



石社協第 134号
平成19年4月13日

ディサービスセンターせんじゅ
施設長 森 光 弘 様

社会福祉法人石川県社会福祉協議会
事務局長 堀 日出夫



第三者評価結果の報告について

第三者評価の結果について、下記のとおり報告します。

記

- 1 結果確定日 平成19年4月13日
- 2 送付内容 第三者評価結果（総評と細目）
- 3 県への報告 平成19年4月13日
- 4 その他
事業所において改善されたことなどがありましたら、ご連絡ください。
総評のコメント欄で公表してまいります。

石川県社会福祉協議会 施設振興課
担当：中村
TEL 076-224-1212/FAX 076-222-8900

第三者評価結果

① 第三者評価機関名

評価機関認証番号 No.05-003 社会福祉協議会石川県社会福祉協議会

② 事業者情報

名称： 社会福祉法人緑会 デイサービスセンターせんじゅ	種別： 通所介護
代表者氏名： 施設長 森 光弘	定員(利用人数)： 40名
所在地： 七尾市千野町に部15番地	

③ 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p><input type="checkbox"/> 理念や基本方針が、パンフレットや広報誌、名札の裏などに記載され、毎朝礼時には理念や基本方針を唱和し、職員への周知が徹底されている。また、基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急時・災害時の対応マニュアルが整備され、「安全対策」に関しては施設長自らが「安全対策委員会」の委員長となり、リーダーシップを発揮している。マニュアルは1年に1度見直しが行われており、研修も実施されている。事例検討として「気づきノート」を各職員が各自記載し、事故予防への努力がなされている。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護サービスはマニュアルが整備され、利用者ごとにアセスメント・計画・実施・評価が適切にできている。また、抑制の廃止や苦情への対応、年間を通じての接遇研修を行うなど、利用者を尊重した体制も整えられている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p><input type="checkbox"/> 中長期計画は施設整備中心であり、計画の中に組織体制、職員体制、人材育成などの視点も盛り込んだ計画の策定とその計画に基づいた取り組みの実施が望まれる。</p> <p><input type="checkbox"/> 必要な人材に関する具体的なプランが文書化されていないため、中長期計画や事業計画などに必要な人材に関する具体的な内容を明記することが望まれる。</p> <p><input type="checkbox"/> 行ったサービスの質の評価と向上に向けて、組織的に取り組むことが望ましい。</p>

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回、第三者評価を受審することになり、準備資料を作成していく中で、当施設の出来ている事、出来ていないことについては、ある程度把握できていたので、早速職員が分担をして資料の作成をし、その都度、全員で検討会を数回開催しました。</p> <p>その事が大変な勉強になりました。評価につきましては、的確であり納得の出来るものでありました。</p> <p>課題も見つかりましたので、改善に向け努力していく所存です。</p>

⑤ 評価細目の第三者評価結果（別添）

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
I-1-1 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	理念は、パンフレットや事業所内文書、広報誌などに記載している。法人の使命や目指す方向は、事業計画の「3 運営の方針」で読み取ることができる。	
② 理念に基づく基本方針が明文化されている	a	基本方針は法人理念との整合性が確保されており、広報誌「ほほえみだより」(5月1日発行)にも掲載していた。また、職員の行動規範となるように、事業所内の数箇所に掲示したり、事業計画書の「運営の方針」にも反映している。	
I-1-2 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・基本方針を各部署内に掲げ、毎朝礼時に唱和している。朝礼は「朝礼の手順書」に沿って行われている。月に1回実施しているグループ運営会議で理念・基本方針に関わる研修を行い、その内容を各部署に伝達している。今年度は、6月に「地域貢献」や「AED」についての研修を行い、また、待遇マニュアルを見直す中で、「仁愛」についての研修も行っている。また、施設長は、毎朝礼時に、理念について職員に語りかけている。それを「朝礼・訓示」としてまとめ、閲覧できるようになっている。さらに、名札の裏に理念を印刷し、職員への周知に努めている。	
② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	b	利用者や家族への理念や基本方針の周知方法として、事業所内の文書の掲示や「ほほえみだより5月号」への掲載、「ほほえみノート」(連絡帳)に理念及び基本方針の貼付に取り組んでいる。ただ、利用者や家族への説明は、契約時のみであり、継続的な説明は実施されていない。そのため、例えばアンケート項目に周知の状況を確認する項目を加えるなどして、継続的な周知状況の確認と説明の機会の確保が望まれる。	

