

福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関名

名称：一般社団法人 福祉サービス評価機構 wellink
調査実施日：2018年10月1日、2日

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム山城荘	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：大西 道夫	定員（利用人数）： 80名
所在地：徳島県三好市山城町西宇1227番地4	
TEL：0883-84-1177	ホームページ：http://yamashirokai.or.jp/
〔施設・事業所の概要〕	
開設年月日 平成3年	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人山城会（公設民営）	
職員数	常勤職員： 51 名 非常勤職員 10 名
専門職員	（専門職の名称） 介護福祉士 29 名 ホームヘルパー 16 名
	介護支援専門員 5 名 社会福祉士 1 名
	（准）看護師 8 名 理学療法士 1 名
	栄養士 1 名
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）
	・多床室 (20) ・機能訓練室 (2) ・静養室 (1) ・個室 (18) ・浴室 (2) ・食堂 (3) ・医務室 (1)

③理念・基本方針

<p>理念 「共に喜び、共に生きる」 介護支援を必要とする方々が、住み慣れた地域において安心して齢（よわい）を重ねることができ、そして暮らし続けていくことのできる地域福祉の実現を目指します。</p> <p>基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちは、介護の専門職として自ら有する知識・技術を駆使し最善の介護支援に努めます。 2. 私たちは、高齢者の人権を擁護し、公正・公平な態度で支援するよう努めます。 3. 私たちは、すべての利用者が安全かつ安心して過ごせるような環境整備に努めます。 4. 私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意思を尊重し、誠意をもって介護するよう努めます。 5. 私たちは、自己を律し、あらゆる法令・規範を遵守します。 6. 私たちは、健全経営、継続性、透明性の確保に努め、「地域とともに・地域に開かれた施設」を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価を受審し、サービスの質の向上、信頼関係（利用者、家族）の構築を図る。 ・地域の小中学生との交流会、体験学習の受入れを実践する。 ・「認知症サポーター養成講座」と協働して、地域のボランティアの受入、養成を行う。 ・いきいきサロン山城（住民交流活動拠点施設・三好市休廃校等の活用事業）の運営により、地域住民の交流の場を解放するとともに介護予防・健康づくり等に関する各種研修会・イベント等を開催している。
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年5月7日（契約日） ～
	平成31年3月8日（評価結果確定日）

⑥総評

☆特に評価の高い点

・理念、基本方針が明文化され周知が図られている。

理念は、各部署に掲示され、職員の名札の裏やパソコンの上に理念を記載し、職員が見やすいところ、目に付きやすいところに置くなど周知を工夫し職員間共通の思いとして連携できている。利用者と「共に喜び、共に生きる」ことが職場の風土にまでなっている。

・質の向上に向けた組織的な体制が整備されている。

各部署の諸問題を、業務改善委員会、コンプライアンス委員会、接遇委員会、安全・感染管理委員会等、11部門の委員会を通してあげて検討の場としており、その中で懸案事項を、さらに運営会議や管理会議に上げて問題解決を図る等組織としての仕組みが確立している。職員の質の向上に向けて、自ら将来を描くことができるようキャリアパスを示し等級制度を明確にしている。キャリアコンサルティングを受け、キャリアアップ研修やスキルアップ研修を体系化し人材育成を強化している。

・地域の福祉向上のための取組を行っている。

いきいきサロン山城にて、認知症サポーター養成講座や栄養改善教室、口腔ケア教室等、様々な講座や教室を開催したり、職員が出向いて行う出前介護教室もやっている。認知症サポーター養成協力事業所「ゴールド事業所」として県にも登録されている。いきいきサロンは、廃校になった小学校を再利用し、地域の人を対象に上記のように色々な講座や教室を定期的に開催したり、高齢者緊急一時宿泊所に指定されるなど、地域に欠かせない施設となり得ているところは評価できる。

☆改善を求められる点

・利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方

利用者一人ひとりの心身の状況に合わせ、ケアプランを中心に安全に毎日を過ごせるよう介護している。誕生会等、行事のある日は、勤務表作成時に職員数を増やしておくよう工夫しているが、日々の中活動のプログラムを作成し実施するまでには至っていない。日々の中活動の時間を活用し、重度の利用者もさらに充実し活性化できるような日中活動プログラムの作成を期待する。

