

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

名 称	社会福祉法人 徳島県社会福祉協議会
調査実施日	令和元年12月4日・5日

②事業者情報

名 称	養護老人ホーム 健祥会エジンバラ	種 別	養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 小橋 早苗	定 員	50名
所 在 地	勝浦郡上勝町大字正木字西浦25番地3		

③総評

◇特に評価の高い点

利用者の自立支援に向けた日中活動支援の取り組み

施設では、事業計画の重点目標として、“優しいところを具現化したサービス”を掲げている。利用者が、目的と生きがいをもって自立した生活をおくることができるよう、クッキングクラブや生け花クラブ、映画クラブなどの屋内クラブ活動を行ったり、買い物や外出を支援したりするなど、多様な日中活動のプログラムを準備している。施設内通貨を活用した“ハッピーワーク活動”に取り組むことで、利用者自身が仕事等を選択し、社会生活を実感・体験することができる機会を設けている。また、毎日、ラジオ体操や阿波おどり体操を実施したり、コグニサイズを導入したりして、利用者の介護予防や自立に向けた支援を行っている。利用者が、楽しみながら生きがいを感じることができるよう、支援内容を工夫していることは評価できる。

安心・安全な福祉サービスを提供するための取り組み

施設では、利用者の安心と安全を確保し、福祉サービスの質の向上を図る観点から、リスクマネジメント委員会や事故防止委員会を設置するなど、リスクマネジメント体制を構築している。定期的な、リスクマネジメントに関する研修を実施したり、職員からのヒヤリはつや気づきカードによる事例収集に取り組んだりして、要因分析と改善・対応を積極的に行っている。感染症については、委員会の設置や衛生管理マニュアルなどを策定することで、発生の予防や緊急時の体制を整備している。また、地震や火災などの災害に対して、災害種類ごとに防災規程を策定したり、事業継続計画を整備したりして、利用者の安全確保に努めている。福祉避難所の役割を担うため、利用者や職員、地域住民等のための備蓄品（5日分）をリスト化し、責任者を決めて管理している。利用者や職員、地域に向けたリスクマネジメント体制を構築していることは評価できる。

権利擁護を重視した生活支援の取り組み

施設では、総合方針のひとつとして“優しい心を利用者様に（サービスの質の向上）”を掲げている。利用者一人ひとりの尊厳を守り、思いや意向を把握しつつ、心身の状況に応じた生活支援に取り組んでいる。施設では、利用者の権利擁護や権利侵害の防止について、“身体拘束ゼロへの取り組みに関する指針”や“高齢者虐待防止・対応の指針”等を策定し、職員に周知・徹底を図っている。権利擁護に関する意識・理解を高めることを目的として、全職員を対象に、権利侵害や不適切ケアに関するアンケートを行っている。結果をもとに職員間で話しあい、サービスの質の向上に取り組んでいる。また、権利擁護に関する研修を開催した際は、利用者も一緒に参加している。権利侵害の防止に向けて、組織的に取り組んでいることは評価できる。

◇改善を求められる点

利用者満足やサービスの質の向上を目的とした仕組みづくり

施設では、事業計画の重点目標の中で、“入所者の思いに寄り添い相談しやすい環境をつくる”ことを示している。日頃の利用者との会話や月2回の茶話会などを通じて、利用者の意向や思いの把握に努めている。年2回、嗜好調査を実施して、食事サービスの改善にも取り組んでいる。また、法人では、利用者や家族等を対象としてニーズ調査を実施し、満足度の把握に取り組んでいる。今後は、施設内において、利用者満足の把握を目的とする定期的な調査の実施や利用者の参画を得た会議の開催、把握した結果に基づいた分析・検討の機会を設けるなど、さらなる利用者満足やサービスの質の向上に向けた仕組みづくりが望まれる。

福祉サービスの開始や変更にもなう説明資料の工夫

施設では、福祉サービスの開始や変更の際に、施設のパフレットや法人だよりを用いて、サービスの内容や日常生活に関する事項等を口頭で説明している。利用者等の自己決定に配慮したうえで、“入所時に必要なもの”や“施設利用時のリスク説明書”、“個人情報使用同意書”などの様式を活用し、意向の把握や入所意思の確認を行っている。また、他施設や医療機関等への移行の際は、移行後の担当者や窓口について説明している。今後は、利用者や家族等の自己決定の尊重や権利擁護等の観点から、入所やサービス移行に関して、わかりやすい説明資料として、現在作成中の重要事項説明書の策定を進められたい。

