

福祉サービス第三者評価結果表

①第三者評価機関名

株式会社福祉工房

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム山静寿	種別：特別養護老人ホーム		
代表者氏名：施設長 武田吉美	定員（利用人数）：100名		
所在地：山形県山形市大字沼木字下河原1133-1			
TEL：023-646-3410	ホームページ： http://yamagata-saiseikai.org		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成23年4月11日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ^{恩賜} 財団済生会支部山形県済生会			
職員数	常勤職員：59名 非常勤職員：13名		
専門職員	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> (専門職の名称) 生活相談員：2名 介護職員：43名、看護職員：5名 管理栄養士：1名 機能訓練指導員：1名 介護支援専門員：1名、他6名 </td> <td style="width: 50%; border: none;"> 医師：3名 歯科衛生士：1名 介護職員：7名 他2名 </td> </tr> </table>	(専門職の名称) 生活相談員：2名 介護職員：43名、看護職員：5名 管理栄養士：1名 機能訓練指導員：1名 介護支援専門員：1名、他6名	医師：3名 歯科衛生士：1名 介護職員：7名 他2名
(専門職の名称) 生活相談員：2名 介護職員：43名、看護職員：5名 管理栄養士：1名 機能訓練指導員：1名 介護支援専門員：1名、他6名	医師：3名 歯科衛生士：1名 介護職員：7名 他2名		
施設・設備の概要	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> (居室数) 【ユニット数】 10 ユニット (1階2ユニット 2・3階にそれぞれ4ユニット) 【居室数】 100室 (1人部屋、面積 13.68㎡) </td> <td style="width: 50%; border: none;"> (設備等) 【ユニット部】 リビング、キッチン 洗面所、介護材料室、トイレ、衛生室 浴室(一般浴・中間浴、1階のみ) 【共用部】 介護ステーション 介護浴室(一般浴、中間浴、特浴) 医務室、厨房、洗濯乾燥室、事務室他 </td> </tr> </table>	(居室数) 【ユニット数】 10 ユニット (1階2ユニット 2・3階にそれぞれ4ユニット) 【居室数】 100室 (1人部屋、面積 13.68㎡)	(設備等) 【ユニット部】 リビング、キッチン 洗面所、介護材料室、トイレ、衛生室 浴室(一般浴・中間浴、1階のみ) 【共用部】 介護ステーション 介護浴室(一般浴、中間浴、特浴) 医務室、厨房、洗濯乾燥室、事務室他
(居室数) 【ユニット数】 10 ユニット (1階2ユニット 2・3階にそれぞれ4ユニット) 【居室数】 100室 (1人部屋、面積 13.68㎡)	(設備等) 【ユニット部】 リビング、キッチン 洗面所、介護材料室、トイレ、衛生室 浴室(一般浴・中間浴、1階のみ) 【共用部】 介護ステーション 介護浴室(一般浴、中間浴、特浴) 医務室、厨房、洗濯乾燥室、事務室他		

③理念・基本方針

理念：「入居者一人ひとりの生活習慣や好みを尊重し、今までの暮らしが継続できるように支援すること」そしてもう「ひとつのわが家」を目指す。

基本方針 ※ハートフル(豊かな心)…幸せにするするという四葉のクローバー

①「愛(思いやり)」とは…相手を思いあうことにより生まれるもの。つまり利用者と職員間であったり、また利用者同士の生活を送るに私たちは支援に必要な位置づけとしています。

②「支え合い(協調)」とは…人はひとりでは生きていけないものであり、相手を思いやりながら、生活を送るにあたりお互いに支え合うことを支援していきます。これはご利用者同士、職員同士双方のことを意味します。

③「願い(生きがい)」とは…最後の最後まで人生を全うするには「生きがい」というものは不可欠であり、私たちは希望や要望の願いを支援できる施設を目指します。

④「共生(平等)」とは…これまで生きてきた人生や個性はありのままその人のものです。それは誰からも差別されることなく、私たちはその人、個人を受容し尊重しながら共に生活を送り、生きていくことを支援していきます。