評価細目の第三者評価結果

I-2 計画の策定

		第三者評価	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
① 中・長期計画が策定されている	a	中長期計画は、毎年度作成されている。但し、中長期計画は施設整備の内容であり、組織体制、職員体制、人材育成などの視点が欠けている。そのため、計画の中に組織体制、職員体制、人材育成などの視点を盛り込み、その計画に基づいた取り組みが望まれる。	
② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	c	事業計画を「年間計画」として現場のミーティングで周知をし、評価も行っている。また、事業計画は行事計画とは別に作成している。ただ、事業計画は理念やケアの内容が中心で、中長期計画は施設整備の内容が中心のため、事業計画に中長期計画の内容が反映されていることが確認できない。また、事業計画には具体的な数値目標の設定はない。そのため、中長期計画に組織体制、職員体制、人材育成などの視点を盛り込み、その内容を反映した事業計画の作成と具体的な数値目標の設定が望まれる。	
I-2-(2) 計画が適切に策定されている			
① 計画の策定が組織的に行われている	a	年2回評価しており、4月のグループ運営会議の資料で、評価結果を確認できた。評価の実施の予定は「タイムスケジュール」という文書に明示されていた。評価は、現場ミーティングでも行われており、現場記録である「記事記録一覧表」で確認できた。	
② 計画が職員や利用者に周知されている	b	計画の職員への周知は、4月25日のグループ運営会議で図られている。それを現場レベルではミーティングで口頭で説明している。そして、事業計画の重点項目については、学習会を実施していることが記事一覧表で確認でき、周知にも努めている。本人・家族への周知としては、9月11日の「ほほえみだより」に掲載し配布している。また、「ほほえみノート」でも案内するなど、周知に努めている。ただし、各計画の説明については、契約時のみである。そのため、本人や家族へ各計画を説明する機会の確保と分かりやすい資料を作成することが望まれる。	

評価細目の第三者評価結果

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価	コメント
I-3-(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	b		管理者は、自らの役割や責任については、「管理規定」に明記するとともに、朝礼で職員に対して話したことを「朝礼訓示」としてまとめて、文書化している。管理者は、各職員と年に1~2回の「個人面談」を実施し、「その中から職員の自己への評価を感じ取る」とのことである。ただし、評価・見直しのための具体的な方法はない。そのため、自己評価の実施やアンケートの活用などによる具体的な評価・見直しの方法の実施が望まれる。
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	b		管理者は、18年9月に全国経営者協議会主催の「全国社会福祉施設経営大会」などに参加している。遵守すべき法令の周知は、管理者は毎朝礼時において話しをしている。また、話した内容を「朝礼訓示」として文書化し、周知の工夫を行っている。ただし、遵守すべき法令のリスト化は行われていないので、リスト化し、そのリスト化した法令の周知が望まれる。
I-3-(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り組みに指導力を発揮している	b		サービスの質の現状については、11月にアンケートを実施し、評価・分析を行っている。職員の見解を取り込むために、管理者は職員との個別面談や委員会への参加を積極的に行っている。改善のための具体的な取り組みについては、現在、アンケート結果の分析を主任が中心となって検討している。ただ、福祉サービスの質の向上についての体制が組織内に設置されていないので、今後、委員会などを設置して取り組むことが望まれる。
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		中長期計画や事業報告、「有給休暇・休日消化日数台帳」などを確認した。また、毎月「事業収支比較表」で経営分析を行っている。人事配置や職員の働きやすい環境整備の取り組みとしては、基準以上の職員配置による事業運営や適材適所の職員配置、夜勤できない職員をデイへ移動させる、ユニホームは自宅へ持ち帰らなくてもよいなどの配慮をしている。同様の意識形成のための取り組みとしては、朝礼で話をし、それを「朝礼訓示」として文書化している。また、主任が運営会議に参加しているため、その内容を現場に落とし込む体制ができている。ただ、現場ミーティングで運営会議の内容を伝えたという記録がなく、全て口頭での申し送りである。経営や業務の効率化に関する体制としては、運営委員会や各委員会があり、施設長、事務長、主任らもその活動に参加している。そのため、組織内に同様の意識を形成するための具体的な体制が機能していることが確認できるような記録の保存が望まれる。

