

## 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：皆生みどり苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 山本 光範 施設長 大西 一俊	定員（利用人数）： 入所100名（100名） 短期入所6名（6名）
所在地：鳥取県米子市皆生新田 2-3-1	
TEL：0859-32-2500	ホームページ <a href="http://kaikemidori.webcrow.jp/">http://kaikemidori.webcrow.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和51年4月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 鳥取県厚生事業団	
職員数	常勤職員： 72名 非常勤職員 18名
専門職員	社会福祉士 6名 介護福祉士 48名
	精神保健福祉士 1名 介護支援専門 16名
施設・設備 の概要	(居室数) 106室 (設備等)

### ③理念・基本方針

すべての利用者の個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを基本とし、福祉サービスの質の向上を図り地域福祉の推進に貢献します。

「尊厳の保持」と「自立支援」をケアの基本とし、利用者が健康で安らぎのある主体的生活が送れるよう支援を行うとともに、地域住民との連携強化や情報公開等による透明性の確保に努め、地域に信頼される施設を目指す。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

ユニット型個室（80床）と多床室（20床）を合わせた、一部ユニット型施設であり、ユニットケアの理念に沿った個別ケアを徹底していくよう努めています。

また、地域とのつながりを深め、地域に貢献していくために、行事の共同開催や地域公開講座の開催、福祉なんでも相談日の設定などの取り組みを行っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年7月31日（契約日）～ 平成28年2月26日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	3回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1 職員参画による施設運営について

施設長のリーダーシップのもと、各種委員会を設置し、管理職と職員間、職員同士のコミュニケーションを大切にしながら、職員参画の施設運営を進めておられます。

2 エルダー研修制度の取り組みについて

新人職員や転任職員を対象に、6か月間中堅職員がマンツーマンで指導し、基礎的な介護技術について標準化するための取り組みが制度化されています。

◇改善を求められる点

1 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業活動について

関係機関とのネットワーク等により、地域課題の把握共有を進め、地域の福祉ニーズに基づく公益的な社会貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが望まれます。

2 職員一人一人の育成に向けた取り組みについて

職員一人一人の目標項目、目標水準、目標期限を明確にした目標管理シートの作成が望まれます。また目標について、年度当初や年度末に面接を行うなど、目標達成度の確認も行わ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

※事業所からのコメントなし

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。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念に基づく基本方針が明文化され、事業計画、機関紙、パンフレットやホームページに掲載しておられます。</li> <li>・職員への周知は、毎年度当初に事業計画を説明する際に確認するとともに、職員の目につきやすい場所に掲示し、日々職員の行動模範となっています。また、新任職員には新任職員研修の際に説明し、周知に努めておられます。</li> <li>・利用者には、字を大きくし、ルビをふった基本理念等を掲載した資料を配付し、説明しておられます。玄関、廊下、交流スペースなど掲示位置を低くして利用者に見えやすいよう掲示しておられます。また、家族や地域等には年度当初の機関紙やホームページに記載し、周知しておられます。</li> </ul>		

#### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉事業全体の動向は、福祉医療機構の経営セミナーでの情報や米子市の行政資料のニーズ調査の結果や米子市社会福祉審議会から情報収集をされ、ニーズ把握に努めておられます。</li> <li>・自治会や子供会役員との情報交換を年2回開催し、聞き取った要望をもとに、新しい事業を検討しておられます。</li> <li>・経営の効率化を図るため、光熱水道費等のコストや稼働率については、データ収集し分析しておられます。</li> </ul>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の運営委員会で入所・短期稼働率や光熱水道費等を報告し、経営状況を把握・分析し、経費削減を図っておられます。運営委員会での報告は、リーダー会、ユニット会議で職員に周知しておられます。</li> <li>・認知症の方々への対応を地域課題として捉え、認知症対応型グループホーム開設に向け準備を進めておられます。</li> </ul>		

