | |
| I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている | a |
| <p>各計画を利用者等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 各ユニット内の掲示や広報誌(郵送)により周知を図っている。また、年度の合言葉として「音楽(歌)ある生活、人と自然とふれ合う生活」を掲げ、施設内や各ユニットに掲示し理解を図る取組を行っている。</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 各種会議等あらゆる機会を通してかなり詳細に具体的の方針が示されるなど管理者としてリーダーシップが発揮されている。一般的にリーダーシップの類型には、コーチ型(高指示・高支援)のスタンスが主流とされる。今後もコーチ型とともに支援型(低指示・高支援)の併用で進めていただきたい。</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 管理者の当該取り組みは、適時適切に行われている。管理者は、各種研修会等へ参加しその内容を報告、回覧し必要に応じ職員へも研修会に参加させるなど職員への周知を図る取組を行っている。今後は、「やまゆり荘」における「法令遵守の意義」や職員が本当に正しく理解しているかの確認もしながら進めていただきたい。</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定期的、継続的に評価・分析を行っている。職員の意見を確認しながら課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。「質の向上」とは何かという確認は重要であり、言葉の定義は人によって文脈によって異なることがある。今後も、評価の際、管理者の考える「質の向上」についての適切な説明がなされ、「やまゆり荘」における「質の向上」の定義を確認、共有しながら進めていただきたい。</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 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、に取り組んでいる。具体的に、職員の手当改善、地域の低所得者に対する事業検討、環境整備を積極的に行っている。今後は、若手職員と意識的に会合を設けるようにし、若手職員が管理者に効率化と改善に向けた提案ができるような機会を設けながら進めていただきたい。</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 |
| 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。 評価者コメント 各種研修会、会議等で事業経営を取り巻く環境についていろいろな角度から把握することに取り組まれている。今後は、現状分析のツールである「SWOT分析」(内部の強み・弱み、外部の機会・脅威)等による内部環境、外部環境を明らかにし、継続して現状把握を進めていただきたい。 | |
| 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 | a |
| 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 評価者コメント 経営状況を分析、改善すべき課題を抽出し、中長期計画にも反映させている。職員にも「荘・里情報」等で周知されている。今後は、職員へ周知の際には、経営状況のデータをただ示すだけでなく、だれでも理解できるよう「翻訳しながら(分かりやすく)伝える」に努めていただきたい。 | |
| Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている | 非該当 |
| 評価者コメント | |

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 | a |
| <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おり、それに基づいた人事管理が実施されている。</p> <p>評価者コメント 運営規程や組織図等において施設として必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員に配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがあり、プランに基づいた人事管理が実施されている。</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。 | a |
| <p>客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>評価者コメント 人事考課の目的や効果を正しく理解するとともに、考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。人事考課は職員のモチベーションを高める道具としても有効である。一方で意欲を削いだりすることもあるので、適切な運用、定期的に見直すという意識をしながら進めていただきたい。</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 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがあり実行されている。定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。従業員の意向には本人にも意識していない「潜在的な課題」があることに注意が必要であり、今後は、この点についても把握しながら進めていただきたい。</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 福利厚生に関する体制が整備されているとともに、3日連続の「リフレッシュ休暇」制度の実施などが取組まれている。近年、職場の大きな課題になっている「メンタルヘルスケア」についての取組もなされている。職場での同好会(野球)への支援も評価される。「労働環境に配慮するほど、施設は自分たちのことを考えてくれている」というメッセージにもなるので、今後も継続して取り組んでいただきたい。</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 | a |