※仁の精神…「深い愛で 相手の立場を 思いやり 広い心で 受け入れる心」

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①生活困窮者への援助の積極的な推進として、利用者や家族に負担軽減制度のPRを行い制度を大いに活用してもらっている。
- ②余刑者の社会奉仕活動の場として受入れを行っている。
- ③障害者雇用の法定雇用2.0を超える雇用に積極的に取り組んでいる。
- ④アビリンピック(障害者技能競技大会)に障害を持つ職員が参加しており、施設でも積極的に応援体制を敷いて取り組んでいる。
- ⑤介護技術・サービスの向上のため介護力向上講習会に参加しており、自立支援介護を現場に取り入れ実践している。
- ⑥介護プロフェッショナル段位制度の取り組みでアセッサー養成をしている。
- ⑦職員のメンタルヘルスのため「職員のこころの健康相談」を定期的で開催し、外部の臨床心理士の方よりカンセリングの機会を設けている。
- ⑧自己研鑽として外部に向けた職員の研究発表を毎年実施している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月7日(契約日)～平成28年12月21日(評価結果確定日)
--------	-------------------------------------

⑥総評

◇特に評価の高い点

○地域への貢献

地域における福祉関係施設、町内会、警察、消防、医療機関等との定期的会合が持たれ地域における福祉ニーズを把握し、地域における介護講座の開催や地域との防災協定の締結、又、視覚障害者向け養護老人ホームの設置、生活困窮者への援助活動等が取り組まれている。

○質の向上への取り組み意欲

開所後5年ではあるが、各種委員会の設立、職員の教育体系の構築、目標管理制度等が一部未整備な面はあるが構築され、又、開設早々ではあるが、第三者評価を受審する等、質の向上を目指した積極的な取り組みが行なわれている。

◇改善を求められる点

○支援に関わるマニュアル類の見直し

標準的な支援に関するマニュアルを始め各種マニュアル類は整備されているが、一般的なマニュアルとして作成されており、施設の状況に合わせた見直しが行なわれておらず、実情にそぐわない面が見られるため、見直しの仕組みの構築と、見直しの実施が望まれる。

○中期計画の策定

中期計画は法人の様式に則り策定されているが、施設としての現状には即しておらず、有効的な中期計画とはなっていない。施設としての中期的な課題を明確にし、取り組み内容や日程を明確化し年度の事業計画に反映いくことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

山静寿は開所して丸5年が過ぎ、ひとつの節目と考えこれまでガムシャラにやってきた施設運営やサービス等において、現在の自分の施設の立ち位置や内部の強みや弱い点について知ることが大事と考え、外部からの目での評価を受けてみたいと思いこの度、初受審をさせていただきました。

今回の受審において、自分の施設の運営・組織・管理面やサービス面等の内事情を確かめ、そして『知る意義』を職員一同に良き機会となりました。

この度の評価をもとに自施設の強いところはより向上できるように、また弱いところはなお強化や改善に取り組み、再度受審を目指し、より良い施設づくりに繁栄させていきたいと考えています。

⑧評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

(別紙)

【共通評価項目】 評価細目の第三者評価結果

※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><コメント></p> <p>事業所の理念『もうひとつのわが家』のもとに四つの基本方針を掲げ、今までの暮らしの延長を目指す支援が行なわれている。理念や基本方針はパンフレットやホームページに記載され、職員には年度初めの職員研修会での説明が行なわれている。家族や利用者には入所時にパンフレットを利用し説明が行なわれている。理念の文言について、パンフレットの記載を含め、より明確にして行くことが望まれる。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉協議会による市内施設長会議、山形県老協での会議等を通じて社会福祉事業全体の状況や、地域における状況に関する情報を得ており、得られた情報は職員会議を通じて職員との共有が図られている。毎月の施設における利用状況や財務状況に関する分析が行なわれ改善のための話し合いが行なわれている。</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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月における利用率などの経営情報が分析され、現状の課題の把握が行なわれ、職員及び法人への報告が行なわれている。施設における財務面や利用者、介護の質等の面に関して年度</p>		

