

(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
評価実施期間	25年2月26日～25年4月19日
評価調査者	①行成輝見
	②松本ムツ子

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者の概要

事業所名称:特別養護老人ホームシオンの丘ホーム (施設長) 小川 望	種別:特別養護老人ホーム
代表者氏名: 小川 望 (管理者)	開設年月日: 1969 年 6 月 11 日
設置主体:社会福祉法人 牧羊会 経営主体:社会福祉法人 牧羊会	定員 (利用人数) 70名
所在地:〒 761-8011 香川県高松市香西北町260番地	
連絡先電話番号: 087 - 881 - 4531	FAX番号: 087 - 881 - 4592
ホームページアドレス	http://www.bokuyoukai.or.jp/ghm/sion/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事			
ショートステイセンター、デイサービスセンター海、ヘルパーステーション、老人介護支援センター、居宅介護支援事業所	1月初釜、3月雛祭り、4月お花見、6月創立記念日、7月夏祭り、8月花火大会、9月敬老会、11月永眠者記念会、12月クリスマス会、燭火礼拝			
居室概要	居室以外の施設設備の概要			
全室個室70室	浴室:一般浴槽と特殊浴槽、共同生活室8室、医務室1室、機能訓練室1室			
	職種	人数	職種	人数
	施設長	1名	OT、PT	2名、非常勤1名
	事務員	6名	栄養士	1名
	主任指導員	1名	調理員等	7名、非常勤2名
	指導員	1名	医師	非常勤2名
	介護職員	45名、非常勤9名		
	看護師	5名、非常勤4名		

2 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

◇特に評価の高い点

利用者の安全確保のためのリスク把握と対策の実行については、事故対策委員会(毎月1回開催)でヒヤリハット事例を取り上げ、情報の共有化を図り、必ず多職種が参加して現場検証を行い、様々な視点で検討したうえで対策を講じている。また、安全確保策の実施状況や実効性について、2週間後、4週間後に評価を行い、必要に応じて、更に延長して評価し、対策を継続するか終了するかを検討している。この姿勢は、サービス内容の質の確保についても示されており、サービス内容の評価の結果に基づき、組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善計画を立て実施し、さらに2週間後、4週間後に評価システムをモニタリングしている。

◇特に改善を求められる点

人事考課については、昨秋から国の研修(アセッサーが評価するキャリア段位制度)を受けて検討中である。事務所では、職務基準表を基に職員人事考課システムを運用している。現場では、年2回(6月、12月)自己評価チェック表(サービスの仕方、業務のやり方)があり、本人評価・リーダー評価・施設長評価を6段階のレーダーグラフにして、本人にフィードバックしている。また、6月、12月の賞与時には、職務状況報告簿(服務・成績状況、能力状況)で、上司が点数と文書でコメントし、ABCDEの5段階評価を行い、上司の推薦文は等級や職務が上がる時の推薦状となる。今後の人事考課については、本ガイドラインにあるように、人材の能力開発、育成に活用されて、公正な職員処遇が実現され、個々の意欲を喚起し、組織活性化に役立つよう、人事考課基準の客観性・公平性・透明性の確保が図られることを期待している。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

日々の私たちの取り組みをご評価いただいたことは大変うれしく思っております。また、より力を入れて取り組まなければならない課題、引き続き取り組まなければならない課題も明確にさせていただくことができました。常に基本理念に立ち返り、ご利用者様本位のサービスを心がけてまいりましたが、不十分な点も多くあると実感しております。今後も地域の皆様により信頼していただけるよう、全職員意識を一つにして取り組んでまいりたいと思います。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I 1 理念・基本方針</p>	<p>社会福祉法人牧羊会は、理念である「お互いの人間性を尊重し お互いが寄り添いあい 笑顔と安心のあふれる 明るく楽しい家庭にします」及び、基本方針として『「え」 笑顔をたやさず、専門職として理念と誇りを持ち、自己啓発に努めます。「が」 頑丈な福祉の拠点として地域住民の信頼と期待に応えます。「お」 想いを大切にしたい利用者様本位のサービスを基本とします。「安」 安心して過ごしていただけるような最善のサービスの提供に努めます。「心」 心をこめて良質なサービスの提供ができるよう、常に新しい課題に挑戦します』を明文化している。職員は、朝礼で復唱し、基本方針の一語ずつを年間の実践テーマとして研修し、地域を家庭と見て地域交流や貢献をしている。1月からスタートした利用者会、家族会(年2回)には、分かりやすいようにしおり(理念・基本方針、平成24年度事業計画・方針、委員会方針・計画、クラブ活動紹介、一年間の施設全般行事、地域の方との交流、ご利用者様の1日)を作成して、説明している。</p>
<p>2 事業計画の策定</p>	<p>平成24年度～29年度(五ヵ年計画)中長期計画は、その体系表において、理念や基本方針の実現に向けた、中長期計画・戦略目標・定性評価(アウトプット・アウトカム)・各年度における事業内容について、具体的に数値目標等を設定することによって、実施状況の評価が行えるように配慮されており、パソコン上で閲覧できる。計画は、職員会、主任会議、リーダー会、介護部会、各委員会、家族会(上述のしおりを活用)で説明している。この計画は、前回の中期計画の目標達成度をパーセンテージで表示した資料、経費、離職率の統計、人員配置加算の目標等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしてその解決に向けた具体的な内容になっている。年度で3回(4月～7月までを7月、8月～11月までを11月、12月～翌3月までを3月)、各委員会、ユニットリーダー、調理、看護師の構成員で中間評価をして継続的な取り組みを行っている。上述のしおりは、ユニットのリビングに掲示している。</p>

