

大阪府福祉サービス 第三者評価受審証

法人名 社会福祉法人 聖綾福祉会
事業所名 在宅介護ステーションせいりょう
評価機関名 特定非営利活動法人
ニッポン・アクティブライフ・クラブ

貴事業所は大阪府福祉サービス第三者評価を受審しその結果を公表したことを証します

記

- 1 サービス種別 通所介護、介護予防通所介護
- 2 評価決定年月日 平成26年12月19日（平成26年度）
- 3 結果の公表 独立行政法人福祉医療機構が運営するWAM NET（ワムネット）に掲載
- 4 公表期間 平成26年12月26日から
平成30年3月31日まで

平成26年12月26日

大阪府福祉部地域福祉推進室地域福祉課

福祉サービス第三者評価結果報告書（公表用）

【受審事業所情報】

事業所名称	在宅介護ステーションせいりょう
運営法人名称	社会福祉法人 聖綾福祉会
福祉サービスの種別	通所介護 介護予防通所介護
代表者氏名	理事長 山本良祐
定員（利用人数）	35 名（69名）
事業所所在地	〒546-0024 大阪府東住吉区公園南矢田4-10-6
電話番号	06 - 6699 - 9000
FAX番号	06 - 6699 - 9951
ホームページアドレス	http://www.f-seiryu.com/info/seiryu.html
電子メールアドレス	

【評価機関情報】

第三者評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	平成26年5月29日～平成26年12月19日
評価決定年月日	平成26年12月19日
評価調査者（役割）	1201A027（専門職委員） 0801A012（運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する 事業所の同意の有無	有
-------------------------	---

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

地下鉄御堂筋線あびこ駅から徒歩15分、大和川沿いの住宅地の中に立地し、緑の河川敷や遠く生駒の山も見渡せて大阪市内とは思われない自然環境である。

社会福祉法人聖綾福祉会は全体で4つの事業所からなっており、当「在宅介護ステーションせいりょう」は平成17年に開設して以来、地域の相談窓口として積極的に活動している。

通所部門の第三者評価を実施した。母体がホテル業であり「ホテルのホスピタリティで充実した毎日」とパンフレットにうたわれている通りに“おもてなし”の心のこもったサービスは職員一人一人の挨拶や立ち振る舞いからも感じ取れる。

デイサービス事業所の中で、当事業所は本物の天然温泉を週三回提供し、「ゆったり、リラックスした時間を過ごしていただく」をコンセプトにし、美味しい食事、プロのマッサージ、アロマテラピーなどを目指してお客様満足向上を目指している。

聖綾グループはすべての施設でISO9001を取得しているほか、独自の内部資格ケアマイスター制度の導入、公的資格取得や受賞の支援など、あらゆる手段を持って経営とサービスの質を向上させ、地域の人から「せいりょうがあるから安心」といってもらえるようにと日々努力する姿が見られた。

特に評価の高い点

1、サービスの質の向上に対する意識が高い。

法人は社会福祉法人として、質の担保、向上性に強い意識を持っている。すべての事業所でISO9001を取得し毎年内部監査があり、細部にわたるまでPDCAの仕組みが機能している。

法人は2年間の中期計画を策定しており「従業員満足と組織的能力の向上」「お客様満足の向上」「独自能力の追及」「地域社会への貢献」「施設の開発・運営能力の向上」の5つのテーマごとに、細かな活動内容を定めている。

現場スタッフには関係する箇所をわかりやすく書いた資料で浸透を図り、ケアマイスター制度や専門資格取得など自己啓発の動機付けを助けている。

改善を求められる点

1、自立支援のサービスを目指しての更なる取り組み

サービスの目標を「お客様によるこんでもらう、リラックスしていただく」として、様々の工夫をしていることは評価できる点であるが、介護保険の根幹は「自立支援」である。これを基本に置いたうえで、さらに満足度の高いサービスを提供していただくことを期待する。

