福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称： 社会福祉法人鳥取県厚生事業団 いこいの杜		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：理事長　山本　光範 所長　　宮崎　祐子		定員（利用人数）：８０名	
所在地：鳥取県鳥取市湖山町西１丁目１１３－１			
TEL：0857-32-0151	ホームページ：		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日　昭和２０年４月１日			
経営法人・設置主体（法人名等）：			
職員数	常勤職員：　５８名	非常勤職員　２名	
専門職員	施設長　１名	介護支援専門員　２名	
	生活相談員　１名	事務員　２名	
	介護員　４２名	管理栄養士　１名	
	看護師　６名	調理員　２名	
	機能訓練指導員　１名	その他　２０名	
施設・設備の概要	（居室数）　８０室	（設備等）　地域交流室（喫茶）	
	全個室　ユニット型	セミパブリックスペース、特殊浴槽	

③ 理念・基本方針

【基本理念】

利用者一人ひとりを主体性を持った個人として尊重し安らぎと喜びのあるその人らしい暮らしが送れるようまごころで支援します。

【基本方針】

・利用者が楽しく生き生きと安心して過ごすことができる環境作りに努めます。
・より良いサービスを提供するために専門職としての倫理と誇りを持ち技能の研鑽に努めます。
・利用者、家族、地域住民との連携を強め、地域に開かれた信頼される施設づくりに努めます。

① 施設・事業所の特徴的な取組

・利用者の生活は「暮らす」に視点を向け、穏やかな雰囲気の中で生活できるよう環境整備に努めています。また、家族、ボランティア、地域との交流の場として喫茶の活用と作品披露の場所の提供、地域住民のニーズに合わせた研修の協力など広く開放してい

ます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年9月5日（契約日）　～ 平成30年3月29日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	3回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1　利用者一人ひとりを大切にした支援について

法人初のユニットケアによる特別養護老人ホームとして、利用者一人一人の尊厳と個別の暮らしを大切にし、家庭的な環境と、暖かで専門的なケアの中で支援することを方針に取組まれています。

施設の理念や事業計画について、わかりやすい表現で資料を作成し、利用者一人ひとり個別に説明を実施しておられます。また、満足度アンケート等も、生活相談員が利用者全員に聞き取るなど、丁寧な対応をしておられます。

居室やトイレの配置もプライバシーを保ち支援できる造りとなっており、日々の支援において、声かけ等も配慮して行われています。

2　ユニット間の相互評価の実施について

ユニットケア推進委員会では、理念浸透のための研修や「ユニットケア自己点検票」によるユニット内の自己評価、ユニット間の相互評価を推進し、より良いサービスの提供に向けた取組みを進めておられます。

◇改善を求められる点

1　組織的な取組みの充実について

各種委員会、各ユニットにおいて、事業実施、検証、課題解決に向けた検討等取り組んでおられます。代表者会議でのまとめ、確認等含め、組織的な取組みの充実を図られることが期待されます。

2　人事考課について

人材の能力開発・育成、公正な職員処遇、職員意欲の喚起等の目的を達成するためにも法人として人事考課に取り組まれることを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

（別紙）

第三者評価結果

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・cの 3 段階）に基づいた評価結果を表示する。
※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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）　理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ－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
〈コメント〉 ○法人および施設の理念・基本方針は明文化され、掲示板や会議室等に掲示するとともに、パンフレット、ホームページ等に掲載しておられます。 ○職員へは、年度当初の全職員が参加する職員全体会議で説明しておられます。 ○利用者へは、分かりやすい表現で書面にして一人一人に配布し説明しておられます。 また、家族へは、家族会での説明や資料送付するとともに、各ユニットに掲示しておられます。		

Ⅰ－２　経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ－２－（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
〈コメント〉 ○社会福祉事業全体の動向は、社会福祉施設経営者協議会の研修や福祉施設経営法人連絡会等に参加し情報収集しておられます。 ○地域の実情等を把握するため、市の各福祉計画等の策定動向を把握しておられます。 ○利用者の推移や稼働率をデータ化し、毎月１回、施設長、次長、各部署の主幹等や各ユニットリーダーが参加する代表者会議で分析しておられます。		
3	Ⅰ－２－（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
〈コメント〉 ○経営状況については、毎月の代表者会議で稼働率や入退所者・待機者の状況、電気使用量の状況等を把握・分析し、経費削減や産休代替職員の確保、施設の補修工事への対応など、経営上の問題点や課題点について検討しておられます。		

○代表者会議で検討した施設の状況や解決すべき課題等は、ユニット会議や職員会議で周知しておられます。
○施設の経営状況や課題等について、施設長が出席する法人の経営検討委員会や理事会等で報告し共有しておられます。

