

(様式1)

## 香川県福祉サービス第三者評価の結果(高齢者施設)

### ◎評価機関

名 称	社会福祉法人 香川県社会福祉協議会
所 在 地	高松市番町一丁目10番35号
評価調査者	①行成輝見
	②松本ムツ子
	③

### 1 施設・事業所情報

#### (1)施設・事業所概要

事業所名称:特別養護老人ホーム 仲南荘 (施設長) 神垣 昌人	種別:特別養護老人ホーム
代表者氏名:長谷川 純子 (管理者)	開設年月日: 平成10年 3月 1日
設置主体: 経営主体:社会福祉法人 正友会	定員 (利用人数) 50名
所在地:〒 769-0314 香川県仲多度郡まんのう町帆山505番地	
連絡先電話番号: 0877-77-2011	FAX番号: 0877-77-2288
ホームページアドレス	<a href="http://www.seiyuukai.jp/">http://www.seiyuukai.jp/</a>

#### (2)基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
介護老人福祉施設、短期入所生活介護事業、予防短期入所生活介護事業、通所介護事業、予防通所介護事業、老人介護支援センター	お花見、夏まつり、野外食、季節ごとのお茶会
居室形態及び居室数	居室以外の施設設備の概要
個室(1人部屋)18室、2人部屋26室、 合計44室	食堂、浴室(一般浴室、特殊浴室)、機能訓練室、医務室、静養室、地域交流ホーム

#### 職員の配置

(常勤・非常勤は分けて記載すること)

職種	人数	職種	人数
施設長	常勤 1	機能訓練指導員	常勤 1
事務員	常勤 1	栄養士	常勤 2
生活指導員	常勤 2	医師	非常勤 4
主任介護職員	常勤 3	その他	常勤 1
介護職員	常勤 28 非常勤1		
看護師	常勤 4 非常勤2		

## 2 理念・基本方針

○法人訓 知愛一如
○法人の理念 ・信頼関係を築きながら、提供するサービスが満足して頂けるよう、日々努力研鑽します。 ・社会福祉を地域と共に考え実践します。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

・地域の清掃活動や秋まつり前の神社清掃に職員が手伝いに行くなど、地域との繋がりが深い。地元の祭りにも職員が手伝いに行き、施設の祭りには自治会から手伝いに来て頂いています。地元消防団とは、年に一回は防災について一緒に確認しています。・同法人内に5拠点の事業を展開しています。施設内だけでなく、法人内での情報の共有、考え方の統一を意識するため、法人委員会、法人担当者会と設置し取り組んでいます。
---

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月23日(契約日) ～ 平成28年3月22日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成 23年)

## 5 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

◇特に評価の高い点 法人訓「知愛一如」の基に、法人の理念、基本方針等が規定され、地域における高齢者福祉環境を取り入れた中期事業計画書を策定して、単年度の事業計画書に反映させている。単年度の事業計画では、課題を解決するために「事業計画推進シート」(目標における課題、重点項目、成果、実施計画、実施方法)を作成して、毎月各委員会で、進捗状況の把握や課題の解決、目標の達成に取り組み、半期毎に見直しを行っている。また中期計画書は、半年毎に見直しを行い、新たな課題に取り組んでいる。ショートステイ増床は、地域における福祉ニーズを的確に把握して実現されるものであり、今後、益々地域における高齢者福祉に貢献されることを期待したい。
◇特に改善を求められる点 重要事項説明書やホームページにご意見受付窓口や体制を記載しているが、苦情解決の仕組みと一体化して対応しているため、相談窓口が苦情受付担当者と外部の第三者委員となっている。利用者や家族が日常的な疑問や相談を行う窓口が、苦情受付の窓口と同じになっていると、疑問や相談が苦情と思われることに抵抗を感じて、相談をためらう方がおられる。日常的な相談や疑問に答えてくれる相談窓口を、わかりやすく説明することを検討されたい。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審し、当施設の良い取り組みと弱い所を知ることができました。 今回の結果を受け、指摘のあった項目について全職員で検討し、サービスの質の向上に役立てていきます。
--

