

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のぞみ園短期入所生活介護
評価実施期間 平成27年11月4日～平成28年2月25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11月1日現在]

事業所名称：特別養護老人ホームのぞみ園 短期入所生活介護	サービス種別：短期入所生活介護
開設年月日：昭和49年2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
経営主体：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：〒895-1502 鹿児島県薩摩川内市祁答院町藺牟田2153番地1	
連絡先電話番号：0996-56-0360	FAX番号：0996-56-0327
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.tokuyou-nozomien-1974.jp/	nozomien@po.minc.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行ないます。
- 一、役割・責任を認識した生活の支援を行ないます。
- 一、家族の心に立った生活の支援を行ないます。

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なうことにより、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。
事業の実施にあたっては、市町村、地域包括支援センター、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

「温泉と介護のぬくもり」のキャッチフレーズに利用者、家族に対し心温まるような対応を心がけている。
また、温泉をひいており多くの利用者から喜ばれている。

[利用者の状況]

定員	9人	利用者数	6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)				5	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)				1	2
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	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			0.35	
医師				2	0.05	
生活相談員		3			1.98	
介護職員	34	1	2		35.9	
看護職員		4		1	4.2	
管理栄養士		1			0.9	
機能訓練指導員		1			0.9	
介護支援専門員		3			1.98	
事務員		5			4.5	
清掃員		1		2	2.4	
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 9 人	採用	非常勤 8.8 人		
	退職	常勤 9 人	退職	非常勤 8.7 人		
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					8.9 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					9.1 年	
○常勤職員の平均年齢					42.2 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					41.4 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25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

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との十分な連携や地域交流を積極的に行うことで地域の福祉ニーズを把握し、地域貢献に努めている。 ・人権擁護推進員育成講習会に積極的に参加し、定期的に研修を開催すると共に、施設内の取り組みを人権擁護推進員研修会で発表している。 ・毎月、歯科医師による定期健診を受けており、利用者の摂食能力の向上に努めると共に、口臭の軽減、呼吸器感染症発症の減少が認められる。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりの知識・経験に応じた個別研修計画の策定やキャリアパスの活用等、職員の更なる質向上の取り組みや、目標設定の評価・確認を行うことで職員のモチベーションを高める取り組みが望まれる。 ・事業計画は、中・長期計画を反映させ前年度の評価を踏まえて具体的な内容を検討し、実施状況が評価できる計画が望まれる。 ・施設共通のパンフレットはあるが、独自の分かりやすいパンフレットを作成されることで、家族の介護負担の軽減に重要な役割を果たす事業のPRに努められることを期待したい。

- 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

取組みの内容を訴求するための記録（形）が弱く、様々な取組みが点として行われているというご指摘と理解しました。
外部の方に対する「見える化」も事業の性格として整理していけるよう今後取り組みます。
短期入所と施設入所者とは、基本理念を共有しながらも、それぞれの目的に則ったサービス内容が明確に示されるべきと理解しました。
他施設と比較しても誇るべき取り組みもあると思っております。
利用者様に近い職員が窮屈さを感じさせることのないようにしながらご指摘をいただきました項目を整えてまいります。

