

(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 24 年 10 月 24 日 ～平成 25 年 2 月 5 日

2 事業者情報

事業者名称（施設名） 特別養護老人ホーム わくわく荘	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 中田 専市 （管理者） 施設長 中田 美保子	開設年月日 平成 16 年 4 月 1 日
設置主体：社会福祉法人 つつ星会 経営主体：社会福祉法人 つつ星会	定員（利用人員） 20 名
所在地：岩手県二戸市仁左平字横手 6-1	TEL 0195-23-8989 FAX 0195-23-8999

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 職員に対する理念・基本方針の理解のための取り組み

職員に対し理念や基本方針をより理解させるため法人において、毎月 1 回（第 3 火曜日）を設定し「理念を学ぼう」の学習会を開催している。職員は年 1 回は必ず参加し学習することを義務づけている。法人の事業経営に対する使命と責任を明確にしたものであり、積極的な取り組みを評価したい。

◇改善が求められる点

○ 新規事業発生に伴う中長期計画の見直し

中長期計画の策定は、法人において各事業所の事業策定と包括的に計画されている。そして各事業所においてはこの計画に基づき、単年度事業計画に反映する仕組みとなっている。しかし、計画期間中において、新規予算等が発生した場合は、当然、中長期計画の見直し、修正が行われなければならない。平成 22 年度グループホームの設置、平成 25 年度開設予定の短期入所増床計画などは、中長期計画の見直しが求められる。今後において、法人理事会においての検討内容や、中長期計画の見直し等は、当然各事業所職員に周知されていなければならないものである。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回、2 年連続受審し、第三者評価の意義、目的、手法の定着化を図って参りました。その中で、中 2 年あけての今回の受審でした。前回同様まだまだです。今回もまた、たくさんの助言と前に進むためのヒントを頂きました。ありがとうございます。

今後も更なるサービスの質の向上を目指し取り組んで参りたいと思います。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 （別紙）

施設名 **特別養護老人ホームわくわく荘**

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

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
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。 法人設立以来、役職員一体となって理念や基本方針について検討を重ねた結果、現在の理念が制定されたものである。法人、施設の使命、役割が十分に反映されている。	
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている	a
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。 理念同様、法人において役職員の英知を結集し、現実に即した利用者本位のサービスを提供することを基本とした経営方針が明文化されている。	

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
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。 理念や基本方針を理解するため、毎年度始めの4月頃法人主催の「理念を学ぶ」の研修会が開催されている。更に法人主催による毎月1回(第3火曜日)理念や経営方針の学習会が開催され、職員は必ず1回は参加することを義務付けている。その他、事業計画書、広報誌、パンフレット等も理念や経営方針を掲載し、職員に配布し周知を図っている。	
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
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。 利用者に対しては各種パンフレットや広報誌に掲載し、配布して理解を求めている。また、わくわく荘内に掲示をし、周知を図っている。家族に対しては年1回の「わくわく荘友の会」の総会において施設長が説明している。その他、広報誌やパンフレットに掲載配布している。今後は利用者向けのわかりやすい説明書等を作成するなど、工夫した対応が求められる。	

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
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。 法人いつつ星会の中・長期計画(平成22～24年)が策定されている。収支計画としては長期資金計画(2010～2019年)が策定されている。策定にあたっては、法人企画室(常務理事、施設長、施設部長、在宅部長、法人本部事務主任、紅梅荘生活相談員等で構成)において検討されている。各事業所が関わる課題については、人材育成会議、経営会議においても報告検討されている。	
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	b
各年度の事業計画は、中・長期計画の内容もしくは中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。 前年度事業実施報告の中の評価が具体的にされていないため、次年度計画も抽象的な表現になっている。評価の仕方について数値を出せるものは的確に、また数値を出すのが困難なものは客観的に見て具体的事例を列記するなど、より正確にわかり易い記述が求められる。例えば、例①「〇〇〇に努めた」と評価しているが、努めた結果はどうなっているのか判断しないと次年度の計画はまた「努力する」としか記述できないと思われる。例②「産直等を活用し、地産地消拡大に努めた」とあるが前年比何%拡大したのか、全体の消費量に対し何%が地産の物なのかなど、わかるように評価する工夫が求められる(事業計画の際に数値目標を設定したうえで評価すると具体的な数値評価が可能になるとと思われる)。	