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>施設長は、職員会で運営方針、中長期計画、次年度の目標、新規事業、遵守すべき法令等を説明、周知して、また、就業規則から、具体的な行動規範を文書化したセルフチェック項目を作成し、チェックを実施している。毎月発行している広報誌には、施設長が毎回寄稿している。有事(災害、事故等)への対応については、施設が津波避難指定場所となっており、災害シミュレーションが変更され、施設の3階への避難が想定されており、現在その対応を見直しているところである。香川県歯科医師会との協働で、2年間「口腔ケアネットワーク事業」を実施中で、歯科衛生士と協働して栄養マネジメントを実施したり、咀嚼から嚥下までのビデオ撮影をしてスクリーニングを行い、ソフト食から普通食への移行を目指している。また、各委員会では、自由にテーマを決めて年1回施設内発表をしている。平成24年度子育て支援(小学3年生まで看護休暇体制等)の事業主として、厚生労働省香川労働局より「くるみん」認定を受けた。</p>
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<p>社会福祉の動向は、全国老人福祉施設協議会、全国老人福祉施設経営者協議会の研修で把握している。利用者数・利用者像は、地域福祉(老人介護支援センター機能)の継続と地域医療との連携強化を中長期計画に位置付けて、新規在宅サービス事業に連動させている。福祉ニーズの把握は、平成24年度より、経済産業省も会員である高松西部地区における地域の業種を超えた福祉・医療・健康等の地域事業連携や、香川県医師会による「K-MIXかがわ遠隔医療ネットワーク」に参加している。社会福祉法人としての使命感は、人がどれだけ定着して、サービスの質を向上させ、人を育てていくか、そして地域貢献であると位置付けている。定期的にサービス利用者の推移、利用率等の分析を行って、中長期計画に「組織力の強化(各部署専門性の向上)」「キャリアパス制度を活用させた人材育成」などを掲げている。今後は、高いレベルでの業務の効率化、標準化や離職率の低下に取り組む予定である。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や人事管理に関することは、人員配置を基準にした職員管理表を基に、実績の人員配置を把握し採用人員の検討をして、中長期計画に連動している。介護報酬の加算項目を踏まえて有資格者を配置している。人事考課については、現在検討中である。職員の就業状況や意向を把握し、リフレッシュ休暇(勤続年数5年、10年、15年に応じて連続休暇を取得できる)を導入したり、香川労働局より、子育てサポート「くるみん」の認定を受けている。看護休暇は、小学3年生まで(国は小学生前まで)対応している。介護福祉士の取得では、フロアリーダーと話し合っ、年間の研修計画を立案して研修をしている。研修修了後にチャレンジシート(復命書)を提出すれば、研修実施記録に1ポイント加算される。研修には、各種支援制度を利用している。実習生には、実習内容全般を計画的に学べるように、種別に配慮したマニュアルが整備されている。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>感染症対策委員会、事故対策委員会は、毎月開催している。緊急時の連絡方法(日中・夜間)、緊急時対応マニュアル(24時間連絡体制)がある。事故発生対応マニュアルは、パソコン上に掲載し、各ステーションにマニュアル一覧を配付している。施設は、地域の指定津波避難場所になっているが、津波の想定が変わり、建物の3階に避難しなければならず、現在消防署と相談してマニュアルを再度見直し中である。必要な対策としては、停電時を想定したり、夜間・自力避難不可能者・重度寝たきり者・負傷者の避難訓練時の各職員の動きを想定したり、備蓄品リストを作成して管理したりするなどしている。西消防署、地域の人と合同で地震・津波訓練を実施している。利用者の安全を脅かす事例については、ヒヤリハット報告を行い、パソコン上には赤字で表示される。事故対策委員会で現場検証を行い、介護部会で研修をしている。安全確保策の実施状況の確認や実効性は、2週間後、4週間後に評価し、更に延長することもある。</p>

<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>個々の利用者の状況に対応できる社会資源(医療機関、高松市のサービス、在宅サービス、介護タクシー、訪問美容、地域のボランティア、婦人会、公園、図書館、スポーツ施設、学校、幼稚園、保育所等)をファイリングしてステーションに置いている。社会資源は、ユニットの掲示板にも掲示している。利用者が地域の行事や活動に参加する際には、必要であれば職員や登録ボランティアが援助を行う。香西地区のボランティアと婦人会との合同の交流会(年2回)を行って、内1回は研修を行っている。認知症サポーターの養成研修では、施設職員が地域のボランティアに研修をしている。また、平成22年度から、男性介護者の会(年4回、約20名)を結成してサポートしたり、老人介護支援センターの訪問活動から、配食サービスの要望が出て実施している。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。理念や基本方針を朝礼、昼休みに復唱している。利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法に反映されている。利用者のプライバシー保護について、食事、排泄、入浴の各マニュアルに規定され、マニュアルに基づいたサービスは、利用者の個別の介護内容に記載されている。また、利用者満足に関する調査を年1回行うとともに、利用者満足を把握する目的で、サービス実施計画作成時のカンファレンスにおいて個別の面接相談を行っている。施設内には全職員の顔写真を掲示しており、施設入所時、家族に職員の顔写真を配付して、「相談はいつでもどうぞして下さい」と話している。部屋が決まれば、担当職員の顔写真を紹介している。苦情解決事業要綱で苦情解決の体制を整備して、広報誌で報告している。苦情への対応策は、利用者や家族などにフィードバックしている。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>定められた福祉サービス第三者評価基準に基づいて、半年を目途に改善委員会を開催して、自己評価を行い、定期的に第三者評価を受審している。改善委員会で、評価結果の分析を行って改善策を検討して、分析した結果やそれに基づく課題が、平成22年度から各年度にわたって項目ごとに文書化されている。課題や改善策は、リーダー会や介護部会で説明されて実行している。標準的な実施方法は、処遇向上委員会が年2回、職員個々のセルフチェックを行い、リーダーが確認している。サービス実施計画に基づくサービスの実施状況については、パソコン上で確認をすることができる。また、記録内容や書き方に差異が生じないように、3ヶ月ごとにリーダーが記録をチェックして、指導している。記録の管理については、個人情報保護と情報の開示の観点から、4月の職員会で研修を実施した。組織における情報の流れは、パソコンシステム、用紙印刷、引き継ぎノート、ユニットごとの引き継ぎにより整備されている。</p>
<p>3 サービスの開始・継続</p>	<p>インターネット上に組織を紹介したホームページを作成し、公開している。組織を紹介する資料は、言葉遣いに配慮し、写真・図・絵の使用やカラー印刷で誰にでもわかるような内容である。サービス開始時に、サービス内容や料金(分かりやすいようにA3版で別印刷)等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明をしている。説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいように施設のしおりを使用している。サービス開始時には、サービス内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得たうえで、その内容を書面に残している。利用契約が必要な場合には、必ず契約書を交わしている。他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、施設退所時の手続きマニュアルを定めている。サービスが終了した後も、利用者や家族等が相談できるように、施設のパンフレットや居宅介護支援事業所の紹介文書を手渡したり、施設の相談窓口の職員名、連絡先等を説明して、記録に残している。</p>