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 共 通 版 】

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) 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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>理念はホームページ・パンフレット・重要事項に明記されている。基本方針は理念を基に利用者・家族に対する思いや取組み・地域との連携等を明示し理念を実現する内容となっている。理念は職員のネームカードに記載されており、施設内にも大きな文字で分かり易く掲示されている。年度初めの職員会議には理念・基本方針についての確認を行い職員全員に周知が図られている。利用者家族には入所契約時、重要事項説明書やパンフレットを基に説明を行っている。家族会でも運営方針などの説明を行い周知を図っている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>市の事業計画や介護報酬改定等を踏まえ、運営会議にて経営状況の分析・検討を行っている。毎月の利用者数の変動等の集計・把握も行っている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>人件費や災害による設備投資等の支出も含め毎月の収支・増減率の収支状況の評価・分析を行い収支計画書を策定し次年度へ繋げている。役員間での共有はできているが、職員への周知までは至っていない。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>地域の福祉ニーズを分析や既存のサービスを踏まえ、各部署ごとにサービス内容の充実や数値目標を明確にしている。又、収支計算書を基に問題点や課題の抽出を行い、改善に向けて計画が策定されている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>単年度の事業計画書は策定されているが、中・長期計画を踏まえた具体的内容となっていない。今後は、中・長期計画を反映させ事業・福祉サービス内容が具体化された単年度の計画書の策定が望まれる。</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>事業計画は管理者等の参画のもと策定され、職員へは職員会議にて研修計画も含め説明している。しかし、事業計画は組織体系作りや目標に対しての具体的な取り組みが明記されていない。今後は具体的内容となる事業計画の策定が望まれる。</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>年度初めに開催される家族会で事業計画や運営方針・行事計画など資料を基に説明を行い家族への周知をはかっている。</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>質の向上の取り組みとして、カラオケで取り入れてほしい楽曲の希望や利用者満足度調査を行い利用者の満足につながる取り組みをしている。調査やアンケートの結果に対してリーダー会議にて報告・検討・改善策を出しているが記録までは至っていない。今後は継続的な評価・見直しができるよう、検討記録を残されることが望まれる。</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>今回初めての受審で自己評価に関しては各所属部長により記載し集約した。今後は職員参画のもと評価結果の分析から課題の抽出・改善策に至るプロセスを踏まえサービスの質向上の取り組みが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者の役割と責務について運営規定に明記されておりまた、災害・緊急時・苦情対応時等における役割を明記している。事務所内に組織図や緊急時連絡網を掲示している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は施設内研修で倫理・法令遵守について説明し、職員への周知や理解を深めるための取り組みを行っている。身体拘束等についての研修や倫理規定を基に接遇についての説明もなされている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人運営会議・職員会議・リーダー会議にて課題や問題点の抽出・分析・改善点を導き出し質向上の取り組みを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>職員との関わりを多く持ち、勤務状況の把握や職員の意見を踏まえ、現状分析を行い人員配置など、経営・業務の効率化に向けての取り組みを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>○JTにて新人職員の教育・定着に向けて取り組んでいる。専門的サービス提供を目指し有資格者の配置や資格取得に向けての支援を行っている。障害者雇用も行う等、人事管理を行っている。</p>		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>職員の有する資格や勤務年数に応じた給与体制を整え、職員へも説明している。現在、キャリアパス体制は整えられておらず今後は、キャリアパスに対応した研修体系の構築を図り、職員一人ひとりが能力を発揮して働くことができる環境整備を図ることが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>職員の有給取得率や時間外労働の実績等、就業状況の把握に努めている。健康診断・退職金・産休・介護休暇など総合的な福利厚生を実施している。職員の相談窓口として部署長が対応し、現場の中では個々に声掛けを行っている。毎月1回、グループ会議を設け職員の意向の把握も行っている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>毎年、個人面談を行い今後の資格取得の取り組みも含め、職員一人ひとりの目標設定の確認を行っているが、目標達成度に至っては自己評価とし上司の評価を受ける取り組みがなされていない。今後は、中間・期末面接にて進捗状況・目標達成度の確認、評価を受ける取り組みが望まれる。</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。	a Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>法人全体の年間研修計画を立て、新人研修や外部研修も含め計画的な研修内容となっている。しかし個別の研修計画の作成はされておらず今後は経験や職種別等、個別研修計画の策定が望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>外部研修に参加した職員は復命書を作成し、職員会議にて伝達研修を行っている。復命書には、施設長のコメントも記載され、職員は確認を行い、個々の資質向上の取り組みをおこなっている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>実習生の受け入れマニュアルが整備されている。実習生受け入れ時に、担当職員は実習指導者研修を受けてマニュアルを基に注意事項など説明を行っている。</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>財務内容は、ホームページや広報誌に収支決算として情報開示されている。相談・苦情対応事例も広報誌にて公表され、経営の透明性を図る取り組みがなされている。</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>事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員は規定に基づき業務を遂行するようにしている。税理士による外部監査が実施され事業経営・運営の適正化が図られている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>地域の行事や防災会議への参加・地域の方々と一緒に防火の呼びかけやゴミ拾い活動等行うことで交流を深めている。地域交流会を開催し利用者や地域の方々の触れ合う場を設ける等、交流を広げるための取り組みを行っている。</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>ボランティアマニュアルを整備し、受け入れ時にマニュアルを基に注意事項など説明している。</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>定期的に蘭牟田コミュニティ協議会へオブザーバーとして参加したり、行政や社会福祉協議会・他事業所の介護支援専門員と連携を図り、地域でのネットワークの構築に取り組んでいる。</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>中学校への出前研修や体験学習の受け入れ・地域交流会にて「口腔ケアについて」の講話等、教育活動にも取り組み、地域貢献に努めている。</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>定期的に地域の会議への参加で、地域福祉ニーズの把握や防災活動への参加や地域での火災時に職員が駆けつける等の話し合いもできている。又、法人の在宅支援センターが窓口になり地域福祉ニーズの把握を行うと共に介護支援の講話等も行っている。</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>法人理念の第一番目に「人間の尊厳を重んじた支援を行います。」と掲げ、職員のネームの裏にも記載されている。人権擁護員育成講習会で人権尊重、虐待防止に関する見識を深めると共に、施設内で実践した事例を、人権擁護員研修会で発表している。また、施設内でも定期的に虐待防止を含む、人権擁護に関する研修を行うと共に、利用者満足度調査、ご意見箱、連絡帳などから人権擁護に関する問題がないか注意を払っている。</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取り組みに関するマニュアルを策定し、個人のプライバシーに関しての取扱いは慎重に対応している。また、入浴介助、排泄介助などの各種支援マニュアルに人権尊重及びプライバシー保護の観点から、留意点を記載すると共に、カーテンなどを設置し、設備面からの配慮も行っている。</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>法人全体の理念、サービス内容を記載したカラー刷りのパンフレット「のぞみ園ご案内のしおり」を作成し、民生委員、居宅介護支援センター、在宅介護支援センターへ配布している。ホームページを開設し、利用希望者の問い合わせ及び見学に対しては随時対応しており、生活相談員が「問い合わせ及び見学対応記録」に記載している。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>のぞみ園ご案内のしおり、利用契約書、重要事項説明書を用いて、利用者の権利と義務について説明を行い、同意を得ている。利用者が理解に困難を伴う場合には、家族・介護支援専門員・後見人に説明を行い、同意を得ている。</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>利用者の病状が悪化し病院へ移行したり、家庭の事情により施設入所となった場合など、施設独自の情報提供書を活用してサービスの継続性に配慮している。その内容は利用者及び家族の基本情報、心身の状態、内服状況、提供しているサービス内容などであり、サービスが終了した後の相談窓口についても記載が行われている。</p>		
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-1 (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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者満足度調査を年に2回行い、職場の代表者、主任が定期的に開催している「リーダー会」で調査結果を分析、検討している。利用者の意見を改善の課題として捉え、早期の解決に繋げている。</p>		