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成25年度から平成29年度までの中・長期経営計画を策定しておられます。</li> <li>・中・長期経営計画は、将来計画検討委員会で年度途中の進捗確認を行い、年度初めには計画が策定されています。</li> <li>・地域ニーズを基に認知症対応型グループホームの開設を予定されており、中・長期計画にも反映しておられます。</li> <li>・中・長期の収支計画は、単年度予算の積み上げにとどまっておらず、新規事業展開を見据えて、計画に盛り込むことが求められます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・将来検討委員会で中・長期計画の進捗状況を確認し、各ユニット、部署、各委員会から出た意見を運営委員会で総括し、翌年度の事業計画を策定しておられます。</li> <li>・単年度事業計画の目標稼働率は、中・長期経営計画と異なります。各計画が連動していることが必要です。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は各部署で職員の意見を取りまとめ、運営委員会で策定しておられます。</li> <li>・年度中途のユニット会議、リーダー会議で進捗状況の確認を行うとともに、年度末の運営委員会で事業総括を踏まえた次年度の事業計画を策定しておられます。策定した事業計画は、ユニット会議で職員に説明し、周知しておられます。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者、来苑者へは、事業計画の概要をわかりやすい文書でまとめ「皆生みどり苑からのお知らせ」ファイルに綴じ、各ユニットで閲覧できるようにしておられます。</li> <li>・家族には、年度当初の機関紙に事業計画を掲載し配布しておられます。</li> </ul>		

#### 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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスの質の向上については、年度当初、ユニット会議で目標設定し、半年後に中間評価や年度末評価を行っておられます。評価結果は1年に1回実施している「利用者、家族へのアンケート」の結果とあわせて、サービス向上委員会で分析・検討しておられます。</li> <li>・施設の相談役（施設オンブズマン）と定期的に福祉サービスについて意見交換をしておられます。</li> <li>・第三者評価を3年ごとに受審しておられます。</li> <li>・介護分野にとどまらず、職員の人材育成などさまざまな分野について、福祉サービスの質の向上を目指し、PDCAサイクルを組織的に実施・継続していくことが望まれます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスについて、利用者・家族アンケートや自己評価をもとに課題を整理し、サービス向上委員会で、具体的な改善策を検討しておられます。改善策は、運営委員会やユニット会議で職員に周知し、改善が図られたかどうかをユニット会議で確認しておられます。</li> </ul>		

## 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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は管理者の役割と責任について、事務分担表で明確にしておられます。</li> <li>・年度当初、施設長はユニット会議や、各委員会で自らの役割と責任について職員に説明され、機関紙にも掲載し表明しておられます。</li> <li>・平常時のみならず、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明確にしておくことが求められます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、労務管理等の研修会に参加し、運営委員会に報告後、職員研修会で周知しておられます。</li> <li>・環境に配慮した鳥取県版環境管理システムTEASⅡ種の取り組みをしておられます。</li> <li>・福祉関係法令はもとより労務関連法令、施設管理に必要な法令等をリスト化し、職員がいつでも閲覧できるよう交流ホームに設置しておられます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、サービス向上委員会をはじめ、各種委員会すべてに所属し、福祉サービスや事業実施状況、課題等を把握し、改善のための指示をしておられます。委員会での検討内容については、その時々で検討の必要なテーマを委員会の主査に助言しており、時期を逃さず検討ができるよう指導力を発揮しておられます。</li> <li>・ランチミーティングを月1回開催し、職員の意見や思いを聞き取る場にしておられます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、設置しているすべての委員会に参画し、職員の意見を反映した運営ができるよう取り組んでおられます。また、年度当初、業務改善（工夫）提案書により職員から意見を集約し、運営委員会で検討し、対応しておられます。</li> <li>・職員の勤務時間について、状況に合わせて柔軟に対応できるように試行を行い、業務の円滑な遂行に努められています。</li> </ul>		