| <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。</p> <p>評価者コメント 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。これは、職員が将来の自分のキャリアが鮮明にイメージ・デザインでき、モチベーションに大きく影響を与える。今後も、教育・研修の基本姿勢の明示、具体的な取組み等に継続して取組んでいただきたい。</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 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が、他の施設の取組み事例も検討し策定に向けた取組みは行っている。策定に向けては、少しずつ進められることが大切であり、職員のニーズや欲求にできるだけ考慮しながら取組んでいただきたい。</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 研修を終了した職員は、報告レポートを作成し発表、当該職員の研修後の業務等を見て、研修成果に関する評価・分析を行っている。今後は、研修成果に関する評価・分析の結果を基に次の計画作成、研修内容やカリキュラムの見直しが行われるよう期待する。</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 実習生受け入れマニュアル、プログラム等により基本姿勢の確認、積極的な取組み内容が確認できる。今後、施設へのフィードバックとして、実習生からみた本施設の実習受け入れ体制等の評価をアンケートやヒアリングによって確認する仕組み(実習生の回答に際しては十分な配慮が必要です)も進めていただきたい。</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 管理者やリスク委員会等の取組により利用者の安全管理に関する体制については、体制が整備されている。委員会において検討された対策は、各ユニットごとに報告されると共に記録が回覧される等改善に向けた取組みとして機能している。今後は、一層「なぜ安全管理が必要なのか」を職員同士で考えたり、共有できる機会を意識してつくり進めていただきたい。</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 | a |
| <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積極的に行っている。</p> <p>評価者コメント 地元防災協力隊との連携をしながら、他称な訓練を実施し利用者の安全確保のための取組を行っている。災害時の職員の安否確認についても検討されている。</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 利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止を検討している。リスクマネジメントは、トップの強いコミットメント(関与)も必要であり、組織全体の取組として継続して取組んでもらいたい。</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

| | |
|--|---|
| 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 在宅介護支援センターを中心として、地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。地域との交流は計画的に積極的に行われている。「地域とは」、「地域との交流とは何か」、「なぜ地域と交流をするのか」などをしっかり考えていくことが地域との関係を深めることになる。</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 介護や保育等について、専門的な技術講習会、研修会、イベント等を活用して施設の資源を地域に還元している。事業所(施設)が有する機能としては、ソフトの部分もあり、介護に関することだけでなく、職員の持つさまざまな特技、知識を資源(施設の機能)として活用することも勧めたい。</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 ボランティアの受け入れ態勢については、体制が整っている。ボランティア交流会を含む研修会も実施している。ボランティア受け入れにあたっては、入居者が楽しんでいるか、本当の交流になっているか、ボランティアの自己満足になっていないか等の視点も必要である。今後は、ボランティアにも事前にそのことを伝え進めていただきたい。</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 | 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 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成し共有化している。今後は、既存の連絡会・会議における連携も大切にし、貴施設が主体的に関係機関と連携できるような機会をつくること、福祉や医療機関に限定せず、NPO、観光、商工業等関係機関等と広げて進めていただきたい。</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 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。現場の職員は日常の業務を通して、いろいろな地域の情報や考えを持っていると思われるので、職場の会議等で把握することも地域福祉ニーズの把握に繋がる。地域福祉の推進機関である社会福祉協議会と連携しながら特に「潜在的なニーズ」の掘り起こしを進めていただきたい。</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 | a |
| <p>地域の具体的な福祉ニーズを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 地域福祉推進協議会委員として、関係機関・団体との連携、民生委員・児童委員等と定期的な会議の開催等により具体的な福祉ニーズの把握に努めている。また、地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</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 | a |