・福祉サービス実施計画の全体把握と記録の統合化

利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が各部門ごとに適切に記録され引き継ぎにて情報共有している。胃ろう抜去等あれば、現場から、ケアマネへ伝え、こうしてほしいという希望を伝えられる等、現場とケアマネとの連携が密に行われ、ケース記録等各部門の記録は、パソコンのネットワークシステムで見ることができる。各部門ごと必要な記録を作成し、モニタリング時、ケアマネが各記録を拾い上げモニタリングを行っているが、サービス提供の根拠となるケアプラン全体を職員一人ひとりが把握してサービス提供できるまでには至っていない。現場の職員一人ひとりが、ケアプランまたは個別支援計画の全体を把握して各部門が支援、介護サービスを行えるよう期待する。併せて記録類は各様式が整備されており作成もされているが、利用者一人ひとりの各記録が分散しており、情報の取りまとめに職員の手間を要するため、一部の様式を統合・簡略化する等での効率化が望まれる。

・実習生等の確保について

実習生受け入れの担当を設置し対応マニュアルがあり、小学生、中学生の職場体験の受け入れを行っているが、地域性の課題も考慮した上で大学等との連携や関係の構築までには至っていない。実習生を確保し、専門職の育成をすることは、将来の現場を担う福祉職員を育成することであり社会福祉法人としての地域貢献でもあり、人材確保にもつながってくるので、大学等との連携や関係の構築に取り組まれることを望む。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、福祉サービス第三者評価を受審したことは、あらゆる角度から法人及び施設運営を進めて行く中で、課題、問題点を職員全員で共有できるとともに、見直す良い機会になりました。

法人として、サービス向上に努めて取り組んできたことに対して高い評価をいただいたことにより、自信と誇りを持って日々の業務に励むことができる契機となりました。

評価の高い点についても、更に質を高められるよう研鑽を重ね、改善を求められる点については、十分に検討を行い、課題解決に向けて役職員一丸となり、更なるサービスの質の向上のために、地域に開かれた施設として、より一層の努力をしたいと思います。

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。

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・周知されている。		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 理念、基本方針はホームページ、パンフレット、広報誌に記載され、各部署に掲示、職員の名札やPC上にも記載し、職員が見やすく目につきやすい場所に置くなど、周知を工夫している。利用者及び家族への周知は、組織の姿勢を示す機会にも繋がり、ひいては組織への安心感や信頼感を持って頂く絶好の機会となるものであるため、更なる十分な取り組みに期待する。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1)経営環境の変化等に適切に対応している。		評価結果
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
<p><評価コメント> 経営環境を地域の福祉計画や民生委員との合同研修や三好地域福祉連絡協議会に参加する中で、地域の情報把握に努めている。把握した経営環境と経営状況の情報を管理会議、運営委員会、各委員会にて検討し、分析することができる。</p>		
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。	評価結果
		b
<p><評価コメント> 分析した状況を中長期計画や事業計画に反映したり、各種会議や委員会で検討された改善課題を各部署に持ち帰り、事業所ごとに職員に回覧にて周知している。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1)中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 経営や実施する福祉サービスに関する中・長期の事業計画や中・長期の収支計画を策定しており、4年に1回の見直しを実施している。</p>		
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。	評価結果
		b
<p><評価コメント> 中長期計画が課題や問題点を解決し、目標を達成するための具体的な中長期計画策定までには至っていないため、単年度に十分反映されるまでには至っていない。</p>		

I-3-(2)事業計画が適切に策定されている。		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 事業計画は、各事業所の責任者参画のもと作成されている。また、毎年度、事業報告を作成し組織的に評価・見直しを行っている。しかし、全職員に対しての理解を促すための周知においては、更なる取り組みに期待する。</p>		
7	I-3-(1)-②事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	評価結果
		b
<p><評価コメント> ホームページや広報誌、家族会にて説明し周知をおこなっている。事業計画の主な内容を利用者等に分かりやすく説明した資料の作成等の更なる取り組みに期待する。</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