Ⅰ－３　事業計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ－３－（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　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
〈コメント〉 ○平成２５年度から２９年度までの施設の中・長期計画を策定しておられます。 ○中期計画は、「１．施設運営と財務管理」「２．福祉サービスの向上」「３．組織・人材（職員育成）」の３つの柱で策定されていますが、収支計画は法人で策定し、施設では策定しておられません。 ○毎年、進捗状況を把握、評価し、必要に応じて見直しをしておられます。		
5	Ⅰ－３－（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
〈コメント〉 ○単年度の事業計画は、中・長期計画を踏まえて策定しておられます。 ○各重点事業目標について、可能な限り数値目標を定めて取組まれることを期待します。		
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
〈コメント〉 ○事業計画は、ユニット会議や各部署の意見を集約し、代表者会議で検討・策定しておられます。 ○事業計画は、年度当初、職員全体会議で配布・説明し、年度途中に進捗状況を確認、評価・見直しを行い、年度末に事業総括をして、次年度の事業計画につながる仕組みとなっています。		

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

〈コメント〉
○利用者へは、分かりやすい表現で書面にして一人一人に配布し、理解度に応じてゆっくりと丁寧に説明しておられます。
また、家族へは、家族会での説明や資料送付するとともに、来所時にも見られるようにユニットごとに掲示しておられます。

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

〈コメント〉
○ユニットケア推進委員会を設置し、「ユニットケア自己点検票」によるユニット内の自己評価、ユニット間の相互評価を実施しておられます。特に、他ユニットを評価する相互評価は、客観的評価を取り入れ、サービスの質の向上につながっています。
○第三者評価は、３年に１回受審しておられます。

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

〈コメント〉
○第三者評価結果は、ユニット会議等で共有し、課題や改善策について検討しておられます。

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

〈コメント〉
○施設長の役割と責任は、事務分担表や防災マニュアル等で示しておられます。
○施設長は、自らの責務や考え方を年度初めの職員会議や毎月の代表者会議、ユニット会議で、職員に対して説明し、理解されるよう努めておられます。
○広報紙にも、施設長の責務や事業所の方針を掲載し、表明しておられます。

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

〈コメント〉

○施設長は、遵守すべき法令を把握するため、外部研修に参加して最新の情報を得るよう取り組んでおられます。

○職員へは、職員会議や職員研修、施設の各委員会で説明し周知を図っておられます。

○遵守すべき関係法令をリスト化し、職員が必要に応じていつでも閲覧できるようにしておかれることを期待します。

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

〈コメント〉

○施設長は、統括責任者として各委員会に参加し、課題の把握、改善策の検討に向けた指導、助言を行うなど福祉サービスの質の向上に努めておられます。

○介護の知識、技術等の向上を目指し、事業所が定める研修に加え、職員の自発的な希望も取り入れながら毎月テーマを設定して施設内研修を実施しておられます。

○介護者の気づきを生む「ひもときシート」を活用したり、外部研修に参加した職員からの伝達研修を取り入れるなど職員の教育、研修の充実を図っておられます。

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

〈コメント〉

○施設長は、稼働率や入退所、職員の配置状況等を分析し、毎月の代表者会議で報告し、業務改善に向けて協議しておられます。

○必要な人員配置や設備導入等の環境整備については、法人本部と協議しながら検討し、改善しておられます。

○安全衛生委員会をはじめ各種委員会を設置し、職場労働環境改善や職場の安全点検等の取り組みを推進しておられます。

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

〈コメント〉

○必要な福祉人材の確保や人員体制については、法人全体で計画的に取り組んでおられます。

○介護福祉士、社会福祉士等の職員の資格取得について、中・長期計画の人材育成計画に、数値目標を定めて計画的に取り組んでおられます。
資格試験の受験者には、前年度の試験合格者が講師となって勉強会を実施したり、必要な情報提供を行っておられます。
○短時間勤務や就業日数希望をとるなど、職員の事情に配慮した労働環境の整備に取り組んでおられています。

15	Ⅱ－２－（１）-② 総合的な人事管理が行われている。	a・[b]・c

〈コメント〉
○法人・施設の理念・基本方針に基づき、期待する職員像を「豊かな人間性と高い専門性を備えた人材」と明確にしておられます。
○採用や昇格等については、法人が定めた人事基準に規定されています。
○非正規職員の正規職員登用に関する選考手順が規定化され、正規職員への登用にあたっての評価は実施しておられますが、正規職員を評価する仕組みはありません。
○職員評価を含めた総合的な人事管理に関する取り組みに期待します。

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組んでいる。	[a]・b・c

〈コメント〉
○職員の有給休暇や時間外労働時間等の就業状況をデータ化して確認し、毎月の安全衛生委員会で課題点等の改善策を検討しておられます。
○介護業務による職員の腰痛が増えていることから、負担軽減のためにスライディンググローブやスライディングボードの利用、看護師長等による衛生パトロールを実施し、職員の健康管理に努めておられます。
○メンタルヘルス推進委員や業務改善ヘルプライン要綱を定め、職員が直接相談できる窓口を設置しておられます。
○公社事業団等互助会に加入し、医療費や資格取得の助成など、職員の福利厚生に努めておられます。
○施設長が、定期的に職員と面談し、就業状況や意向等を確認し、個々の職員状況に配慮した働きやすい職場づくりに取り組んでおられます。

