

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 社会福祉法人 希望会
特別養護老人ホーム やすらぎの里

評価実施期間 平成28年6月1日～平成28年8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28年6月1日現在]

事業所名称：社会福祉法人希望会 (施設名) 特別養護老人ホームやすらぎの里	サービス種別：(介護予防) 短期入所生活介護事業所
開設年月日：平成11年12月10日	管理者名：米丸 和孝
設置主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：理事長 中村 浩一郎
経営主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：理事長 中村 浩一郎
所在地：〒899-5543 鹿児島県始良市下名2992番地	
連絡先電話番号：0995-65-1641	FAX番号：0995-66-5063
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.abs-cc.co.jp/yasuragi/	yasuragi@po4.synapse.ne.jp

理念・基本方針

理念

プラス志向で豊かな創意。「生き生きした介護」を目指します。

基本方針

入居者の望まれる「輝く自己実現」を大切にいたします。
「させていただく」という謙虚な心で自分を磨きます。
積極、敏速、的確な仕事で協調性ある職員となります。
礼儀正しく、健康で、笑顔の専門職となります。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を送ることができるよう支援しています。

[利用者の状況]

定員	20人	利用者数	50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)	1	3	10	26	10

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)	0	3	4	23	6

区分	要介護3	要介護4	要介護5
人数(人)	9	5	0

[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		
施設長	0	1	0	0	1	1
介護職	7	2	0	0	9	7
医師		1				1
看護職員		1		1	1.5	1
生活相談員	1	3			1	1
介護支援専門員	1	4			1	1
機能訓練指導員		1		1	1.5	1
管理栄養士		1		1	1.5	1
事務職		5			1	
前年度の採用・退職状況	採用 退職	常勤 常勤	人 1人	採用 退職	非常勤 非常勤	人 人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					8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					10年	
○常勤職員の平均年齢					53.4歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					56.7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28年6月1日(契約日)～平成28年8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

◇特に評価の高い点

・全職員が理念を発想や行動の基本になるように、新人職員研修をはじめ、全職員を対象に理念学習会を開催し、理念の浸透と行動化を推進しています。

・入居者の「暮らしの継続」に重点を置いたユニットケアを推進する中でユニットリーダー研修実施施設としての指定を受け、県内外の事業所からユニットケアリーダー養成を受託しています。このことは当事業所の職員の資質の向上とサービスの質の向上に大きな効果をもたらしています。

・「ケアの質の担保」を目指してISO9001の認証に向けて取り組むことで、職員のモチベーションの向上・サービスの質の向上が図られています。

・新入職員に対して教育項目毎の一般目標と行動目標を明記し、自己目標を立て、年に2回、個人力量評価を行い職員の育成に力が注がれています。人材育成について能力開発体系に基づき組織的養成が進められています。

◇改善を求められる点

・中長期計画は理念・基本方針を踏まえ事業の分析・取り組み経過等記載され、福祉情勢や人材育成・質の向上等も盛り込まれていますが、目標・実施期間・課題解決に向けた具体的内容や数値目標などが示され、実施状況の評価が可能になることが望まれます。

・マニュアルの検証・見直しはユニットリーダー会議で行われ、必要時に不定期となっています。今後、定期的なマニュアルの検証・見直しと経過が記録で残されることを期待します。

5 第三者評価結果（共通項目）

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

高い評価を頂いた点に対しては、今後も維持・向上できるよう取り組みを推進していくことはもちろんのこと、B評価を頂いた点に対しては第三者評価を受けた目的であるサービス品質の向上、そのことが職員のモチベーションの維持・向上、ご利用者の満足度のアップに寄与するものであることを自覚し、組織として改善課題や内容を整理し、改善してまいります。