福祉サービス実施計画の策定に関する体制の確立と記録等の一元化

施設では、自立支援処遇計画作成担当者を設置し、利用者本位の計画作成に取り組んでいる。支援部会の中で、看護職員や栄養士、支援員などの多様な職種による合議を得て、自立支援処遇計画書を作成している。年2回のモニタリングや年1回の見直しにより、達成状況の確認と必要に応じた計画の変更を行っている。計画を変更した際は、支援部会やミーティングを通じて、関係職員等に周知を図っている。今後は、利用者にとって施設での生活がより充実したものとなるように、アセスメント様式の充実や施設独自のアセスメント手法の確立が望まれる。

④福祉サービス第三者評価結果に対する事業者のコメント

福祉サービス第三者評価を受審して、職員一人ひとりの意識の向上に繋がりと、大変勉強になりました。今後も、この第三者評価結果をツールとして活用し、より良いサービスにしていける様、職員一丸となり努めていきたいと思っております。

⑤評価細目の福祉サービス第三者評価結果(別添)

事業所名	養護老人ホーム 健祥会エジンバラ
------	------------------

I. 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	評価結果	判断の理由	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
[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。	②	b	c 施設では、法人の“会是”や“理念”“グループ訓”“行動指針”に基づいた、施設独自の理念と基本方針を明文化している。理念や基本方針は、施設の使命や目指す方向、考え方を示している。全職員に、職員手帳（STATEMENT BOOK）を配付して、理念等の共有化を図っている。理念を事務室前に掲示したり、施設のパンフレットやホームページ等に記載したりして、利用者や家族、地域社会等に周知している。定期的に、理念等について全職員で協議し、必要に応じて見直しを行っている。

I-2 経営状況の把握

	評価結果	判断の理由	
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。	②	b	c 施設では、社会福祉事業全体の動向について、法人全体の会議や法人から提供される資料により、具体的に把握している。町の保健福祉計画や地域ケア会議への参加等により、地域の動向を把握している。施設の経営状況を、コストや利用者の推移等の経営指標に基づいて分析している。施設長は、町の地域密着型運営サービス委員として参加し、各種福祉計画の策定に携わることで、地域の状況を把握している。
[3] I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	②	b	c 施設では、法人全体の会議や地域ケア会議で得た情報等に基づいて、職員会議や支援部会、各委員会等で経営課題を明確化するとともに、職員間で共有化を図っている。コスト削減や利用希望者の確保等、明確化された課題の改善に向けて、具体的な取組を進めている。

I-3 事業計画の策定

	評価結果	判断の理由	
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	①	c 施設では、抽出された課題に基づいて、3か年の中・長期計画を策定している。毎年、事業計画策定会議を開催し、中・長期計画の振り返りや次年度の単年度計画の策定に取り組んでいる。今後は、理念や基本方針の実現に向けた目標を設定し、目標に向けた具体的な取り組み等を踏まえた中・長期計画の策定が望まれる。また、毎年、評価・見直しができる具体的な達成度や数値目標などが盛り込まれた計画書の策定に期待したい。
[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	①	c 施設では、年1回、事業計画策定会議を開催し、単年度計画を策定している。単年度計画では、重点目標として、“優しいところを具現化したサービス”“職場環境の改善と人材育成”“地域の中で働く施設づくり（地域貢献）”“安定した施設経営”の4つを掲げている。重点目標は、実行可能かつ具体的な内容となっている。事業計画にそった、適切な収支予算書を策定している。今後は、充実した中・長期計画を反映した、具体的な数値目標等を掲げた計画の策定が望まれる。