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。		評価結果
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に行われ、機能している。	b
<p><評価コメント> 今回で2回目の第三者評価受審となり、昨年は、自己評価を実施している。第三者評価対策プロジェクトチーム等、11部門委員会があり、話し合う検討の場となっている。</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。	評価結果
		b
<p><評価コメント> 委員会で話し合い、改善策や計画を立てている。検討の場になかった職員については、回覧文書で周知するようにしているといった課題の共有化は行えている。計画的な改善策を実施するためには、現状分析や改善計画を立てる段階からの職員参加が重要であり、更なる仕組みづくりに期待する。</p>		

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1)管理者の責任が明確にされている。		評価結果
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
<p><評価コメント> 施設長は、年度初めに意思表明し、広報誌にて家族にも意思表明している。職務分掌を文書化し、職員に周知している。有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め、文書化し周知を図っている。</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。	評価結果
		b
<p><評価コメント> 変化する福祉の法令等を県社協等からのメールにてタイムリーに把握したり、研修会に参加している。職員への周知は、各事業所ごとに資料配付している。コンプライアンス推進委員会があり、施設長がコンプライアンス委員会に参加し、関係法令、法人の諸規定等を遵守し高い倫理を保持して業務を遂行する体制を確立し、その適正な運営と健全な発展を図っている。さらに積極的に職員研修等を通じて全職員に周知できる仕組みづくりに期待する。</p>		

II-1-(2)管理者のリーダーシップが発揮されている。		評価結果
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
<p><評価コメント> 業務改善委員会や待遇委員会等の委員会を通し、各部署の諸問題を把握したり、利用者からのクレームへの対応策を検討している。懸案事項を運営会議や管理会議に上げて円滑な業務の推進を図っている。</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。	評価結果
		a
<p><評価コメント> 運営委員会を設置し、事業の企画、および進捗管理をおこなっている。職員からの個別ヒヤリングを実施したり、自己申告書を提出してもらい、要望、不満等を聞き取っている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

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。		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 福祉人材の確保と育成に関する基本的な方針を明確にしている。資格取得の受講料の援助、人材確保では、就活の面接に全て参加したり、職員紹介した者には奨励金を出したり、継続雇用を奨励し確保に努めている。独自の求人チラシを作成し配布するなどの取組もおこなっているが十分な効果を得るまでには至っていない。さらなる効果的な取組に期待する。</p>		
15	II-2-(2)-②総合的な人事管理が行われている。	評価結果
		a
<p><評価コメント> キャリアパスを示し、等級制度を明確にしている。キャリアコンサルティングを受け、キャリアアップ研修やスキルアップ研修を体系化し人材育成を強化している。</p>		
II-2-(2)職員の就業状況に配慮がなされている。		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 自己申告書や個別ヒヤリング時での課題点は会議等で検討している。有給取得状況や時間外労働のデータ収集を実施し就業状況の把握に努めている。一般的な有給とは別にこどもの看護付き有給休暇もある。子育てにやさしい職場環境づくりに積極的に取り組む事業所として県より「育み支援企業」に認証されていたり、「健康事業所宣言認定書」を授与されるなど職員の健康づくりにも積極的に取り組んでいる。汲み取った意向を具体的な計画として実施し人員体制に反映できるような更なる取組に期待する。</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。		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 組織として期待する職員像が明確にされ、職員一人ひとりの目標管理が個別ヒヤリングの機会や自己申告書の形で示すなどの仕組みが構築され実施されている。目標管理手法としてPDCAサイクルを積極的に活用しているが、個々の職員に対するフィードバックという点においては、更なる取組や仕組みづくりに期待する。</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。	評価結果
		b
<p><評価コメント> 組織として職員の教育・研修に関する基本方針が策定され、キャリアアップ研修、スキルアップ研修の計画に基づき教育・研修が実施されている。資格取得するための受講料を援助するなど資格取得を奨励する仕組みは構築できているが、全職員が均等に研修に参加できるような計画やもう一段階上の仕組みづくりに期待する。</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。	評価結果
		b
<p><評価コメント> 職員一人ひとりについて、内外の職員研修履歴を作成し、教育・研修の機会が確保されているが、実施、運用について十分な状況とは言えない。新人職員にはベテラン職員を付け、個別的なOJTが行われている。</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。		評価結果
20	Ⅱ-2-(4)-①実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p><評価コメント> 実習生受け入れの担当を設置し対応マニュアルも策定している。小学生、中学生の職場体験の受け入れを行っている。地域性の課題も考慮した上で、大学等との連携を積極的に行うなどの更なる取組に期待する。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