評価細目の第三者評価結果

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	コ メ ン ト
II-1-(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	社会福祉の動向や利用者数・利用者像、潜在的利用者の把握は、老人福祉施設協議会ニュース・メール、「介護保険サービス事業の提供状況・サービス事業者の参入状況調べ」、「七尾あったかプラン21」、「七尾市高齢者福祉の概要」などで把握している。把握された情報やデータは、中長期計画に反映している。
②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	a	サービスのコスト分析として、半年ごとに「千寿苑業績目標に対する実績」を出している。改善に向けた取組みは、事業計画書の「運営の方針」に反映している。課題の職員への周知は、計画類はいつでも自由に見れるよう設置している。また、施設長が運営会議の内容を朝礼で話し、朝礼訓示として文書化している。主任も、現場ミーティングの中で伝えている。
③	外部監査が実施されている	a	公認会計士による経営改善指導を年1回受けている。

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価	コ メ ン ト
II-2-(1) 人事管理の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	c	管理規定には、職務内容は明示されているが、人員体制に関する基本的な考えや人事管理の方針などの明示は無い。また、有資格者の配置についても、実際には取り組まれているが、具体的なプランとしては文書化されていない。そのため、例えば、中長期計画や事業計画に必要な人材に関する具体的な内容を明記するなどが望まれる。
②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a	人事考課の目的は、「職員がどういう考えで、その業務に取り組むか。そして、評価をして、その職員の待遇につなげる」である。公課の方法としては、個人目標を半期ごとに立て、目標達成の進捗状況を確認する。また、年1回、職員と個人面談を行い、期待や改善などを話している。しかし、職員に対し評価の根拠が不透明であったため、今年度より「仕事等級基準書」を作成し、透明性をもたせている。

評価細目の第三者評価結果

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている		
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	<p>職員の有給休暇の消化率等は「有給休暇・休日消化日数台帳」で確認できた。就業状況の分析・検討は事務長が担当している。毎週1回、管理者及び各部署の代表が集まる業務会議で、就業状況の改善策について検討している。具体的な人材や人員体制に関するプランはない。相談しやすいような組織内の工夫としては、施設長が賞与時の2回の面談を含めると、年3回職員と個別面談を行っている。また、文書でも意見を受け付けている。主任が現場業務に入り、各職員とコミュニケーションを図っている。相談できる専門家の確保としては、能登中部保健福祉センターの「心(精神)の保健相談のご案内」を掲示し、各職員へ案内を回覧し、周知している。今後、人材や人員体制に関するプランへに職員の就業状況などの改善策を具体的に反映されることが望まれる。</p> <p>福利厚生センターへの加入はない。</p>
② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	c	
II-2-(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	b	<p>組織が職員に求める基本姿勢は、基本方針や事業計画書の運営方針などで確認できる。しかし、職員に求める専門技術や専門資格については、人材や人員体制に関するプランがないため、明示されていない。そのため、各計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示することが望まれる。</p> <p>職員一人ひとりについての教育・研修計画は作成されていない。しかし、個別の職員の技術水準等の把握は、今年度より「仕事等級基準表」を使って客観的な把握に努めている。策定された研修計画及びそれに基づいた研修への参加は、年度研修計画や復命書などの文書で確認できた。そのため、今年度取り入れた「仕事等級基準表」などを活用し、職員一人ひとりについての教育・研修計画の作成が望まれる。</p> <p>研修への参加については、職員の復命書で確認した。研修内容はミーティングで発表しており、記事記録一覧表で確認できた。評価・分析に関しては、H17・2・3の「リスクマネジメント研修」に参加した成果をH18・2・14の安全対策委員会で評価・分析している記録を確認した。現在、計画は年度初めに作成するのみであり、次の研修計画への反映や研修内容の見直しにつなげるような体制とはなっていない。そのため、次の研修に反映させる体制や研修内容を見直す体制の整備が望まれる。</p>
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	b	
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	

評価細目の第三者評価結果

Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている		
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	<p>実習の受入れに関する基本姿勢は、マニュアルに明記してある。また、マニュアルには、事前説明やオリエンテーションなど必要事項が明記してあった。実習受入れの多くが公立高校の生徒であり、短大や大学からの実習受入れは現在ない。実習受入れ校との契約書は確認できた。実習指導者に対する研修は、昨年までは、石川県社会福祉協議会福祉総合研修センターの「実習指導者研修」に参加している。今年度はまだ実施されていないので、研修が実施されれば、参加する予定である。実習指導者の研修は、研修センターの研修だけではないので、研修の情報を集める努力が望まれる。</p>
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	<p>実習プログラムは、対応マニュアルに明示してあり、それを基にオリエンテーション時の学生との面談で、本人の希望をプログラムに取り入れている。学校側との連携は、年1回の学校との打ち合わせや教員の施設訪問により連携を図っている。実習プログラムは、介護職を想定したものとなっている。現在、短大や大学からの実習の受入れはないので、現状に即した介護職のためのプログラムだけではあるが用意している。</p>