これからも、利用者お一人おひとりの望まれる暮らしへの支援や地域への貢献を、職員一人ひとり理念に基づき努力いたしてまいります。

福祉サービス第三者評価基準

【 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： 理念に「プラス志向で豊かな創意。いきいきした介護を目指します。」を掲げ、ホームページ・パンフレット・重要事項説明書に記載されている。年1回、全職員を対象に理念学習会を実施し、プラス志向とは・豊かな創意とは・いきいきした介護とは、について理念をさらに詳しく説明することで職員の周知・理解の浸透に努めている。常に理念に立ち返り入居者の「くらしの継続」と尊厳した支援の大切さを伝え、全職員が取り組めるようサービスの質の向上に努めている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要： 経営マネジメントの外部研修会等への参加や全国社会福祉法人経営者協議会や全国老人施設協議会からの情報を収集し、地域ニーズは在宅部門を中心に情報収集し、地域情勢などの把握・分析を行っている。各事業所の毎月の実績報告を部門責任者が集まるチーフ会議で分析・課題解決に向けて検討している。年度末には入居者の動向や利用状況を踏まえて分析し、その結果報告をユニット運営状況に示されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： チーフ会議にてユニット運営状況・事業計画の分析・検討・課題の抽出を行い中長期計画や次年度の事業計画に反映している。今後を見据え人材育成・確保、質の向上等、課題を示し職員会議で全職員に経営に参画している自覚を持つことも含め説明し周知を図っている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要： 中長期計画は理念・基本方針を踏まえ事業の分析・取り組み経過等記載され、福祉情勢や人材育成・質の向上等も盛り込まれているが、目標・実施期間・課題解決に向けた具体的内容や数値目標などを示し、実施状況の評価が可能になることが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 中長期計画の方向性を元にして、より具体化された単年度の計画が策定されている。前年度の事業計画の分析により次年度に向けての課題が抽出され、今年度の事業計画に反映されている。経営改善・サービスの質の向上・人材育成・確保等について目標・取り組み内容・実施方法等詳細に記載され評価しやすい内容となっている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要： 職員の意見・経営上の課題・前年度の事業計画を踏まえPDCAサイクルに基づき事業計画はユニットリーダー会議で策定されている。事業計画は資料を基に全職員へ説明し周知が図られている。又、毎月のユニットリーダー会議で事業計画に基づき数値目標の取組・研修チェック・スキルチェック等の目標達成度の確認を行っている。</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・㉡・c
<p>評価概要： 利用者・家族への周知については家族会にて概要・取組状況等の説明を行っている。事業計画書・決算報告書など玄関に設置され自由に閲覧できる。広報誌にも掲載している。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要： ユニットリーダー研修実施施設として認可を受け研修生の受け入れをしている。研修生を受け入れることで職員のモチベーションの向上にもつながっている。ISO認証取得に向けての取組や第三者評価を受審することで福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要： 業務品質の向上・人材育成の為の仕組みやプロセスの維持・向上を図るためにISOの習得に向けて取り組んでいる。全職員が理解し取り組んでいけるよう外部講師を招き研修を行っている。また、内部監査を行うことで業務の質の向上に取り組んでいる。</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 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-1 (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： 運営規定・重要事項説明書に管理者の役割・責任について明文化されている。有事の際や苦情対応時における管理者としての役割・責任についても明確にしている。</p>		
11	Ⅱ-1-1 (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・Ⓑ・c
<p>評価概要： 法令を基に身体拘束・虐待防止、個人情報保護、相談・苦情などにおける実践マニュアルの作成や研修を行うことで職員への啓発に取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-1 (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： 管理者は定期的に各フロアをまわり日頃の業務の中から職員の意見に耳を傾け、入居者への声掛けを行い入居者の思いや意向の聞き取りを行うことでサービスの質の現状を把握し課題の把握・解決に取り組んでいる。入居者の継続する暮らしをサポートするために統一したケアが行えるよう24時間シートの活用を行っている。</p>		
13	Ⅱ-1-1 (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： 職員の急な体調不良時や新人だけの介護力不足時や入居者の認知症の重症化において人員不足時等にすぐに職員補充ができるように、フリーリーダーが配置されている。又法人内で職員を回したり、時差出勤を取り入れるなど人員配置や就業環境の整備に迅速に対応している。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-1 (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) -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： 中長期計画・事業計画に人材育成と確保・質の向上等について明文化されている。入職時等にキャリアパスについての説明や資格取得に取り組む姿勢等の説明を行い個々の資格取得も推奨されている。資格取得に向けての学習会の実施や勤務調整又、受講料の補助などの配慮も行われている。新人職員にたいする研修プログラムやOJTの取組も整備されている。ユニットリーダー研修実地研修施設として研修生を受け入れることで職員のモチベーション向上にもつながっている。</p>		
15	Ⅱ-2-1 (1) -② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 「期待される職員像」については中長期計画・事業計画及びキャリアパスの介護職員の能力開発体系図にも明示し、職員へは入職時や職員会議にて説明している。人事考課として個人力量評価をもとに年2回の自己評価と面談を通じて考課を行っている。</p>		