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。		評価結果
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。	a
<p><評価コメント> 福祉施設、事業所の事業や財務、第三者評価等、ホームページや情報公開システム(ワムネット)、広報誌を使って適切に公開している。広報誌には、事業所ごとの苦情受付の件数を報告している。</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。	評価結果
		b
<p><評価コメント> 税理士による毎月のチェックと平成29年度以降分については、決算時公認会計士によるチェックを受けている。支払い処理なども書類作成者と承認者を分離し、統制をとっている。今後も継続して外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善に取り組まれない。</p>		

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

Ⅱ－４－（１）地域との関係が適切に確保されている。		評価結果
23	Ⅱ－４－（１）－①利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p><評価コメント> 福祉の里敬老会、やましろ福祉祭りを開催している。シネマ福祉の里では、定期的に懐かしい映画を上映し、地域の方や利用者が同じ会場で映画鑑賞している。29年度の観覧者実績は444人であった。利用者の買い物や通院等の日常的な活動についても定型的ではなく、個々のニーズに応じて地域における社会資源を利用できるような取組に期待する。</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構築している。	評価結果 b
<p><評価コメント> 認知症サポーター養成講座を実施し、講座を受講した方がボランティアとして施設に来てくれている。ボランティアに対する受入れ姿勢が明示されており、広報誌にてボランティア募集の案内を出すなどの取組を行っている。しかしながら、ボランティアの受入れに際する手続きや説明を均一的に行うためのマニュアル作成までには至っていない。</p>		
Ⅱ－４－（２）関係機関との連携が確保されている。		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 関係機関や社会資源の連絡方法をリスト化して各部署に掲示し共有化が図られている。三好市山城地区民生委員、児童委員協議会や合同研修、身体障害者の山城支部総会に参加している。こういったところで連携した情報を職員会議で説明するなど、さらなる周知・情報共有に努められたい。</p>		
Ⅱ－４－（３）地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価結果
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
<p><評価コメント> いきいきサロン山城にて、認知症サポーター養成講座や栄養改善教室、口腔ケア教室等、様々な講座や教室を開催したり、職員が出向いて行う出前介護教室も行っている。認知症サポーター養成協力事業所「ゴールド事業所」として県に登録もされている。また、高齢者緊急一時宿泊所にも指定されている。</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。	評価結果 b
<p><評価コメント> いきいきサロンは、廃校になった小学校を再利用し、地域の人を対象に色々な講座や教室を定期的に開催し広報誌にて日程を知らせている。いきいきサロン開催時は、ご意見箱を設置し地域のニーズの把握に努めている。西宇地区の一斉清掃に参加し奉仕活動も行っている。</p>		