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

〈コメント〉
○法人の職員研修実施要綱に「期待する職員像」を示しておられます。
○年度当初に上司と個別面談を行い研修課題の整理と目標設定をし、「個人研修計画・振返りシート」により管理しておられます。
○研修推進員である次長が進捗状況を確認し、年度末には、上司と面談を行い目標達成度の確認をしておられます。

<table>
<tr><td colspan="3">○新任職員には、エルダー制度による取り組みも実施しておられます。</td></tr>
<tr><td>18</td><td>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。</td><td>a・b・c</td></tr>
<tr><td colspan="3">〈コメント〉
○法人の職員研修事業実施要綱に基づき、施設の中・長期計画や単年度事業計画に職員の育成と資質向上の取り組み姿勢を明示しておられます。
○評価と見直しの手順は職員研修事業実施要項に沿って実施しておらます。</td></tr>
<tr><td>19</td><td>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。</td><td>a・b・c</td></tr>
<tr><td colspan="3">〈コメント〉
○職員の資格取得状況等を把握し、職務や必要とする水準に応じて、法人が実施する階層別研修、職種別研修への参加機会を確保しておられます。
○エルダー制を導入し、新任職員の育成に取り組んでおられます。中途採用者や異動してきた職員には、新任研修やチーム内で個別のＯＪＴを行っておられます。
○外部研修の情報も提供し、職員の意向を踏まえ勤務の調整を行うなどして、参加できるよう配慮しておられます。</td></tr>
<tr><td colspan="3">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。</td></tr>
<tr><td>20</td><td>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。</td><td>a・b・c</td></tr>
<tr><td colspan="3">〈コメント〉
○実習生受入れに関する方針は、介護実習マニュアルに明示しておられます。
○実習前の事前打ち合わせや実習日ごとの反省会を行い、学校側と連携して実施しておられます。
○実習指導者講習会を受講し、指導者を養成し受け入れ体制を整備しておられます。
○介護職以外の実習受入についても方針を定め、マニュアル等を整備し、受入体制を整えられることを期待します。</td></tr>
</table>

Ⅱ－３　運営の透明性の確保

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td>第三者評価結果</td></tr>
<tr><td colspan="3">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。</td></tr>
<tr><td>21</td><td>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。</td><td>a・b・c</td></tr>
<tr><td colspan="3">〈コメント〉
○ホームページに事業所の方針や事業計画、提供する福祉サービスの内容、財務状況、第三者評価の受審結果を公開しておられます。</td></tr>
</table>

○施設の理念や基本方針、施設で行っている活動等を紹介した広報紙を公民館やボランティア、関係団体等に配布しておられます。

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。	[a]・b・c
〈コメント〉 ○経理規程に、事務、経理、取引等に関するルールを明確にし、事務分掌と権限・責任を明確にした事務分掌表を作成しておられます。職員には、年度当初の職員全体会議で配布し、説明しておられます。 ○毎年、定期的に内部監査を実施しておられます。 ○社会福祉法人制度改革にともない、今年度から法人に公認会計士を会計監査人として設置しておられます。		

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]・b・c
〈コメント〉 ○地域との関わり方については、施設の基本方針や事業計画に明示しておられます。 ○買物やふるさと訪問等の外出の際は、ボランティアの協力を得ながら利用者のニーズに応じた支援をしておられます。 ○毎月、ユニットごとにお茶会や生け花、大正琴、体操、朗読、傾聴など地域のボランティアを受け入れた企画を実施しておられます。 ○施設の秋祭り等の行事は、ボランティアの協力や地域住民の参加を得て開催しておられます。また、地区の公民館祭には、施設紹介を兼ねて出展しておられます。 ○施設内の地域交流スペースは喫茶コーナーを設け、近隣の地域住民、ボランティアグループ等が気軽に立ち寄れる場となっています。		
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・[b]・c
〈コメント〉 ○ボランティア受入れに関する基本姿勢は、ボランティア受け入れマニュアルに明示し、年間延べ４００人以上を受け入れておられます。 ○地域の学校教育等への協力については、近隣の中学校の職場体験や高校のインターンシップ職場実習などの受入れをしておられますが、基本姿勢の明示はありません。 ○ボランティアや職場体験等の受け入れ時には、利用者への配慮を含めた事前説明を行っておられます。		