4 サービス実施計画の策定	<p>利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた包括的自立支援プログラムによって把握し、記録している。ケアプラン委員会があり、ケアプラン作成マニュアルに基づいて、アセスメントは、最低でも1年に1回見直している。2ユニットに1名の介護支援専門員を配置し、部門を横断した様々な職種の関係職員が参加して、アセスメントに関する協議を実施し、利用者一人ひとりの具体的なニーズを明らかにしている。上記の関係職員の合議、利用者の意向と同意を含んだ手順を定めて実施している。サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みとしては、3ヶ月に1回、短期目標のモニタリングを行い、サービス実施計画も立案して機能している。サービス実施計画の見直しは、状態の変化時(入院時、退院時)及び3ヶ月ごとにモニタリングをして、半年に1回カンファレンスを行っている。見直しによって変更したサービス実施計画は、同計画書を回覧するとともに、パソコン上でも閲覧できる。</p>
内容評価基準 1 利用者の尊重	<p>一人ひとりの生活習慣や心身の状態を的確に把握し、「馴染みのシート」の活用、「精神ケア」を実施することで、利用者の意向を尊重した主体的活動を支援している。日常生活の中で、生きがいを感じ、利用者が安心して生活ができるように、言葉遣いや接し方の研修、認知症の方には寄り添う介護を提供し、利用者を尊重した対応がされている。</p> <p>また、マニュアルの整備や各委員会活動、研修の実施、専門職や関係機関と連携を図り、利用者の自立を支援している。</p> <p>虐待防止、身体拘束廃止にも取り組むなど、利用者の権利擁護にも組織で取り組んでいる。</p>
2 日常生活支援	<p>食事、排せつ、睡眠、健康管理、機能訓練、レクリエーション等のすべての場面で利用者の状況を把握し、パソコン上で共有し、利用者の課題について共通認識を図り、サービス計画に沿って支援するシステムを構築している。</p> <p>利用者の心身の状態、生活習慣に合わせた環境づくり、新聞購読の継続、外出支援等、利用者の意向を尊重した日常生活支援体制が図られている。</p>
3 家族との交流・連携	<p>家族に利用者の状況報告を定期的に行い、家族との信頼関係の構築に努めている。家族会の開催や施設行事などの案内もしている。利用者のサービス実施計画の担当者会に出席してもらい、ケアについて家族と相談しながら支援するなど、家族との連携、交流に積極的に取り組んでいる。</p>

5 第三者評価結果(別添)

第三者評価結果(高齢者施設版(共通))

評価項目	第三者評価結果			判定の理由	
	判定結果				
	a	b	c		
I 福祉サービスの基本方針と組織					
I-1 理念・基本方針					
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。					
1	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	(a)	b	c	理念が、広報誌、パンフレット、ホームページに記載されていて、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。今後は、理念が事業計画等の法人・事業所内文書にも記載されることが望まれる。
2	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)	b	c	基本方針が、広報誌、しおり、ホームページに記載されていて、法人の理念との整合性が確保されており、また、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。今後は、基本方針が事業計画書等の法人・事業所内文書やパンフレットにも記載されることが望まれる。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。					
3	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a)	b	c	理念や基本方針は、4月の職員会で説明し、朝礼で復唱している。サービス向上委員会では、基本方針「え・が・お・安・心」の一つずつを年間の実践テーマとして取り上げ、特に地域との交流、及び地域貢献のために、地区の清掃や夏祭りに職員がボランティアとして参加している。
4	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	(a)	b	c	理念や基本方針はパブリックスペースに掲示している。また、しおり(理念・基本方針、平成24年度事業計画・方針、委員会方針・計画、クラブ活動紹介、一年間の施設全般行事、地域の方との交流、ご利用者様の1日)を作成して、1月からスタートした利用者会(10名)及び家族会(年2回)で説明をしている。広報誌は、毎月家族に送付して継続的な取り組みを行っている。
I-2 事業計画の策定					
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
5	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	(a)	b	c	平成24年度～29年度(五か年計画)中長期計画は、その体系表において、理念や基本方針の実現に向けた中長期計画・戦略目標・定性評価(アウトプット・アウトカム)・各年度の実行目標を明確にして取り組んでいる。経費、離職率の統計、人員配置加算の目標等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにして、その解決に向けた具体的な内容になっている。また、年度で3回(4月～7月までを7月、8月～11月までを11月、12月～翌3月までを3月)、各委員会・ユニットリーダー、調理、看護師の構成員で中間評価をしている。
6	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	(a)	b	c	平成24年度～29年度(五か年計画)中長期計画は、その体系表において、中長期計画・戦略目標・定性評価(アウトプット・アウトカム)・各年度における事業内容について、具体的な数値目標等を設定することによって実施状況の評価が行えるように配慮され、かつ実行可能な目標となっている。

評価項目	第三者評価結果			判定の理由
	判定結果			
	a	b	c	
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。				
7 I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	(a)	b	c	中長期計画は、その体系において、年3回(7月、11月、翌3月)、各委員会、ユニットリーダー、調理、看護師の構成員で中間評価をしている。今回の中長期計画は、昨年12月に前回の中長期計画の目標達成度をパーセンテージで表示した資料などを基に運営会議で検討し、本年1月に施設長が新たな中長期計画の説明を行い、3月の次年度予算作成時までに事業計画も作成された。
8 I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	(a)	b	c	各計画は、4月の職員会、主任会議、リーダー会、介護部会、各委員会で説明されている。各計画はパソコン上で閲覧できるようになっている。中長期計画の進捗状況は、年3回(7月、11月、翌3月)に中間評価をして、継続的な取り組みを行っている。
9 I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	(a)	b	c	各計画を分かりやすく説明したしおり(平成24年度事業計画・方針、クラブ活動紹介、一年間の施設全体行事、地域の方との交流、ご利用者様の1日、基本理念、基本方針)を作成して、年度初めの家族会で説明している。このしおりは、各ユニットのリビングに掲示している。今後は、利用者会で説明をしていただきたい。
I-3 管理者の責任とリーダーシップ				
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。				
10 I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	(a)	b	c	管理者の職務内容は運営規程で示されている。1月の職員会で、施設長が運営方針、中長期計画、次年度の目標、新規事業の説明をしている。これらは、パソコン上で閲覧できる。また、施設長は、毎月発行している広報誌に寄稿している。有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任については、災害シミュレーションが変更されて、施設の2階まで津波が来る想定となったので、現在その対応を見直している。なお、施設は津波避難場所に指定されている。
11 I-3-(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	施設長は、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。法令遵守マニュアルの中に、関係法令をリスト化し、施設長は、職員会、各種委員会で遵守すべき法令等を周知している。また、就業規則から具体的な行動規範としてセルフチェック項目を作成し、セルフチェックを実施している。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
12 I-3-(2)-① 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。	(a)	b	c	福祉サービスの質の向上として、食へのこだわりと栄養サポート強化を上げて、歯科医師会との協働で2年間の口腔ケアネットワーク事業を実施中である。その内容は、感染症の予防データとして1か月当たりの肺炎による入院患者数の割合を統計したり、介護職のマニュアルを作ったり、また、全職種と歯科衛生士(同上事業から派遣)が協働して栄養マネジメントをしたり、口腔栄養委員会で、咀嚼、嚥下までをビデオ撮影してスクリーニングを行い、ソフト食から普通食への移行を目指したりしている。また、各委員会では、自由にテーマを決めて年1回、施設内で発表をしている。今後は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析していただきたい。