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。		評価結果
28	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。	b
<p><評価コメント> 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢が理念や基本方針、倫理綱領に明示され、接遇委員会で利用者のクレームへの対応方策を検討し、周知している。しかし、個々のサービスの標準的な実施方法に反映するまでには至っていない。</p>		
29	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。	評価結果 b
<p><評価コメント> 倫理規定や権利擁護ガイドライン、身体拘束廃止指針を施設内に提示したり、内部研修にて職員に周知しているが、全職員に対し丁寧な研修が行われているとまではいえない。新人職員には、研修で読み込みを行ったり、利用者への声掛けが気になる職員がいれば、個別に指導を行っている。「ちゃん付けはだめです。」と、貼り紙を貼りだして周知も図っている。環境面では、トイレに暖簾をかける等、プライバシーの保護に努めている。</p>		
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。		評価結果
30	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。	b
<p><評価コメント> パンフレットを多くの方が入手できるよう支所に置いたり、いきいきサロン開催時に置いている。見学者の受入れも行っている。</p>		
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。	評価結果 b
<p><評価コメント> サービス利用開始時には、契約書・重要事項説明書等の資料とともにわかりやすく説明を行っている。サービスの変更時は、家族に報告し同意を得ている。</p>		
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。	評価結果 b
<p><評価コメント> サービス終了後も福祉サービスの継続性に配慮し相談に応じられるようケアマネージャーや相談員、法人の職員、事業所の職員が対応している。しかし、サービスの利用が終了したときに、その後の相談方法や担当者を記載した文書を利用者や家族に手渡すまでには至っていない。</p>		
Ⅲ-1-(3)利用者満足の向上に努めている。		評価結果
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
<p><評価コメント> 利用者満足を、職員が家族会に参加したりアンケート調査にて把握し、その結果、検討が必要なことについては、接遇委員会、個別のケース会議、業務改善委員会に報告し検討している。検討結果を家族会や手紙にて家族にフィードバックしている。</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。		評価結果
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
<p><評価コメント> 苦情解決の仕組みが確立されており、第三者委員の名前まで記された苦情解決の案内掲示物を利用者の見やすいところに掲示し周知を図っている。意見箱も設置しているが投函がされていない。事業所ごとの苦情受付件数を広報誌で報告しているが、苦情内容や検討内容、対応策まで公表するまでには至っていない。</p>		
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。		評価結果
35		b
<p><評価コメント> 利用者が、相談したり意見を述べたい時の相談窓口を重要事項説明書に記載している。相談や意見を利用者の担当を通して聞いたり、日常の声掛けの中で相談や意見があれば、傾聴する事を知らせている。</p>		
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。		評価結果
36		b
<p><評価コメント> 利用者からの相談や意見に対し、利用者の担当が把握し、その内容を各委員会に報告し対応策を検討している。毎週実施している管理会議へも報告し、家族にお詫びや報告等フィードバックしている。今後は対応マニュアルについても、定期的な見直し等に努められたい。</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。		評価結果
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
37		
<p><評価コメント> 安全・感染管理委員会を設置し月1回各事業所から収集された事故報告(インシデント、アクシデント報告含む)に対しての原因と分析および対策を検討し、そこで見直しも行っている。事業所ごとに会議録を配布し周知している。重要なことは、職員研修にて周知している。</p>		
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。		評価結果
38		a
<p><評価コメント> 安全感染管理委員会を設置し、感染症発生時の情報収集と保健所等への報告、事故(事案)発生の予防、事故報告に対しての原因分析および対策を検討している。利用者、職員の予防接種、予防法の説明を行い、全職員を対象とした感染予防の研修を行っている。</p>		
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。		評価結果
39		b
<p><評価コメント> 防災対策委員会を設置し、地震、火災の災害に対応するため防災体制を確保するとともに、マニュアルの整備、防災訓練を行っている。高齢者緊急一時宿泊所にも指定されており、給食委員会で災害時非常食の管理を行い、備蓄リストを栄養士が管理している。職員の安否確認は、すだちくんメールに登録し確認出来る。今後は更にBCP作成などに期待する。</p>		

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

	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。	評価結果
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
<p><評価コメント> 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、職員がいつでも閲覧できるよう現場や事務所に置いている。新人職員には、ベテラン職員が付いて個別にOJTを行い、できるまで教えている。しかし標準的に実施されているかどうか確認する仕組みづくりに期待する。</p>		
		評価結果
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。	b
<p><評価コメント> 標準的な実施方法について、制度、法律が変わった時に事務局で標準作成し、それを介護現場の現状に合うよう検討して作成している。今後は検証・検討・見直しが定期的実施されるような仕組み作りに期待する。</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。	評価結果
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
<p><評価コメント> 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ケアマネージャーが適切に作成している。計画通りサービスが行われていることを、3ヶ月毎にケアマネージャーが日々の各部門ごとの記録から確認している。</p>		
		評価結果
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
<p><評価コメント> 個別的な福祉サービス実施計画の評価見直しを3ヶ月毎に、ケアマネ、看護師、栄養士、介護職員で検討し実施している。</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。	評価結果
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
<p><評価コメント> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が各部門ごとに適切に記録され引き継ぎにて情報共有している。胃ろう抜去等あれば、現場から、ケアマネへ伝え、こうしてほしいという希望を伝えられている。ケース記録等各部門の記録は、パソコンのネットワークシステムで見ることができる。しかし各部門、必要な記録のみでケアプラン全体を職員一人ひとりが把握してサービス提供できる仕組みづくりに期待する。</p>		
		評価結果
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
<p><評価コメント> 個人情報保護の基本方針と利用目的を利用者の見やすいところに掲示している。記録は事務室に保管している。記録の管理について個人情報保護の観点から、職員一人ひとりに対して研修が十分とはいえない。</p>		