評価細目の第三者評価結果

Ⅱ-3 安全管理

		第三者評価	コメント
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			
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	施設長は、「安全対策委員会」の委員長となり、安全確保のためのリーダーシップを発揮している。安全確保に関する担当部署は、各委員会が担っており、18年度実績として、安全対策委員会8回、感染症対策委員会8回、褥瘡対策委員会7回、体拘束委員会4回の開催があった。事例検討会の実績は、4月、8月、10月に実施されている。委員会には、各部署より現場職員2名の現場職員が参加している。リスクの種類別に、責任と役割を明示した管理体制に関しては、危機管理マニュアルに明示してある。損害賠償については、「あいおい損保」に加入している。マニュアルは、年1回見直ししている。ケア基準書にて、4月見直しを規定し、職員へ回覧し周知している。緊急時の対応は、危機管理マニュアルに明記しており、「研修の実施記録として、AED講習会への参加等が確認できた。利用者ごとの緊急連絡先一覧表も整備されていた。	
② 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	b	災害時対応マニュアルとして、「危機管理マニュアル」を作成し、年1回見直しを行っている。マニュアルに沿った訓練として、防災訓練を年2回実施しており、これ以外に緊急電話連絡訓練、夜間避難訓練への参加などを行っている。非常災害時の対応手順や役割分担、関係機関一覧表は、危機管理マニュアルに記載してある。非常災害に関する研修としては、AED研修時に救急救命の研修も実施している。非難訓練に関する実施記録があり、避難訓練後は必ず反省会を実施している。備蓄については、食料については行われている。自然災害等に備えて食料だけでなく、今後は飲料水、医薬品、ラジオ等をリスト化し、備蓄することが望まれる。	
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	安全確保に関する対策の定期的な評価・見直しは、安全対策委員会で実施されており、記録も確認できた。事故の発生又は再発の防止に関しては、危機管理マニュアルに記載されている。事例については、「気づきノート」を各職員が各自記載し、月1回、主任へ提出している。改善策はミーティングで検討され、その後回覧している。研修への参加記録として、H18.1.18の「リスクマネジメント」に関する研修への参加記録を確認できた。感染症に関する事例検討は、感染対策委員会の記録で確認、マニュアルも確認した。感染症や食中毒に関する研修への参加は、ノロウイルスの研修に参加している。食中毒に関しては、委託事業者が外部研修に参加し、内部では毎月のように学習会・検討会を行っている。	

評価細目の第三者評価結果

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		第三者評価	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている			
① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	a	<p>地域との関わりについては、理念、基本方針などに明示しており、また、5月20日の地域貢献事業の起案書にも明示してある。地域の情報などは、掲示板で掲示している。毎年参加している「徳田まつり」への参加の際は、ボランティアの援助がある。徳田まつりには、準備段階から反省会まで運営全般に関わっている。地域の人々に向けた、事業所や利用者の理解を得るための活動として、徳田まつりへの参加やグループデイ(高齢者交流活動)などに取組み、努力している。個々の利用者のニーズに応じた取組みとして、七尾市の高齢者支援担当課の移転のため、希望者とともに「ミナ・クル」見学を実施している。広報誌を町会長16名、関係機関、利用者などに配布し、情報提供を行っている。</p>	
② 事業所が有する機能を地域に還元している	b	<p>理念にも掲げているとおり、地域社会に貢献することは当事業所の使命である。血圧測定や送迎車両の活用などを通して、グループデイ(高齢者交流活動事業)の方々に対して事業所が有する機能を還元している。また、徳田まつりでは、相談活動を行っている。ただし、講習会の開催は行っていない。そのため、住民の生活に役立つために、介護技術等の講習会等を開催することも望まれる。</p>	
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関する基本姿勢や登録手続き、事前説明などは、ボランティア対応マニュアルに明文化されている。デイサービスセンターせんじゅでは、ボランティアを一人で活動させることがなく、必ず職員がついて活動する。そのため、実際のボランティアが介護の研修のような状況となっている。また、ボランティア受入票が整備され、活動記録も確認できた。</p>	
Ⅱ-4-(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	a	<p>機関・団体等の必要な社会資源は、一覧表として掲示板に貼付してある。必要な社会資源の情報の共有化のための勉強会を、5月1日に支援センター職員を招いて、実施している。</p>	
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・団体との定期的な連絡会としては、「七尾市介護保険事業者連絡会」があり、また、今年度より立ち上がった「七尾市社会福祉施設協議会」にも参加している。ネットワーク化への取組みとしては、「七尾市介護保険事業者連絡会」の場において、ある一人のケースについて問題解決についての話し合いなども行われ、連絡会に参加することで、ネットワークが形成されている。</p>	