評価項目	第三者評価結果			判定の理由
	判定結果			
	a	b	c	
13 I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	(a)	b	c	管理者は、毎月の試算表、国保連請求一覧表、国保連審査結果一覧表を分析している。組織の理念や基本方針の実現に向けて人員の配置を行うとともに、職員が働きやすい環境整備としては、平成24年子育て支援(小学3年生まで看護休暇体制等)の事業主として、厚生労働省香川労働局より「くるみん」認定を受けた。また、経営や業務の効率化や改善のために、運営委員会議、主任会議、リーダー会議、職員会議、各委員会議を開催して出席している。
II 組織の運営管理				
II-1 経営状況の把握				
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している				
14 II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	(a)	b	c	社会福祉の動向については、全国老人福祉施設協議会、全国老人福祉施設経営者協議会の研修で把握している。利用者数・利用者像については、併設の支援センター機能を通じて地域福祉の継続と地域医療との連携・強化を目指し、中長期計画に位置づけて、新規在宅サービス事業に連動させている。福祉サービスのニーズの把握については、平成24年度より、経済産業省も会員である高松西部地区における地域の業種を超えた福祉・医療・健康等の地域事業連携や、香川県医師会による「K-MIXかがわ遠隔医療ネットワーク」に参加している。
15 II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	(a)	b	c	社会福祉法人としての使命は、人がどれだけ定着して、サービスの質を向上させ、人を育てていくか、そして地域貢献であると位置付けている。定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行って、中・長期計画に「組織力の強化」「キャリアパス制度を活用した人材育成」などを掲げている。1月の職員会、各委員会ですべての事業計画、経営状態の周知・説明を行い、収益構造を在宅サービスに移行、拡大していく方向付けや、高いレベルでの業務の効率化、標準化や離職率の低下に取り組んでいる。
16 II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	b	(c)	本評価基準では、公認会計士等による外部監査を実施しているかどうか、またその結果を経営改善に活用しているかどうかを評価するものである。
II-2 人材の確保・養成				
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。				
17 II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a)	b	c	必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関することは、人員配置を基準にした職員管理表を基に、実際の人員配置を把握し採用人員を検討して、中・長期計画に連動している。介護報酬の加算項目を踏まえて、有資格者の配置をしている。
18 II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	(b)	c	昨秋から、国の研修(アセッサーが評価するキャリア段位制度)を受けて検討中である。事務所では、職務基準表を基に職員人事考課システムを運用している。現場では、年2回(6月、12月)自己評価チェック表(サービスの仕方、業務のやり方)があり、本人評価・リーダー評価・施設長評価を6段階のレーダーグラフにしてフィードバックしている。6月、12月の賞与時には、職務状況報告簿(服務・成績状況、能力状況)で、上司が点数と文書でコメントし、ABCDEの5段階評価を行い、上司の推薦文は等級や職務が上がる時の推薦状となる。本問の人事考課の目的と役割は、人材の能力開発、育成に活用されること、公正な職員処遇を実現すること、個々の意欲を喚起し、組織活性化に役立つことであり、決して賃金や処遇に格差をつけることを目的としたものではない。ゆえに今後は、人事考課基準の客観性・公平性・透明性の確保が図られることが望まれる。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
19 II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	(a)	b	c	<p>職員の有給休暇は個別にデータを蓄積している。年1回、職員の希望や、施設で取り組まなければならない課題について相談するために、直属の上司の面談を経て、施設長面談を行っている。施設長面談は、事前に面談項目を記入する面談表があるが、直接施設長に言うこともできる。職員の意向・意見や就業状況を分析・検討する担当者は、事務長である。改善策には、リフレッシュ休暇制度(勤続年数5年、10年、15年に応じて連続休暇を取得できる)を導入したり、香川労働局より、子育てサポート「くるみん」(目標1. 出産や子育てに関する各種制度内容を周知し、利用しやすい環境づくりを行う。目標2. 育児休暇中の職員への職場復帰を図るため、情報提供を行う制度を導入する。目標3. 小学就学前の子どもを持つ職員が利用できる短時間勤務制度の導入をする。)の認定を受けている。また、看護休暇は、小学3年生まで(国は小学生前まで)対応している。平成22年、23年には、福祉介護人材定着支援事業を活用している。公的な労働に関する専門の相談窓口(無料)も掲示している。</p>
20 II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)	b	c	<p>福利厚生センターに加入して、利用できるようにしている。職員の悩み相談窓口は、掲示板に、専門職員として事務職員(男性・女性)の名前を明記している。また、嘱託医が産業医であり、月2回金曜日に相談ができる。独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の高年齢者のための健康管理診断システム(事務・サービス業)も活用している。</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。				
21 II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)	b	c	<p>組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢を明示している。組織が職員に求める専門技術や専門資格については、中長期計画の中に「キャリアパス制度を活用させた人材育成」として、専門資格取得(介護福祉士・介護支援専門員・調理師等)に対する部署別目標を数値化している。キャリアパスにおいて、介護福祉士、調理師の資格を取得すれば二等級になる。</p>
22 II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	(a)	b	c	<p>介護福祉士の資格取得は必須であり未取得者は、フロアーリーダー(研修委員会の構成メンバー。研修委員会で研修メニューを立案する。)と話し合って、年間の研修計画を立案して、自分の弱い部分について研修を受講している。</p>
23 II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	(a)	b	c	<p>研修終了後は、チャレンジシート(復命書)を提出すれば、研修実施記録に1ポイント加算される。外部研修受講後は、研修内容を介護部会等で発表している。研修成果に関する評価・分析は、研修委員会がチャレンジシート(復命書)を年度末にまとめて検討して、次年度に活かしている。年度末には、研修に関するアンケートを実施して集計し、次年度の研修計画を立案している。また、外部講師の希望があれば、香川県の福祉・介護人材確保緊急支援事業の補助金を活用したり、役職員や中堅職員の研修では、労働局の成長分野等人材育成支援奨励金支給制度を活用して研修計画に反映している。</p>