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本		評価結果
A①	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
<p><評価コメント> 利用者一人ひとりの心身の状況に合わせ、ケアプランを中心に安全に毎日が過ごせるよう介護している。誕生会等、行事のある日は、事前に勤務表作成時に職員数を増やしておくよう工夫している。日々の中活動プログラムを作成し実施するなどの取組に期待する。</p>		
A②	A-1-(1)-①利用者の心身の状況に合わせて自立した生活は営めるよう支援している。	評価結果 非該当
<p><評価コメント></p>		
A③	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。	評価結果 非該当
<p><評価コメント></p>		
A④	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。	評価結果 b
<p><評価コメント> 基本的な関わり方として「目線を合わせる」「ゆっくりと受け答えをする」「急かさない」といったことを職員内で統一していることや、利用者からの返答に一貫性が重要な場合は、職員側が統一した変更が出来るように紙面で周知するなどの工夫を行っている。言語コミュニケーション等が困難な利用者に対してのコミュニケーション方法や体制等の更なる取組や仕組みづくりに期待する。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		評価結果
A⑤	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。	c
<p><評価コメント> 介護事業者向けコンプライアンス・虐待防止研修を受講している。高い倫理性を保持して業務を遂行することを目的とし、コンプライアンス推進委員会を設置している。接遇委員会では、虐待防止にかかる啓発を実施したり、クレーム等対応方策を検討している。身体拘束に関する研修を定期的実施し、出席出来なかった職員には紙面での周知を実施している。今後は権利侵害の防止と早期発見をするための仕組みづくりに期待する。</p>		