評価細目の第三者評価結果

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている		
① 地域の福祉ニーズを把握している	a	関係機関・団体との連携に基づく、ニーズの把握については、「七尾市介護保険事業者連絡会」に参加することにより、ニーズ把握に努めている。民生委員等との定期的な会議への参加は、施設長が七尾市社協の会議に年4～5回参加している。地域住民に対する相談事業については、徳田まつりでの相談活動の実績がある。
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	H18.10.14の「グループデイ国分くつろぎ」との交流活動で、事業所より送迎のための職員と送迎車を貸し出している。また、徳田まつりの相談活動から医療・介護に関する講演依頼が来たために、対応している。具体的な事業・活動は、H18.5.20の「高齢者交流活動支援事業」の起案書に示されているが、各計画には明示されていない。そのため、福祉ニーズに基づく具体的な事業・活動を各計画に明示することが望まれる。

II-5 事業所及び職員の倫理

		第三者評価	コメント
II-5-(1) 倫理構築の取り組みを行っている			
① 守るべき倫理・法令が周知されている	a		倫理規程が作成されている。倫理に関する研修は、H18.5.23に実施されていることを記録で確認した。法令順守のための研修は、その都度実施している。
② 事業運営の透明性が確保されている	a		事業計画、事業報告、予算、決算、理事会資料などを書棚に設置し、誰でも気軽に自由に見られるようになっていることを確認した。

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
Ⅲ-1-(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持つための取り組みを行っている	a		利用者を尊重することは、理事会資料の運営方針の中に基本方針として明示されている。また、施設の基本方針に掲げるだけでなく、広報誌や「ほほえみ便り」、連絡帳の「ほほえみノート」などを利用して、利用者に分かりやすく公表している。また、職員への周知方法としてマニュアルに明示する、接遇マナー研修に取り入れる、研修会に参加し伝達講習を行うなどの具体的な取り組みがある。現在、身体拘束は行っていないが、さらに言葉による拘束がないか等を話し合っており、常に前向きな取り組みを行っている。
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		ケアマニュアルには、入浴やトイレ介助の方法など、個々のサービスの実施方法が書いてあり、その中に「利用者の人権を守る、羞恥心に配慮する」などの「プライバシーの保護規定」が明示してある。マニュアルは、浴場やトイレなどにも置いてあり、スタッフが必要などときに見ることができるようになっている。また、マニュアルは1年に1回、4月に全員で見直すことで研修を兼ねている。できれば、見直しをした月日と職員のサインを入れると、更に確実性が増すと考えられる。その他に、利用者の方について気づいたことをその場でスタッフが書き込める「気づきのノート」を用意し、重要と思う内容は、その日のミーティングで話し合っており、研修している。
③ 認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取組を行っている	a		ケアマニュアルの「認知症ケア」項目に注意点が明示されている。研修会にも参加し、報告会で全員に伝達している。

