

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 特別養護老人ホーム 永利

評価実施期間 平成27年11月4日～平成28年2月22日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成27年12月1日現在]

事業所名称：(施設名) 特別養護老人ホーム 永利	サービス種別：短期入所生活介護／介護予防短期生活介護
開設年月日：平成22年5月1日	管理者名：大井藤夫
設置主体：社会福祉法人 伸志会	代表者職・氏名：理事長 高江政伸
運営主体：社会福祉法人 伸志会	代表者職・氏名：理事長 高江政伸
所在地：〒895-0005 鹿児島県薩摩川内市永利町2531番地	
連絡先電話番号：0996-20-8135	FAX番号：0996-20-8136
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://tokuyou-nozomien-1974.jp/	roujinhom.nagatoshi@biscuit.ocn.ne.jp

理念・基本方針

理念

- 一、人間の尊厳を重んじた生活の支援をおこないます。
- 一、役割・責任を認識した生活の支援をおこないます。
- 一、家族の心に立った生活の支援をおこないます。

基本方針

事業の実施に当たっては、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図る。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

個々の身体状態、希望に沿った個別サービス計画を立て、生活意欲を引き出し家庭的なケアを行います。

[利用者の状況]

定員	6人	利用者数	5人
----	----	------	----

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)		1	0	3	1

要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	0	0	0	1	0
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	1	2	1		

[職員の状況]

職種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1			0.1	
医師				1	0.1	
生活相談員		2			2	
介護職員	1	18			19	
看護職員		2		1	2.6	
管理栄養士		1			1	
機能訓練指導員		1			1	
介護支援専門員		1			1	
事務員		1			1	
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 2 人	採用	非常勤 1 人		
	退職	常勤 2 人	退職	非常勤 0 人		
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					7.4 年	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					6.9 年	
○常勤職員の平均年齢					45.1 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					44.8 歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年11月4日(契約日)～平成28年2月22日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(平成 年度)

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

- ・法人理念を元に職員全員が参加し、会議を重ねて行動指針を策定し、日常業務の向上に反映されている。
- ・管理者は毎年、職員との個別面談を行い、職員のニーズと組織の必要性を勘案し、次年度の研修計画に反映している。また、職員全員がそれぞれの目的に沿った研修に参加し、報告伝達を行い、共有化している。
- ・年2回家族会を開催し、介護の知識・技術を学ぶ機会及び相談の機会を設け、同時に地域住民にも参加を呼びかけ、研修及び相談の機会を作っている。
- ・介護事故防止の対応マニュアルは、事故が起りやすい項目ごとに対策が整備されている。福祉サービスの標準の実施方法に於いても、目的・手順・ポイント・ポイントの説明を詳しく明記している。
- ・すべての人々の人権を守る行為として、プライバシー保護があり、基本的なことを具体的に明文化している。施設職員全員が人権を尊重し、利用者がその人らしい暮らしができるようにマニュアルに沿ったケアに取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・法人本部の「職員のあるべき姿」の「期待される人間像、期待する職員像」が、広く職員に周知され、更なる職員の資質の向上に活用されることを期待したい。
- ・提供している福祉サービスを地域の人材育成・教育の場として活用されることを期待したい。
- ・ショートステイの利用期間は短いこともあり、地域住民参加行事や他の施設との交流、社会参加への機会が少ないが利用者と地域を繋ぐ関係づくりが求められる。

- 5 第三者評価結果
- 6 利用者調査結果（別紙）
- 7 事業者の自己評価結果（別紙）
- 8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設としてはじめて第三者評価調査を受けさせていただき、あらためて幾多のことが十分な環境にないことを気付かされました。

日常業務の基本的取り組みなど組織としても、個々としても、入居者様本位を推進してまいりましたが、まだまだその理解が十分ではなかったり、そのことを組織に落とし込む手立てが整理されていなかったことを痛感しました。

また福祉政策全般のレベル維持を法人の最優先項目と位置づけておりますが、実現に向けての基本は、それに携わる人材の資質向上であることは言を俟ちません。今以上に系統立てた手法で真摯に向き合ってまいります。

また地域との関わりについても、ショートステイ利用者様も入居者様同様の位置づけで交流・参加の機会を検討してまいります。

今回の調査を今後の成長に活かしてまいります。

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

(様式2)