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。				
24 II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	b	c	<p>実習生の受け入れマニュアルで基本姿勢を明文化して、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの項目が記載されている。受け入れにあたっては、学校と実習承諾書を取り交わし、実習における責任者体制を明確にしている。実習指導者には、介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会に4名参加している。実習内容全般を計画的に学べるように種別に配慮して、介護実習指導マニュアル、社会福祉士実習指導マニュアル、ヘルパー実習指導マニュアルがあり、プログラムが用意されている。実習期間中の継続的な連携は、学校の巡回指導時に、施設からは途中経過報告を行い、学校は実習生の個別面談を行っている。</p>
II-3 安全管理				
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。				
25 II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	b	c	<p>事故発生防止のための指針において、事故対策実施に向けた各職種の役割の中に管理者がある。利用者の安全確保に関する担当者は、各委員会の委員長である。感染症対策委員会、事故対策委員会は毎月開催している。委員会には現場の職員が参加している。また、緊急時連絡方法(日中・夜間)があり、緊急時対応マニュアル(24時間連絡体制)での夜間緊急時は担当看護師が担当者である。事故発生対応マニュアルは、パソコン上で閲覧でき、各ステーションにはマニュアル一覧がある。今後は、リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制を整備することが望まれる。</p>
26 II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a	b	c	<p>施設は地域の指定津波避難場所になっている。津波の想定が変わり、3階に避難しなければならず、消防署と相談してマニュアルを再度見直し中である。必要な対策として、記録システムの県外への移設、サーバーの4階への移動、停電時は酸素ボンベに切り替え、非常用電源として非常用発電機の稼働と稼働研修等を実施している。また、喀痰吸引は、足踏み式に移行することとしている。地震対策として、筆筒は固定した。また、避難訓練(地震・津波のマニュアル)の流れ、火災訓練の流れ、夜間・自力避難不可能者・重度寝たきり・負傷者の避難訓練時の各職員の動きを想定して、防災時連絡体制(日中・夜間)や各マニュアルをユニットのステーションに置いている。備蓄については、備蓄リストを作成して、防災委員長が管理している。地域及び関係機関との連携については、西消防署、地域の住民と合同で地震・津波訓練をしている。今後は、利用者及び職員の安否確認の方法を決めて、全職員に周知することが望まれる。</p>
27 II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	b	c	<p>利用者の安全を脅かす事例は、ヒヤリハット報告書の書式があり、パソコン上では赤字で表示される。事故対策委員会(毎月1回)でヒヤリハットの事例を取り上げて、情報の共有化を図り、必ず多職種が参加して現場検証を行い、様々な視点で検討して対策を説明している。介護部会では、危険予知の研修を行った。安全確保策の実施状況や実効性については、2週間後、4週間後に評価を行い、必要に応じて、更に延長して評価し、リスクを判断して、対策を継続するか終了するかを検討している。</p>