評価細目の第三者評価結果

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスが適切に実施されている		
① 計画的な機能訓練を行っている	a	機能訓練については、個々のアセスメント表及び機能訓練実施計画書で確認できた。また、日々の訓練内容は、個別通所介護記録の機能訓練欄に、その日実施した訓練内容を記載し、家族にも分かるようなシステムになっている。
② 介護サービスを適切に実施している	a	<p>食事に関しては、個々の利用者に対して栄養アセスメントを行い、栄養計画を立て、「個別通所介護記録」で実施状況を記録するとともに、月1回のモニタリングも行っている。また、栄養ケア計画ができると、栄養士は家族の家を訪問し、計画を説明している。訪問できないときは、手紙を添えて家族に送るなど、家族との情報交換の工夫もうかがえる。</p> <p>入浴については、手すり付きの一般浴とリフト浴があり、利用者に応じて使い分けられる。また、温泉気分が楽しめるように、年間行事計画でゆず湯やしょうぶ湯などを盛り込んでいた。</p> <p>排泄については、トイレ内に個々の利用者の排泄方法を明示した「トイレ誘導注意点一覧表」が掲げられている。トイレは全て洋式で、個々にカーテンで仕切っている。また、ドア付きの個室トイレが必要な利用者のために、職員トイレも自由に使えるようドアに案内文が掲示してあった。</p> <p>口腔ケアの必要性については、H18年11月号の「ほほえみだより」の介護マメ知識に掲載している。また、個々の利用者に対して、口腔機能アセスメントを実施し、改善計画書とともに、個別通所介護記録で実施内容を記録している。そのほか、口腔機能改善管理指導計画書を持って、家族の家を訪問し計画の説明もしている。</p> <p>それ以外にも、その日利用者の方から受けた話の内容を「対応メモ」に書き、他の職員にも知らせるなど、利用者の状況把握に努めている。</p>
③ 健康管理サービスを適切に実施している	a	健康管理に関しては、その日の健康状態を毎日記入する「健康調査票」及び「個別通所介護記録」に記録するようになっている。また、問題があった場合には、家族に電話連絡するとともに、その内容を「対応メモ」に記入し、診療所で診察できるようなシステムが整えられている。家族へは、対応内容を「ほほえみノート」に記入し、家族に手渡すとともに、「対応メモ」を「個別通所介護記録」につづって保管している。
④ 送迎を適切に実施している	b	送迎方法についてのマニュアルが整備されている。個々の利用者の送迎方法は、情報シートを用いて注意事項を記入している。送迎時間に関しては、「通所介護計画表」に予定時間が明示してあるが、家族の同意書は確認できなかった。ただし、家族の同意の欄がないだけで、家族は予定表などで確認できているので、同意欄を設けるなどの工夫が望ましい。運転日誌や運転記録は、デイサービスの「業務日誌」にその日の運転手と介護者の氏名が明記されている。

評価細目の第三者評価結果

	⑤ レクリエーションを適切に実施している	a	レクリエーション活動は、年間計画書のイベント欄に計画されている。現在は、栄養士による栄養指導に力を入れており、レクリエーションの中でも、特にクッキングが楽しめるよう工夫している。また、ゲームなどの集団レクもあるが、手芸や工作などのプログラムも準備しており、好みにより選択できるシステムが整えられている。
	⑥ 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮を行っている	a	利用者の安全面や使い勝手に配慮した構造となっており、それが評価され、平成15年度に「第6回石川県バリアフリー社会推進賞奨励賞」を受賞した。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている			
	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している	b	利用者への満足度調査は、事業計画に企画されており、H18.11.10に家族へはアンケート調査を行い、本人には聞き取り調査を行っている。現在、利用者会や家族会はないが、3ヶ月に1回機能訓練計画、栄養計画、口腔ケア等の計画書作成時に家族のもとに出向いた時に、意向調査を行っている。今後は、アンケート調査の中から見えてきた点を踏まえて検討していく予定である。
	② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている	b	現在のところ、利用者満足度調査を終えて、介護長個人が結果を分析している段階である。今後は、担当者を決めて、組織的に立ち上げていく予定である。

評価細目の第三者評価結果

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている		
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	a	利用者からの相談や意見は、苦情受付で対応している。その方法や担当者氏名などを院内掲示や広報誌、H18.11.10号「ほほえみだより」で確認した。また、広報誌や「ほほえみだより」は利用者宅に配布している。
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	利用者からの相談や苦情対応の方法は、危機管理マニュアルの苦情への対応で確認できた。その他、院内掲示や広報誌、H18.11.10号「ほほえみだより」に説明があり、重要事項説明書の中にも明示してある。ただし、重要事項説明書の中に、第三者委員の氏名、連絡先の明記がなかった。実際の対応では、苦情内容については、H18.11.24日の「苦情受付書」に記録があり、対応結果も記録してある。また、広報誌「えんやまだより」2006・7月号で家族からのご意見として公表している。さらに、広報誌や「ほほえみだより」は利用者宅に配布して周知している。ただし、苦情内容を見ると、苦情と言うというより、要望に近い内容だったので、今後この区別を明確にし、よりスムーズな対応ができることを期待したい。
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	a	危機管理マニュアルに、各部署の苦情解決責任者氏名が明記され、対応方法も確認できた。また、マニュアルは1年に1回見直しされている。利用者からの意見要望は、「苦情受付書」で対応している。今後は、苦情と要望を別々に処理することで、対応もスムーズにできるのではないかと考える。利用者の意向は、H18・11・10に利用者満足度調査を施行して、分析している段階である。今後、この結果を事業計画に盛り込んでいくことを期待する。
Ⅲ-1-(5) 入所者の家族との連携・交流が図られている		
① 入所者の家族等との連携、交流を行っている	a	家族とは、「ほほえみノート」を利用して日々の連絡を取り合っている。また、家族に連絡を入れるなどの対応をした場合は、「対応メモ」に書き、綴っている。年2回の行事は家族にも参加を呼びかけている。また、その内容は広報誌や「ほほえみだより」などに写真入で紹介している。