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	施設では、毎年、事業計画策定会議を開催し、事業計画を策定している。事業計画には、月1回の職員会議や各委員会で作された意見等を集約・反映している。全職員参画のもと、次年度の事業計画策定に向けて、評価・分析を行っている。また、職員会議や支援部会等を通じて、全職員に周知を図っている。
[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。	a	b	c	施設では、玄関に事業計画書を置いたり、行事を記載した独自の月間カレンダーを配付したりして、利用者や家族等への周知を図っている。月2回の茶話会や家族会において、事業計画の主な内容を説明している。今後は、事業計画のなかで、利用者支援に密接に関係する内容をわかりやすく説明した資料等を作成するなど、利用者等が理解しやすい工夫が望まれる。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	評価結果		判断の理由	
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	施設では、福祉サービスの質の向上に向けて、法人内の経営会議や養護部会に参加したり、施設内の各委員会や支援部会を開催したりするなど、組織的に取り組んでいる。毎年、自己評価を実施するとともに、自己評価改善委員会を設置し、評価結果を分析・検討している。組織的なサービスの質の向上を図るため、第三者評価を受審するなど、PDCAサイクルに基づく体制が機能している。
[9] I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り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	施設では、自己評価結果等に基づいて、改善課題を明確にし、自己評価改善検討委員会で検討・分析している。分析された課題に基づいて、職員会議や支援部会、各委員会で改善策や改善計画を策定している。今後は、職員間での課題の共有化に向けて、より具体的な取り組みが望まれる。また、単年度では解決できない改善課題は、中・長期計画に反映するなど、段階的に解決を図っていく取り組みが望まれる。

II. 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

	評価結果			判断の理由
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	ⓑ	c	施設長は、施設の経営・管理に関する方針を明確化している。自らの役割と責任について、職務分掌表で示している。組織体制を整備して、有事における管理者も明確にしている。年度当初に、職員一人ひとりと面談を行い、職務分掌について説明している。今後は、職員会議等で自らの役割と責任について表明したり、職員や利用者、家族等に向けて広報誌等で表明したりするなどの取り組みが望まれる。
[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	施設長は、遵守すべき法令等を理解し、コンプライアンス担当者や倫理規程、経理規程等を整備している。取引事業者等との適正な関係の保持に努めている。また、経営や幅広い他分野の法令等に関する研修や勉強会にも参加している。さらに、施設では、コンプライアンス研修会を開催し、遵守すべき法令や規程等について、職員間での周知を図っている。
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持ち、その取組に指導力を発揮している。	ⓐ	b	c	施設長は、職員会議や支援部会等に自ら参加し、実施する福祉サービスの質に関する課題や職員の意見・要望を把握している。出された課題や意見等の改善に向けて支援部会や自己評価委員会を設置したり、定期的に、サービスの質の向上に関する研修を実施したりして、具体的な取り組みを示し、指導力を発揮している。
[13] II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a	ⓑ	c	施設長は、法人内の経営会議に参加し、人事・労務・財務等の視点から施設の現状について検証している。検証した内容に基づいて、経営の改善や業務の実効性を高めるよう取り組んでいる。タイムカードの導入やマニュアルの見直しなど、職員の働きやすい職場づくりも行っている。今後は、業務の実効性の向上に向けて、職員間での共通意識の醸成が望まれる。また、時間管理や労務管理、コスト管理だけでなく、情報共有の工夫や手順書の作成等、幅広い視点での検証が望まれる。

II-2 福祉人材の確保・育成

	評価結果	判断の理由	
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
[15] II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ	b	c
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
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。	Ⓐ	b	c
[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。	Ⓐ	b	c
[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
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

II-3 運営の透明性の確保

		評価結果		判断の理由
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	ⓑ	c	施設では、ホームページ等で法人の理念や行動指針、施設の事業内容、財務等の情報を公開している。施設内では、事業計画や事業報告書、苦情相談体制等を閲覧できる。苦情の内容に基づく改善・対応状況について、事業報告書に掲載している。今後は、第三者評価受審結果や苦情・相談内容について公表するなど、福祉サービスの質の向上に関わる取り組み等を主体的に発信し、利用者や家族、地域等の理解を深める取り組みが望まれる。
[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	施設では、法人の経理規程等をもとに、適正な経営・運営に取り組んでいる。経理規程では、事務や経理、取引等に関するルール等を明確にしている。職務分掌で職員の権限・責任を明確化し、周知を図っている。定期的に、内部監査を実施しつつ、特定社会福祉法人として、外部の専門家による監査支援を受けている。監査結果に基づいて、経営改善を実施している。