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・[b]・c
＜コメント＞ ○市が作成した「福祉・保健サービスガイド」を各部署に配置し、必要に応じて活用できるようにしておられます。また、行政、病院、施設等関係機関・団体は一覧表にして施設内で情報共有しておられます。 ○地区の民生委員・児童委員の研修を受け入れたり、近隣施設の運営推進会議に参加しておられます。 ○利用者の退所に向けた相談・支援においては、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、各病院の相談員等と連携しておられます。		
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・[b]・c
＜コメント＞ ○施設内の地域交流スペースは、近隣の地域住民の会合に利用され、利用者との交流の場となっています。 ○民生委員・児童委員研修や地元のサロン活動の一環としての施設見学を受け入れておられます。研修では、介護保険制度の知識や当該施設の理解を深めたり、施設で実施する看取り研修をサロン運営者の方に開放して実施しておられます。 ○施設は、災害時の避難所に指定されています。今後は、地域住民への周知や福祉避難所としての受入体制の整備を行われることを期待します。		
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・[b]・c
＜コメント＞ ○地域の民生委員・児童委員活動や公民館活動などとの関わりにより、福祉ニーズの把握に努めておられます。 ○介護保険制度や施設利用の話を聞きたいと言ったニーズに応え、施設で研修会を開催したり、毎月１回、「介護（福祉）なんでも相談」の日を設けておられます。 ○施設に地域住民の出入りがある中、地域コミュニティの拠点をめざした取組みの検討を期待します。		

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

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td>第三者評価結果</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ⅲ－１－（１）　利用者を尊重する姿勢が明示されている。</td></tr>
<tr><td>28</td><td>Ⅲ－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。</td><td>[a]・b・c</td></tr>
<tr><td colspan="3">〈コメント〉
○法人や施設の理念・基本方針、職員倫理綱領などに、利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示しておられます。
○年度当初の職員全体会議で、倫理綱領やコンプライアンスについての資料を配布し、説明しておられます。
○全職員に虐待防止チェックアンケートを実施し、日々のサービスの自己評価と振り返りの機会を設けておられます。集計結果は、虐待防止検討委員会で分析・検証するとともに、毎月のユニット会議でも話し合いの場を持っておられます。
○法人全体で行う人権研修や施設内の各委員会で企画する虐待防止研修、身体拘束排除研修などを行い、利用者を尊重した福祉サービス提供について職員への共通理解を図っておられます。</td></tr>
<tr><td>29</td><td>Ⅲ－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。</td><td>a・[b]・c</td></tr>
<tr><td colspan="3">〈コメント〉
○虐待防止要綱やプライバシー保護マニュアルを策定し、職員全体会議や研修会等で職員への周知と理解を図っておられます。
○居室は個室となっているほか、トイレや浴室も個室化されており、それらの配置もプライバシーに配慮した造りとなっています。トイレ誘導の声かけなど、プライバシーに配慮した個別のケアを行っておられます。</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ⅲ－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。</td></tr>
<tr><td>30</td><td>Ⅲ－１－（２）－①　利用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。</td><td>a・[b]・c</td></tr>
<tr><td colspan="3">〈コメント〉
○理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容は、施設のホームページに掲載しておられます。
○施設のパンフレットや広報紙は、写真を多く取入れ、分かりやすい言葉で記載し、医療機関の地域連携室や居宅介護支援事業所へ配布しておられます。また、地域の公民館祭や施設の行事、見学等の来所時にも配布しておられます。
○見学希望者は随時受け入れ、生活相談員が対応しておられます。</td></tr>
</table>

31	Ⅲ－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。	[a]・b・c

〈コメント〉

○利用開始にあたっては重要事項説明書を用いて福祉サービスの具体的内容、日常生活に関する事項などを、利用者、家族等に伝わりやすい言葉にして説明しておられます。

○サービス開始・変更時には、利用者や家族の意向を聞き取り、本人の意思を尊重しておられます。また、サービス内容等については、同意を得て書面で残しておられます。

○意思決定が難しい利用者については、本人の意思を配慮しつつ、家族とも話をして、成年後見制度の手続きを行っておられます。

32	Ⅲ－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。	[a]・b・c

〈コメント〉

○長期入院等の退所時は、情報提供票の作成や看護サマリーを用いて引継ぎ、福祉サービスの継続性に配慮した対応をしておられます。また、再入所が優先的にできるよう利用者、家族、医療機関の地域連携室と連携を図っておられます。

○施設を退所後も、生活相談員が窓口となり相談に応じたり、担当ケアマネジャーから状況確認するなどしておられます。

Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。

33	Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	[a]・b・c

〈コメント〉

○年に１回、サービスに関する利用者、家族アンケートを実施しておられます。集計結果は、ユニットケア推進委員会で分析・検討し、改善策などの対応をしておられます。また、集計結果とともに検討結果を施設内に掲示しておられます。

○家族会への参加や生活相談員による利用者への個別聞取りを定期的に行い、ユニットケア推進委員会で検討し、利用者満足度の向上へ向けた対応をしておられます。

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。	a・[b]・c

〈コメント〉

○苦情解決委員会等設置要綱にもとづく苦情解決の体制と仕組みを整備し、施設内に掲示するとともに、重要事項説明書により利用者等に説明しておられます。

○受け付けた苦情は、内容に応じて第三者委員をまじえた苦情解決検討会を開催して検討し、申出者のプライバシーに配慮した上で、施設内に対応策を含めて掲示し公開しておられます。