H27年4月1日改定

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

		第三者評価結果
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-1 (1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	(a)・b・c
<p>評価概要 本部の法人理念と共に、全職員参画の下で策定された独自の行動指針が玄関付近に掲示されている。また、ネーム裏には法人理念が記載され、利用者・家族の尊厳を守るための行動規範となっている。利用者・家族に対しては、重要事項説明書に掲載すると共に、説明を行っている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-1 (1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・(b)・c
<p>評価概要 管理者は県老人福祉施設協議会及び地区老人福祉施設協議会に積極的に参加し、事業を取り巻く環境について把握し分析を行っている。また、法人内の事業経営に関しては年度末に法人事業所の代表者が参加し、運営会議が開催されており、施設毎に利用者の推移及び財務状況を明記すると共に、中・長期計画に反映されている。</p>		
3	I-2-1 (1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	(a)・b・c
<p>評価概要 運営会議の概要を職員会議、リーダー会議、ユニットケア会議で伝達し、問題を共有すると共に、職場毎に課題を明らかにし、改善策を検討している。経営状況、設備の整備、職員体制、人材育成に関する問題及び課題の改善に向けての取り組みが職員に共有化されている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-1 (1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	(a)・b・c
<p>評価概要 理念、基本方針を実現するために法人全体の目標を掲げ、更に各施設毎の目標を明確にしている。目標を達成するためのサービス内容、組織体制、設備、職員体制、人材育成に関して現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。また、目標を達成するための具体的な3年間の収支計画が策定されている。</p>		
5	I-3-1 (1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	(a)・b・c
<p>評価概要 理念、基本方針及び中・長期計画を元に、単年度の事業計画が策定されている。単年度の重点目標を掲げ、年間行事計画・会議・委員会活動計画・職員研修実施計画及び外部研修受講計画が策定されている。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>年度末に職員会議で事業計画の評価を行い、更にリーダー会議で意見を整理して、次年度の事業計画に反映されている。新年度の事業計画は、職員会議で説明を行い、周知されている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>毎年5月の日曜日に利用者・家族との連絡会を開催されている。昨年度の行事実績報告、会議・研修・行事の報告、利用者状況及び新年度の理念、目標、行事計画、職員研修計画が分かり易い表にまとめられ冊子として配布されている。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>毎月開催される職員会議では課題の検討、実施、評価が行われている。更にリーダー会議では職場の全体の課題、実施、評価が行われている。また、各種委員会及びユニット推進会議ではそれぞれの専門的な課題を担当しサービスの向上について取り組んでいる。奇数月に開催される運営推進会議では施設長をはじめ各ユニットリーダー等に加えて、行政・地域の代表・家族の代表を交えて事業全体の福祉サービスの質の向上やサービスの提供状況が検討されている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>職員会議、リーダー会議、各種委員会、ユニット推進会議、運営推進会議の記録は整備され、取り組むべき課題は職員間で共有化されている。改善策が検討され、実施状況の評価を行っているが、改善計画を見直すまでには至っていない。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者の役割と責任は運営規定、相談・苦情解決実施要綱、防災マニュアル等に明記されている。また、職員会議、リーダー会議、ユニット推進会議、運営推進会議を招集し、参加者の意見を聞くと共に、自身の考えを表明し、事業推進に対してリーダーシップを発揮している。</p>		
11	II-1-(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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は県及び地区老人施設協議会が主催する外部研修に出席し、組織が遵守すべき法令に関する研鑽を深めると共に、職員研修を主催し、職員への周知を図っている。また、鹿児島県人権擁護推進委員の研修会に職員を積極的に参加させており、職員の倫理・法令遵守に関する意識の向上に努めている。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は、職員会議をはじめリーダー会議に出席し、事業の進捗状況の把握と共に、職員の意見を聞き、事業計画の見直しを行っている。また、毎年1回、職員面談を行い、職員のニーズや問題点を理解すると共に、個々人の能力開発のための研修計画に反映している。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は法人の理念・基本方針を実現するために、人事、労務、財務の視点から検証を行っている。特に、事業の将来性、継続性を考慮し、個々の人材育成を長期的視点で捉え、産前産後休業制度、育児休業制度を活用し、子育て世代を支援している。個々の人材を尊重する姿勢は職員に反映され、職場に醸成されている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-1 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-1-1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>人材確保のためにハローワークと連携を図り、働きやすい職場づくり対策として子育て世代に貢献できる休業制度を活用している。介護福祉士受験を希望する職員に対して、勤務調整や職員同士が支援する風土が認められるが、人材確保に関する方針を更に明確にすることを期待したい。</p>		
15	II-2-1-2 総合的な人事管理が行われている。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>本部の理念、基本方針と共に、「期待される人間像及び期待する職員像」が策定されている。また、人事考課に関するマニュアルが策定され、年に1回の面接で職員の意向、意見を確認し、評価、分析し次年度の計画に反映している。策定されたマニュアル及び期待される人間像及び期待する職員像について更に職員に周知し、総合的な仕組み作りに活かされることを期待したい。</p>		
II-2-2 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-2-1 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は職員の意向、健康状態、家庭状況等を理解し、職員が働きやすい環境づくりに取り組んでいる。養成講習会に出席した看護師がストレスチェックを行い、メンタルヘルス、腰痛防止に取り組んでいる。有給休暇の取得、子育て支援制度の活用、時間外労働の削減等に取り組む、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮している。</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。		
17	II-2-3-1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>管理者が毎年1回、職員の個人面談を行い、職員一人ひとりの目標を明確化している。特に介護福祉士及び介護支援専門員等の資格取得に関する目標設定は職員の将来像を明確化し、モチベーションを高めている。今後は中間面接を行うことを期待したい。</p>		
18	II-2-3-2 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>「期待される人間像及び期待する職員像」が策定されており、職員研修計画には、組織としての目的が明記され、新任職員、施設内研修、施設外研修別に立案されている。研修報告は復命書に研修目的、研修内容、研修結果、職場への活用及び自身の課題別に記載すると共に、職員に対しての伝達講習を行い、職場間で共有化している。</p>		
19	II-2-3-3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>面接で得られた職員の一人ひとりの教育ニーズと組織の計画を調整し、次年度の研修計画に反映している。特に外部研修は階層別、職種別、テーマ別研修に適材適所に計画されている。研修の成果は復命書に記載すると共に、施設長からのコメントがつけられて伝達講習を行い、職員の学びに繋げている。</p>		
II-2-4 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-4-1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・(c)
<p>評価概要</p> <p>実習生の受け入れ体験がなく、マニュアルの策定はなされていない。今後は福祉サービスの内容を学校現場に伝達すると共に、福祉人材を育成するための教育プログラムを含む実習生受け入れマニュアルの策定を期待したい。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>ホームページに法の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容が公開されている。また、法人及び事業所のパンフレットを作成し、理念、基本方針、提供するサービス内容等について地域社会に、その存在意義や役割を明確にしている。広報誌を作成し、事業活動、苦情・相談、事故等の報告を行っている。財務諸表は事業所内の通路に冊子形式で閲覧が可能となっている。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>中・長期計画の中に事業所別経常収支が明記され、事業の経営内容が職員に周知されている。また、税理士が経理、取引等について、社会保険労務士が労務について関与しており、助言をもとに必要な経営改善を行っている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・㉠・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画の目標に「地域での暮らしを感じていただける交流や活動をサポートします。」と掲げ、年間行事計画の中に季節毎の地域行事への参加を計画し、実践されている。月に2回の買い物ドライブ、春と秋の出身地ドライブ（ふるさと散策ドライブ）を行っている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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・㉠・c
<p>評価概要</p> <p>開設当初は利用者との対話を中心とした「ふれあいボランティア」を行っていたが、休止中となっている。現在は、季節毎の行事に地域グループの慰問を受け入れている。ボランティア受け入れマニュアルが策定されているが、登録、申込手続きの様式を作成すると共に、「ふれあいボランティア」の復活を期待したい。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・㉠・c
<p>評価概要</p> <p>薩摩川内市が作成した「高齢者福祉のしおり」を活用して地域の関係機関、団体との連携を行っている。また、薩摩川内市、県及び地区老人施設協議会が計画している連絡会に参加し、共通の問題に取り組んでいる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・㉠・c
<p>評価概要</p> <p>職員が認知症キャラバン隊に参加し認知症サポーター養成講座の講師として家族・地域住民に講義を行っている。また、家族と地域住民を招待し、介護技術の講習を行うと共に、個別面接相談の場を設けて、お困りごと等への対応を行っている。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・㉠・c
<p>評価概要</p> <p>運営推進会議に民生委員、地域の役員が参加し、地域の福祉ニーズに関する問題を確認している。年に2回開催している家族との連絡会に地域住民や地域役員を招待し、介護に関する研修及び相談を実施すると共に、アンケート調査を行っている。受付けた困難事例について在宅介護支援センター等の関係機関へ報告し、早期の問題解決に繋げている。</p>		