2、環境整備の必要性

17年経過した建物が、清潔に保たれているのは、さすがである。トイレだけが、長年の汚れや旧式の設備で見劣りする。毎日何回も使うトイレこそ、改修して気持ちよい空間にして欲しい。

第三者評価に対する事業者のコメント

当施設は、開設18年目を迎え、自分たちの仕事を客観的に振り返り、更なるケアの質の向上を図る目的において、今回第三者評価を受審しました。

ひとつひとつの評価項目を客観的な視点から自分たちのサービス水準を見直す良い機会となり、指摘された改善点については、施設全体で取り組んでいきます。

今回の審査でも評価していただいている部分で、私たちはお客様にリラックスしていただくことに重点を置いて様々なサービスを提供しています。

審査後、「自立支援」の観点で指摘いただいた点について、今は「自分でできることを自分でできるように、本人様のやる気を引き出す支援」を強く意識して職員一同取り組んでいます。

その方法についてもっとも重点を置いて教育しているのが「接遇教育」になります。グループ会社のスーパーホテルのホスピタリティを活かし、毎月、講師陣をお招きし、そのスキルを磨いております。

お客様に気持ち良く過ごしていただくためだけでなく、接遇力をあげることでコミュニケーション能力も上がり、お客様と真摯に向き合い、お客様の自立した行動を、お客様自身が気持ちよくできるようにしています。

今後は、それに加えてその他のサービスについても「自立支援」の観点をずらすことなくサービスの質をあげていきます。

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

判 断 基 準 項 目	評価結果
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
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
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
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
評価機関コメント	
<p>法人の原点はホテル（スーパーホテル）からスタート。 我が国における高齢化時代の社会情勢を踏まえ、ホテル精神のおもてなしをモットーに在宅介護ステーションとして開設されている。地域の方々に“この施設があってよかった”と思って頂けるよう実現に向け全職員が一丸となって日々努力中である。</p> <p>「聖綾福祉会・Faith」に創業の精神、理念、基本方針等がまとめられ文書化・冊子を作成、全職員に配布され携帯している。困惑したり必要時は振り返り、再読し職員は行動指針として活用している。</p> <p>一方、利用者がサービスを受ける時のパンフレットおよび契約書類には理念として「安全・清潔・元気の出るサービスを提供します」が記載・説明されている。しかし利用者会、家族会までは理念や基本方針の周知は不十分と謙虚に受け止め、継続的に取り組もうとしている。</p>	

判 断 基 準 項 目	評価結果
I-2 事業計画の策定	
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
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>事業計画である聖綾福祉会・中期経営計画（2014～2016年）は日頃の情報（マネジメント＝人・物・金の管理・時・企業文化・社会情勢とニーズ）を加味し策定されている。</p> <p>目標管理を念頭に上司から全職員に噛み砕き説明され周知が図られている。どのように各自のチャレンジシートに落とし込み実現可能となるかのアドバイスを受け、時には振り返り修正している。各自の役割に応じた計画・実践がされるとともに上司の個人面接を受けながら相互評価をしている。欲を言えば、本部提示のものに連動させた「在宅介護ステーション」独自のものをリーダーを中心に職員で考案されるようにすれば関係者の成長に繋がるであろう</p> <p>PDCAサイクルで螺旋式にそれぞれが役割を担うことで企業目標が達成できるよう組織的に行われている。経営者の理念を職員へ垂直伝達（報告・連絡・相談）することに、管理職がパイプ役として機能よろしく浸透している。また、諸会議の機会を通じて職員間の横断的連携もありそのような様が「見える化」されている。</p>	