評価細目の第三者評価結果

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価	コメ ン ト
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			
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	H16に福祉サービス情報の公表のモデル事業を実施し、今回、第三者評価を受審した。サービス内容については、自己評価もっており、自己チェック表から見えてきた課題を施設長が日常のミーティングで指導しているが、組織として取り組む体制はないので、今後は委員会などを作り、組織化することが望ましい。	
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	c	H18年11月に利用者満足度調査を行ったばかりで、現在分析・検討中である。今後は、職員の意見も盛り込みながら委員会に反映させていくことが望まれる。	
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している	c	H18年11月に利用者満足度調査を行ったばかりで、現在分析・報告中である。今後組織化していく予定はある。サービスに関する情報は、「対応メモ」を使って職員間で共有している。研修会の報告書も回覧している。サービス内容に関しては、事業所内に栄養委員会、身体拘束委員会などが設置されており、サービス内容を検討した会議録がある。今後は、サービス内容が利用者の満足につながったかどうかアンケート調査をもとに評価し、改善計画につなげていくことが望ましい。	
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			
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	a	ケアマニュアルには、利用者へのプライバシーの尊重や入浴や排泄、食事などの標準的なサービスの方法が明示してある。また、マニュアルは、ケアが必要なデイルームや浴場、トイレなどに設置してあり、職員がいつでも確認できるようになっている。マニュアルは1年に1回、4月に全員で見直しをし、その時にサービス方法を再確認し、周知徹底にも努めている。その他、レクリエーション研修や身体拘束廃止推進員要請研修、虐待防止研修などに参加した復命書があり、記事記録一覧表に報告会を行った記録がある。今後は、安全対策委員会で介護チェックリストを作って確認することを計画しており、サービスの質の向上に対して前向きに取り組んでいる。	
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	マニュアルの見直しは、計画的に行う基準が設けてあり、それに沿って行った記録もある。また、個々のサービスについては、職員や利用者からの意見や提案があれば「伝言メモ」に記入し、朝夕のミーティングで話し合っている。	

評価細目の第三者評価結果

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている		
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	サービスの実施記録は個別通所介護記録で確認できた。また、記録方法にもばらつきが生じないように、マニュアルで基準を示し、現場には留意点も明示されている。
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	a	記録の管理体制については、管理規定に記録の責任者を明記している。また、ケアマニュアルの中に個人情報保護に関するガイドラインがあり、職員には1年に1回のマニュアルの見直し時に確認しながら周知徹底を図っている。その他、H18.6.30に「新人職員研修＝施設介護支援と記録の研修＝」に参加し、7月のミーティングで報告会を行っている。個人情報の保護や利用目的については、重要事項説明書に明記し、利用者や家族に契約時に説明、その他事業所内に掲示、H18年9月号「ほほえみだより」に個人情報の利用目的のお知らせがある。記録の開示についても重要事項説明書に明記してある。
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	情報の共有化では、マニュアルの「部門間の連携」でその必要性を明示し、現場では「対応メモ」を用いて必要な部署に連絡するシステムがある。また、朝夕のミーティング時に報告があり、話し合った内容は「記事記録一覧表」に記録している。
Ⅲ-2-(4) 外部機関との連携が図られている		
① 介護支援専門員や主治医等との連携が図られている	a	介護支援専門員は毎日ミーティングに参加して、利用者の状態を把握している。また、必要な情報は「対応メモ」を用いて連絡を取り合っている。サービス担当者会議はH18.2.2に開催した記録で確認できた。主治医との連携では、利用者情報の中に関連医療機関と主治医の氏名が明記されている。また、危機管理マニュアルに転倒時、誤嚥時、夜間急変時などの対応方法を明記している。
Ⅲ-2-(5) サービス提供における役割分担が明確化されている		
① 事業所における役割分担等が明確化されている	a	管理規定に組織図及び看護師、介護職、介護支援専門員などの業務分担が明示してある。