| <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。</p> <p>評価者コメント 地域貢献事業(清掃)や介護予防教室開催と把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。</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 | 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 利用者尊重の姿勢について、行動規範に「利用者本位」として明示されている。それらは毎朝の朝礼で唱和され、職員に意識づけられている。実施するサービスの標準的な実施方法を明記したマニュアル類に利用者尊重の姿勢が反映されている。利用者を尊重したサービスが実施されていることについては、①ユニットリーダーによる研修、②介護の点検自己チェックの実施、③ユニット単位によるロールプレイの実施、によって確認されている。身体拘束について、調査時点で対象者はいないが、必要に応じて定められた手順によって家族等に同意を得て適切に実施されている。</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 | a |
| <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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>評価者コメント 職員研修を通じてプライバシー保護マニュアルの必要性を職員間で共有した上でこれを整備、担当職員により見直ししながらユニット会議において職員に周知されている。マニュアルに基づいてサービスが実施されていることについては、他のマニュアルと同様に、①ユニットリーダーによる研修、②介護の点検自己チェックの実施、③ユニット単位によるロールプレイの実施、によって確認されている。</p> | |

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、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 9～10月に「利用者・家族様アンケート」を実施、リーダー会議によって課題分析、対応方法を検討した後、2、3月に改善に向けた取り組みを行うとしているが、実際にはアンケートの集計で止まり、改善要望に対しては個別案件ごとに対応している状況である。意見箱の設置や対話集会への出席によって利用者の意向を吸い上げる努力はしているが、課題分析の経過についての記録が十分でなく、組織的な仕組みが求められる。</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 利用者からの相談や意見を受け付ける方法として、意見箱の設置、対話集会を月1回開催するとともに、個別に相談しやすいように職員についても写真入りで各ユニット、廊下に掲示し紹介している。このうち意見箱については、プライバシーへの配慮から、公衆電話の側に設置され、書きやすい環境づくりに工夫されている。対話集会は、「懇談会」としてカレンダーに掲示されるとともに声かけによって利用者に周知されている。相談・意見受付の手順については、要望対応マニュアルに示されている。</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 苦情について複数の第三者委員を設け、これについて重要事項説明書に明示し、契約時に利用者や家族等に説明されている。しかし、苦情解決の仕組みとして、法人として作成されている「福祉サービスに係る苦情解決事業実施要綱」と施設で作成した「相談・苦情受付マニュアル」があるが、これらの記録様式等の整合性が図られておらず、実際、「電話(口頭)受付票」のみで対応している事案もあった。今後、これらの仕組みを明確に整理し、苦情受付から対応後の公表に至る手順を機能させる取組が求められる。</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 要望対応マニュアル及び相談・苦情受付マニュアル(平成25年8月作成)によって対応しているが、記録の方法、利用者への経過と結果のフィードバック、公表の方法が不明瞭である。また、要望対応マニュアルは整備したばかりで実際の運用は今後の課題であり、見直しについても次年度以降の予定となっている。</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 | 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 福祉サービス評価について、「やまゆり荘・やなぎの里福祉サービス第三者評価推進委員会」を立ち上げ、組織的かつ継続的に取組まれている。特に今回のやまゆり荘第三者評価受審に向けては、平成24年度のデイサービス部門受審の結果分析から施設一体的にサービス向上に向けた取組が行われている。これらの取組は、ユニット会議を通じて全職員に伝達され、更にその場で検討された内容についてはリーダー会議にフィードバックされている。</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 | b |
| <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るが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。</p> <p>評価者コメント 施設としての第三者評価は今回が初めての受審となる。第三者評価推進委員会を立ち上げて、リーダー会議・ユニット会議と連動して、全職員が参画する仕組みを整えて自己評価に取組まれている。福祉サービスの改善については、平成24年度に受審したデイサービス部門や平成23年度受審のぬくもりの家の評価を分析して対応されている。しかし、分析方法としては、評価基準を満たすための対応に止まっており、施設の独自性や強みを生かした工夫等の面では更に充実されていくことが望まれる。また、改善実施計画も分析結果から導き出される具体的な課題をどのように捉えたかが関連して理解できるように記録することが求められる。</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 | a |