7 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ 1 理念・基本方針</p>	<p>法人訓、法人の理念、私たちの姿勢、目指す職場環境と重要な17項目を編集した知愛一如(法人訓)手帳を全職員に配付している。法人の基本方針は、理事長又は施設長が毎月の職員会で説明している。職員への周知状況の確認は、エルダーチェック表や人事考課制度で行っている。家族会で、法人訓、法人の理念、私たちの姿勢、事業計画書の説明をしている。ホームページ、広報誌にも法人の理念、基本方針等を掲載している。</p>
<p>2 経営状況の把握</p>	<p>社会福祉事業全体の動向は、全国社会福祉法人の経営者協議会情報、福祉新聞等から得ている。毎週の法人事務長会で、週間実績、月間報告をして全体で協議したり、実施する事柄を話している。月1回の経営幹部会で経営状況を説明し、経営の一角を担っているという自覚を持ってもらっている。居宅介護支援専門員へのアンケート調査などをもとに、法人として、ショートステイの増床を行った。経営課題は、事業計画に位置づけ、事業計画推進シートを用いて、半期毎に推進状況を確認しながら実施している。</p>
<p>3 事業計画の策定</p>	<p>平成25年度～27年度の中期事業計画～チャレンジ2015～に目標を明確にし、各年度の事業計画書に反映し、取り組む課題については、各委員会、各部署で策定され、事業計画推進シートを用いて、月1回開催される各委員会や各部署で進捗状況を確認している。事業計画書は、職員会で全職員に配付して説明している。家族会では、各部署から事業計画書の説明を行っている。現在、利用者に対する事業計画書の説明は行われていないので、説明資料の作成等を検討されたい。</p>
<p>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</p>	<p>福祉サービスの質の向上を目指した取り組みとしては、香川県福祉サービス第三者評価事業を定期的に受審し、毎年自己評価をしている。法人の各委員会や施設の各委員会を毎月開催し、課題を検討している。毎年、家族を対象にアンケート調査を実施し、意見や要望の把握に努めている。第三者評価の評価結果は、サービス評価委員会が課題別に整理し、各委員会や各部署で改善計画を策定している。計画的な改善の取り組み、改善策や改善の実施状況の評価や改善計画の見直しが課題となっている。</p>
<p>評価対象Ⅱ 1 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>人事考課制度要綱中の役割資格等級基準の経営職が施設長であり、職務分掌等について、各委員会では表明している。施設長は、経営に関する研修に参加したり、単年度の事業計画の目標に関する課題を事業計画推進シートを用いて各委員会が策定した計画について、半期毎に進捗状況を確認している。年1回全職員にアンケート調査を実施し、困っていることや悩んでいることを把握し、職員会や業務改善委員会、人事考課の面接で対応している。今後は、経営の改善や業務の効率性の向上に向け、より具体的な取り組みを行って頂きたい。</p>
<p>2 福祉人材の確保・育成</p>	<p>必要な人材については、中期事業計画書、平成27年度事業計画書に目指すべき理想的な姿、職場環境(組織風土)として示されている。職員採用活動には、介護職など現場の職員が参加する採用活動推進チームが採用活動の中心となり、現場職員の声を求職者に伝えるなど活動している。人材育成については、エルダー制度(就業2、3年の職員が新人教育)や研修委員会で育成している。人事考課制度の業務管理・評価シートを通じて、職員が上司と一緒に3つの目標(事業計画や部署や自分自身に関する目標)を設定し、半年毎に自己評価し面接を行っている。</p>
<p>3 運営の透明性の確保</p>	<p>ホームページ上に、法人の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、財務状況、事業の活動内容、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公開している。平成26年度決算報告書中に、公認会計士と監事2名の監査報告書が綴られ、指摘事項はなかった。施設における事務、経理、取引については、各種規程を策定している。職員等に対して、事務、経理、取引のルール、各種規程における職務分掌と権限・責任について周知されて、より運営の透明性が確保されるようにして頂きたい。</p>
<p>4 地域との交流・地域貢献</p>	<p>法人理念で、「社会福祉を地域と共に考え実践します。」を掲げており、積極的に、地域との交流活動や地域貢献活動を行っている。地域貢献活動を更に推進するため、法人に地域福祉推進室を設置し、香川県社会福祉協議会が実施している香川県おもいやりネットワーク事業に参加し、社会福祉協議会や他の福祉法人と協働して地域貢献活動にも取り組んでいる。地元自治会と災害相互応援協定を結んでいる。ボランティアを積極的に受け入れ、夏祭りなどに多くの地域住民が参加し、交流が行われているが、行事が中心となっており、日常的な交流を図るためには、支援をお願いした利用者を想定して、ボランティアを募集するなどの取り組みを検討されたい。</p>

<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>平成27年度事業計画書に利用者を尊重した福祉サービスの実施を明示している。利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護は、身体拘束廃止委員会が対応し、利用者満足に関する調査は、苦情委員会が担当している。苦情解決の体制を整えて、苦情内容とその対応は、ホームページ上に公開している。感染症予防、火災・地震・風水害時の各マニュアルを策定している。今後は、利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備したり、複数の相談方法があり、相談相手を自由に選べることを説明した文書の作成や取り組みを行って頂きたい。</p>
<p>2 福祉サービスの質の確保</p>	<p>福祉サービスの標準的な実施方法は、介護職、看護職、生活相談員、栄養士、事務員の職種毎と部署を横断する全体的なマニュアルがある。福祉サービス実施計画は、生活相談員の業務マニュアルにアセスメント手法、策定の手順、評価・見直し、実施状況の記録、記録の管理が記され、職員間で共有されて実施している。今後は、福祉サービスの標準的な実施方法を見直す仕組みをより確立して、福祉サービスの質の向上に結び付けて頂きたい。</p>
<p>内容評価基準 A-1 支援の基本</p>	<p>利用者の入所時に、在宅生活の様子や心身の状態のアセスメントをし、一人ひとりに個別計画書を作成している。個別計画書は、日々の申し送り時や介護職の会などで、情報を共有し、統一した支援を行えるよう努めている。利用者が、生き生きと張りのある生活を送れるように、音楽クラブや生け花クラブ、おやつ作り、簡単な調理など、様々なレクリエーションを用意している。また、利用者の望む生活を把握するため、介護職員が、利用者一人ひとりと向き合い話を聞くなど、利用者の望むくらしの実現に取り組んでいる。</p>
<p>A-2 身体介護</p>	<p>利用者の介護については、利用者の意向や心身の状態に合わせた個別の介護計画を作成している。入浴介護であれば、特に羞恥心に配慮をし、同性介護に取り組み、脱衣室などの環境に配慮している。排せつ介護では、羞恥心に配慮するばかりでなく、トイレで自立した排せつが出来るように手すりを取り付けるなど環境整備を行い、利用者の心身状態に合わせた支援を行っている。また、褥瘡予防には、体圧分散型のマットを使用し、ポジショニングの研修を実施し、栄養マネジメントを実施することで、褥瘡予防に取り組んでいる。</p>
<p>A-3 食生活</p>	<p>年1回の嗜好調査を行い、利用者の意向や好みを把握し、2週に1回開催している給食委員会で検討し、献立に反映している。食事が楽しく、おいしく食べられるように季節の食材を使ったり、施設の菜園で作った野菜などを活用し、簡単な料理を利用者と共に作っている。嚥下が困難な利用者には、その能力に合わせた形状や調理方法を工夫し、できるだけ自分で食べられるように、栄養マネジメントでの個別計画を作成し、支援している。口腔ケアについては、必要な利用者には歯科医師や歯科衛生士の訪問による診察や口腔ケアの指導を受けている。</p>
<p>A-4 終末期の対応</p>	<p>看取りについての基本方針を定め、終末期対応手順書を作成し、支援を行っている。ターミナルケアを希望された場合には、家族に対して施設でできる範囲を説明し、看取りに関する事前意向確認書で同意を得ている。利用者の状態変化により、主治医や看護職、介護職、生活相談員等が連携を取り、家族の意向を確認しながら実施している。また、家族が付添を希望された場合には、施設に宿泊できる設備を備えている。看護師が中心となり看取りについての研修を年1回実施し、よりよい終末ケアができるよう取り組んでいる。</p>
<p>A-5 認知症ケア</p>	<p>認知症があっても、その人らしい生活が送れるように居室に家族の写真を飾ったり、好きな絵を飾り、安心して落ち着ける居場所づくりに取り組んでいる。利用者の日々の生活を観察して記録に残し、情報を共有し、定期的に話し合い、利用者に合わせて対応を検討している。おやつ作りなど、利用者の能力に合った役割や活動を継続できるよう取り組んでいる。職員は年1回研修を受けている。今年度は協力医療機関の精神科医による研修を行うなど、認知症に配慮したケアに取り組んでいる。</p>
<p>A-6 機能訓練、介護予防</p>	<p>機能訓練指導員が個別機能訓練計画書を作成し、個別の訓練を実施し3か月ごとのモニタリングを行い、見直しを行っている。生活動作の中で排せつ時の立位や移動の見守りや、残存機能を活用できるように考慮している。洗濯ものたたみや口腔体操や散歩など、体や頭を動かすことを勧めているが、評価や見直しは行っていない。認知症の状態変化を感じた時は、精神科の医師に相談し、医療との連携など必要な対応をしている。</p>