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	b
各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 事業計画の策定や見直しは各事業所内の会議(ユニット会議→リーダー会議→業務会議)等で検討されて策定されているとしている。しかし、前年度の事業報告書の記載方法が統一されていないため、次年度事業計画書が抽象的な表現が多くみられる。中・長期計画の方針がより具体化されたものになっていないのが残念である。組織的に行うには、前年度事業実施報告の際に評価の仕方について統一的な記述がされる仕組みを構築することが望まれる。その上で所定の手順に基づいた次年度事業計画の策定が行われるよう期待したい。	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている	b
各計画を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 中・長期計画書、年度事業計画書は各職員に配布し、説明が行われているが不十分である。事業計画策定の際、ユニット会議等で検討されているが方針のみでより具体的な目標値などが議論されていないため計画書の内容を理解するには時間が必要になってくると思われる。今後は、事業計画の策定や進捗状況の把握、評価などについて事業所ユニット単位での検討会議を重視した仕組みを構築されるよう期待したい。	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている	b
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。 運営推進会議やわくわく荘友の会総会において資料を提示して説明されている。その他、週間、月間行事予定表を提示し周知を図っている。しかし、利用者に対しては、事業計画の解説や行事等、わかりやすい資料を作成するなど周知に工夫が求められる。	

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
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。 管理者(施設長)は事業所内で開催される各種会議には必ず出席し、会議に先立って事業運営の方針等の説明を行っている。また広報誌わくわく荘だより等には管理者としてのメッセージを掲載するなど、管理者としての役割と責任を明確にしている。	
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
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。 法人いつつ星会に法令順守規程(H24. 4. 1施行)を制定し法令順守マニュアルを整備するなど、役職員一体となって法令順守に取り組んでいる。なお、現在、遵守すべき法令等のリスト化の取り組み中であり今年度内に終了の見込みとのことである。	

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	b
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指導力を発揮しているが、十分ではない。 福祉・介護サービスの向上についてわくわく荘ではお客様アンケート(H23. 8実施)、また利用者の嗜好調査(H23. 3実施)を行い、利用者の意向を把握している。いつつ星会施設利用者アンケート(H23. 11実施)の結果はファイブスター通信(H23年冬号)で公表している。24年度においても利用者アンケートを実施し意向把握の予定である。このように意向調査を実施し、サービスの質の向上にむけた取り組みは評価できるが、その反面、現在実施しているサービスの質について定期的・継続的な評価、分析が行われていないのが残念である。今後は、管理者自ら指導力を発揮し、サービスの質の向上にむけた課題の発見や、改善の具体的な取り組みを明示していくことが求められる。	
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	b
管理者は、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が、十分ではない。 毎月開催される業務会議において経営分析効率表を参考にして検討を行っている。しかし、経営分析した結果について具体的なコメントが見当たらない。評価、分析の結果は目標通り進捗しているのか、改善しなければならない課題は何かなど具体的なコメントを提示して業務会議で議論する仕組みが求められる。24年度では法人本部において利用料の徴収、就業規則一部見直しを図り、非正規職員に対する住宅手当の支給等の改善を行っている。	

評価対象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。 法人いつつ星会設立当初から関係者において地域福祉介護について関心をもっておられ、今日ある福祉介護事業へと拡張発展してきたものと思われる。特に常務理事、施設長においては二戸地域の介護事業に着手して以来、地域全体の福祉介護のニーズを的確に把握し施設整備と利用者サービスの充実に努力されている。グループホームの設置、第5期介護保険計画で短期入所増床(20床)などサービスの質向上と業務の効率化等、積極的な取り組みが見られ評価したい。	
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。 定期的な業務状況の分析はデマンドの活用や経営効率分析表を活用して行っている。業務会議では施設長から経営状況の説明を受け、改善すべき課題等について情報の共有化を図っている。今後は、経営状況の分析と課題発見と改善すべき事項については、より具体的な提起と改善策についても掘り下げた内容を資料等作成の上、業務会議に提出することが望ましい。なお、業務会議の結果は全職員に周知する仕組みを構築されるよう期待したい。	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている	非該当