における目標を持ち、それに対する状況が分析され、課題の明確化、具体的な改善のための取組みが話し合われている。

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><コメント></p> <p>平成25年度から29年度までの5カ年間の中期計画が策定されており、内容は法人のフォーマットに基づき各項目ごとに具体的取組みが策定されている。中期計画は毎年実施状況が確認され、年度における達成状況の分析や翌年度以降における課題が記載されている。中期計画は今回が初回であり、目標に関しては現状にそぐわないものも一部あるが次回の中期計画策定時には現状に基づいた計画策定が行なわれる予定となっている。中期計画に関しては中間における見直しの仕組みの検討、又、中期計画に対する達成状況の推移が明確となるように記載していくことが望まれる。</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 (b)・c
<p><コメント></p> <p>単年度の目標は中期計画における目標を踏まえて策定されており、具体的な目標が設定されている。中期計画における具体的目標を踏襲しているため、中期計画の目標が現状とそぐわない部分も、そのまま年度の事業計画に反映されており、年度の目標としては意味のなさないものとなっている面もある。法人の規程に則って行なわれているが、事業目標として有効な目標設定を行なって行くことが望まれる。</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><コメント></p> <p>事業実績は四半期ごとに分析され、前年度の第三四半期までの実績をもとに年度の見直しを立て、それをもとに翌年度の事業計画が1月より各部署単位で策定され、2月に法人理事会に提出し承認を得る仕組みとなっている。事業計画は年度初めの職員研修会で配布説明が行なわれ周知が図られている。</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><コメント></p> <p>家族へは年度初めの家族会総会で簡略版を作成し、配布説明が行なわれ、玄関への掲載も行なわれている。利用者への説明は行なわれていない。理解しやすいような工夫を行い利用者への説明も取り組んでいくことが望まれる。</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><コメント></p> <p>サービスの現状分析、改善への取り組みとして、各種委員会、会議を設定し、職種別に分析、評価、改善への取り組みを行なっている。施設運営開始後5年目であるが、質の向上のため早めの第三者評価の受審を行い、自己評価に基づく課題の把握に努めている。今後も継続して自己評価を行なって行くことが期待される。又、継続的な取り組みとして、質の向上のための組織的な体制を作っていくことも期待される。</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><コメント></p> <p>評価結果はユニット毎に確認し、事業計画策定時に話し合いを行い、課題を明確化し具体的な行動計画を策定し改善への取り組みを行なっている。更に、施設全体として課題抽出を行なう仕組みを作っていくことが期待される。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌が作成され、施設のサーバーに保管され、常に職員が確認できる状態となっている。施設長は自らの考えを毎年発行される広報誌に記載し、家族に対し家族会を通し説明を行なっている。又、重要な委員会へは施設長自らメンバーとして出席している。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>関連する法令等に関しては、県の老施協等を通じて改廃に関する情報を得ており、得られた情報は職員会議を通じて職員へ伝達されている。法人におけるコンプライアンス研修が年1回実施されこれへの参加、及び外部のコンプライアンス研修への参加が行なわれ、職員への伝達も行なわれている。更に、必要と思われる資料はサーバーに載せられ、職員への閲覧が促されている。</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。	a・ b ・c