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
II-4 地域との交流と連携				
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				
28 II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	(a)	b	c	基本方針の「が」は、「頑丈な福祉の拠点として地域住民の信頼と期待に応えます。」である。活用できる社会資源は、ユニットの掲示板に掲示している。利用者が地域の行事や活動に参加する際には、必要があれば職員や登録ボランティアが援助を行う。ボランティアとの交流については、法人(シオンの丘ホーム・エデンの丘)の登録ボランティアとの合同交流会を年1回、当施設の登録ボランティアとの交流会を年1回の計2回、開催している。内1回は、外部講師や施設職員が講師となって研修(福祉用具、認知症、理学療法士のリハビリ、口腔ケアなど)をしている。保育所、幼稚園との交流では、園児が来所して、ひな祭りやお食事会の行事に参加している。また、職員の送迎でイオンへ散髪に外出したり、店内ではボランティアに付き添ってもらっている。通院は、職員が往復路を同行して、病院では家族が付き添っている。妻と一緒に介護タクシーを利用して通院する利用者もいる。
29 II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)	b	c	施設職員が、キャラバンメイト養成研修を受講し、要望に応じて地域の方へ認知症サポーター養成講座を開催している。平成24年度は、法人のボランティア交流会で、認知症サポーター養成講座を行った。また、平成22年度より、家庭で妻や親の介護をしている男性の介護者が、孤立したり、抱え込めないように施設主導で男性介護者の会(年4回、約20名)を結成して、会が自立できるようにサポートしている。広報誌は、毎月発行して、ホームページに掲載し、家庭・ボランティア・入所待機者・在宅サービス利用者に送付し、コミュニティセンター、医療機関、行政機関などに配付している。毎号に施設長が寄稿している。
30 II-4-(1)-③ ボランティア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	ボランティアマニュアルは、ボランティア用と施設職員用があり、ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。ボランティア受け入れについて、登録手順や登録用紙、ボランティアが初めて利用者として接する際の説明文、お願い事項(個人情報のこと、高齢者が対象なので留意事項)などを規定している。ボランティア当日は、生活相談員が事前説明を行い、ボランティアの要望を聞き、配置を決めてスタートしている。年2回交流会があり、内1回は、外部講師や施設職員が講師になり、福祉用具、認知症、理学療法士のリハビリ、口腔ケアなどの研修を行っている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
31 II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a)	b	c	個々の利用者の状況に対応できる社会資源(医療機関、高松市のサービス、在宅サービス、介護タクシー、訪問美容、地域のボランティア、婦人会、公園、図書館、美術館、スポーツ施設、学校、幼稚園、保育所等)をファイリングして、ステーションに置いている。パソコンでも閲覧できる。情報の共有化は、月1回の介護部会(介護職員が集まる。必要に応じて生活相談員、看護師、栄養士も加わる)で、関係機関について周知している。
32 II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)	b	c	平成20年6月、キナシ大林病院と第1回の地域連絡会議を開催し、連携している。個々の医療機関とも連携している。地域の関係機関・団体の共通の問題に対しては、地域の脳神経外科医療機関である西高松病院と連携して、既に利用者を紹介してもらっている。また、高松西地区における業種を越えた福祉・医療・健康等の地域事業連携の研修会を月1回開催、香川県医師会による「K-MIXかがわ遠隔医療ネットワーク」にも参加している。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。				
33 II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a)	b	c	老人介護支援センターの相談業務を活用して、月1回の民生委員会に出席したり、地区を訪問している。年1回相談協力会を開催したり、入所申込者に、現在困っていることについてアンケート調査を実施して、支援できないかなどを検討している。ふれあい勝負では、委託事業で生き生きデイサービス(介護認定を受けていない人)を実施している。専門知識を有している職員が講師となり話をしたり、相談も受けている。評議員会(年3回以上)では、連合自治会長のような地域の意見を表明してくれる人に参加を依頼している。個別のケースがあれば、職員を派遣している。
34 II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	(a)	b	c	老人介護支援センターの訪問活動から配食サービスの要望が出てきた。施設職員が配食を行い、ご飯は炊飯ジャーに入れて、利用者と一緒に盛り付けをして、コミュニケーションを図りつつ安否確認及び状態把握をすることで、地域包括支援センターと連携を図っている。中・長期計画では、食へのこだわりと楽しみ、地域福祉(支援センター機能)の継続と地域医療との連携強化、予防介護の充実(口腔・栄養・運動等)と強化を明示している。把握した福祉ニーズに基づいて、新規に在宅サービスの充実を予定している。
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				
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている				
35 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	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。朝礼、昼休みにも復唱している。利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法に反映されている。また、利用者尊重や基本的人権への配慮について、介護部会(介護職員の集まり)で研修している。全般的なことはサービス向上委員会で話し合っている。年1回、身体拘束廃止・虐待防止委員会から、新人対象、全職員対象のアンケート調査を行っている。
36 III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	(a)	b	c	利用者のプライバシー保護について、食事、排泄、入浴の各マニュアルに規定して、4月の職員会で周知している。マニュアルに基づいたサービスは、利用者の個別の介護内容に入っている。
III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
37 III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	(a)	b	c	利用者満足に関する調査を年1回行っている。また、利用者満足を把握する目的で、ケアプラン作成時のカンファレンスで個別の面接相談を行ったり、利用者会(年1回)や家族会(年2回)での意見を参考にしている。利用者満足に関する調査の担当者は、生活相談員である。把握した結果を分析・検討するために、リーダー会(各部署のリーダー構成)を行い、分析・検討の結果に基づいて、具体的な希望を実現している。
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。				
38 III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a)	b	c	全職員の顔写真を掲示している。施設入所時、家族に職員の顔写真を配付して、「相談はいつでもどうぞして下さい」と話している。部屋が決まれば、担当職員の顔写真を紹介している。「言いやすい人に言して下さい」と話している。意見や相談を述べやすいスペースについては、全室個室なので、個室で聞くことができる。その他、1階の相談室、4階の研修室でも聞ける。昼食は、事務職も現場で食事をして、意見や要望を聞いている。今後は、利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、分かりやすく説明した文書の作成が望まれる。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
39 Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	b	c	苦情解決事業要綱で苦情解決の体制を整備している。苦情を受け付けて、解決を図った記録は適切に保管されている。苦情への対応策を、利用者や家族などに必ずフィードバックするとともに、苦情受付状況報告(年2回半年分)を広報誌に記載している。今後は、苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配付、説明したり、苦情カードの配付や匿名アンケート実施など、利用者や家族が苦情を申し立てやすい工夫を検討してほしい。
40 Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	b	c	一般的な相談の受け付け・対応の流れがある。利用者用に各フロアに「何でも気軽にご相談下さい。」と絵入りの説明文がある。意見や提案のあった利用者には、速やかにフィードバックしている。必要な場合には、担当職員にも解決内容や改善内容を説明している。また、苦情や意見等は、リーダー会やユニットでミーティングを行い、生活相談員から利用者・家族にフィードバックしている。相談受け付け内容は、各部署へ回覧している。今後は、対応マニュアルの定期的な見直しが見られる。
Ⅲ-2 サービスの質の確保				
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。				
41 Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	b	c	定められた福祉サービス第三者評価基準に基づいて、半年を目途に改善委員会(担当者は生活相談員。構成員は、施設長、事務職、介護職、看護職、栄養士、調理員)を開催して、自己評価を行い、定期的に第三者評価を受審している。
42 Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	b	c	改善委員会で、評価結果の分析を行って改善策を検討している。分析した結果やそれに基づく課題が、平成22年度から各年度にわたって項目ごとに文書化されている。課題や改善策は、リーダー会や介護部会で説明され実行されている。2週間後に評価システムをモニタリングして、更に4週間後に評価システムをモニタリングして見直しを行っている。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。				
43 Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	b	c	標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みとしては、処遇向上委員会が年2回、職員個々のセルフチェックを行い、リーダーが確認をしている。今後は、標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じたり、マニュアルの活用状況について、サービス実施計画書との関係で確認できる仕組みを検討することが望まれる。
44 Ⅲ-2-(2)-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	b	c	サービスの標準的な実施方法の見直しは、処遇向上委員会が年2回、各マニュアルから選択した項目で構成した自己評価項目により、職員個々がセルフチェックして、その効果をリーダーが見て評価したり、検討している。処遇向上委員会で、自己評価の内容や項目の検討をして見直し、自己評価の結果や意見などについては、マニュアルに取り込んでいる。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。				
45 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	b	c	サービス実施計画書に基づくサービスが実施されていることを、パソコン上で確認することができる。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、3か月ごとにリーダーが記録をチェックして、言葉や表現の誤りは直して指導している。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
46 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	「ご利用者様の記録・書類に関する取り扱い」に、記録管理の責任者、記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。「守秘義務と個人情報保護について」「重要事項説明書」に、利用者や家族から情報の開示を求められた場合に関する規定を定めている。記録の管理について、個人情報保護と情報開示の観点から、4月の職員会で生活相談員が研修を行った。職員採用時に、個人情報に関する契約書を締結している。職員のセルフチェック項目に反映している。
47 III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a)	b	c	組織における情報の流れは、パソコンシステムによる閲覧や用紙印刷物の活用、引き継ぎノート、ユニットごとの引き継ぎにより整備されている。情報共有を目的として、2ユニットに1名サブリーダーとして介護支援専門員を配置し、ケアカンファレンスを開催している。パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報が共有される仕組みを作っている。
III-3 サービスの開始・継続				
III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。				
48 III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	(a)	b	c	インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料や広報誌を、公共施設等の多数の人が手にすることができる場所に置いている。組織を紹介する資料は、言葉遣いに配慮し、写真・図・絵の使用やカラー印刷で誰にでもわかるような内容にしている。見学、体験入所、一日利用等の希望は、生活相談員が窓口となって対応している。
49 III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	(a)	b	c	サービス開始時に、サービス内容や料金(分かりやすいようにA3版で別印刷)等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者や家族等に説明している。説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような施設のしおり(理念、基本方針、平成24年度事業計画・方針、委員会方針・計画、クラブ活動紹介、一年間の施設全体行事、地域の方との交流、ご利用者の1日)を使用している。サービス開始時には、サービス内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。利用契約が必要な場合には、必ず契約書を交わしている。重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にも分かりやすいように整備されている。
III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。				
50 III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	(a)	b	c	他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、施設退所時の手続きマニュアル(死亡退所時、在宅・他施設への移行・療養専念にともなう退所時の対応や、その後の相談対応を規定)を定めている。サービスが終了した後も、組織として利用者や家族等からの相談に対応できるように、施設のパンフレットや居宅介護支援事業所の紹介文書を手渡したり、施設の相談窓口の職員名、電話番号、FAX番号を説明して、経過記録に残している。
III-4 サービス実施計画の策定				
III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。				
51 III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a)	b	c	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた包括的自立支援プログラムによって把握し記録している。ケアプラン委員会があり、ケアプラン作成マニュアルによって、アセスメントは最低でも1年に1回見直している。2ユニットに1名の介護支援専門員を配置し、部門を横断したさまざまな職種の関係職員が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されていた。