判 断 基 準 項 目	評価結果
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
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
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組に指導力を発揮している。	a
評価機関コメント	
<p>管理者は大阪市老人福祉施設連盟からの情報（収集資料）・成人後見制度、個人情報保護法、などと積極的に研修・勉強会に参加し法令関連の見識を広めている。</p> <p>せいりょうグループとしてISO9001を取得、毎年チェック・見直しを行い緊張感を持ちながら継続受審している。各種法令は業務マニュアルに落とし込み遵守している。</p> <p>人事管理の垂直連携は信頼関係にあり風通しは良好である。現場第一主義（逆ピラミット組織形態）で課題や問題解決に対しても適切かつスピーディな対応がなされている。</p> <p>年間研修計画のもと月1回の内部研修が実施・評価されている。研修内容が実践に連動しケアの質向上の成果につながるようフォローされている。若い管理者であるが職員は話しやすく親身になってことあたってくれると絶対の信頼を寄せている。管理者は「Faith」を忠実にクリアできるよう「やる気満々」でリーダーシップを発揮している。</p>	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

判断基準項目		評価結果
Ⅱ-2 人材の確保・養成		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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
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)-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
評価機関コメント		
<p>人材確保は昨今ここでも難しいようである。入職すれば施設の雰囲気も良く離職率は低くて勤続年数は安定している。有給休暇もお互いに取りやすく、時間外勤務は一人当たり月に2~3時間程度である。外部研修も公表され、希望すれば管理者が勤務調整をし、参加しやすい状況（免責・出張扱い）を設定してくれると職員の発言である。</p> <p>今後は個人個人のキャリアアップのためのシステムも思考中である。人事考課制度が採用され、ケアマイスター導入で手当てに関与している。各自は向学心に燃え、段階的にステップアップできるよう関心を持っている。</p> <p>聖隷福祉会の他の事業所ともよい意味でのライバル意識もあり管理者はじめ職員は企業の理念を認識し、明るく楽しく元気の出る職場をめざし生き生きと仕事に励んでいる。ただ、職員一人一人についての教育、研修計画は策定されていない。</p>		

判断基準項目		評価結果
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
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
評価機関コメント		
<p>経営理念を全職員がモットーとし利用者に対応している。</p> <p>マニュアルも各種整えられ文書化、フローシート形式で一目瞭然の記載法がとられている。</p> <p>事故対応、感染症対応、高齢者虐待防止、災害時対応などはニュースや他施設での事例などを適宜取り入れ繰り返し検討し各自が認識を深めるようにしている。</p> <p>会議や勉強会に事情で参加不可の者に対しては会議録・報告書を閲覧の上、確認印を押印するようにし全員に情報が浸透する方法をとっている。</p> <p>開設以来「安全管理」に抵触するような事柄は皆無とのことである。ハインリッヒの法則を念頭に「ヒヤリハット」用紙記載提出もしっかりとされ検証・対応も良好である。高齢者に多い転倒防止も細心の注意を向け介護支援が実践されている。移動時の観察と見守り・声掛け・支援（トイレ歩行時に付き添う様子に見られた）が実践されている。</p>		

判 断 基 準 項 目		評価結果
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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
評価機関コメント		
<p>地域の人々との交流として年1回の「せいりょう祭」を開催しチラシを配布や呼びかけなどで参加してもらっている。</p> <p>参加者にとってバザーなどもあり人気があるようである。今後は、転倒予防体操・食事会などイベントの拡大を図り、地域における施設の位置づけを確かなものにしていきたいとのことである。</p> <p>利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが援助を行う体制はまだできていない。</p> <p>個々の利用者のニーズに応じた地域の社会資源を利用するよう職員に説明をしている。</p> <p>関係機関・団体にも加入し定期的に会合に参加している。当施設の主任が事業者団体である「東住吉区あつまるデイ」の理事に推薦され関係機関との連携と共に具体的な課題や事例検討など他施設との情報交換は相互の刺激となり、取り入れればと思えることは積極的に導入している。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