<p><コメント></p> <p>各ユニット毎に現状の課題に関しての話し合いが行なわれ、改善への取組みの策定、実施が行なわれている。質の向上のための取組みとして、管理運営委員会において研修計画が策定されている。職員個々の自己評価や職場としての質の確認をもとに課題を把握し、改善を行なっていく仕組みを構築していくことが望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人事、労務面での職場環境は安全衛生委員会や生活向上委員会において、職場環境の課題や、働きやすい職場作りのための話し合いが行なわれ、職場環境の整備に結び付けている。財務面では、毎月各種指標をもとにした分析が行なわれ、職制を通じての情報共有が行なわれている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人員体制に関する基本的考えは中期計画や事業計画に記載されており、現状における有資格者や、必要とされる資格などが明確化されている。採用計画は法人に申告され、法人にて一括採用されている。臨時職員等は事業所として募集を行なっている。定着のため職員との面談が行なわれ、その際に目標の設定やアドバイスが行なわれている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>職員としての求められる人材像、役職職員として求められる人材像を明確化し職員に示している。年度末における職員との個別面談において、職員の意向や意見が確認され、改善などに結び付けている。人事考課に関して、現状は年功に従った基準であるが、現在法人支部の人事委員会においてチャレンジシート、プライマリーシート等を作成、職能等級基準や能力評価基準を定め、新たな人事考課制度を策定し、来年度より実施していく予定となっている。新たな制度に基づく運営を確実に実施していくことが期待される。</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。	a <input checked="" type="radio"/> b・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況等は管理部門で把握され必要に応じて管理者への報告がなされている。施設内に生活向上委員会が組織され、職場内における職員の環境の改善等に取り組んでいる。職員のメンタル面での相談に関しては、事業所内の衛生管理者が窓口となり法人より月1回臨床心理士が来所し、希望する職員との面談が行なわれている。福利厚生制度は法人支部の制度に加入し、医療給付や、契約施設の割引料金による利用等が出来るようになっている。</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 <input checked="" type="radio"/> b・c

<p><コメント></p> <p>毎年、年度末に職員との面談が行なわれ、その際に面談シートに職員自ら現状における取り組みや目標が記入されている。職員の意向や意見、前年における目標に対する達成状況などを聞き、目標等に対するアドバイスが行なわれている。更に、中間での面談や、目標に対する期限の設定等を行なっていくことも期待される。</p>		
18	<p>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。</p>	<p>Ⓐ・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>期待される職員像は明確化されており、各職員の資格取得状況、及び職種により求められる資格などが明確化されている。年間における研修計画が立てられ、各委員会を中心とした内部研修や外部研修への参加が行なわれている。各職員の研修受講状況は把握されており、必要に応じて研修への参加指示等が行なわれている。</p>		
19	<p>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。</p>	<p>a Ⓑ・c</p>
<p><コメント></p> <p>外部研修の案内は全職員に対して公開されており、職員の希望による参加も行なわれている。職員の資格取得状況は把握されテーマ別の研修も実施されている。新入職員や臨時職員に対しては職場配置後ベテラン職員によるOJTが行なわれている。更に、階層別研修等も取り組んでいくことも期待される。</p>		
<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。</p>		
20	<p>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。</p>	<p>a Ⓑ・c</p>
<p><コメント></p> <p>昨年度は171名の実習生受け入れが行なわれており、受け入れマニュアルには受け入れの手順等が詳細に定められ、受け入れの意義や目的も明確化されている。指導者に対する研修も行われ、窓口も定められている。更に、実習受け入れの状況を事業報告書に記載し法人内外にアピールしていくことも期待される。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
21	<p>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。</p>	<p>a Ⓑ・c</p>
<p><コメント></p> <p>経営状況に関しては法人本部としてホームページに公開されている。今回の第三者評価の結果に関しても公表予定となっている。苦情や相談の対応体制は事業所内に掲示され、結果も事業所内に掲示及び広報誌への記載が行なわれている。地域のコミュニティセンターへ広報誌を置く等地域への広報活動も行なわれている。ホームページには事業所としての概要や理念。基本方針も掲載されているが、施設長の年度における目標等も掲示していくことが望まれる。</p>		
22	<p>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。</p>	<p>Ⓐ・b・c</p>