## 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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員の確保については、法人全体で取り組まれています。中・長期計画の人材育成計画に基づき、介護福祉士等の人材、有資格者の確保やユニットリーダー育成等の目標が明示され、計画的に職員の資格取得に向け取り組まれています。またキャリアパス及び資格取得の推進についても具体的数値を掲げ、計画的に取り組んでおられます。</li> </ul>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人本部が総合的に人事管理されており、人事基準は倫理綱領、就業規則、給与規程を適用しておられます。</li> <li>・ 職務に関する成果や貢献度等を評価しておられません。期待する職員像について職階別に明確にされることを期待します。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 有給休暇取得状況表や出勤状況、時間外勤務状況を毎月確認するとともに、毎月衛生委員会を開催し、会議録を掲示して職員に周知しておられます。</li> <li>・ 相談は産業医や衛生管理者が受け付けるほか、法人本部へ直接相談も出来る体制を整えておられます。</li> <li>・ 職員同士のコミュニケーションを促進するために、ランチミーティングを毎月1回実施し、交流が出来るよう取り組まれています。</li> <li>・ 新人職員と転任職員には、採用から2カ月後に、個別面接を実施し、相談や意見が出しやすいよう工夫しておられますが、その他の職員には面接の機会がないため、全職員に定期的に個別面談の機会を設け、相談がしやすい工夫や環境づくりに取り組まれることを期待します。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年度当初に「個別研修アンケート」で職員の研修希望の把握を行い、研修委員会で当該年度の職員研修実施計画を作成しておられます。</li> <li>・法人本部に職員研修計画・評価表を4月中に提出、重点テーマや具体的な研修計画を作成しておられます。</li> <li>・研修受講後は、復命書を作成し、年度末には職員が自己評価をしておられます。研修評価や研修履歴は職員個人でファイルを管理しておられます。</li> <li>・職員一人一人の目標項目、目標水準、目標期限を明確にした目標管理シートの作成が必要です。また目標について、年度当初や年度末に面接を行うなど、目標達成度の確認も行われることを期待します。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の「職員研修事業実施要綱」に期待する職員像を明示しておられます。中・長期計画の「人材育成」の項目の中で必要な知識・資格や育成計画について明示しておられます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は個別研修計画に基づき研修を受講しておられ、研修の機会が確保されています。</li> <li>・新任職員や転任職員にエルダー研修制度を導入し、中堅職員が半年間マンツーマンで指導することにより、基本的な介護技術の標準化を図り円滑に業務にあたるよう配慮しておられます。</li> <li>・施設内研修は、全員が受けられるよう、同じ研修を2回実施しておられます。</li> <li>・中堅・管理職等の階層を対象にした研修や職種別の研修など、職員一人一人のキャリアに応じた研修の機会を確保することが求められます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本姿勢は、介護実習及び介護体験受入れマニュアルに明記され、担当職員が学校側と事前の受入れ会議に出席し、各資格種別に考慮したプログラムが作成されています。受入れにあたっては、学校側と協定書で責任体制を明確にしておられます。また実習生等に対するオリエンテーションも実施しておられます。</li> </ul>		



### 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。	a (b) c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 提供する福祉サービスの内容は、皆生みどり苑ホームページに基本方針、事業計画・事業報告が公開され、また施設独自のブログを開設し、日常の利用者の様子や行事の報告等その都度更新されています。</li> <li>・ 機関紙を3カ月ごとに利用者の家族や地域に配布し、施設の活動等を情報提供しておられます。</li> <li>・ 法人ホームページに第三者評価の受審結果を公開しておられます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人の規程集は全職員に配布され、また交流ホームに設置もしておられます。</li> <li>・ 施設オンブズマンから月1回施設運営について助言を受けておられます。</li> <li>・ 内部経理監査及び内部指導監査を毎年実施されていますが、経営上の改善点の発見と、その解決の客観的な情報を得るためにも外部監査の実施が望まれます。</li> </ul>		