<p>A-7 健康管理、衛生管理</p>	<p>緊急時に速やかに対応できるよう緊急時対応マニュアルを作成し、研修を行っている。特に夜間帯は職員の配置が少ないので、わかり易く文章化しファイルに綴じ、すぐ見られるように配慮している。また、利用者の体調の変化については、ミーティングなどの際に、情報を共有し、迅速な対応に努めている。感染症については、感染症対応マニュアルを作成し、研修を実施している。インフルエンザの予防接種を職員、利用者とも、施設負担で実施している。職員の手洗いやうがいの徹底、利用者の食事前の手洗い、消毒、来訪者への手洗いの協力など、感染症や食中毒発生予防に取り組んでいる。職員の家族が感染症に感染した場合の対応について、検討が必要となっている。</p>
<p>A-8 建物、設備</p>	<p>災害防止委員会が月1回、建物や設備の点検を行っている。車いすなどは、使用前に点検を行い安全に配慮している。椅子やテーブルの高さ、手すりの有無や配置など、利用者が利用しやすい状態であるかを検討している。個室の利用者は自室で、その他の利用者は玄関ロビーや談話できるスペースを設け、それぞれが思い思いに過ごせるスペースを工夫している。</p>
<p>A-9 家族との連携</p>	<p>利用者に体調や身体の変化が生じた時は、小さなことでも家族に報告している。定期的に介護計画書の確認等の際に話し合うなど、連携を適切に行っている。また、家族の面会時には、体調や食事状況、日中の過ごし方など、近況について報告している。花見や夏まつり、ひまわり祭りなどの行事には、家族に案内文書を郵送し、家族が参加できるよう配慮している。家族会は年2回(年度初め、11月)に開催し、一回の家族会は日曜日も含めた2日間の日程で、一日に午前、昼、夜と3回行い、家族が一人でも多く参加できるように配慮しており、一人でも多くの家族と意見交換ができるよう取り組んでいる。</p>

5 第三者評価結果(別添)

## 調査報告書(高齢者施設版(共通))

事業所名:特別養護老人ホーム仲南荘
種別:介護老人福祉施設

評価項目	評価調査者記入欄			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>				
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。				
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。	○			法人の理念・基本方針は、明文化され、ホームページやパンフレット、事業計画等に掲載している。職員には、理念・基本方針を記載し、説明を加えた知愛一如手帳と事業計画書を全職員に配付し、職員会で説明し周知を図っている。中堅職員が新人を指導するエルダー制度や人事考課時にも、職員一人ひとりの仕事内容とともに、理念・基本方針の理解状況を確認している。利用者と家族には、毎年、家族会で理念・基本方針を記載している事業計画を配付し、周知を継続的に行っている。
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。				
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。	○			まんのう町の総合計画や、地域福祉計画等の各種福祉計画内容は、法人本部で把握し、事業計画に反映している。周辺の居宅の介護支援専門員にアンケートを実施し、地域の在宅サービスの利用状況から法人の他の特別養護老人ホームのショートステイの増員を行っている。福祉避難所の役割を検討している。毎月1回開催している幹部会で、入院状況やショートステイの利用率などのデータを分析し、職員にもデータを配付して説明している。
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。	○			単年度の課題を設定して、事業計画推進シートを用いて、事業計画に記載した課題を各委員会や担当部署ごとに目標を立て、月に1回業務連絡会で検討している。経営状況は、週報・月報で収入対比や稼働率等のデータを、職員会の際に職員に配付し、施設の現状を報告している。
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。				
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。		○		平成25年～27年度の中期事業計画書を策定しているが、収支計画は策定していない。中期事業計画の進捗状況は、3か年の事業活動推進シートを作成し、法人の各委員会とプロジェクトチームの責任者が参加する全体会等で進捗状況を確認している。
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。		○		中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。事業計画推進シートにより計画を策定しており、事業計画推進シートには、稼働率などは目標を設定し、評価している。サービス内容については、半期ごとに確認しているが、定量化等の評価の仕方が課題となっている。