II-4 地域との交流、地域貢献

		評価結果		判断の理由
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	施設では、事業計画の中で“地域の中で働く施設づくり”を重点目標に掲げ、地域との関わり方についての基本的な考え方を文書化している。利用者に、町が発行している広報誌や施設内行事カレンダーを配付することで、社会資源や地域の情報を提供している。施設行事の際には、多数の地域ボランティアの協力を得るなどして、利用者と地域との交流を図っている。また、認知症サポーター養成講座やボランティア活動に職員を派遣して、施設の理解を得るよう努めている。
[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。	a	ⓑ	c	施設では、法人で作成された“ボランティア受入要領”を活用し、受け入れに対する基本姿勢を明文化している。ボランティア受付担当者を決めて、要領に基づいて説明等を行っている。利用者と地域との交流等を目的に、地域児童や青年会、地域ボランティアの来訪を受け入れている。また、学校教育への協力体制も整備している。今後は、地域の学校教育等への協力について、基本姿勢の明文化が望まれる。
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	施設では、利用者に対してよりよい福祉サービスを提供するため、月2回の地域ケア会議等に参加し、地域の多様な機関や団体と連携を図っている。社会資源や関係機関について、職員会議で周知している。今後は、関係機関や団体、社会資源等を明確に記載したリストや資料の作成とともに、職員間で共有化を図ることが望まれる。
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	ⓐ	b	c	施設では、年4回、法人内の他事業所との合同により、介護相談所を開催している。地域住民の介護や福祉に関する困りごとを聞き取ったり、情報提供を行ったりして、地域の福祉拠点としての役割を果たしつつ、福祉ニーズや生活課題等を把握し、将来的に具体化するニーズを検討している。
[27] II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	ⓐ	b	c	施設では、地域の福祉ニーズに基づいて、地域活動年間計画を作成している。計画に基づいて、認知症サポーター養成講座やマラソンボランティアなど、複数の事業・活動に取り組んでいる。災害時には、地域の福祉避難所として地域住民を受け入れたり、発電機やテント、備蓄品等を揃えたりするなど、福祉避難所の運営に関する体制を整備している。

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

	評価結果			判断の理由
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	施設では、理念に“福祉の輝きいつまでも心のぬくもり 優しさを大切に”また、施設総合方針として“優しい心を利用者様に”を掲げ、利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示している。職員には、倫理規程の策定や職員手帳の配付などにより、理念等の共有化を図っている。定期的に、権利擁護等に関する研修を実施して、全職員に周知・理解を図っている。
[29] Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	b	c	施設では、身体拘束ゼロへの取り組みや高齢者虐待防止等の規程等を整備して、利用者のプライバシー保護等に配慮している。定期的に研修会を開催し、全職員にプライバシー保護への周知・理解を図っている。居室を個室化して、利用者のプライバシーが守られるよう工夫している。また、入所時にパンフレットを活用して、利用者や家族にプライバシー保護について説明している。
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	施設では、パンフレットや施設を紹介した資料を作成し、来所者が自由に確認できるよう玄関等に準備している。パンフレット等は、行政や居宅介護支援事業所、関係機関団体等にも配布し、多くの人が情報を入手できるよう工夫している。ホームページを活用して、広く情報発信を行っている。利用希望者には、資料に基づいて個別に説明を行っている。また、随時、見学希望者の対応も行っている。
[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	サービス開始・変更の際には、パンフレットや法人だよりを用いて、サービスの内容や日常生活に関する事項を口頭で説明している。利用者等の自己決定を尊重するため、本人の入所意思を確認し、同意を得たうえで、書面に残している。今後は、利用者がわかりやすいよう工夫した説明資料を作成するなど、利用者が理解しやすいような工夫や配慮が望まれる。
[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	施設では、他施設や医療機関等への移行の際、サービス内容に不利益が生じないよう、“情報提供シート”をもとに口頭で引継ぎを行っている。地域や家庭への移行の際は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携を図っている。また、サービス利用終了後の相談窓口も整備している。今後は、よりていねいな福祉サービスの継続性の確保に向けて、サービス終了後の相談窓口や担当者について記載した書面の作成が望まれる。