評価項目	第三者評価結果			判定の理由
	判定結果			
	a	b	c	
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。				
52 Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	b	c	サービス実施計画策定の責任者は、フロアーの介護支援専門員である。サービス実施計画を策定するために、ケアプラン作成マニュアルに沿って、部門を横断したさまざまな職種による関係職員合議、利用者の意向と同意を含んだ手順を定めて実施している。サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みとしては、3ヶ月に1回、短期目標のモニタリングを行い、サービス実施計画も立案して機能している。
53 Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	b	c	ケアプラン作成マニュアルに基づいて、サービス実施計画の見直しは、状態の変化時(入院時、退院時)及び3か月ごとにモニタリングをして、半年に1回カンファレンスを行い、3か月ごとにサービス実施計画を見直している。アセスメントは、1年に1回行っている。見直しによって変更したサービス実施計画の内容は、サービス実施計画書を回覧するとともに、パソコンでも閲覧できる。サービス実施計画を緊急に変更する場合、再度アセスメントを行い、サービス実施計画を作成する仕組みを整備している。

第三者評価結果(高齢者施設版(内容))

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
A-1 利用者の尊重					
A-1-(1) 利用者の尊重					
1	A-1-(1)-① 利用者信頼関係を構築するための取り組みが積極的に行われている。	(a)	b	c	利用者への言葉使いや接し方について、研修、会議等で徹底周知して、利用者との良好な信頼関係を図っている。3か月に1回、広報誌とともに利用者の日常生活状態の実施記録を送付することで 利用者の状況を家族に伝えている。
2	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)	b	c	担当職員が利用者の希望を聞き、家族と相談して共に計画を立てるなど、主体的な活動の支援を講じている。利用者の会が10名の参加で行われており、今後も定期的実施され、発展することを希望する。
3	A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	(a)	b	c	自立支援を位置づけたサービス計画に基づき、リハビリ委員会で個々に合った動作、福祉用具の使い方を研修し、職員に周知するなど、見守り、支援体制が整備され、個々の心身に応じた機能維持、離床対策が計画的に実施されている。
4	A-1-(1)-④ 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の意思を尊重する姿勢に基づいて、課題を介護サービス計画に明示して介護サービスを実施している。	(a)	b	c	ケアプランマニュアルに基づきアセスメントを行い、個々のニーズ・課題を把握し、利用者の意思を尊重する姿勢に基づいて、課題をケアプランに明示して、サービスを実施している。また、その経過を記録している。
A-1-(2) 利用者の権利擁護					
5	A-1-(2)-① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	(a)	b	c	虐待防止の研修を年2回法人全体で実施し、虐待に関するアンケートを年1回実施している。職員のストレスには、個人面談、産業医の配置・リフレッシュ休暇・研修などで対応し、虐待防止に法人全体で取り組んでいる。
6	A-1-(2)-② 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	(a)	b	c	身体拘束廃止委員会を設置し、方針を明確にしている。やむを得ず身体拘束が必要な場合は家族に説明を十分に行い、同意を得ている。また、利用者の状態を検討しコールマットを使用することで、拘束廃止に向け施設全体で取り組んでいる。
7	A-1-(2)-③ 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	(a)	b	c	利用者の心身の状況を把握して、状態に合わせサービス実施計画に反映している。研修を通して専門知識を持った職員により、安全できめ細やかな個々の特性に合わせたケアに職員全体で取り組んでいる。
A-1-(3) 預かり金・所持金の管理					
8	A-1-(3)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	(a)	b	c	預り金並びに預金通帳管理規定に基づき、管理している。喫茶コーナー・自販機等を利用するため、上限5千円を預かりフロアごとに領収書を添付し、管理している。3か月ごとに家族に報告している。
A-2 日常生活支援					
A-2-(1) 食事					
9	A-2-(1)-① 利用者の身体状況(咀嚼能力等)及び嗜好を考慮し、適切な食事を提供している。	(a)	b	c	他職種と連携して身体状況を把握(スクリーニング)し、状態に応じた食事形態での提供や個別マニュアルを作成している。献立や食材については担当者が希望を聞き、管理栄養士に伝え、嗜好に配慮した献立になっている。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
10 A-2-(1)-② 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。	a	b	c	リビングの窓に鉢植えを置いたり、テーブルに利用者の好きな写真や歌詞をカバーの下に置き、それを眺めながらゆったりした気分の中で食事を楽しめるように環境、精神面の配慮をしている。
11 A-2-(1)-③ 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。	a	b	c	担当学会議で自力摂取の可能性を検討し、滑らないお膳、自助具を使用し、自力摂取の支援、工夫をしている。歯科医師の往診、歯科衛生士、職員による口腔ケアは毎日行われ、記録している。
A-2-(2) 入浴				
12 A-2-(2)-① 入浴は、利用者の心身の状態や必要な介助などの個人的事情に配慮している。	a	b	c	利用者個々の入浴マニュアルがあり、マニュアルにプライバシー保護、安全面の確保が明記されている。利用者の状態に合った入浴方法や必要な介助などを把握し、実施している。記録もされている。
13 A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	b	c	設定された時間以外の夕食後の入浴、同性介護、入浴の順番等を利用者と相談し、利用者の希望に沿った対応を可能な限りしている。身体的な理由で入浴できない利用者には、看護師と介護職が協力し、清拭などを行っている。
14 A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適正である。	a	b	c	浴室、脱衣場は清掃事業者により清掃、消毒が行われている。水質検査も行われ安全に配慮している。脱衣場の冷暖房の設備も完備して、気候や利用者の身体状態に応じた調整ができる。
A-2-(3) 排泄				
15 A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a	b	c	利用者個別の排泄介助マニュアルが作成されている。排泄介助の実施は排泄チェックリストに記録され、排泄リズムを把握し、排泄介助に活用している。
16 A-2-(3)-② 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取組を行っている。	a	b	c	利用者の特性に合わせたおむつの種類を工夫している。利用者の状態に合わせてトイレ内の手すり、ドアなどを工夫し、トイレでの自立援助を行っている。おむつ外しにも取り組んでいる。
17 A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	a	b	c	業者が清掃、消毒をしている。汚れたときは気が付いた人がすぐに掃除をするので、匂いもなく清潔である。トイレは各部屋にあり、利用者の状況に応じた設備や補助具が配備され、安全、快適さに配慮している。
A-2-(4) 衣服				
18 A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択や着替えについて支援している。	a	b	c	季節ごとのショッピングで、利用者が好きな服を選ぶ際に相談を受けたり、買い物の支援をしている。汚れや破損が生じた場合、専属の職員が洗濯をしている。就寝、起床時の着替えの支援を実施し、記録をしている。
A-2-(5) 理容・美容				
19 A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a	b	c	利用者の希望により、行きつけの美容院への送迎、同行の支援を行っている。ユニットでは化粧水をつけたり、マニキュアをつける利用者もあり、必要に応じて手伝ったり相談に応じている。