○苦情や意見、要望は、内容と対応経過等を記録し、保管しておられます。

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。	[a]・b・c

〈コメント〉
○生活相談員による利用者への個別聞取りを定期的に行い、意思表示の難しい利用者には、日々の生活を通して意思を汲み取る配慮をしておられます。家族からも、日常的に相談を受けておられます。
○意見箱の設置や家族会、利用者集会等の場面でも意向を聞き取るように努めておられます。
○相談内容によっては、利用者の居室や会議室などを利用し、プライバシーに配慮した対応をしておられます。

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。	a・[b]・c

〈コメント〉
○苦情解決委員会等設置要綱、苦情解決検討会実施要綱にもとづき対応しておられます。
○受け付けた苦情や意見には、迅速に対応しておられます。
検討が必要な場合や、対応に時間がかかる場合の対応について、手順や期間等を明確にして取り組まれることを期待します。

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。	[a]・b・c

〈コメント〉
○リスクマネジメントに関する責任者を決め、３カ月毎にリスクマネジメント委員会を開催しておられます。
○年１回、事故発生時対応マニュアルの研修やリスクマネジメント研修を行って、職員の事故防止意識の向上に努めておられます。
○ヒヤリハット報告書は、速やかに回覧して職員へ周知し再発防止に努めておられます。
緊急度の高い事例については、リスクマネジメント委員会が中心となって、当事者やユニット職員等で検証し、改善策を立てて全職員に周知しておらます。
○毎月のユニット会議において、対応策の検証と必要に応じて見直しを行っておられます。

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。	[a]・b・c

〈コメント〉
○感染症予防対策委員会を設置し、管理体制を整備しておられます。
○感染症対応マニュアルを整備し、職員へ周知しておられます。また、年１回見直しをしておらます。

○感染症対策委員会を随時開催し、感染症等の情報を収集し、手洗い・うがいを励行し、手すりやドアノブの消毒や床・水回りの消毒等感染症予防に努めておられます。
感染症が発生した場合には、臨時感染症対策委員会を開催して、感染症の拡大を防ぐよう適切に対応しておられます。
○外部講師を招いての研修会や外部研修に参加した職員からの復命研修を行い、予防対策に努めておられます。
○玄関には、ポスター等による啓発やマスク、アルコール消毒液を設置し、外からの感染症予防対策にも取り組んでおられます。

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行っている。	a・[b]・c

〈コメント〉
○防災委員会を設置しておられます。火災、風水害、地震等の対応マニュアルを作成し、災害時の対応方法を定めて職員に周知しておられます。
○ＢＣＰ（事業継続計画）を策定し、災害時に福祉サービスを継続して提供するために必要な対策を講じておられます。
○飲食料の備品リストを作成し、管理栄養士を管理者に定めて管理しておられます。
○近隣の警察学校と連携し、法人内施設合同の合同訓練を年１回実施し、施設独自の避難訓練を年２回実施しておられます。災害時に備え自治会や地域の関係団体と連携した体制整備や避難訓練の実施を期待します。

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。	a・[b]・c

〈コメント〉
○食事や入浴、排せつ等サービスごとの標準的な実施方法を記載したマニュアルを整備し各ユニットに設置しておられます。マニュアルには、利用者の尊重やプライバシーの保護に関わる内容を明示しておられます。
○新任職員へは、マニュアルにもとづいた研修を実施しておられます。
○標準的な実施方法に基づいてサービスを実施しているか、具体的な確認方法を明確にし、日常的に取組まれることを期待します。

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・**b**・c

〈コメント〉

○各ユニットに入浴、排泄、口腔ケア、ケアプラン等の係を置き、年１回、担当する係ごとにマニュアルの検証が行われ、各委員会で見直しを行っておられます。

○毎月のユニット会議やユニットリーダー会においても、意見や提案があれば検討し、見直しにつなげておられます。

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。	**a**・b・c

〈コメント〉

○福祉サービス計画書は、作成手順書やフローチャートに基づいて、定められた様式でアセスメントを行い、策定しておられます。

○サービス計画書の策定にあたっては、本人や家族、多職種の関係者等が参加してサービス担当者会議を開催し、本人の意向を踏まえて策定しておられます。

○複雑な支援課題のあるケースについては、担当者、ユニットスタッフ、多職種職員でケース検討会を実施し、必要に応じて専門医の意見を伺うなど、適切なサービスの提供に努めておられます。

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。	**a**・b・c

〈コメント〉

○福祉サービス計画書の評価・見直しは、手順書やフローチャートに基づいて、定期的に行っておられます。

○カンファレンスの資料を回覧するとともに、口頭や連絡帳などで職員に伝え、情報共有しておられます。

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、職員間で共有化さている。	**a**・b・c

〈コメント〉

○所定の様式を整備し、利用者に関するサービス実施状況の記録が行われています。これらの記録は、パソコンの記録システムで管理しておられます。

○記録する職員により記録内容や書き方に差異が生じないよう、異動で配属になった職員や新人職員には、記録に関する研修やユニットリーダーを中心とした指導を行っておられます。