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	⑥	c	施設では、日頃の利用者との会話や月2回の茶話会等を通じて、利用者満足の把握に取り組んでいる。年1回、家族会を開催し、家族等と意見交換を行っている。年2回、嗜好調査を実施して、食事サービスの改善にも取り組んでいる。また、法人では、利用者と家族等にニーズ調査を実施し、満足度の把握に取り組んでいる。今後は、課題や改善点について検証した結果を、利用者や家族等に報告したり、ともに検討したりする機会を設けることが望まれる。
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	⑥	c	施設では、“福祉サービス苦情解決実施要綱”に基づいて、苦情解決体制を整備している。苦情を受けた際、苦情解決委員会を開催し、内容や対応策について検討した後、検討結果を運営面に反映し、サービスの質の向上に取り組んでいる。苦情解決体制や要綱、検討結果などは、施設内に掲示し、閲覧できるようにしている。今後は、利用者や家族等にむけて、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料の作成と配付が望まれる。
[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	⑥	c	施設では、利用者からの相談や意見について、複数の相談窓口を準備している。苦情受付担当者を設置したり、施設外部での相談窓口を設けたりするなど、相談や意見を述べやすい環境を整備している。今後は、第三者委員を活用して、相談日を設定したり、意見箱等を設けたりするなどの仕組みづくりが望まれる。
[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。	④	b	c	施設では、玄関や生活空間に意見箱を設置して、利用者の意見を積極的に把握するよう取り組んでいる。職員は、日頃の利用者との会話の中で、意見や苦情を述べやすい雰囲気作りに努めている。出された意見等は、支援部会で協議したり、第三者委員会から助言を得たりして、迅速に対応しつつ、福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。
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。	④	b	c	施設では、事故防止委員会とリスクマネジメント委員会を設置して、リスクマネジメント体制を整備している。“事故発生の防止及び発生時対応の指針”を策定したり、定期的にリスクマネジメントに関する研修を実施したりして、職員に周知・理解を図っている。職員からのヒヤリはつと報告書や気づきカードをもとに、検証・検討を行い、改善に努めている。また、法人内のリスクマネジメント委員会にも参加し、他施設の情報を得るなどして、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。
[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。	④	b	c	施設では、感染症についての責任と役割を職務分掌で明確にしている。感染症に関する指針や衛生管理マニュアルを策定したり、感染症予防委員会等を設けたりして、感染症対策に努めている。年2回、感染症に関する研修会を実施して、安全確保に関する職員意識の共有化を図っている。
[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。	④	b	c	施設では、地震や火災など、災害種類ごとに防災規程を策定し、災害時の体制を整備している。福祉サービスの継続の視点から、災害時に備えた事業継続計画も整備している。災害時の備蓄品をリスト化し、責任者を決めて管理している。年2回、行政や消防署、地元消防団等の協力を得て、総合防災訓練を実施している。職員は、地域の消防団に参加して、地域の災害情報を得るとともに、地域住民との連携を図るよう努めている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	評価結果			判断の理由
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	施設では、“エジンバラ業務（支援員）マニュアル”等を策定し、福祉サービスの標準的な実施方法を文書化している。マニュアルには、利用者の尊重やプライバシーの保護などに関わる姿勢を明示し、養護部会や研修を通して職員に周知している。また、定期的に、法人では、標準的な実施方法を確認するための仕組みを設けている。
[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	施設では、毎月、支援部会を開催し、標準的な実施方法について協議している。協議した内容をもとに、マニュアルの見直しを行っている。また、実施方法の検証の際には、利用者や職員からの意見や提案が反映されるよう努めている。
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 アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。	a	Ⓑ	c	施設では、福祉サービスの自立支援処遇計画書の作成責任者を設置している。計画は、看護師や栄養士、支援員などの多様な職種による合議を得て作成している。定期的に、支援員による計画実効性の確認を行っている。今後は、フェイスシートの作成やアセスメント様式の充実など、施設独自の様式によるアセスメント手法の確立が望まれる。
[43] Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ	b	c	施設では、自立支援処遇計画書について、年2回のモニタリングと年1回の見直しを行っている。評価や見直しは、支援部会で定められた手順にそって取り組んでいる。計画変更時には、支援部会やミーティングを通じて、関係職員に周知を図っている。また、緊急的に計画が変更となる場合は、随時、職員に周知を図っている。
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。	a	Ⓑ	c	施設では、利用者一人ひとりの生活状況について、統一した方法により記録している。ネットワークシステムを活用し、記録ファイルを施設内で情報共有できるように工夫している。音声入力ソフトを導入したり、支援部会で記録の書き方について指導したりするなど、記録内容や書き方に差異が生じないように取り組んでいる。今後は、自立支援処遇計画にそった支援内容を一括して確認できるなど、利用者の情報を速やかに確認できるよう、ケースの一元化などの工夫が望まれる。
[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。	a	Ⓑ	c	施設では、個人情報保護規程等に基づき、文書の保管や保存、廃棄等に関する規程を定めた“文書管理要領”を策定している。定期的に、個人情報保護に関する研修を開催し、職員間での意識の共有化を図っている。今後は、利用者や家族等から情報開示を求められた際の規程等の整備が望まれる。