評価項目		評価調査者記入欄			
		判定結果			判定の理由
		a	b	c	
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。	○			法人委員会実施要綱で事業計画の目標に関する課題が定められている。各委員会・各部署ごとに職員が参画して事業計画を策定している。各委員会・各部署ごとに、毎月、事業計画推進シートで活動を確認して、次年度で見直している。職員に年度当初の職員会で事業計画を配付し、各部署責任者が説明している。職員は、事業計画推進シートで、担当する項目について、より具体的に内容を確認している。
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。		○		事業計画書はホームページに掲載し、玄関に配置しており、誰でも閲覧できるようにしている。年度当初の家族会の前に事業計画を家族に送付し、家族会で説明している。説明は、管理者だけでなく、介護職や看護職、栄養士などの各部署の担当者が説明している。利用者には事業計画をわかりやすく説明する工夫が課題となっている。
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。					
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。		○		法人の各委員会、施設の各委員会を毎月開催して、サービスの質の向上に取り組んでいる。福祉サービスの内容の評価については、利用者と家族を対象にアンケートを毎年実施し、アンケート結果と改善内容を家族に報告している。第三者評価事業は、当施設は、2度目の受審であり、自己評価票は各部署で作成している。法人が経営する特別養護老人ホーム2施設も第三者評価を受審しており、作成した自己評価を、他の2施設の職員が評価をする相互評価を行っている。また、第三者評価の評価結果は、法人全体で情報を共有しており、サービス向上に向け組織的に取り組んでいる。自己評価について、取り組みの有無だけでなく、課題や改善した事項を記載されることを期待したい。
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。		○		サービス評価委員会で評価結果の課題を整備し、改善計画の策定は各委員会、各部署に依頼している。評価結果を、施設の委員会で協議し、会議録や評価シートを回覧して、職員の情報の共有を図っている。改善計画の進捗状況の確認を行っているが、改善計画の見直し評価するには至っていない。
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。					
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。		○		規程や人事考課制度の中で、管理者の役割と責任が文書化されており、経営職として位置付けられている。管理者は、自らの役割と責任について、家族会や職員会で発言をしている。不在時の権限委任等は明確化が、課題となっている。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
	11		○	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
12		○		管理者は、業務改善委員会を中心に毎年作成している第三者評価事業の自己評価や各部署と各委員会の事業計画推進シートから、進捗状況や課題を確認している。また、施設の委員会に参加して、自らの考えを発言している。引き続き、福祉サービスの質に関する課題を把握や業務の改善に、指導力を発揮されたい。
13		○		管理者は、施設長会、経営幹部会に参加し、施設の事業別の収入について、対前年比を示して各部署担当者と確認をしている。全国経営協が実施している職場の組織風土意識調査を実施し、職場環境について職員の評価を確認しているが、結果からの取り組みに課題があると考えている。
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。				
14		○		法人本部職員と各施設職員で構成する「採用活動推進チーム」を組織し、職場説明会への参加や学生向けの就職情報サイトを活用する等、人材確保を積極的に行っている。採用活動について現場の職員が参加し、労働条件だけでなく、現場の職員の声を求職者に伝えるよう取り組んでいる。中期事業計画書や事業計画書に職員育成の考え、人員配置計画を記載している。エルダー制度や研修で人材の育成と定着を図っている。
15		○		人事考課制度では、業務管理・評価シート(計画・実施・確認・修正の欄等)があり、キャリアパスでは評価基準が明確化されており、評価の点数は職員に開示している。把握した職員の意向・意見や評価・分析等に基づき、改善策の実施が課題となっている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
16		○		人事考課制度の面接を通じて、職員の勤務状況や意向を確認している。職員の有給休暇、時間外労働のデーターを確認している。産休・育休あけの時間短縮労働や介護看護休暇制度を整備し、家庭状況により勤務体制に配慮している。労働安全衛生委員会が職員の健康問題を検討している。職員に組織風土診断のアンケートを実施し、職員の意識を確認している。福利厚生制度については、職員間で実施する交流会への参加費補助を行っている。また、福利厚生センターに加入し、福利厚生制度の充実を図っている。改善策を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映されることを期待したい。