評価細目の第三者評価結果

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価	コメント
Ⅲ-3-(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	b	施設の紹介に、ホームページやビデオなどは作成していないが、その代わりにパンフレットや広報誌、「ほほえみだより」などを地域に配布したり、施設を地域の住民に開放したり、見学に来てもらうなど、さまざまな方法で紹介するよう工夫している。また、パンフレットや広報誌はカラー刷りで、活字が大きく専門用語の使用もないので読みやすい。ただ、情報提供に関しては、パンフレットや広報誌を地域に配布するなど努力はしているが、ホームページやビデオを作成するなどして、組織が実施するサービス内容を積極的に情報提供を行う体制の整備が望まれる。	
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	サービスの開始に当たっては、相談ファイルを用いて、重要事項説明書や契約書以外に、広報誌や社会資源のパンフレットを見せて説明している。また、利用者に地域福祉権利擁護事業のパンフレットや福祉サービス利用支援事業の案内書、「えんやまだより」などを渡し、説明している。重要事項説明書及び契約書には契約者の氏名と捺印欄がある。サービス利用料金については、重要事項説明書の中に介護保険対象サービス及び対象外サービスの説明があり、契約書で契約を取り交わしている。また、利用申込者に判断能力がなく、第三者の立会いを求めたような事例はなく、全て家族で対応できていた。今後、第三者を求めるような事例が発生した場合は、適切な対応を期待する。	
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			
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	サービスの継続については、重要事項説明書の個人情報の提供で、居宅介護支援事業所や協力医療機関に情報提供書を出すことを明示している。また、マニュアルの他部門との連携で、看護・介護のサマリーを書くシステムになっている。過去の事例ではグループホームに対して、看護・介護サマリーを出した。サービス終了後の対応については、重要事項説明書や契約書に必要な援助を行うとのみ明示している。利用者や家族などへは、口答で説明しているが、担当者や窓口の明記がなく、文章化されたものがないので、書式化されることが望ましい。	

評価細目の第三者評価結果

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価	コメント
Ⅲ-4-(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	サービスの利用計画では、通所介護利用者情報用紙で利用者の状況がアセスメントできている。アセスメントの見直しについては、ケアマニュアルに通所介護計画の作成と見直しの基準があり、3ヶ月に1回のモニタリングで見直ししている。また、アセスメントの相談内容欄に利用者及び家族から聴取した内容が明記されている。	
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	利用者のニーズや課題を明示する手続きについては、ケアマニュアルの中の通所介護計画の作成と見直しに明記してある。具体的なニーズでは、機能訓練、栄養ケア、口腔ケアなどについて、通所介護計画書に書いてある。	
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			
① サービス実施計画を適切に策定している	a	介護計画の策定責任者は、通所介護計画表①で作成担当者の氏名と事業所責任者欄に捺印がある。サービス実施計画策定手順は、ケアマニュアルの「通所介護計画の作成」にその方法が明記されている。また、サービスの実施については、個別通所介護記録で確認した。利用者や家族の希望は通所介護利用者情報の相談内容欄に、「自宅にいと痴呆が進むので、通所サービスを2回使いたい」などと聴取した内容が明記されており、個別通所介護記録にも家族の希望が書いてある。また、通所介護計画の中に機能訓練や口腔ケアなどの目的が明記されている。計画書には契約同意署名欄があり、家族や利用者のサインや捺印がある。	
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	b	通所介護計画の見直しやサービスを緊急に変更する場合の仕組みについては、ケアマニュアルの「通所介護計画の作成と見直し」項目に手順が明記されている。ただし、見直しによって変更した場合の職員への周知方法がマニュアルに明記されていなかった。しかし、実際には「対応メモ」を用いて、ミーティングで話し合っただけで周知しているため、マニュアルに文章化して追記するとよい。サービスの実施状況及び目標達成状況は、個別通所介護記録と日々のチェック表で確認できた。通所介護計画の評価は、3ヶ月に1回のモニタリングで確認、そして変更がある場合は、通所介護計画表②で文章化している。通所介護計画の見直しも3ヶ月に1回のモニタリングで確認できた。見直しの結果、変更が必要な場合には、通所介護計画に見直した内容及び日付を記載し、変更が不要な場合には、通所介護計画に更新日を記載している。居宅サービス計画の変更について、介護支援専門員に提案した記録はないが、介護支援専門員も毎日ミーティングに参加している。そこで話し合っただけで、その結果は「記事記録一覧表」に記録を残している。	