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		評価結果		判断の理由
A-1-(1) 生活支援の基本				
[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。				
[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が営めるよう支援している。				
[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。	a	b	c	施設では、“優しいところを具現化したサービス”を重点目標として掲げ、利用者本位の支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの意向を把握した上で、クッキングクラブや生け花クラブなど、生きがいをもって生活できる機会を作っている。また、利用者が社会生活を実感・体験できるように施設内通貨を活用した“ハッピーワーク活動”を実施するなど、利用者の自立に配慮して支援に取り組んでいる。
[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。	a	b	c	日頃から、職員は、利用者とのコミュニケーションを取る際に、一人ひとりの尊厳に配慮しつつ、思いや希望を把握するよう努めている。意思の表示が難しい利用者には、筆談やジェスチャーなどの方法をとったり、補助器具を活用したりするなど、個別の方法により意向を把握している。施設では、定期的に、支援部会を開催し、コミュニケーション方法について、検討や見直しを行っている。
A-1-(2) 権利擁護				
[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。	a		c	施設では、“身体拘束ゼロへの取り組みに関する指針”や“高齢者虐待防止・対応の指針”等を策定し、職員に周知を図っている。定期的に、全職員を対象として、権利侵害や不適切ケアに関するアンケートを行い、結果をもとに職員間で話しあい、支援の改善に努めている。また、施設で実施する権利擁護の研修に利用者も参加するなど、権利侵害防止について組織的に取り組んでいる。

A-2 環境の整備

		評価結果		判断の理由
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮				
[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。	a	b	c	施設は、利用者が安全かつ快適に過ごせるよう、廊下やベランダを広く取り、共有スペースを各階に設置するなど、生活環境を整備している。居室は全室個室であり、馴染みの家具等を持ち込んでもらうなど、利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう配慮している。