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
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。 法人いつつ星会のキャリアパス概念図に役割別に目標を定め、これに基づき1年間の人材育成のプランと人事管理が行われている。平成24年度の研修計画もこれを基本とした計画が実施されている。ケアマネ養成では4名合格、介護福祉士合格者(わくわく荘)22年度1名、23年度1名が合格している。	
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。	b
定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 人事考課規程に理念や経営方針の理解を促すため考課項目を追加している。規程第13条(考課及び面接)において、育成面接を行うことになっているが実施されていない。面接の目的は条文にも明記されているように「本人の資質向上の視点で育成に向けた面接を行い、最終考課の内容を伝える。次年度の目標について指導する」とされており、人事考課の狙いもここにあると思われる。次年度からは考課者の育成に配慮しつつ、育成面接が実施されるよう期待したい。	
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
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。 業務会議において有給休暇等の消化率、時間外労働のデータは提示され把握されている。職員の意向調査については職員アンケート調査年1回(H24.9実施)法人で行っている。また、年1回施設長の職員面談が実施されている。これらは人材育成室が担当し、これ以外の項目については企画室会議、業務会議、各事業所会議に伝達し、改善策を検討している。意向調査や改善する仕組みは構築されている。	
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
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。 事業所において制服の貸与、インフルエンザ予防接種、腰痛検査(介護職員のみ)の実施、職員の健診の実施や必要に応じて産業医の面接の機会を設けている。なお、インフルエンザ予防接種の費用は施設負担となっている。法人内に「職員の会」を組織化し任意加入であるが(ほぼ全員加入)、福利厚生事業を行っている。忘年会開催等には施設から助成金が出ている。その他、毎年職員からのデザインを募集し制服とは別にTシャツを支給している。平成24年度のインフルエンザ予防接種は妊婦1名を除き全員終了済みとのことである。積極的な取り組みを評価したい。	

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
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。 キャリアパスを策定、人事考課マニュアル等で職員研修の方向性を明示している。中・長期計画では研修の具体的な人材育成の視点を明記している。しかし、職員の教育、研修に関する基本姿勢は経営方針に明示され、中・長期計画→単年度の事業計画に方針と具体的な計画が明示されることが望ましい。	
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
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。 平成24年度研修計画は個別に法人キャリアパスに基づき策定されている。しかし、計画に基づいた具体的な取り組みが十分でない。特に研修企画について事前に関係者との協議連携が不足しているため、内容の周知が徹底されていない面がある。今後は研修委員会等設置するなどして研修計画の企画、実施、評価等責任のある取り組みが求められる。	
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
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。 研修修了者は研修復命書に所定の事項を記入して提出している。復命書は①研修目的と心構え②研修で学んだこと③研修自己評価④今後職務に反映できる点など研修の実態がよく分かるように工夫されている。今後は研修の復命書は施設内外を問わず提出させることが望ましい。また、研修復命後の評価が十分でない。復命書の様式に評価の欄を設けるなどその都度、責任のある評価ができる仕組みの構築が求められる。	

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
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。 法人において実習生受け入れマニュアルを整備している。受け入れの窓口は法人に集約されている。各事業所には受入担当者を配置し一連の計画実施、評価を行っている。平成23年度実習生受け入れ状況は22名である。法人いっつ星会では、介護・看護実習について研修基本方針5項目を定め受入指導に万全を期している。	

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
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。 わくわく荘ではリスクマネジメント委員会、感染症委員会(医療、看護、栄養担当)を設置している。リスクマネジメント委員会ではマニュアルに基づきアクシデント報告書やヒヤリハット事故報告書により紅梅荘と合同で会議を開催し、事例検討を行い原因の究明と改善対策など速やかに対応している。リスクマネジメント委員会は毎月1回開催されている。感染症委員会はわくわく荘、紅梅荘合同で開催されている。会議では感染症対応マニュアルに基づき環境の変化等に十分注意し、もし利用者に異変が生じた場合の対応や、生活状況の把握に努めることを確保している。	
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
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。 法人いっつ星会防災管理規程が制定されている。事業所において防災担当者を配置している。平成23年度防災訓練の実施状況(防災協力隊参加1回、利用者職員参加2回、救命講習会4回)で、地震や暴風雪による停電等に対する避難訓練や利用者の安全安心を確保するための対応は不足している。食料の備蓄、停電による暖房や入浴等の対応が明示されたマニュアル等が求められる。	
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
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。 わくわく荘及び紅梅荘合同のリスクマネジメント委員会を組織しインシデント及びアクシデントはマニュアルに基づき、発見や発生の都度報告書を作成し提出されている。これらは毎月1回定期的に開催される委員会や、緊急を要するものはその都度検討し、対応している。とくにヒヤリハットでは具体的に影響度0～5段階に分類し、それぞれ対応の仕方を指示しているなど要因の分析と対応策の検討を随時行っている。	