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人の基本理念や施設の基本方針に地域との関わりについて基本的な考え方を明記しておられます。</li> <li>・ 施設の会議室や交流ホームを地元自治会や子供会に提供し、地域の資源回収にも協力しておられます。</li> <li>・ 昨年からは、納涼祭を地域自治会と共催で実施しておられ、交流親睦を図っておられます。</li> <li>・ 米子市作成の「くらしのガイド」や「お知らせファイル」や掲示板で行事などを掲載し、地域の情報を利用者に提供しておられます。</li> </ul>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアの受入れに対する基本姿勢は、事業計画、ボランティア受入れマニュアルに明記され、担当者がボランティアへ資料を配布し、説明するなどの研修を実施しておられます。</li> <li>・地域の小学校の見学や中学生の職場体験実習の受入れ、高校生のインターンシップの受入れも実施しておられます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関等の名称・所在地は、お知らせファイルに入れ各ユニット、交流ホーム、玄関に置かれ、事業所内に掲示しておられます。</li> <li>・関係機関、団体等と定期的な連絡会を開催するなど、地域でのネットワークを築き、地域課題の把握や解決に向けて協働して取り組んでいくことが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的に「地域交流ホーム」を開放し、交流の場として地域住民の方等が利用しておられます。</li> <li>・米子市と「災害等の発生時における要配慮者の緊急受入れに関する協定」を締結し、災害時の地域における役割が確認されています。</li> <li>・今年度から毎月「福祉なんでも相談日」を設け、専門職が対応されています。また、高齢者関係をテーマとした地域公開講座を年4～5回開催され、チラシや機関紙で周知しておられます。</li> <li>・多様な機関等と連携し、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献されることを期待します。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民生児童委員や自治会、子供会との情報交換を定期的に行い、課題等について検討しておられます。</li> <li>・地域の子供会からの要望を受け、放課後の児童の居場所や夏休み等休日の勉強場所として交流ホームを提供されています。</li> <li>・地元の福祉ニーズを受け認知症グループホーム開設に向け準備しておられます。</li> </ul>		

## 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) 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。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の人権の尊重と尊厳の保持については、法人理念、事業団職員倫理綱領、基本方針、事業計画に明示しておられます。</li> <li>・人権研修、認知症研修、虐待防止研修、新人研修等を実施し、職員の共通理解を図っておられます。</li> <li>・サービス提供状況把握をするため利用者や職員アンケートを実施し、サービス向上委員会で改善策の検討をし、利用者を尊重したサービスを提供しておられます。</li> </ul>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシー保護マニュアルが整備されています。職員、利用者アンケート結果を受け、サービス向上委員会で課題、改善策の検討がされ、職員に周知しておられます。</li> <li>・事業所が実施しているプライバシー保護と権利擁護に関する取組みを利用者や家族にも周知されることを期待します。</li> </ul>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレット、機関紙、ホームページ及びブログでサービスに必要な情報を提供し、公民館や公共施設等へパンフレットを設置しておられます。</li> <li>・入所申込みや施設見学希望者には、相談員が土曜日、日曜日も含め随時対応しておられます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所前説明は、説明担当者が相談票に基づいて説明しておられます。サービス開始前にあたっては、重要事項説明書等により利用者・家族に説明し、同意を得てサービスを開始しておられます。</li> <li>・利用者への説明資料は、利用者の自己決定に十分に配慮し、言葉遣いや写真、図、絵を使用するなど、誰にでも分かりやすい資料となるよう工夫が求められます。</li> </ul>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院や他施設への移行については、入退所相談業務マニュアルが規定され、介護・看護連絡票により引継事項の把握が出来、次の事業所等へ引継が行われています。また、サービス終了時や移行後も家族等に対して相談援助などを行っておられます。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年1回利用者・家族に、サービスに関することや給食嗜好についてアンケート調査を実施されています。アンケート結果はサービス向上委員会や給食委員会で検討され、改善した内容を家族等へ報告、機関紙に載せておられます。</li> <li>・生活相談員が毎月、利用者の個別巡回相談を行っており、相談票に記入しユニット会議に報告、検討され、利用者満足の上昇に努めておられます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者委員を含めた苦情解決検討委員会が設置され、利用者からの苦情や意見・要望について、改善策等を検討しておられます。苦情解決に向けた仕組みのフローチャートを施設内に掲示し周知しておられます。</li> <li>・苦情の受付や解決に関する情報が公表されていません。苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表することが求められます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意見箱の設置や生活相談員が毎月利用者へ個別巡回訪問を行い、意見聞き取りの機会を持ち、困りごと等意見を述べやすい環境整備に努められています。</li> <li>・施設内に相談窓口担当者、第三者委員の連絡先を提示し、重要事項説明書には、相談機関を複数記載しておられます。</li> </ul>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の苦情については、苦情解決マニュアルに沿って対応しておられます。</li> <li>・相談や意見は相談票に記入し、簡易なものはユニット会議で話し合い、利用者に速やかに報告しておられます。</li> <li>・対応策について検討が必要なものは、苦情解決委員会を開催し、解決に向け迅速な対応を行っておられます。</li> <li>・改善策を利用者に報告、家族へは電話で連絡するなど迅速な対応をしておられます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故発生防止委員会を2か月に1回開催し、リスクマネジメントに関する体制を整備しておられます。</li> <li>・緊急の対応が必要な場合は、速やかに主幹、機能訓練支援員、相談員、介護職員等関係者で要因分析・改善策の検討を行っておられます。</li> <li>・毎月のリーダー会議、ユニット会議で各部署から発生したヒヤリハット、事故の検討結果を事故発生防止委員会に報告し、ヒヤリハット研修会で職員に周知しておられます。</li> <li>・年度末にヒヤリハット報告を集計し要因分析を行い、再発防止に向け組織的な取り組みが行われています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染対策委員会を設置し、責任と役割を明記しておられます。</li> <li>・感染対策マニュアルを策定し、各ユニットに配置し活用しておられます。またマニュアルに沿った研修会も実施され職員へ周知が図られています。</li> <li>・マニュアルの見直しは年1回行われ、内容についてユニット会議で職員に説明し、周知しておられます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・消防計画やBCP（事業継続計画）を策定され、災害発生時の職員行動を規定、利用者の安全確保のための体制を整えておられます。</li> <li>・3日間の備蓄食品を準備し、リスト化され管理しておられます。</li> <li>・緊急時の連絡体制を整備し、各ユニットに掲示され、職員に周知しておられます。</li> <li>・年2回防災訓練を、地震や火災など想定を変えて実施しておられますが、職員の役割分担を具体的に明記し周知することが望まれます。</li> </ul>		