A-3 生活支援

		評価結果		判断の理由
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援				
[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。	(a)	b	c	施設では、利用者一人ひとりの心身の状況や意向を踏まえ、小浴室・大浴室・機械浴槽を整備し、入浴形態や方法を確認しながら支援に取り組んでいる。更衣室に床暖房を設置したり、希望に応じて個浴の対応を行ったりして、利用者が快適に入浴できるよう工夫している。
[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。	(a)	b	c	施設のトイレは、自動洗浄や温水洗浄便座等を整備して、利用者が安全で快適に利用できるような配慮している。夜間に声かけを行って誘導したり、居室にポータブルトイレを設置したりするなど、利用者一人ひとりの心身の状況や意向を踏まえた排せつ支援に取り組んでいる。
[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。	(a)	b	c	施設では、買い物の付きそいや定期通院の送迎など、利用者の心身の状況や意向を踏まえて支援に取り組んでいる。一人ひとりの状況に合わせて歩行器や車椅子、福祉用具等の活用や施設内の導線の確認などにより、適切な移動支援を行っている。
A-3-(2) 食生活				
[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。	a	(b)	c	施設では、食堂に当日の献立や1週間分の献立を掲示して、利用者にとって食事が楽しみなものとなるよう工夫している。年2回の嗜好調査や月2回のクッキングクラブの際に、利用者の希望や好みを聞き取り、食事に反映している。温かい食事を提供できるよう、リヒートクッカーを導入している。今後は、食事の満足度に関する調査や利用者の参加を得た検討会を行うなど、さらなる利用者満足への取り組みが望まれる。
[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。	(a)	b	c	施設では、利用者の心身の状況に配慮して、食事を提供している。一人ひとりの嚥下能力に応じて、ソフト食や減塩食、代替食などを提供し、できる限り普通食を食べてもらえるよう工夫している。食前に、口腔体操やわっはっは体操などを実施し、誤嚥防止に取り組んでいる。また、一人ひとりの食事ペースを考慮して、無理をしないよう声かけを行っている。
[A12]A-3-(2)-② 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	(a)	b	c	施設では、口腔ケア実施マニュアルを整備して、利用者の口腔機能の保持・改善に努めている。毎月、利用者向けの口腔ケア研修を実施して、利用者自身が主体的にケアに取り組めるよう支援している。年1回、協力医療機関の歯科検診があり、口腔機能や疾患の予防・確認に取り組んでいる。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア				
[A13]A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	(a)	b	c	施設では、“褥瘡予防のためのマニュアル”を整備し、褥瘡の予防やケアについての標準的な実施方法を確立している。褥瘡予防委員会を設置して、施設内の褥瘡予防対策状況を把握したり、褥瘡対策に関する研修会を開催したりして、職員への周知を図るとともに、知識の向上に努めている。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養				
[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。				非該当
A-3-(5) 機能訓練・介護予防				
[A15]A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。	(a)	b	c	施設では、利用者の身体機能の維持や介護予防を目的として、阿波おどり体操やラジオ体操を実施したり、ハッピーワーク活動を活用したりするなど、介護予防活動として取り組んでいる。転倒リスクの高い利用者については、併設の他サービス事業所の専門職による助言を得て、骨折予防の運動を行うなど、一人ひとりの状況に応じた支援に取り組んでいる。

A-3-(6) 認知症ケア			
[A16]A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	b	c 施設では、年1回、利用者一人ひとりの状況を把握するため、認知症スケールによるチェックを実施している。認知症のある利用者については、心身の状況や意向を把握し、尊厳を尊重した支援に取り組んでいる。認知症予防の取り組みとして、コグニサイズやハッピーワーク活動を活用するなどして、心身の活性に繋がるよう工夫している。定期的に、認知症ケア研修を開催して、職員の知識の向上を図っている。
A-3-(7) 急変時の対応			
[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。	a	b	c 施設では、利用者の体調変化等に気付いた際の対応手順として“緊急時対応フローチャート”を作成し、医療機関や看護師等との連携体制を確立している。毎日、職員は、利用者の健康チェックを行い、結果を記録することで、職員間での情報共有に取り組んでいる。また、夜勤の職員を配置・増員するなど、利用者の状況変化にあわせて対応できるように支援している。
A-3-(8) 終末期の対応			
[A18]A-3-(8)-② 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	b	c 施設では、“看取りに関する指針”を整備し、終末期を迎える際の支援手順を定めている。協力医療機関や同一法人の運営する併設の他サービス事業所との連携を図るなど、終末期ケアの体制を構築している。入所時に、利用者や家族等に、終末期におけるケアについて説明を行っている。利用者の高齢化に伴い、宿直・夜勤体制を充実するなど、利用者の状況に寄りそった支援に取り組んでいる。

A-4 家族との連携

	評価結果		判断の理由
A-4-(1) 家族との連携			
[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。	a	b	c 施設では、3か月に1回、家族宛に“エジンバラだより”を送付して、利用者一人ひとりの様子を伝えている。利用者に変化があった時には状況を報告するなど、家族との繋がりを保つよう支援に取り組んでいる。また、定期的に家族会を開催し、利用者の心身状況に基づくサービス内容の説明や意見交換を行っている。