○定期的に開催するサービス担当者会議、ユニット会議等で情報を共有するほか、毎月全利用者の個人ファイルを回覧し、情報共有しておられます。

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。	a・b・c

〈コメント〉

○法人の文書管理規定や個人情報保護規定等により記録を管理しておられます。

○各部署に記録管理責任者を設置しておられます。

○職員には、個人情報に関する研修を実施し、理解を深めるとともに、個人情報保護に関する誓約書を徴取し、守秘義務について周知徹底しておられます。

○入所時には、利用者・家族に個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ておられます。

福祉サービス第三者評価結果
（内容評価基準－高齢者施設版－）

※すべての評価項目（２０項目）について、判断基準（ａ・ｂ・ｃの３段階）に基づいた評価結果を表示する。

A-1 生活支援の基本と権利擁護

評価項目	評価結果	判断理由
Ａ－１－（１）生活支援の基本		
A-1-（１）-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	ⓐ・ｂ・ｃ	・24時間シートやアセスメントシートにより、暮らしの意向や生活習慣、趣味、身体状況を把握し一人ひとりの意向に合わせた活動に参加出来るように支援しておられます。 ・自立支援型のケアプランに添った支援と意向にあわせた活動へ誘っておられます。 ・ユニット毎に希望を反映した外出を家族の協力も得ながら実施しておられます。 ・24時間軸のユニット日誌で入居者の状況に応じた支援をしておられます。 ・タオルたたみやマッサージ、テーブル拭きや食事の盛り付け等、出来る事をプランに上げ実施できるよう支援しておられます。 ・毎月のユニット会議で話合ったり、サービス内容のチェックを行い、3ヶ月毎にモニタリングを行いサービス担当者会議で多職種協働で一人ひとりに応じた生活になっているか確認や見直しをしておられます。 ・ケアプラン、24時間シートに添った支援と、24時間軸のユニット日誌で本人の生活ペースに合わせて食事の時間や排泄介助の時間等を検討しておられます。 ・新聞やＴＶなど自由に見られる環境やユニット毎の活動と施設内での行事、意向に添った外出を行っておられます。
A-1-（１）-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	評価外	
A-1-（１）-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	評価外	
A-1-（１）-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・日々のケアの中で会話で聞き取る他、入居者アンケートや意見聞き取りで思いを把握しておられます。 ・ケアプラン作成時の意向の聞き取りや日常のコミュニケーションの中から本人の思いを伺い支援しておられます。 ・ユニット相互評価で接遇、マナー、言葉遣いを点検しておられます。 ・毎月のユニット会議等で検討し見直ししておられます。 ・Ｙｅｓ，Ｎｏで答えられるような質問や、2つの物を見せて選択してもらう、文字ボードを指さして意思表示してもらう等の対応をしておられます。 ・意見聞き取りや傾聴ボランティア、安心相談員と話す機会を設けておられます。 ・入居者個々の話しやすい場所で話が出来るよう、ケアプランに上げておられます。
Ａ－１－（２）権利擁護		
A-1-（２）-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・各ユニットに入居者向けに施設内のお知らせや苦情解決、虐待防止の担当者の名前等が入ったファイルを設置しておられます。 ・虐待防止アンケートを実施し、毎月ユニット会議時に虐待防止に関する意見交換の場を設けておられます。 ・具体的な行為についても各ユニットに掲示し、手続きや実施方法は各部署ごとにマニュアルを配布し徹底しておられます。 ・虐待発見時の通報場所も掲示しておられます。 ・支援が困難だと感じる事についての相談を毎月ユニット会議で行っておられます。 ・再発防止委員会を設置し発生時には、委員会を開催し検討しておられます。

A-2 環境の整備

評価項目	評価結果	判断理由
A－２－（１）利用者の快適性への配慮		
A-2-（１）-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	ⓐ・b・c	・パブリックスペースは専属の職員が行い、ﾘﾋﾞﾝｸﾞは毎日、部屋は週に１回は掃除し、室温にも配慮しておられます。 ・一人ひとりの希望や好みを配慮しながら、環境を整えている。カンファ時の意向の聞き取りやケアチェック表の情報、今までの暮らしを参考に検討しておられます。 ・利用者アンケートや意見聞き取りの結果と対応を掲示しておられます。 ・入所時に使い慣れた家具や物、写真等を持参してもらう等し居心地のよい環境に配慮しておられます。