評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
	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。		○	事業計画に「求める人物像」を記載している。新人職員研修、中堅職員研修など、階層別の研修を実施しており、エルダー制度を採り入れ、中堅職員が新人職員を指導している。人事考課制度の業務管理・評価シートを通じて、職員が上司と一緒に3つの目標を設定して、半期毎に自己評価して面接を行っているが、内容によっては、途中で面談を行っているが、職員一人ひとりの目標について、中間面接を行う等適切に進捗状況の確認が行われることを期待したい。
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。		○	職員研修制度要綱を策定し、研修委員会が研修を実施している。技術や資格ではなく、求める人物像として記載している。社会福祉主事や介護福祉士、介護支援専門員の資格取得には、事前の勉強会などの費用を支援しており、資格取得を支援しているので、組織が採用後に必要とする専門技術や専門資格を明示することを検討されたい。
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。		○	一人ひとりの職員の専門資格の取得状況を把握しており、職員の経験年数によりOJTを実施している。また、階層別・職種別・テーマ別研修を実施している。施設内研修は、全員が参加できるよう配慮している。外部研修は、案内を受け、管理者と所属長で参加者を決定し、参加者は、研修後に復命書を作成し、職員会議で報告している。外部研修の研修履歴を、どのように活用するかは明確になっていない。
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。		○	介護福祉士用と社会福祉士用の実習生受け入れマニュアルを策定し、実習プログラムは社会福祉士用と介護福祉士用を作成している。実習生の指導は、実習指導者研修の修了者が行っている。職員には、実習目的と実習目標などを配付して、実習内容と担当者・実習目的を記した実習予定表を作成しており、実習日程が分かりやすいようにしている。実習期間中においても継続的な連携を維持する為の工夫を期待したい。
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。		○	法人と施設に広報委員会を設置し、積極的に広報活動に取り組んでいる。法人のホームページには、法人の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、財務状況、経営する各施設の活動内容や行事予定、重要事項説明書、利用料金、苦情や相談の体制、苦情内容と対応状況等を掲載している。第三者評価の評価結果は、香川県のホームページで公表している。地元の自治会に参加し、事業活動の説明をしたり、年3回発行している広報誌を地域の公民館に置いている。ホームページにお知らせを掲載しているが、PDFファイルを開かないと内容がわからないため、同じ内容のファイルを何回も開くことになるので、掲載の仕方を工夫されることを期待したい。
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。		○	事務、経理、取引等に関して諸規定を整備し、職員には入職時に配付している。年2回、公認会計士による外部監査を受けている。平成26年度決算報告書中に、公認会計士と監事2名の監査報告書が綴られ、指摘事項はなかった。事務、経理、取引について、職員への諸規程についての研修、内部監査の実施を期待したい。

評価項目		評価調査者記入欄			
		判定結果			判定の理由
		a	b	c	
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。					
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。		○	法人理念の中で「社会福祉を地域と共に考え実践します」と明記しており、事業計画書、中期事業計画書等にも地域への働きかけを文書化している。夏祭りには、地域住民や地元小学校に案内し、多くの参加があり、施設の外出行事には、早朝から地元自治会の人々が移動介助のボランティアとして協力を得ている。また、毎月、うどん作りや歌や踊りのボランティアの定期的な訪問があるが、行事ごとの交流が多くなっている。日常的な交流を図るためには、支援をお願いしたい利用者を想定して、ボランティアを募集するなどの取り組みが課題となっている。	
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。		○	ボランティア受け入れや地域の学校教育への協力については、中期事業計画書や事業計画書に明文化している。ボランティア受け入れマニュアルを整備して、ボランティア登録票、施設訪問受け入れ記録を記入してもらい、訪問の際の注意点を文書で配付している。小学生、中学生、高校生をボランティア体験や職場体験を積極的に受け入れ、学校教育へ協力している。ボランティアへの研修等の支援や施設が必要とするボランティアを養成する等の取り組みを期待したい。	
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。		○	地域の理美容店、商店、病院などの社会資源を一覧にして事務所に置いている。職員は、地域の活用できる社会資源を理解して外出時に活用している。現在、まんのう町の福祉避難所の課題を関係機関と話し合ったり、香川県おもしろいネットワークに参加して活動しようとしている。平成25年度からの中期事業計画策定時に、関係業者に案内し、法人の方針や施設の事業計画など説明した後、職員も入りグループワークを行っている。福祉避難所の体制整備や香川県おもしろいネットワーク事業の具体化を期待したい。	
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。		○	施設の夏祭りには、地域住民が多く参加し、利用者や職員との交流している。まんのう町から委託されて介護者のつどいや法人で企画した介護者教室を開催しているほか、地元の民生委員の会議や敬老会、高校に職員が出向き、福祉や介護について講話をしている。また、民生委員や福祉委員の会議、福祉施設の子どもたちとボランティアとの交流行事に、施設の部屋を会場を提供しており、施設の機能や設備を地域に積極的に提供している。なお、地元自治会と災害相互応援協定を結んで、災害時には相互に人員派遣を行うことにしている。地域住民に役立つ講演会や研修会等を開催したり、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を期待したい。	
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。		○	法人として介護者教室を開催したり、地域の防犯活動に参加し、週1回青色防犯パトロールを行っており、公益的な活動に取り組んでいるが、法人に地域福祉推進室を設置し、福祉ニーズの検討を始めた。まんのう町社会福祉協議会や地域の居宅の介護支援専門員と交流を行っている。今年度、香川県おもしろいネットワーク事業（総合相談・支援事業）に参加し、県・町社会福祉協議会や他法人との協力した地域貢献活動に取り組むを始めている。民生委員・児童委員等、地域の福祉関係団体との連携する取り組みを期待したい。	