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組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 有給休暇の取得率や 時間外労働の状況について把握して働きやすい職場づくりに取組んでいる。年2回個別面談を設け職員の体調・メンタル面も含めヒアリングを行っている。メンタルヘルスについては年1回、ストレスチェックを実施し職員のストレス状況の把握や生活相談員が職員の体調やストレスも含め悩みを聞くなど改善に向けた取り組みを行っている。健康管理については定期健診や予防接種の実施、腰痛予防や介護負担軽減の為にスライディングボードやスライディングシートを導入している。フリーリーダーを配置し、業務の状況に応じて対処できる体制をつくっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 目標設定及び達成度の評価は年2回、上司との面談にて行っており、その際職員の状況を把握し意向確認や今後習得すべき内容等確認している。職員の資格取得に対する支援や勤務調整等を積極的に行い、職員一人ひとりの育成に繋げている。採用時新人コース研修が47時間、11項目にわたって実施され、採用後概ね3年間で実務Ⅰ期コース、5年間で実務Ⅱ期コース、その後はユニットリーダー研修など総合的な能力開発体系の中で職員一人ひとりの育成がすすめられている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 研修計画が策定されており、職員の意見や現状に合わせ教育・研修が実施されている。外部研修参加者は他の職員へ伝達研修や回覧を行うことで職員の周知を図っている。</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： 全体研修・新人研修計画・外部研修の計画に沿って職種別・階層別に参加している。新人・中途採用者研修には研修プログラムに沿って理念テキスト・職員手帳の「道しるべ」等の資料を使用し内容別に担当を決め講義・演習・OJTにより教育・研修・訓練が行われている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 実習マニュアルが整備され、各専門学校・実務者研修・初任者研修・ユニットリーダー研修等介護実習の受け入れを行っている。実習指導者研修を受けた職員が担当になりオリエンテーション時は、実習生のしおり等、各種資料を基に施設の理念・基本方針、「高齢者の尊厳と暮らしの継続とは」についても含め説明し、積極的に取組んでいる。</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： 決算報告書・事業計画書等においては玄関前に置き自由に閲覧できる。又、広報誌・ホームページにも掲載している。定期的にご家族様ニーズアンケート調査を行い意見・要望や改善策も含め玄関に掲示され、適切に情報公開が行われている。</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： 毎月、公認会計士による指導・助言を受け経営・運営の適正や公平性を担保している。各種規定やマニュアルが整備され、事務手続きやユニット費の取り扱いなど経理に関するルールが明確にされている。又、内部監査制度を活用し、他部署の職員2名でチェックするなど業務の質の向上に努めている。</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： 新年交流会を地域別に3回に分けて実施し又、夏祭りやクリスマス会等、施設行事に家族や近隣の方々・ボランティアの方々の参加を得て交流を深めている。幼稚園児とのふれあい交流会を開催し入居者と園児の交流の場を設けている。地域・学校行事への参加や自治会の清掃等の参加をすることで地域交流が図られている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： ボランティアの受け入れマニュアルが策定され、ボランティアに対する注意点や職員のかかわり方など詳細に記載され、受け入れ時にはマニュアルを元に説明している。クッキング・音楽・絵手紙・カラオケ等、様々なボランティアの受け入れをしている。ボランティアの登録名簿もあり行事ごとに活用している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： フォーマル・インフォーマル、ボランティア名簿等地域の関係機関の資料をファイルしてすぐに確認できるように、事務所に掲示している。コミュニティ協議会に所属し各関係機関との定期的な協議により情報交換や連携が行われている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 災害時、避難場所として地域住民の受け入れや炊き出しを行う等の体制を整えている。