<p><コメント></p> <p>事業所の事務、経理、取引に関するルールは法人の規程に基づき行なわれ、法人支部から年1回、本部からは3年に1回の監査が行なわれている。来年度より公認会計士による監査も行われる予定となっている。</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。	a ㉑・c
<p><コメント></p> <p>地域とのかかわりに関しては事業計画に考え方が明記されている。利用者は希望に応じて床屋、美容院、外食、買い物等地域の店舗等の利用が行なわれている。地区の夏祭りや文化祭には利用者が参加、作品の展示等が行なわれている。事業所の夏祭りには家族や隣接する保育園の園児が参加している。地区に3箇所の高齢者施設があり、地区の方の負担を考え、現状では積極的な参加の呼びかけは行っていない。隣接する施設との共同での開催等、地区と事業所との交流を深める取組みが期待される。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画にボランティア受け入れに対する姿勢を明記し、受け入れのマニュアルも整備され見直しも行なわれている。昨年度は23団体延べ223名の参加があり、脳トレ、楽器、踊り、傾聴等の活動が行なわれた。又、定期的に小学生による訪問も行なわれている。ボランティア参加時に保険加入の有無も確認されているが、不加入の場合は施設での保険で対応することとなっている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉関係施設、町内会、警察、消防、医療関係、行政等が出席した地区の地域福祉推進会議が毎年開催されており、地域における状況や課題等が話し合われている。必要に応じて相談できる体制が作られている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>山形市との協定により地域の福祉避難所となっている。村山地区との防災協定も締結され、又、隣接する特別養護老人ホーム「みこころの園」へ水害時の避難所としての施設の提供が話し合われている。地域の住民や家族を対象として年2回の介護講座を開催している。又、事業所内1階に地域交流スペースを設け包括支援センター主催の研修等に使用されている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地区の福祉関係事業所や関連機関が集まったの会議での情報、又、民生委員との情報交換などにより地域の福祉ニーズ等は把握され、地区における介護講座の開催や地区の住民からの入居相談等に応じている。又、地域におけるニーズに基づき視覚障害者向け養護老人ホームを併設。法人全体での生活困窮者への援助活動として「なでしこプラン」が行なわれており、事業所においても目標を設定し受け入れが行なわれている。</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) 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
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した基本姿勢が明示され組織内で共通の理解を持つ取組が行なわれている。理念、基本方針は各ユニットリーダー、副主任、施設長の会議での話し合いにより策定された。職員の理解と実践の為に倫理綱領が明記され、定期的に毎月虐待防止の研修等において評価されている。又、年度初めの広報「山静寿」には基本方針が明記されている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>高齢者虐待防止や身体拘束に関する委員会が設置され、利用者プライバシー保護に関するマニュアルの見直しや支援の内容が検討されている。</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。		
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><コメント></p> <p>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。パンフレット、ホームページが作成されている。コミュニティセンターにはパンフレットを置いて情報を発信している。利用希望者の見学の時は丁寧に説明している。又、待機者には手紙を出して利用者の現状と施設の情報を提供している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始、変更時には利用者等へ解かりやすく説明されている。入所時には重要事項説明書、契約書等が作成され同意の為の押印を頂いている。更に、利用者の自己決定を尊重し、的確な説明、運用を行なうためにもリスト化やファイル等の工夫が望まれる。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>福祉施設事業所の変更や家庭への移行にあたり、継続性に配慮した対応は十分とはいえない。入所時のサービス内容の変更についても自己決定に配慮し、具体的な内容、日常生活に関する事項や留意事項がわかりやすく説明され、申し送りされているが、手順書としての文書の作成が望まれる、又移行にあたり、相談窓口、担当者等を書面で伝えることが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握する仕組みが整備されサービス向上に向けた取り組みが行われている。ユニット毎に利用者にサービス評価のアンケートが行われ、把握した結果を分析、検討する検討会議も行われ、サービスの見直しをおこなっている。又、日常生活のコミュニケーションで利用者から個別に意向を聴取している。</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。		
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><コメント></p> <p>苦情解決委員会があり、利用者が意見を述べやすい体制はできている。苦情解決の仕組みを説明した文書の提示はされている。1年に3件程の苦情があり、広報誌で公表している。更に、苦情や意見を実際のサービスの向上につなげる取組を行なって行くことが望まれる。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し意見箱を設置している。更に、相談したい時に相談相手を選択できるということを明示した文書等の配布を行なっていくことが期待される。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>相談、意見に対しては迅速に対応しているが、報告の手順や対策等について定めたマニュアルは整備していない。マニュアルの策定が望まれる。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の安心、安全を確保し福祉サービスの質の向上を図る点からリスクマネジメント体制が構築され、ヒアリハット、事故報告の事例から要因分析と対応が適切に講じられてい</p>		