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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-1 (1) -① 利用者を尊重した福祉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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>理念に「利用者の尊厳を重んじた生活の支援」の提供を明示している。身体拘束 虐待、権利擁護の研修を通し共通理解を図っている。望ましいマナー行動・態度及び業務上の心構えも倫理綱要で指導している。福祉サービスの標準的なマニュアル提供に関する基本的な姿勢が記載され、職員がいつでも見れる場所に保管している。</p>		
29	Ⅲ-1-1 (1) -② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>プライバシー保護の研修を実施し、プライバシーを守る設備の工夫やサービス提供をしている。マニュアルは、人権を尊重する姿勢がケアの項目ごとに具体的に記載してある。基本的には「自分がされたいやなことは絶対しないこと」というモラルをしっかりと職員は持ち利用者に関わることが記載されている。</p>		
Ⅲ-1-1 (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>事業所紹介の資料は法人の関連施設に配置している。入所申込書類は居宅事業所に配置している。パンフレットは文字も大きくカラー写真で見やすい。見学はいつでも対応できる体制になっている。事業所の特性から体験入所や1日利用は実施していない。主任生活相談員は、今後の検討課題と話している。パンフレットや利用者希望に対する提供の見直しはできていない。</p>		
31	Ⅲ-1-1 (2) -② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者・家族へ資料に沿って説明している。同意を得た上でその内容を書面で保存している。制度改正などの変更は送迎時や文書で報告している。本人が契約を締結できない場合は、相談に対応し適切な社会資源の紹介をしている。</p>		
32	Ⅲ-1-1 (2) -③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>他の福祉施設・事業所への変更時は福祉サービスの継続ができるように情報提供している。利用が終了し家庭に移行する場合は、普段から利用者状況を説明し連携を大切にしている。変更・移行後の相談窓口や担当者を説明している。福祉サービスの継続について手順書を作成している。</p>		
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-1 (3) -① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>利用時にアンケート用紙を使って記入してもらっている。送迎時や面談の機会を利用したり居宅支援事業所と連携を取り、利用者の意向把握に努め満足向上につなげている。</p>		