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
	Ⅲ 適切な福祉サービスの実施			
Ⅲ-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 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。		○	知愛一如の手帳(全職員に配付)、平成27年度事業計画書中、法人の理念、私たちの姿勢、目指すべき職場環境(組織風土)に利用者を尊重した福祉サービスの実施を明示して、毎月の職員会で理事長や管理者が話をしている。各業務マニュアルに利用者への対応を記載して、身体拘束廃止委員会でアンケートを取ったり、人事考課で面接している。より定期的に状況の把握や評価を期待したい。
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。		○	利用者のプライバシー保護や虐待防止等の権利擁護については、各業務マニュアルに注意事項を掲載し、身体拘束廃止委員会が身体拘束廃止についての研修を実施している。規定やマニュアルにもとづいたサービスが実施されているかは、主任や課長が、職員のサービスの実施状況を確認しているが、職員全体で確認するような取り組みを期待したい。
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。				
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。		○	ホームページに必要な情報を公開し、広報誌は、地域の公民館に置かせてもらっている。組織を紹介するパンフレットや広報誌は分かりやすい内容である。利用希望者には、丁寧な説明をし、見学の対応をしている。体験入所希望者には、短期入所生活介護の利用をしてもらっている。情報の提供に当たっては、広報委員会が中心となって対応している。利用希望者にできることできないことを説明される際に、Q&A形式で施設の暮らしをイメージできる資料の作成を期待したい。
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。		○	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、自己決定が困難な利用者場合は、家族に説明し、同意書を作成している。契約時には説明する文書が多く、すべてを理解してもらうことが難しいので、その都度説明を行っている。制度改正時には、説明会を開催したり、面会時に説明をしている。利用者の自己決定を尊重したり、利用者が分かりやすいように工夫した資料を用いて説明したり、利用者や家族が理解しやすいような工夫を期待したい。
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。		○	地域・家庭への移行はないが、法人内他施設や病院や療養型病床群に移行する場合は、施設のアセスメント表などを用いて引き継ぎしている。死亡退所後の行政への手続きや書類整理など、分からないことがある場合は、生活相談員が窓口となり、家族を支援しているが、説明用の資料等は作成していない。
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。		○	利用者満足に関する調査は、苦情委員会が担当して、家族にアンケート調査を郵送している。返信されたアンケートは、内容別に改善する会を持ち、苦情委員会で改善策をまとめて家族にアンケート結果と改善策を郵送している。利用者への個別の相談面談や利用者懇談会など、利用者参画のもとでの取り組みを期待したい。

評価項目		評価調査者記入欄			
		判定結果			判定の理由
		a	b	c	
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。		○		苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)を整備して、苦情解決の仕組みは、重要事項説明書に記載するとともに、玄関に掲示をしている。家族等からの苦情内容については、受付と解決を記録し、対応策については、家族等に口頭で回答し、個人情報保護に配慮した上で、苦情内容と改善内容をホームページで公表している。申し出のあった家族以外の家族にも、苦情の受付状況を報告されることを期待したい。
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。		○		重要事項説明書やホームページにご意見受付窓口や体制を記載しているが、苦情解決の仕組みと一体化して対応しているため、相談窓口が苦情受付担当者と外部の第三者委員となっている。利用者や家族が日常的な疑問や相談を行う窓口が、苦情受付の窓口と同じになっていると、疑問や相談が苦情と思われることに抵抗を感じて、相談をためらう方がおられる。日常的な相談や疑問に答えてくれる相談窓口を、わかりやすく説明することを検討されたい。
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。		○		ご意見受付マニュアルを作成して、ご意見箱を設置や利用者アンケートを実施している。介護支援専門員が、6か月ごとのケアプラン作成時に、利用者に意見を尋ねて、ケアプランの作成に反映させている。また、3か月毎に栄養マネジメントの利用者の食事への意見や機能訓練に関するリハビリの意見を確認している。意見は、迅速に解決している。利用者や利用者の家族からの問い合わせや質問は、問い合わせをしてきた人だけではなく、他の利用者や利用者の家族も疑問に思っている可能性があるため、内容を検討し、他の利用者や家族に対して情報提供をすることは、苦情を未然に防ぐことが期待できる。
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。	○			リスクマネジメントについては、法人にリスクマネジメント委員会、施設に事故防止検討委員会があり、毎月開催している。事故発生時のマニュアルを作成している。介護・看護日誌に、ヒヤリハット報告書、事故報告書をファイルしている。ヒヤリハット報告書は、スタッフ会で検討し、事故報告書は、事故防止検討委員会で検討している。改善策の実施状況は、自己評価シートで管理している。平成26年度はヒヤリハットの研修を行った。
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。	○			感染症に関する各種マニュアルを整備し、毎月感染防止対策委員会を開催したり、手洗い、ノロウイルス、吐物処理実技、インフルエンザの各研修を行っている。スタッフルームに、吐物処理セットを配置している。各マニュアルは、年1回見直している。
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。		○		火災想定避難訓練を年2回実施している。法人内の他施設への避難訓練を行っている。火災時、地震時、風水害時の各マニュアルがあり、毎月施設内を点検している。食料や飲料水は、3日分を備蓄し、おむつは普段から余裕を持って注文している。家具の転倒防止や停電時や断水時の水の確保対策を行っている。地元消防団との連携は取れている。地元自治会と災害相互協定書を結んでいるが、近隣の方々との具体的な連携が課題となっている。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
	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。				
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。		○		標準的な実施方法は、介護職、看護師、生活相談員、栄養士、事務員の職種毎と、部署を横断する全体的なマニュアルがある。文章中、利用者の尊重や権利擁護という言葉はないけれども、それに代わって具体的な表現で示している。職員への周知徹底をする為の取り組みは、リーダー会やスタッフ会である。標準的な実施方法で実施されているかを、課長と主任で確認しているが、職員全体で確認するような取り組みを期待したい。
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。	○			福祉サービスの標準的な実施方法の見直しは、利用者や家族の意見をもとに、各部署で検討している。年1回各部署で行っている。問題が発生した場合は、各委員会や部署で検討し、随時改定している。個別の福祉サービス実施計画書の内容への反映は、随時ではなく、マニュアルの変更時に行っている。
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	○			生活相談員の業務マニュアルに、福祉サービス実施計画策定の手順を記載している。包括的自立支援プログラムを用いて、介護職がアセスメントに記入して、介護支援専門員が状況を確認して、同上実施計画書の原案を完成している。利用者、家族の具体的なニーズを尋ねて明示している。サービス内容は、実績モニタリング表に転記して毎日チェックをしている。支援困難なケースについて対応している。
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。		○		生活相談員の業務マニュアルに福祉サービス実施計画書の見直しや変更についての業務手順を記載している。介護支援専門員のチェックシートに沿って、6ヵ月一度、または計画期間終了時にモニタリングを行い、記録している。利用者が状況が変化し、必要性がある場合は、随時計画を変更している。変更した福祉サービス実施計画は、関係職種で確認し、写しを配付して周知している。福祉サービスの質の向上に関わる課題等の明確化を期待したい。
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、職員間で共有化している。	○			生活相談員の業務マニュアルに福祉サービス実施計画書の業務手順がある。アセスメントは、包括的自立支援プログラムである。サービス内容は記録し、ケース記録の書き方は研修している。会議録を回覧してサインをしている。1週間に1回の業務連絡会で利用者の情報を共有している。パソコンのネットワークシステムで、利用者の基本情報を共有している。ケース記録や日誌は回覧での情報共有となっている。
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。		○		個人情報保護制度要綱で、個人情報に関する文書等管理規程中に利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供を定めている。個人情報が適切に管理されて、研修も行われて遵守されている。個人情報の使用については、入所時に家族に説明している。情報開示規定の整備が必要である。