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		評価結果
A⑥	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
<p><評価コメント> 清掃員を雇用するなどして清潔で適温、明るい雰囲気を保たれ、廊下も車椅子の方が安全に通れるよう広くして、障害物はない。ポータブルトイレを1日1回洗っていたり、口腔ケアを毎日きっちり行うことで施設内をクリーンな環境に保つ事が出来ている。各居室は、家族写真を壁に貼ったり、ご家族が持ってきてくれた花を飾れるようにしている。今後は個々の意向にもとづいて更なる快適性の向上に対する取組に期待する。</p>		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		評価結果
A⑦	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
<p><評価コメント> 入浴日は基本的に週2回実施しており、利用者の特性に合わせて3箇所の浴室にて対応している。 入浴日には事前に血圧測定・検温を実施して利用者の体調変化に留意しており、変調を感じた場合は看護師との連携により入浴の可否を判断している。体調等の理由により入浴が出来ない方への対応として清拭や足浴などの実施が望まれる。</p>		
A⑧	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。	評価結果 b
<p><評価コメント> 排泄誘導は全利用者の内、3分の1程度の利用者が介助を要する。誘導には定時の時間設定をして習慣化を目指す取組が見られた。定時誘導外の対応についても個別的に配慮しているが、個人の特性に応じて、排泄に時間のかかる方や、排泄以外の事で、職員の集中が奪われることもあり、時間的にもっと余裕を持った介助が実施出来る体制や仕組みづくりに期待する。</p>		
A⑨	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。	評価結果 b
<p><評価コメント> リフトで移乗できるようにしていたり、車椅子全てが貸出で、利用者一人ひとりの残存機能に合わせて車椅子を選べる等、移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。廊下も安全に移動できるよう広く、移動の障害となる物は置いていない。しかし多忙な中で時間に追われることで、移動の自立に向けた働きかけが不十分であり、それに対する取組に期待する。</p>		
A-3-(2) 食生活		評価結果
A⑩	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
<p><評価コメント> 入所開始時、本人や家族から好きな食べ物や嫌いな食べ物を聞き取っている。視力が低下した利用者に対して黒い器にお粥を入れるなど視覚認知しやすい工夫を行っている。給食委員会では食事療法の内容について審議し、食事の質の向上に努めている。今後は食事を更に楽しく食べられるような環境や雰囲気づくりに期待する。</p>		
A⑪	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。	評価結果 b
<p><評価コメント> 厨房内スタッフは委託業者が入り調理を行っている。施設栄養士と委託事業所の管理栄養士が連携し、食事を提供している。一人ひとり食札を用意し、個別食事形態が理解できるなどの工夫を行っている。食事の際に発生した事故・ヒヤリハット・インシデントについても書類を作成し、フロアごとの申し送りにて職員に周知を図っている。さらに個別の栄養ケアマネジメントを実施するなどの取組に期待する。</p>		
A⑫	A-3-(2)-③利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	評価結果 b
<p><評価コメント> 歯科医師や歯科衛生士が定期的に来所し、利用者一人ひとりの口腔状況をチェックし指導、助言をもらい、それを反映した口腔ケアチェック表に個別の留意点を記載し、職員に周知している。口腔ケアが困難な利用者についての対応方法等の取り決めや仕組みづくりを行うなどの更なる取組に期待する。</p>		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		評価結果
A⑬	A-3-(3)-①褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<p><評価コメント> 褥瘡予防対策委員会を設置し褥瘡対策のための指針を整備している。ブレードスケールを使用し、対象利用者毎にマットを分ける等の取組を行っている。ケア計画にも反映されており、職員研修においても半年に1度は褥瘡に関する研修会を実施している。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		評価結果
A⑭	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。	a
<p><評価コメント> 所定の研修を修了し喀痰吸引等の業務の登録認定を受けた従事者を夜勤配置に調整している。医師の指示書に基づき、定められた手順を看護師が従業者に実施研修している。マニュアル及び家族の同意書も確認出来た。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		評価結果
A⑮	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
<p><評価コメント> 理学療法士が月2回来所し、ケア計画とは別に個別の機能訓練計画をもとに機能訓練指導員が日々、機能訓練を実施し結果を記録に残している。日々の生活動作の中でも意図的に一人ひとりに合わせ、離床訓練を行ったり離床して食事するといった取組を行っている。食器や車椅子についても自立できるよう個別に合わせたものを使用するなどの介護予防活動を実施している。今後は、理学療法士や作業療法士から得た助言について継続的な介護予防活動を実施出来るよう様々な場面に応じた取組に期待する。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		評価結果
A⑯	A-3-(6)-①認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><評価コメント> 個々の利用者に合わせて対応を職員間で統一して実施する工夫が見られる。また、過去の事例や成功例を基にした、利用者の好みや特性に合わせて役割を持ってもらうなどの工夫が見られる。しかし職員に対する外部・内部での研修会や、研修報告の機会、周知に対する取組については十分とはいええない。利用者一人ひとりに応じた職員間の統一した対応を実施する上で、計画へ反映するなど全体への周知といった取組に期待する。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		評価結果
A⑰	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
<p><評価コメント> 日中と夜間の急変時対応のフローチャートを作成している。急変時の看護師と介護職員の動きが分かるようにしているが、全職員を対象とした高齢者の健康管理や薬の副作用について等の研修や外部との連携体制を確立するという点においては、更なる仕組みづくりに期待する。</p>		

A-3-(8) 終末期の対応		評価結果
A⑱	A-3-(8)-①利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a
<p><評価コメント> 利用者が終末期を迎えた場合の指針を明らかにしており、家族への説明書も確認できた。普段の介護から看取り介護になった場合、申し送りで職員に看取りが始まったことを周知し、看取り期間は看護師が、携わる職員にその都度指示を行っている。看取り部屋があり、家族の希望は最大限聞き入れるようにし、面会時間の制限もなくしている。看取り後に研修会を実施する事で感情を分かち合う場を設定するなど職員の精神的なケアも実施している。</p>		

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携		評価結果
A⑲	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
<p><評価コメント> 基本的には、2ヶ月に1回手紙にて家族に担当者より生活状況報告を行っている。利用者の体調不良時は、看護師から電話にて報告をおこなっている。通院時は、看護師から家族に連絡し、通院結果と報告している。介護保険等の制度のことについてはケアマネージャーが連絡を行うなど、それぞれの部署で役割分担し部署間の連携をとっている。 今後は施設・家族・利用者といった連携の輪が広がるような一歩進んだ取組や仕組みづくりに期待する。</p>		

A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		評価結果
A⑳	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。	非該当
<p><評価コメント></p>		