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
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。 地域とのかかわり方について経営方針において明文化している。運営推進会議を設置し、地域ニーズの把握に努めている。また、施設機能を活かして地域で介護教室を年1～2回開催している。その他、地域行事(お祭り見学)など積極的に参加している。施設で開催する「夕涼み会」には地域から屋台を出していただき地域住民との交流を深めている。	
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している	b
事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 地域で開催されている家族介護教室に職員を派遣している(わくわく荘3名、一般参加22名)。「夕涼み会」の開催では地域に開催案内のパンフレットを配布し参加の呼びかけを行っている。地域で開催されている家族介護教室は大変すばらしい企画であり評価したい。今後は一般参加者から感想や要望等の意向調査アンケートを実施されればなお地域とのかかわりは密接になると思われる。また「夕涼み会」開催当日の参加状況を把握した報告書が出されている。しかし今後は行事等はすべて企画、実行、評価、報告の仕組みを構築することが望まれる。	
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
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。 法人いつつ星会ではボランティア受入マニュアル(2011. 11. 1制定)がある。ボランティア受入実施要綱を作成し基本姿勢を明確にし受け入れ態勢は整備されている。24年11月現在、登録ボランティア9名となっている。ボランティアとの交流と情報交換を目的とした食事を開催している(年1～2回)	

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	b
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されているが、その情報が職員間で共有されていない。 法人、施設に係る機関や団体はすべて把握し一覧表にして関係事業所等に掲示している。しかし、この情報を職員会議等で説明していないため、職員間での情報の共有化が十分でない。今後は定期的に説明し情報の掲示と共有化が図られるよう、検討が望まれる。	
Ⅱ-4-(2)-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・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。 地域権利擁護推進委員会、カシオペア医療連携研究会、二戸広域介護支援専門員協議会、二戸市ケア会議に参加している。事例検討は二戸市ケア会議で行っているが全般的に事例検討は不十分である。	

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
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。 わくわく荘では運営推進会議を組織化して民生委員、地域包括支援センター、高齢福祉担当者の参加のもとで二戸広域での動向や地域福祉ニーズの把握に努めている。その他ボランティアとの食事会、わくわく荘健康講座等で地域交流とニーズの把握に努めている。今までに出されたニーズではリハビリ医療機関の講義が要望されている。	
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
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。 地域から要望のあった「わくわく健康講座」や「家族介護教室」の開催は毎年実施されている。また「夕涼み会」の地域住民による屋台参加など今後も継続して実施されるよう期待したい。	

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

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
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。 法人理念や基本方針等は明文化され、廊下等に掲示されている。字が小さく目に止まらないので工夫を望みたい。理念、基本方針は毎週月曜日、朝礼時に唱和し、職員一丸となって取り組んでいる。「法人内部研修」「会議等」として身体拘束や虐待防止等の研修を実施し、個々のサービスに反映している、なお、研修では感想を記入し考えさせる形式を取り入れており、欠席職員には資料を配布しレポート提出を行うなど周知徹底されている。	
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
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。 利用者のプライバシー保護についての規程やマニュアルは職員全員に配布している。プライバシーマニュアルは入浴、排泄場面だけに限定されず「コンセプトマニュアル」において、キーコンセプト実現の基本ルールの項目に網羅されている。利用者尊重の基本である社会福祉事業に携わる者としての姿勢、意識も記載され、研修は年に一回理念講話で実施されている。また「法人内部研修」も設けている。ただし、マニュアル等に基づいたサービス実施の検証はなく、今後、現場での研修とマニュアル通り実践されているか検証を期待したい。	

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
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。 アンケート(お客様、ご家族様)は年に一回実施している。利用者の聴取はおもに家族が行っている。アンケート結果は相談員が実施し事業所内で検討、結果は利用者及び家族の同意の元で広報紙で公表している。しかし調査結果の分析、検討会議等の仕組みが十分ではない。アンケートは記名式となっているが時には無記名で調査の結果を活用しサービス改善に結びつけて行く事が望まれる。	

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
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。 「よろず相談所」のポスターを掲示し、また開催時期には広報紙などで家族等に連絡している。さらに毎朝施設長が居室を回り利用者からの話を聞き、何でも相談できる雰囲気作りに関心している。よろず相談日には第三者委員と相談員が各居室を回って対応している。さらに居室の担当者もおり様々な場面で相談できる環境を整備している。	
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
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とともに、苦情解決の仕組みが機能している。 「苦情及び要望申し出窓口」を設置し体制を整備している。申し出の利用者等に配慮し、公表も行っている。なお、いつでも自由に言える仕組みを組織内部で検討されることを期待したい。	
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
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。 意見や要望への対応を規定した要望解決実施要綱を整備し、利用者からの意見はできるかぎり対応しようという気持ちは伺えるが、記録が確認出来ない。利用者からの意見は様々な場面で発生が想定され、小さい意見等会話の中に隠されていることも多い。苦情まで至らない意見を吸い上げるための取組が重要である。	