A-3 生活支援

評価項目	評価結果	判断理由
A－３-（１） 利用者の状況に応じた支援		
A-3-（１）-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	ⓐ・b・c	・アセスメントを行い、身体状況や意向に合った入浴方法をユニット会議で話し合い、状態の変化に応じて入浴方法を変更しておられます。 ・ユニット職員とゆっくり入浴出来るよう職員配置も調整し、入浴支援をしておられます。手すりやシャワーチェアー、リフト等福祉用具の活用と無理の無い様２人介助で行っておられます。 ・個々に合わせた誘導の声掛けや室温湯温、タオルをかける等羞恥心に配慮した対応や、意向で同性介護を行っておられます。 ・ユニット会議で検討し適切な方法で入浴できるよう努めておられます。 ・体調を確認し、体調不良時は看護師に相談し、翌日に変更したり清拭にするなどの対応をしておられます。 ・感染症や傷のある入居者は最後に入ってもらう等、意向も踏まえ配慮しておられます。 ・汚染時や多量の発汗などの必要時は随時入浴やシャワー浴が出来るようにしておられます。
A-3-（１）-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	ⓐ・b・c	・ユニット会議で検討、確認、アセスメント、２４時間シートで周知徹底しておられます。 ・食物繊維やオリゴ糖、乳製品、水分摂取量の見直しなど排泄係や各担当、看護師、栄養士と多職種協働で随時検討しておられます。 ・排泄への案内は大きな声で言わないようにしたり、必ず戸を閉めタオルをかけて羞恥心に配慮しておられます。 ・マニュアル、ケアチェック表、２４時間シートに個別の排泄方法を記載し周知しておられます。また、適時２人介助する等、無理の無い様に安全な対応に努めておられます。 ・少しでもトイレで排泄出来る人には、身体機能に合わせてトイレ介助や紙パンツ、布パンツへの移行支援をしておられます。 ・尿や便は常に観察し、日誌に記入し異常時は看護師に報告し対応しておられます。 ・サービス担当者会議でケアチェック表の見直しや、ユニット会議時に個別ケアについて検討しておられます。
A-3-（１）-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	ⓐ・b・c	・キャプション評価研修をして環境整備をすすめておられます。 ・少しでも歩行できる人は手引きや歩行器を使用し、トイレや部屋がわからない人は掲示物や案内をしておられます。 ・個人に合わせた福祉用具使用と共に付き添い身守りを行っておられます。 ・福祉用具を使用する前に、職員が一人で出来るまで指導し確認をしてから使用するなど安全に努めておられます。 ・サービス担当者会議やユニット会議の個別ケアで検討し見直しをしておられます。 ・障害物や段差がないよう動線を考えて環境を整えておられます。 ・訴えがあればその都度、必要時は多職種協働で速やかに介助しておられます。
A―３-（２） 食生活		
A-3-（２）-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	ⓐ・b・c	・旬の食材や地元食材（国産）の使用に努めておられます。月１回希望を伺いユニットで調理をし、音、におい、働く姿などから暮らしを感じてもらうようにしておられます。簡単な盛りつけなどできる範囲でしてもらっておられます。 ・厨房は大量調理マニュアル、ユニットは厚労省の通達、「家庭でできる食中毒予防６つのポイント」に基づき実施しておられます。 ・朝食時に和食と洋食の選択ができます。

	A-3-（２）-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・嚥下咀嚼機能が低下した方にはなめらか食（ゼリー食）を提供し、見た目からも楽しめるよう盛りつけや色味に配慮しておられます。 ・個を尊重しテーブル分散配置、食事時間をずらすなど配慮しておられます。 ・皿やスプーンを持ってもらい自分で食べてもらえるよう一部介助や声かけをし、できる事を続けてもらえるよう支援しておられます。 ・認知症や咀嚼機能が低下した方に対し、食事を経口から食べてもらえるよう多職種でミールラウンドや会議を開催し、アプローチ方法を検討し実施しておられます。 ・リスクマネジメント委員会やユニット会議にて緊急時の対応を確認しておられます。また、吸引器をリビングに配置し、万が一の時に使えるようにしておられます。 ・２４時間記録シートに記録し、食事量水分量を把握しておられます。異常あれば医療相談等しておられます。
	A-3-（２）-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・口腔機能検討委員会を定期的に開催しユニット毎の個別の口腔ケアに関する情報共有をしておられます。 ・委員会の意見をもとに歯科医師や歯科衛生士に相談、助言、指導をしてもらい、個々の口腔ケア方法を検討・実施するという体制ができています。 ・平成２９年度は企業による所内研修を実施しておられます。 ・口腔ケアチェックシートを活用した入所時診察をしておられます。
A―3-（３） 褥瘡発生予防・ケア			
	A-3-（３）-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・褥瘡対策指針を作成。身体の保湿に努め、福祉用具の活用やベッドや車椅子でのポジショニングについての研修会を開催し予防に努めておられます。 ・２ヶ月に１回褥瘡対策委員会を開催しておられます。 ・医師の指示の下、看護師ラウンドや必要時に処置を実施。医師と連携し栄養評価を行い、補助食品の提供を行っておられます。 ・外部講師（認定看護師など）を招いて研修会を開催したり、外部の研修に参加し、復命にて全職員に対し情報を提供しておられます。 ・ユニット日誌にて食事摂取量の確認、毎月体重測定（BMI)の実施、年１回以上の血液検査を実施し栄養評価を行っておられます。
A―3-（４） 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
	A-3-（４）-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・医療的ケアに関する指針に基づき、実施手順・個別計画を策定し医療的ケアを実施しておられます。 ・医師の包括指示書の下（実地研修については、実地研修実施承認をもらっている）、医療的ケアを実施しておられます。 ・毎月、医療的ケア推進委員会を開催し実施体制の充実を図り、情報の共有を行い安全管理体制を構築しておられます。 ・毎年、年２回の研修と個別指導を行い実施体制の充実・強化を図っておられます。
A－３-（５） 機能訓練、介護予防			
	A-3-（５）-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・体操や、洗濯物たたみ、立位保持など声かけし出来る事を主体的に取り組んでもらえるよう働きかけておられます。 ・リハビリ職の指導のもと、多職種協働で日常動作訓練を行っておられます。 ・移乗や移動、食事動作、更衣などあらゆる生活場面で、出来る事をわずかでも行ってもらうよう促しておられます。 ・ケアプランに取り入れた生活リハビリをユニット会議時に検討したり、モニタリングで見直しておられます。 ・２４時間軸の日誌や支援経過記録を参考に、看護師やご家族と連携して必要時は医師も連携し対応しておられます。
A―3-（６） 認知症ケア			
	A-3-（６）-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	ⓐ・ｂ・ｃ	・入居時にアセスメントを実施しその後もケアプラン更新時に実施し個々の状態を把握しておられます。 ・ユニット会議時に意見交換を行い援助の状況、見直しを行っておられます。 ・認知症ケア推進委員会を中心に、困難事例があれば事例検討を行い理解に努め、基礎疾患や薬の影響等、多職種協働で対応しておられます。 ・新人オリエンテーション、委員会主催の所内研修、リーダー研修等の復命研修、雑誌の回覧などを行っておられます。 ・キャプション評価を行い環境を整えたり、ユニット毎に季節のしつらえや写真など飾るなどし、居心地の良い空間を作っておられます。