| <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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>評価者コメント サービスの標準的な実施方法はマニュアルに整備され、それは新人研修やユニット会議において職員に周知されている。マニュアルに則ってサービス提供されているかどうか、人事考課への取組と連動しながら、①ユニットリーダーによる研修、②介護の点検自己チェックの実施、③ユニット単位によるロールプレイの実施、によって確認されている。これにより、個々の職員が標準的な実施方法に合わないサービスを行っていた場合の気付きにつなげている。年2回は、ユニット会議の時間を延長し、ヒヤリハットやインシデント・アクシデントの取り組みの中から課題を抽出し、集中的に改善に取り組んでいる。</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 | 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 マニュアルの見直しは、年度ごとに各マニュアルに対して担当者を配置し、基本年1回、その他インシデントが確認された時点で随時検討されている。担当レベルで検討された見直しについては、ホーム全体会議やユニット会議で全職員に周知する仕組みとなっている。また、見直しについては、ユニット会議における職員からの意見や対話集会等での利用者の意見を参考にして検討されている。</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 | 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 施設サービス計画書の支援方針に対応して、日々のケース記録にその取組や利用者の状況について記録されている。ケース記録の書き方・留意点については、法人職員研修として職員間へ周知することに努めているが、単に事実のみの記載であったり著しく主観的であったり、職員の能力や経験による部分は今後も継続的に改善に努めていく必要がある。記録様式は一定の様式で整備されている。</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 | a |
| <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>評価者コメント 「胆沢やまゆり会個人情報に関する文書等管理規程」・「胆沢やまゆり会個人情報に関する基本規程」・「胆沢やまゆり会個人情報取り扱い規程」が整備され、その中で管理責任者、文書の保管、保存、廃棄に関すること、情報開示や個人情報保護に関することが明示されている。また、法人職員研修としてプライバシー保護と個人情報保護の取り扱いの違い等について確認する等、職員の理解を促す取組を行っている。</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 日常の支援・職員の動向等の状況については、ユニットごとに事務ノートや利用者ノートとして記録し、確認した者が記名する方法で周知を図っている。会議や行事対応等で職員体制が希薄になるユニットについては協力ユニットが設けられており、ユニット間での情報共有もリーダーを中心に図られている。担当者で留めてよい情報や情報の共有範囲に制限を設けるべき情報の共有については施設長の指示を仰ぐこととしている。緊急時の情報の共有化については緊急時対応マニュアルに則って対応するとともに、日勤職員にはPHSが渡され、迅速な情報共有が実現される体制がとられている。</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 ホームページを作成し、広く情報を公開しているとともに、パンフレットは地域の公民館や利用者の主な紹介先である同法人まごころ病院の窓口に配置している。また、広報紙は利用者家族、近隣施設・事業所、法人役員、行政関係者等に毎回500～600部配布し、地域に積極的に情報提供している。施設見学については、手順マニュアルを作成し、受付及び見学の標準的な実施方法を明示している。</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 サービス利用開始時には重要事項説明書及び各サービスの概要(定員、対象、サービス内容、料金、問合せ先)を抜粋した様式を使って説明し、利用者・家族等の同意を得ている。説明の際には、担当ごとの職種の職員により対応している。</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 | a |
| <p>サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>評価者コメント 事業所の変更の際は、定められた「サービス終了に係る情報提供書」により、移行先事業所等へ必要書類の引継ぎ、説明を行い、移行後の相談担当窓口も説明した上で、署名してもらって双方1部ずつ保有することとしている。家庭への移行の際にも同様の手続きを行うこととしている。入院等の際には、介護サマリーや看護サマリーにてケアの継続性に配慮している。</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 | 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 アセスメントについては、サービス計画作成マニュアルに基づく手順に則って実施されている。アセスメントの実施に際しては、定められた統一の様式であるケアチェック表で支援度を評価するとともに利用者及び家族の生活に対する意向を聴き取って、それらが多職種が参加するサービス担当者会議で方向性を確認し、施設サービス計画書に反映されている。見直しについては基本的には6か月に1度とし、その時期について一覧で管理されている。</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 施設サービス計画の担当者を介護支援専門員として業務分担表に明示している。施設サービス計画の策定に際しては、サービス計画作成マニュアルに則って、多職種参画のサービス担当者会議における合議、介護支援専門員による利用者・家族意向確認に取組まれ、計画書に反映されている。施設サービス計画(ケアプラン)は各ユニットに整備され、ユニット会議にて状況確認するとともに、サービスが計画通りに実施できていない場合には、朝礼の申し送り(5分間ミーティング)にて対応が検討されている。</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 サービス計画作成マニュアルに基づき、担当者、方法を定めて6か月に1回施設サービス計画の見直しを行っている。見直された計画については、施設長、施設福祉課長、各ユニットにて回覧し、朝礼の申し送り(5分間ミーティング)にて再確認した後ユニットのファイルに綴じて必要に応じて確認が行われている。状態変化時や緊急の場合は、随時会議を開催して対応することとしている。</p> | |