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	b
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ているが、十分に機能していない。 第三者評価は定期的に受審している。サービス向上委員会を設置し、今年8月から毎月「自己評価委員会」を開催している。しかし、自己評価は今年8月に実施するも役付職員のみで、横断的な取り組みとなっていない。また、会議録については具体的な記録が望まれる。	
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	c
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ない。 課題の共有化、検討過程の記録等が確認できず課題の取り組みは単年度で終了している。今後は単年度の計画のみではなく複数年の改善計画を立てること、課題の項目ごとに担当者、期間、内容を明記した計画書の作成を期待したい。	

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
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。 介護マニュアルには「利用者尊重」や「プライバシー保護」の姿勢は明示されており、介護マニュアルは職員全員に配布し各ユニットにも置いている。標準的な実施方法に基づいて実施され記載はフォーマットしてあり必ず確認されるような仕組みとなっている。新人研修でも当然マニュアルに沿った指導が行われている。	
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
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。 マニュアルの検証や見直しは期間を定め、職員で振り分け、実践の介護と照らし合わせ、マニュアル通り実行されているか検証し、リーダー会議で決定する仕組みになっている。なお、危機管理の観点から感染症（ノロウイルス、インフルエンザ、結核）、誤飲・誤薬に対するマニュアルの検討を望みたい。	

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
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。 ケース記録はシステムを活用し記録している。利用者一人ひとりの情報が「一元化」されており、サービス提供の経過や状態変化などが把握できる。記録内容や書き方についても研修等を実施しシステムを使用することで統一した記録となっている。しかし、ケアプランに沿ったサービスを実施していることが裏付けされるような、具体的な記録が必要である。	
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
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。 記録管理の責任者は設置され、保管、保存、廃棄と規程等を定めている。いつつ星会文書管理マニュアルも整備している。「個人情報保護」「情報開示」への対応は内部研修を実施周知している。	
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
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が、十分ではない。 利用者の状況等の情報の流れは朝礼、夕礼を設け情報が職員に正確に伝わる仕組みとなっている。又施設内のネットワーク化などで情報共有を図っている。情報共有を目的としたユニット会議の記録は確認できたが、利用者の状況、情報の分別や必要な情報等の記録は十分ではない。今後の課題として必要な情報、速やかに伝える内容等を分別し伝達する方法の整備を望みたい。	

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
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。 いつつ星会の運営事業ごとに組織を紹介したホームページを作成している。外部からもインターネットを利用して事業内容や日頃の行事等、情報が得られる仕組みとなっている。パンフレットは誰にでも分かる内容となっている。見学、体験希望者等に対して随時対応できる体制を整えている。	
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
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。 サービス開始時にはサービス内容や料金等具体的に記載された重要事項説明書で説明している。又「料金」「ケアについての希望点」「医療機関」等、入居チェック表で同意を得た上で書面を残し契約書を取り交わしている。	

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
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。 利用者の状態変化やサービスの内容や事業所の変更時は、「退所時情報提供表」「情報共有シート(看護サマリー)」に医療、福祉の連携が一体となり、どの施設も同じ様式となってサービスの継続性を損なわないよう配慮されており、情報共有シートは評価される。しかし移行にあたる手順、引き継ぎ文書は定めておらず、入院時には利用者、家族等に口頭だけではなく書面等で伝える必要がある。	

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
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。 利用者一人一人の利用者基本台帳及びフェースシートを活用し身体、生活状況等を把握し定められた手順に従って実施している。定められた様式(アセスメント票)で各職種間の連携で協議し実施している。アセスメントは定期的な見直しと利用者一人一人の具体的なニーズも明示されている。	

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	b
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いるが、十分に機能していない。 サービス実施計画の策定の責任者を設置している。計画策定時には各職種間で合議し利用者の意向を反映した仕組みは整っていると思われるが、サービス計画に反映している等の記録が不備であり、整備が求められる。	
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	b
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が、十分ではない。 見直しはケアプラン作成マニュアルに基いて行っている。変更に関する利用者の意向の確認と同意も得ているがケース記録が不備であり、課題となっている。 利用者一人一人に対するサービスの質の向上を図るためには策定した実施計画をPDCAサイクルで継続し、裏付けとなる記録が求められる。	