## 調査報告書(高齢者施設版(内容))

事業所名: 特別養護老人ホーム仲南荘
種別: 介護老人福祉施設

評価項目	評価調査者記入欄				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
<b>A-1 支援の基本</b>					
1	A-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に工夫している。	○			利用者の在宅での生活を知り、心身機能のアセスメント、本人の希望や意向などを踏まえて、ケアプランを作成し、一人ひとりに応じた生活ができるように工夫している。介護計画書は、日々の申し送りや介護職の会で共有している。介護職、看護職、生活相談員、栄養士等で連携し、ケアプランの見直しを定期的に行い、利用者1人ひとりに応じた生活を重視した取り組みをしている。クラブ活動は、複数用意し、選択できるようにしている。年2回、近隣の衣料品店に来ていただき、施設内での展示販売などが行われ、生活に楽しみが持てるような工夫を職員全員で取り組んでいる。利用者や家族の意見や要望の把握は、日常的の支援や面会等の際に行われているが、担当者会議に利用者や家族が参加できるように工夫が望まれる。
2	A-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。	○			日常生活の会話で、利用者の考えや希望を十分に聞き取り、介護計画に反映している。意思表示が困難な利用者には筆談やジェスチャー、カードなどを利用したり、日常の行動や表情、反応などを観察し、様々な方法でコミュニケーションを図っている。利用者に対する言葉遣い、態度など接遇の研修を年1回行っている。利用者一人ひとりに向き合い、話を聞いたり個々に合わせたコミュニケーションを取っている。利用者の考えや希望の把握について、課題があると考えている。
<b>A-2 身体介護</b>					
3	A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			入浴介護マニュアルを作成し、利用者の心身の状態や意向に合わせた介護を行っている。個別の介護計画を作成し、入浴時間や入浴方法等を可能な限り、希望を取り入れている。同性介護、浴室の環境を工夫し、羞恥心に配慮する取り組みをしている。入浴前には看護師が健康チェックを行い、必要に応じて清拭なども行っている。入浴後には、水分補給をし、清潔面だけでなく健康にも配慮し、快適な入浴になるよう取り組んでいる。入浴時間帯や入浴順番について、利用者の希望をできる限り取り入れているが、すべての希望には対応できていない。
4	A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			排せつ介護マニュアルを作成し、利用者の心身の状況や意向に応じた排せつ介助を行なっている。日中はトイレ、夜間はポータブルトイレを使用する等排せつの自立に向けた働きかけを行っている。自然排泄を促すため、適度な運動、食事改善、水分摂取などにも配慮している。排せつチェック表から利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけにより排せつの自立を働きかけている。また、羞恥心や尊厳に配慮し、介助方法や環境などを工夫している。睡眠時の排泄支援について、睡眠のリズムに配慮した排泄介護が課題となっている。
5	A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			利用者が安全に移乗や移動ができるよう、統一した移乗方法を検討し、移乗・移動マニュアルを作成し、研修を実施している。ベッドに移動バーを取り付けたり、自走しやすい車いす、座布団やクッションを利用した移乗・移動方法などを工夫している。利用者にあった福祉用具の検討し、利用者ができるだけ自立した生活ができるよう取り組んでいるが、一般的な車いすや歩行器からの選択となっている。福祉用具の不備は、気がついた時の対応であり、定期的な点検は行っていない。
6	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	○			褥瘡予防のため栄養マネジメントを実施している。栄養士、看護職、介護職が密に連携をとり、利用者の全身状態の把握し、対応している。一人ひとりの状況に応じたマットレスを使用している。また、褥瘡予防の研修を年2回開催し、耐圧分散による褥瘡予防に取り組んでいる。
<b>A-3 食生活</b>					
7	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			嗜好調査を年1回実施し、利用者の好みや意向を確認し、給食委員会を開催して、献立に反映している。また、敷地内の菜園で取れた物や近隣から頂いた食材を使い、季節を感じるように献立を工夫している。また、テーブル席の配置を工夫し、気の合った人と楽しく食べられるよう、利用者の状況に応じ、楽しく、和やかな雰囲気づくりに取り組んでいる。食事時のテーブルの配置について、利用者の意向を確認する取り組みを期待したい。