A―3-（7） 急変時の対応			
	A-3-（7）-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	ⓐ・ b ・ c	・看護マニュアルに基づいた対応手順を実施、嘱託医と連携を取りながら対応しておられます。 ・毎日各ユニット巡回時に、介護職員と入居者の体調等の情報交換・観察を行い、ケースへの入力、日誌、看護連絡票、看護カルテの記録を行っておられます。 ・薬の効果、副作用については、外部講師（薬剤師）を招いて研修会を開催しておられます。 ・ユニット会議やサービス担当者会議で体調変化時の対応について周知徹底しておられます。 ・内服薬は入居者の状態等を嘱託医往診時等に報告相談し処置してもらい、内服管理、服薬確認には三度の確認を実施しておられます。
・			
	A-3-（8）-① 利用者が終末期を迎えた場合の手順を確立し、取組を行っている。	ⓐ・ b ・ c	・入居者が終末期を迎えた場合の対応として、「看取りに関する指針」「ターミナルケアマニュアル」を作成しておられます。 ・２４時間いつでも嘱託医と連絡がとれる体制を確立しておられます。 ・入居者、ご家族に対し毎年事前意向確認を行っておられます。入所前に当施設での終末期の対応、ケアについての説明し、看取り開始時には再度入居者や家族に対し、施設の対応、ケアについて「看取りに対する指針」「ターミナルケア開始にあたって」のパンフレットなどを用いて説明を行っておられます。 ・外部講師を招き職員、ご家族、地域の方に対して「看取りについて」の研修会を実施しておられます。 ・看取り開始時や看取り終了時に、精神的ケアを実施しておられます。 ・家族、医師、職員の連携の下終末期ケアを行う体制を整え入居者、ご家族の意向に沿ったケアの取り組みを実施しておられます。

A-4 家族等との連携

	評価項目	評価結果	判断理由
A－４－（１）家族等との連携			
	A-4-（1）-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	ⓐ・ b ・ c	・ケプランンに関して、モニタリングで３ヶ月おきに計画の振り返りを行うとともに現在の身体状況について伝えておられます。状況の変化があったり、通院の後にも結果を電話で報告しておられます。 ・伝達すべき事がある場合、連絡がとれなくても次の勤務者などに申し送り、必ず連絡ができるよう対応しておられます。入居者によっては、連絡ノートを活用しておられます。 ・家族会総会、家族会奉仕作業後の意見交換会などを開催し、ご家族からの要望を得る機会を設けておられます。 ・家族会活動では頂いた意見を報告書として供覧し、入居者、ご家族個別の事案についてはケース記録に入力しておられます。ご家族からの申し出や必要のある時には相談対応を随時行っておられます。 ・毎年施設の祭（一丸祭）や敬老祝賀会などのイベントを開催し、入居者、ご家族が一緒に楽しんでもらえるような取り組みを行っておられます。また、施設各所にご家族や入居者本人の作品を展示し関係作りの一環となるよう取り組んでおられます。

A-5 サービス提供体制

	評価項目	評価結果	判断理由
A－5-（1） 安定的・継続的なサービス提供体制			
	A-5-（1）-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	評価外	