川内原発を想定し県のコーディネートにより施設間の協力体制が生まれ、受け入れについての体制も確立している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 在宅部門が中心となりキャラバンメイト・認知症サポーターの講師派遣や徘徊模擬訓練・サロン活動等、地域と協力しながら地域貢献に取り組んでいる。日本ユニットケア推進センターの実地研修施設の指定を受け研修生の受け入れを行っている。災害時の緊急避難場所としての受け入れも行っている。</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) 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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 職員は理念をあらゆる実践の基本として、職員個人の行動目標に掲げると共に、職員会議、委員会、各種ミーティングの開始前に唱和を行っている。特に、人権擁護・身体拘束廃止委員会では利用者尊重・基本的人権への配慮について評価を行い、記録を職場全体に配布し、更なる周知を図っている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要： プライバシー保護マニュアルは策定されていないが、福祉サービス場面毎に作成されている各種マニュアルに、プライバシー保護・権利擁護に配慮することの重要性が明記されている。また、ユニットケアで取り組まれている24時間シート活用の中で個人の尊重が職員の行動目標となるよう継続した研修が行われている。</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・ ③ ・c
<p>評価概要： 法人共通のパンフレットと共に、短期入所独自のパンフレットが作成されており、カラーの写真で居室が掲載され、大きな文字で分かり易い工夫が行われている。ホームページを作成すると共に、パンフレットを近隣の各居宅介護事業所及び病院の地域連携室に配布し、積極的に情報を提供している。施設内見学の希望者に対しては個別に丁寧な対応が行われている。また、入居後のサービス提供について説明を行っている。</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。	③ ・b・c
<p>評価概要： 利用者・家族等に対してパンフレット及び重要事項説明書を用いて説明を行い、同意を得ている。利用者及び家族共に、説明を受けることが困難な場合には、介護支援専門員又は成年後見制度を活用している。</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・ ③ ・c
<p>評価概要： 利用者の状態の変化及び家庭環境の変化により、医療機関への入院及び施設への移行が必要な場合は、担当介護支援専門員が24時間シート及び介護支援計画書を提供して、サービスが継続されるよう配慮している。また、サービス終了後は生活相談員が相談の窓口となり対応が行われている。</p>		
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、取組を行っている。	③ ・b・c
<p>評価概要： 年に1回、利用者へ5段階評価の満足度調査票を郵送し、61%の回答を得ている。その結果はリーダー会で集計・分析すると共に、自由記載の内容は原文を全て記載し、職員会議で共有化している。また、年1回の家族会では「どんな事でもいいですから要望を出して下さい。」と、意見が出しやすいよう工夫している。「花が枯れている」「ベットの掃除」などの意見や要望は文書及び口頭で公表している。</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。	③ ・b・c
<p>評価概要： 苦情解決責任者、苦情受付担当者、複数の第三者委員を設置すると共に、苦情解決の仕組みを玄関近くの廊下に掲示している。苦情内容は相談・苦情受付簿に、その原因、解決方法、結果について記載されている。苦情解決までの経過は家族会に資料として配布している。また、申し出た利用者の不利にならない配慮を行い、玄関近くの廊下に掲示している。</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。	③ ・b・c
<p>評価概要： 玄関入口に意見箱を設置すると共に、相談・苦情の仕組みと連絡方法を記載した文章を掲示している。また、重要事項説明書に日常的な相談窓口の設置及び第三者委員の連絡先を記載し、説明を行っている。日常的に相談や意見はないかを意識して積極的に聞き取りを行っている。</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。	a・ ③ ・c