### 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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの標準的な実施方法が、マニュアル化され、手順に沿ったサービスが提供されています。</li> <li>・新任・転任職員へはエルダー研修で6カ月個別に指導がされ、福祉サービスの標準的な実施に努めておられます。</li> <li>・各ユニットに、介護マニュアルが設置され職員はいつでも確認することが出来ます。</li> </ul>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護マニュアルは年度末に各ユニットで見直しについて検討され、総括を各委員会、運営委員会で検討され、見直しを実施しておられます。</li> <li>・問題が発生した時は、随時ユニット会議、運営委員会で検討され変更しておられます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランシステムの作成手順書に基づき、施設サービス計画書の作成、本人、家族からの希望などをアセスメントシートに反映し、サービス担当者会議で多職種参加してプラン策定をしておられます。</li> <li>・24時間シートで利用者一人ひとりの状態のチェックやニーズ把握しておられます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリングは3カ月に1回実施し、ケアプランの評価を行っておられます。ケアプランは6カ月に1回、または利用者の状況に変化が生じた場合に、各職種出席でサービス担当者会議を開催し、計画の見直しが行われています。</li> </ul>		

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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々のケース記録は、記録に関するマニュアルに基づき記録され、パソコンの管理システムによりネットワーク上で職員間の情報共有がされています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録管理の責任者を定め、法人の文書管理規定に基づく管理が行われています。</li> <li>・個人情報取扱要領に沿って情報管理が行われ、利用者の記録は、鍵のかかるキャビネットに保管しておられます。職員には研修会で利用者に関する記録の管理について理解を深めておられます。利用者・家族には、重要事項説明書により説明しておられます。</li> </ul>		

# 福祉サービス第三者評価結果 (付加基準—高齢者福祉サービス版<特養>—)

※すべての評価項目（17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記入する。

## A-1 支援の基本

評価項目	第三者評価結果	コメント
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工夫している。	○a・b・c	①入所時のアセスメントで利用者や家族から生活歴や嗜好等の聞き取りを行っておられます。24時間シートを作成し、利用者一人一人の生活リズムやニーズ把握を行い、職員間で共有のうえ、一人一人に合った対応をしておられます。
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。	○a・b・c	②利用者の状態に合わせたコミュニケーションが取れるように24時間シートで状態を把握し実施しておられます。