<p>る。各ユニットのヒアリハットの発生はパソコンに入力され情報の共有がおこなわれ、各ユニットで改善、再発防止策が検討されている。対応マニュアルも作成されている。</p>		
38	<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。</p>	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>感染症予防対策委員会が組織され、感染症に対しての指針は明文化されて、年1回認定看護師による研修が行なわれている。更に、感染症対応のためのマニュアルの策定を行い、管理体制の充実化を進めていくことが望まれる。</p>		
39	<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している。</p>	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>防災マニュアルは整備され、月1回第3木曜日に定期的な避難訓練が行なわれ、更に今年度は10月に総合防災訓練が消防署立会いの下行なわれた。防犯面に関しては、防犯業者との連携による防犯システムを導入している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
40	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>標準的な福祉サービスが文書化されているが一般的であり、施設の実情に即していない面も伺える。又、サービス実施時における留意点やプライバシーに配慮したサービス提供等が明確化されておらず、施設として見直しを行なって行くことが望まれる。</p>		
41	<p>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。</p>	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>開所時にマニュアルが作成され、その後一部見直しは行なわれたが、改定や検討の記録が無く、又、見直しの仕組みも明確化されていない。PDCAのサイクル等を取り入れた、見直しの仕組みの検討、策定を行なって行くことが望まれる。</p>		
<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。</p>		
42	<p>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。</p>	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>適切なアセスメントにより個別的な福祉サービス計画が作成されている。作成者は生活相談員がおこない、サービス開始前にアセスメントに関する手順と施設で定めたアセスメント用紙に基づき、家族に具体的なサービスが明示されている。</p>		
43	<p>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。</p>	a ・b・c

<p><コメント></p> <p>生活向上検討会議で定期的に利用者の意向の確認と同意を得ているか等の確認及び、評価が実施されている。</p>		
<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。</p>		
44	<p>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。</p>	a (b)・c
<p><コメント></p> <p>記録は適切に行なわれているが、職員間での共有化が十分で無い面が見られる。会議録、運営、管理に関する情報は回覧、引継ぎ、申し送り等が、パソコンを利用し行なわれているが、情報の分別、必要な情報の区分等が十分でなく、仕組みの検討が望まれる。</p>		
45	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>記録の管理体制は確立されている。規程が作成されていて、個人情報、記録の保管、破棄、情報開示が明示されている。業務記録は事務室のキャビネットに保管、相談員が責任者となっている。個人情報の規程は利用者、家族へは入所時に説明している。</p>		

【内容評価項目(特養)】 (別紙) 評価細目の第三者評価結果

		第三者評価結果
A-1 支援の基本		
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
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
A-2 身体介護		
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
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
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
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a ・b・c
A-3 食生活		
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
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
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
A-4 終末期の対応		
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
A-5 認知症ケア		
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
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
A-6 機能訓練、介護予防		
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
A-7 健康管理、衛生管理		
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
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・ b ・c
A-8 建物・設備		
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
A-9 家族との連携		
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