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。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>苦情解決の体制が整備され、意見箱の設置や掲示物を掲示し利用時に資料で説明している。苦情は受けつけから解決まで記録で保管している。結果は申し出た利用者・家族に報告し了解のもと公表している。第三者委員まで報告する体制がある。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>重要事項説明書に担当者や第三者委員の名前・電話番号を明記し、相談者を自由に選び相談できる取り組みをしている。苦情相談については利用者・家族に資料の配布や施設内に掲示している。相談室が設置され相談し易い取り組みがされている。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>意見箱設置や相談窓口があり、いつでも対応できる体制がある。職員は日々の関わりの中で利用者の意向や意見などを聞くように、積極的に取り組んでいる。利用時にアンケートを行っている。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>ユニット主任がリスクマネジメントの責任者であり、毎月委員会を行っている。内外研修を実施し、介護事故防止の基本的な知識・技術などの理解を深めている。事故発生時は報告ルートに沿い委員会で検討、業務改善、機器の点検や見直しをしている。事例を職員相互で共有し意識改革に役立つように取り組んでいる。事故報告書を記載し施設長の確認を得ている。家族に報告し同意を得ている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>感染症対策委員会は年に4回実施している。年間に発生する感染症のマニュアルを準備し研修している。玄関にインフルエンザ予防のポスターを掲示し、利用者や外来者に予防を呼びかけている。手洗いや食後のうがい励行の徹底した支援や施設内の衛生管理と清潔保持に施設全員で取り組んでいる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>消防訓練計画通知書が策定され年に4回災害避難訓練を実施している。毎月119番通報訓練も行っている。緊急時連絡網を掲示し、機敏な行動がとれるようにしている。各部門毎に備蓄を準備し非常災害時対応研修も実施している。利用者の安全確保第一に取り組んでいる。事業継続計画（BCP）作成中である。川内原子力発電所からの距離が近いことから緊急時避難計画も検討されている。</p>		

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（１） 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ－２－（１）－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>標準的な実施方法についてマニュアルが整備されている。目的・留意事項・手順・ポイント・ポイントの説明を簡潔に具体的に記載している。利用者尊重、プライバシー保護姿勢の明示や介護技術研修もあり、すべての職員が安全で安楽なサービスを提供できるように取り組んでいる。</p>		
41	Ⅲ－２－（１）－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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>相談・苦情やインシデント・アクシデントなど各委員会で協議し、必要に応じて標準的な実施方法について見直しの検討をしている。職員からの意見や提案も反映できるようにしている。見直しの時期については、その都度となっている。</p>		
Ⅲ－２－（２） 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ－２－（２）－① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>実施計画の作成者は相談員を設置しケアプラン作成マニュアルに沿って実施している。自宅訪問で利用者・家族の意向を引き出している。介護計画は居宅支援計画を反映し作成している。ケアチェック・サービス記録・業務日誌を通し、サービスを確認している。</p>		
43	Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>短期・長期目標で見直し評価をしている。居宅事業所と連携を取り担当者会議に参加している。変化していることは協議し介護計画に反映させている。利用者・家族の意向の再確認やニーズの変更などは、記録で職員に周知している。緊急で変更する場合は居宅事業所に報告している。家族には送迎時や電話で連絡している。</p>		
Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>組織で統一した様式で記録している。計画に基づくサービスの確認は各専門職の記録で確認している。職員による記録の差異は生活相談員が指導にあたり統一を図っている。各専門毎の記録で情報の流れが把握でき申し送り確認をとっている。パソコンを使用した情報の共有化も整備されている。</p>		
45	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>個人情報保護規定を定め管理者による管理ができています。利用者・家族には契約時に資料で説明し書面で同意を得ている。職員はマニュアルや個人情報・プライバシー保護・倫理法令遵守研修で理解を深め個人情報保護規定を遵守するようにしている。</p>		