評価項目		評価調査者記入欄			
		判定結果			判定の理由
		a	b	c	
8	A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		○		利用者一人ひとりの状態に合わせた飲み込み易い形状(お粥、刻み食、ペースト状など)や調理法を工夫している。誤嚥しないように、食事介護マニュアルに沿って、利用者ごとの個別支援マニュアルを作成している。できるだけ自分で食べられるように食器(取っ手付コップ、食器の色形状など)や、自助具を準備している。必要に応じて栄養マネジメントを行い、介護職、看護師、相談員、栄養士が連携し、心身に合った食事形態や栄養補助食品などの検討会を行っている。経管での栄養取得となっている人を、経口での栄養取得へ移行するための取り組みを期待したい。
9	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		○		利用者の口腔ケアの自立状態、口腔内のアセスメントを行い、一人ひとりに合った口腔ケアの支援を行っている。必要な利用者には歯科医師、歯科衛生士の訪問による診察、口腔ケアの指導を受けている。口腔ケアの指導を受けた時は、申し送りノートなどを利用して職員に周知しているが、個別の口腔計画の作成には至っていない。車いすでも利用しやすいように洗面台が工夫されていて、居室、ホールなどにあり利用しやすい環境となっている。
<b>A-4 終末期の対応</b>					
10	A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。		○		看取りについての基本方針を定めており、事前にターミナルケアを希望される方には「事前意向確認書」で説明し、確認を行っている。終末期を迎えられた場合は事業所の看取り手順書により、家族に説明し、関係者(医師、看護師、担当職員、家族など)への連絡体制の確認等をしている。なお家族等が付添を希望した場合は寝具等の準備をし、家族と共に看取り介護を行える体制を整えている。看護師が中心となり年1回、看取りケアの研修を行い対応している。職員の心理的な支援が、対象者がいる場合となっており、継続的な取り組みを期待したい。
<b>A-5 認知症ケア</b>					
11	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		○		利用者が安心して生活ができるように部屋に家族の写真や好きなもの、馴染みのものを飾るなど環境整備に取り組んでいる。日常生活では、できること(洗濯、洗濯物をたたむ、簡単な調理)を職員と共に行い、利用者の自らができることを支援し状態に配慮したケアに取り組んでいる。家事を行ってもらっている利用者が一部の利用者となっている。認知症利用者への支援について施設としての評価を行うことを期待したい。
12	A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	○			認知症の周辺症状が見られる利用者については、行動を観察して記録し、職員間で情報を共有して、利用者一人ひとりの状態や状況に応じて対応している。年1回、協力医療機関の医師による職員研修を行い、認知症状に配慮したケアを行っており、安全にも配慮し、行動を抑制したり、拘束はしていない。
<b>A-6 機能訓練、介護予防</b>					
13	A-6-① 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。		○		機能訓練指導員を配置して、個別機能訓練計画書を作成している。評価は毎月行い、3か月ごとに見直し、継続的に訓練が行われている。日常の生活動作が継続でき、利用者の残存機能を維持できるよう、手すりを付けるなどの環境整備を行い、本人の自主的な活動を支えている。介護予防活動は、計画を立て、散歩などの活動を継続的に提供しているが、評価・見直しは行っていない。
<b>A-7 健康管理、衛生管理</b>					
14	A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。		○		緊急時マニュアルを整備し、緊急時に速やかに対応できるように研修を行っている。特に夜間帯については、職員の配置が少ないので、わかり易く文章化し、ファイルに綴じ見られるように整備している。利用者の体調に変化については介護職、看護師での申し送り、ミーティングなどで情報を共有している。服薬については、看護師が服薬管理を行い、誤飲などが起きないように努めている。緊急時の対応は、利用者の状態に変化があった場合の対応だけでなく、予兆に気づくための工夫や研修が望まれる。

評価項目		評価調査者記入欄			
		判定結果			判定の理由
		a	b	c	
15	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		○		感染症予防のため、感染症予防マニュアルと感染症対応マニュアルを作成し、研修を実施している。職員の出・退勤時の手洗い、うがい、着替えを実施し、外部からの訪問者に対しても、玄関に張り紙などで周知し、感染症予防に努めている。また、インフルエンザの予防接種は職員、利用者すべて施設が費用を負担している。感染症の流行時期前に合わせて感染症予防対策委員会が中心となり、研修を行うなど予防に取り組んでいる。職員の家族が感染症に感染した場合は報告することになっているが、対応は文書化されていない。
	<b>A-8 建物、設備</b>				
16	A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。		○		災害防止委員が担当制で、月1回施設の各所や設備の点検を行い、異常を発見した場合は、その都度上司に報告し、改善や修理を行い、利用者の快適性と安全の保持に取り組んでいる。またテーブル、椅子の高さ、形状を変更できるテーブルを備えている。廊下のスペースに、テーブルとイスを置き、気の合った利用者がお茶や会話を楽しむスペースを作り、落ち着ける場所づくりに取り組んでいる。設備の快適性についての評価を期待したい。
	<b>A-9 家族との連携</b>				
17	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。		○		利用者の状況に変化があった時は、その都度家族に連絡している。面会時には挨拶だけでなく、積極的にケース記録などで近況報告を行っている。施設の行事には、利用者と家族が楽しめるように案内を送付している。また誕生日には一緒に祝えるよう家族に案内を送付し、その人だけの誕生日祝いを行い、喜ばれている。家族会は年2回(年度初め、11月)に開催し、一回の家族会は、日曜日も含めた2日間の日程で、一日に午前、昼、夜と3回行い、家族が一人でも多く参加できるように配慮している。