## A-2 身体介護

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	○a・b・c	①入浴介助マニュアル、全身清拭マニュアルに基づき、入浴を行っておられます。利用者の要望があれば、入浴日を変更し対応しておられます。
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。	○a・b・c	②おしめ交換マニュアル、ポータブル介助マニュアルに基づき、利用者の尊厳に配慮した介護を実施しておられます。利用者の排泄状況を把握し対応しておられます。便器等利用者に適したものが使用できるよう準備しておられます。
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。	○a・b・c	③移乗マニュアルに基づき、利用者一人一人の状況や意向を踏まえた移乗、移動に努められています。各ユニットで安全に移動が出来るよう環境整備を行っておられます。担当を決めて毎月車いすの点検をしておられます。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	○a・b・c	④褥瘡マニュアルに基づき、予防を実施しておられます。高機能マットレスを使用し褥瘡予防をしておられます。褥瘡予防対策委員会で発生状況や対策を検討され、適宜マニュアルの見直しも行っておられます。



## A-3 食生活

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○ a ・ b ・ c	①嗜好調査を実施され、好みの料理や量などを聞き、献立に反映しておられます。季節の野菜や果物等旬の食材を使用し、行事食を取り入れるなどおいしく食べられるよう工夫しておられます。温冷配膳車等を利用して適温で利用者に食事を提供しておられます。
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。	○ a ・ b ・ c	②利用者一人一人の状況に合わせて、普通食、刻み食、なめらか食、ペースト食を提供しておられます。その日の体調に合わせて、ご飯をお粥やパンに変更するなど、速やかに対応しておられます。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○ a ・ b ・ c	③歯科衛生士による研修を行い、利用者一人一人の状況に応じた助言を受け、口腔内の清潔維持に努められています。

## A-4 終末期の対応

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	○ a ・ b ・ c	①看取り指針を定め、看取り介護マニュアルに沿って対応しておられます。利用者のターミナルプランに沿って対応、医師から家族へ説明し同意を得ておられます。職員へは看取り介護について研修を毎年行っておられます。

## A-5 認知症ケア

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○ a ・ b ・ c	①認知症高齢者ケアマニュアルを基に、利用者が安心して過ごせるように努めておられます。入苑時と年1回長谷川式簡易知能スケールを実施し、一人一人の状況把握に努めておられます。認知症研修を年3回以上実施しておられます。
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。	○ a ・ b ・ c	②居室は一人部屋で、家で使用していた家具や写真、趣味の物等自由に飾っておられます。利用者に分かりやすくするため、各居室の入り口の窓の形を変え、目印にしておられます。認知症高齢者ケアマニュアルを作成し、各利用者のリスクカードからリスクの把握を行っています。

## A-6 機能訓練、介護予防

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	○ a ・ b ・ c	①一人一人に応じた機能訓練プログラムを作成し、実施状況を記録し、定期的な評価、見直しを実施しておられます。またレクリエーション、趣味活動や行事等を通じて心身機能維持に努めておられます。

## A-7 健康管理、衛生管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	○a・b・c	①看護師は、毎日各ユニットの生活記録票表の確認を行い、利用者の健康チェックをしております。体調変化については急変時対応マニュアルがあり、介護員から看護師へ連絡が入り、必要に応じて嘱託医へ連絡して指示を受ける体制がととのっております。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	○a・b・c	②感染症対策委員会を設置され、毎年、感染症対策・食中毒予防研修会を実施するとともに、感染症発生時マニュアルに基づいて速やかに対応されています。手洗器、消毒薬を設置され、家族等の予防にも努められています。

## A-8 建物・設備

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。	○a・b・c	①ユニットに木製、木目調の床、壁や家具を配置し、落ち着いた空間を提供されています。また、自分の使っていた家具等の持ち込みをされている利用者もおります。各部屋のスペースも広く利用者にとって快適でくつろいで過ごせるよう環境整備されています。

## A-9 家族との連携

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	○a・b・c	①利用者の誕生日にあわせて利用者の状況の報告や体調の変化などの連絡を行い、家族からの問い合わせにも随時対応しております。年4回機関紙を家族に送付したり、ブログにより情報を随時発信しております。金銭の出納管理は、3か月に1回、通帳のコピー送付し家族へ報告しております。