<p>評価概要： 相談・苦情のマニュアルは文章とフローチャート方式で分かり易く作成すると共に、検討委員会を設置し、苦情・相談内容は3か月毎に集約・検討を行っている。また、意見や相談に対して、直ちに解決するしくみが定着しており、利用者・家族の緊急の依頼に対しても積極的な対応が行われている。</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。	③ ・b・c
<p>評価概要： 安全対策委員会規定が策定され、リスクマネジメント体制が確立されている。ヒヤリハット・事故発生時の報告の流れがフローチャートで分かり易く記載され、ヒヤリハット体験報告書及び事故報告書の記載時の留意事項が整理されている。毎月、安全対策委員会が開催され、事例の要因分析、改善策、再発防止策の検討を行い職員への周知を行っている。同時に施設内ラウンドを行い、法人内の他の事業所が第三者の視点で事業所の要因分析・発生予防の検討が行われている。</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： 感染症対策委員会が設置され、平常時の対策、発生時の対策、教育研修計画及び高齢者介護施設における感染対策マニュアルが策定されている。毎月、感染症対策委員会のラウンドが実施され、点検及び意見交換を行っている。その際、マニュアルの活用を効果的にするために、図や写真を活用した改訂に繋げ職員への周知に努めている。</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： マニュアルを策定し、防火・防災委員会を設置すると共に、3ヶ月に1回の委員会が行われている。防災計画が策定され、消防署、警察、地域自治会と連携し、年2回の避難訓練を行っている。現場からの意見を反映し、座式担架を購入し、利用者及び職員にとって、より安全な避難方法を採用している。施設は耐震構造を備え、全室スプリンクラー及び防火壁の設置、消火器の設置、高さの低い物への買い替えなど安全性に配慮している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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： 入職時にマニュアル集を配布し、入職時研修で新人教育が行われている。各教育項目毎に、一般目標と行動目標が明記され、効果的な自己評価に繋がっている。合わせて、ユニットケアで策定されたケアマニュアル集を用いて、入居者が希望する生活の仕方。暮らし方を保証する「24時間シート」の方法について教育が行われている。入職1ヶ月を目途に自己目標を立て、年に2回、7つの個人力量評価毎に5段階評価を行っている。育成にあたるリーダーに対しては部下育成マニュアルを策定し、人材育成のポイントが整理されている。</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： マニュアルの検証・見直しは、ユニットリーダー会議で必要時に不定期で行われている。検証・見直しは利用者及び職員の意見や提案が反映されている。</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： 福祉サービス実施計画書作成の責任者は各階毎に介護支援専門員が担当している。アセスメントツールは24時間シートが使用され、24時間シートマニュアルが作成されている。ユニットミーティングやケース会議の中でアセスメントの妥当性やケアの方向性を議論している。福祉サービスの実践内容はユニット毎に一覧化され、職員の人員配置が柔軟に行われている。</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： 24時間シートマニュアルに見直しの時期及び方法について記載され、短期目標を目途に評価・見直しが行われている。サービス計画が緊急に変更となった場合には、直ちに24時間シートに記載され、職員間で共有化されている。</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： 24時間シートマニュアルに、記入方法が具体的に記載されている。さらに、記録マニュアルが作成され、記録のポイントに関しては、具体的な事例で説明が行われている。また、各ユニット毎に個別の24時間シートが一覧化され、各職種全体で実践内容を共有化している。記録内容に不備が認められれば、リーダー及び介護支援専門員が個別に指導を行っている。</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。	㉠・㉡・㉢
<p>評価概要： 個人情報保護マニュアルが策定され、入居者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。記録の管理責任者は園長と定め、取扱いに関する相談者として生活相談員が行っている。職員は入職時の研修時に、入居者及び家族には契約時に重要事項説明書を用いて説明を行うと共に、玄関近くの壁に掲示されている。また、広報誌の作成及び施設内での写真の掲載も、個別に契約を行っている。</p>		