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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>相談・苦情マニュアルを策定し、苦情解決の体制を整備している。また相談・苦情解決実施要領を作成し、苦情解決の仕組みをわかりやすく記載している。その要約した内容を施設内の壁に掲示し、第三者委員の氏名・連絡先を記載している。3ヶ所にご意見箱を設置し、「ご意見をお聞かせ下さい、お叱り下さい、お励まし下さい。」と大きな文字で記載し相談・苦情が寄せられる工夫が認められる。寄せられた内容は施設の質を向上させる機会と捉え、解決を図ると共に、利用者の不利益にならないことを確認した上で広報誌に公表している。</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 利用者毎の担当者を選定し、利用者の状態から相談・苦情の有無を確認している。また、生活相談員、看護師などの多職種が重層的に介入し、職員全体で利用者の変化を見逃さないように配慮すると共に、スタッフルームは常時開放している。利用者・家族が相談をする場所として玄関近くに相談室を設置すると共に、日常的に信頼関係の構築に努めている。</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 職員全員が利用者・家族の相談・苦情を施設の質を向上させる機会と理解し、対応マニュアルに沿った支援を行っている。電話、意見箱、対面での相談・苦情に対して、直ちに各部署でミーティングを行い、リーダー会議で解決を図ると共に、相談苦情受付書に記載し責任者、第三者に報告している。解決が直ちには困難と考えられる案件に関しては介護管理部長、各部署長を招集し必要な対策を講じている。</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 介護事故防止対策マニュアルを策定し、毎月事故防止対策委員会を開催している。その中で、事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書の統計資料を作成し、分析・検証し、予防対策を検討している。その結果は委員が各々の部署で報告し、職員全体の問題として共有化している。毎年、施設内では事故の発生、再発防止の研修を実施し、施設外ではリスクマネジメント研修に出席している。マニュアルは年に2回再検討を行い、問題発生時は随時見直しを行っている。</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 感染症対策マニュアルを策定し、感染症等対策委員会を設置しており、3ヶ月毎及び発生時は随時開催している。感染症が発生した場合のマニュアルは各疾患毎に記載されており、関係機関、家族、職員への情報提供を行っている。特にインフルエンザ発生時期の前には各々の居室に加湿器を設置し予防に努めている。また、レジオネラ感染予防のために各々の浴槽毎に定期検査を行っている。施設内では毎年、感染症の研修及びマニュアルの見直しを行い、施設外でも感染症と予防策の研修を受講している。</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行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 防災対策マニュアルを策定し、管理体制を整備すると共に、防災組織表に職員の役割が明記されている。また、避難場所及び避難ルートが明記され、事務所前の壁に貼付されている。施設は地理的条件から土石流災害危険区域に指定されており、毎年3回避難訓練を行っている。また、施設内に自衛消防団を組織し、地域消防団、地域住民との合同訓練を毎年行っている。また、職員が地域消防団の加入を真近に控えており、全国大会で施設の取り組みを発表している。災害に備えて緊急持ち出し品、非常食、非常用食器は定期的に点検を行っている。</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>提供している福祉サービスのマニュアルが策定され、その内容には利用者尊重、プライバシー保護に関する留意事項が記載されている。また、マニュアルに反すると考えられる職員の言動に対しては職員同士及び管理者が個別に指導を行っている。新入職員に対しては1か月間の教育期間を設け、指導者が一対一の見学・実施の指導を行っている。マニュアルは職員がいつでも閲覧できる場所に保管されている。</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>年間研修計画にマニュアル再検討会議が年に2回計画され、随時の見直し会についても記載されている。また、職員、利用者からの意見や提案を受けて、マニュアルの改訂を行い、改訂日が記載されているが、改訂に至る検討会議の記録は十分とは言えない。</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>独自のアセスメント様式を用いて、身体面・心理面・社会面・認知面の4側面から利用者のニーズを明らかにしている。課題分析は介護支援専門員が行い、多職種によるサービス担当者会議を開催し、課題解決のための目標及びサービス実施計画を策定している。サービス実施計画全般の責任者は生活指導員が担当し、家族への連絡及び説明を行っている。</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>サービス実施計画の見直しは短期目標の終了時及び状態の変化が認められた時は随時行っている。介護支援専門員に毎月の評価表を作成し提供すると共に、短期目標終了時にはサービス評価表を提出している。在宅でポータブルトイレ使用であった利用者が、サービス利用の結果トイレ歩行が可能となった事例は介護支援専門員に情報を提供し、サービス計画の見直しが行われている。</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>利用者へのサービス実施内容は利用者支援経過記録に記入されている。また、職員間の記録内容を均質化するために個別処遇台帳記録マニュアルを策定し記録の改善に繋げている。また、外部研修である「介護記録の書き方研修」に出会い、記録の質向上に努めている。利用者の情報を共有化するためには、毎朝の申し送り、夕方のミーティング及び介護記録を活用している。</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>記録の管理は施設長が担当し、個人情報保護に対する基本方針、利用目的、個人情報保護規定、施設文書管理規定に記録の保管、保存、廃棄、情報の提供の方法が定められている。電子データの管理についても個人情報保護規定に記載され、情報の漏えいに注意が払われている。職員は毎年、個人情報保護規定を含む法令遵守の施設内研修を受講している。利用者・家族に対しては運営規定及び契約書を用いて、個人情報の取り扱いについて説明し、個人情報保護に関する同意書に居室案内表示、写真掲載、広報誌、居室パネルでの本人家族代表者紹介と写真表示の同意が確認されている。</p>		