判 断 基 準 項 目		評価結果
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
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
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
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
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
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
Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(4)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
評価機関コメント		
<p>“Faith” に「お客様中心」のサービスの実施について細かに明示しており、定期的に接遇、身体拘束や虐待防止について研修を行っているほか、毎月の勉強会で取り上げ、ケアマイスター制度の課題にもなっている。</p> <p>年1回利用者アンケートを実施し結果を公表している。</p> <p>利用者からの意見、要望は日々の連絡帳で伝えられることが多く、その都度適切に迅速に対応し、フィードバックされているが、特に苦情解決の文書化したマニュアルはない。</p> <p>個々の利用者に「食事はどうでしたか？」など日常的に尋ねている。利用者の意見をきく体制としてはご意見箱の設置と利用者アンケートの自由記載欄である。アンケート結果の検討会議は設置されているが、そこに利用者の参加も考えられては如何か。</p> <p>サービスに関する記録は開示するにしている。</p>		

判断基準項目		評価結果
Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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
Ⅲ-2-(1)-②	評価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
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
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
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
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
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
評価機関コメント		
<p>ISO9001を取得しているので、定期的に自己評価と内部監査を受けている。評価結果は改善計画を立てて実行している。</p> <p>標準的サービス実施方法の周知についてはエルダー制（OJT制度の呼び名の1つ）の新人教育のほか、毎日のミーティングや毎月のデイサービス会議でなされ、欠席者は議事録で確認している。</p> <p>入浴、排泄介助などのマニュアルは実際的でわかりやすいが、手順のみで利用者尊重やプライバシー保護についての記載はない。</p> <p>サービス提供記録は毎日項目ごとにチェックし、特別なことは支援経過に記載するとともにA3の大きな紙に書き出し職員間で共有している。</p>		

判断基準項目		評価結果
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
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。		
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
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。		
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
評価機関コメント		
<p>利用者用のパンフレットは聖綾福祉会全体のものであるが、理念や特徴がわかりやすく書かれている。利用希望者は必ず体験利用してから利用を決めている。</p> <p>重要事項や契約の説明をするとき、本人だけでは理解が難しく、家族の協力が得られない時には、利用者の気持ちの代弁としてケアマネジャーやヘルパーの協力を得るようにしている。</p>		

判 断 基 準 項 目	評価結果
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。	b
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
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
評価機関コメント	
<p>法人で定められたシートを用いて利用開始前にアセスメントを行いニーズを明確にして相談員を担当者としてサービス実施計画が策定されている。計画は毎日チェック表にて確認され、月ごとのデイ会議、6か月ごとのカンファレンスで評価、見直しをしている。</p> <p>アセスメントは初回のみで、更新の仕組みはなく、また担当者会議も定期的な開催記録が見当たらない、居宅ケアマネージャとのサービス担当者会議がスムーズに進むよう今後工夫をされたい。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	在宅介護ステーションせいりょう (デイサービス)
調査対象者数	22 / 69 人
調査方法	アンケート 一部聞き取り

利用者への聞き取り等の結果 (概要)

事業所は登録者数69人のうち、利用のない方、理解の難しい独居の方は除き約半数の利用者、家族にアンケート用紙を配布し、直接当評価機関に郵送してもらう形式をとった。(実効回収率約32%)

(調査の概要)

1. 「職員は言葉遣いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか」
 2. 「職員は話しかけやすく、またわかりやすく話をしてくれますか」
- 以上2項目100%満足であった。

ほかに高い満足を得ている項目(80%以上)は

3. 「職員はあなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか」
 8. 「職員は定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか」
 9. あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか」
 16. 「食事は楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか」
 19. 「入浴は落ち着いてゆったりと入浴することができますか」
 25. 「サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で安心して生活できるようになりましたか」
 27. 「このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いますか」
- であった。

このほか、入浴、排泄の際のプライバシー、羞恥心に対する対応、レクリエーションなどおおむね好評である。

家族からの要望として「利用時間の延長」「ショートステイなど泊り希望」が挙げられていた。

全体として、デイサービス時間中に調査員が同席し利用者とお話させてもらったが、「ここは、気楽でいい」という意見が多く聞かれた。