評価項目	第三者評価結果			判定の理由	
	判定結果				
	a	b	c		
A-2-(6) 睡眠					
20	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a	b	c	心身の状況や生活習慣に合わせ、環境が工夫されている。排泄のリズムを捉え、おむつ交換をしたり、おむつの種類を変えることで睡眠を妨げない工夫をしている。一人で眠れない利用者には、傍で安眠への支援をしている。
A-2-(7) 健康管理					
21	A-2-(7)-① 日常の健康管理が適切に行われている。	a	b	c	利用者の健康状況はパソコンでデータ管理し、職員に周知している。定期的な体重測定・健康診断・予防接種・レントゲン撮影・血液検査などで健康状態の把握に取り組んでいる。また、医師、看護師による健康相談が受けられるなど、適切な健康管理が行われている。
22	A-2-(7)-② 必要な時には、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。	a	b	c	利用者個々の緊急時対応マニュアルを作成している。週2回の往診があるが、緊急時には医療機関や看護師が連携して、適切な医療が受けられる体制がある。
23	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	b	c	内服管理体制マニュアルに基づき、看護師が管理をしている。薬の服用については、ヒヤリハットを検討して事故防止に取り組んでいる。副作用についてはもう一度確認し、職員に周知することが望まれる。
24	A-2-(7)-④ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。	a	b	c	おむつ交換・入浴時に皮膚の状態を観察し、褥瘡の有無をチェックしている。同じ部位への圧迫が続かないよう、座位姿勢の保持に配慮している。栄養管理士との連携やおむつの検討、リハビリ委員会との連携等により褥瘡予防に取り組んでいる。
25	A-2-(7)-⑤ 医療機関の入退院時の対応が適切に行われている。	a	b	c	入退院時の施設の利用、負担金等について本人、家族に説明をしている。入院中は相談員が出向き、状態の把握、記録をしている。退院前は相談員、担当職員が病院に行き、再入所について話し合っている。入退院時の適切な対応が図られている。
A-2-(8) 衛生管理					
26	A-2-(8)-① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等が整備されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。	a	b	c	感染防止マニュアルを定め、委員会を中心にマニュアルに沿った研修をしたり、マニュアルの見直しも検討している。流行時にはうがい、手洗いを周知徹底し、要所要所に消毒液・マスクを設置し、予防に取り組んでいる。
27	A-2-(8)-② 厨房や調理器具等の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。	a	b	c	毎日の清掃、消毒殺菌などが徹底して行われ、調理器、食器の消毒等、徹底した衛生管理体制がとられている。感染予防委員会が中心になり、拡大経路遮断等、発生時の研修を行っている。検便は、夏は月2回、他は月1回実施している。
A-2-(9) 機能回復訓練					
28	A-2-(9)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に合った個別プログラムを策定し、実施している。	a	b	c	個別機能訓練プログラムに沿って、訓練の実施を記録している。担当者、理学療法士、介護支援専門員が見直しを行い、リハビリ委員会で検討している。
A-2-(10) 移乗・移動介護					
29	A-2-(10)-① 移乗・移動介護が適切に行われている。	a	b	c	理学療法士の指導のもと、移乗・移動の介護をしている。不安なときは何回でも図を使って指導し、安全で適切な介護が行われている。

評価項目	第三者評価結果				
	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
A-2-(11) レクリエーション・余暇					
30	A-2-(11)-① レクリエーションや行事の実施については、利用者の意向を聞き、十分に反映した取組を行っている。	a	b	c	趣味活動などについて、利用者の意向を聞く仕組みがある。個人が希望するうどんめぐり、温泉めぐり等が行われ、利用者から喜ばれている。レクリエーション、アクティビティ外部研修を受け、現場で取り入れている。
31	A-2-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	b	c	各部屋にアンテナが設置されていて、テレビを持ち込み自由に見ることができる。新聞、雑誌の購入もでき、便宜を図っている。リビングには書棚が設置しており、自由に見ることができる。
32	A-2-(11)-③ 嗜好品については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の日常生活の継続性が保たれるように配慮している。	a	b	c	たばこについては健康への影響を考慮し、禁煙としている。十分に話し合い、理解を得ている。飲酒については看護師等と相談し、他の人に迷惑をかけない程度で対応している。嗜好品については状況を把握して、配慮している。
A-2-(12) 送迎					
33	A-2-(12)-① 送迎車両の運行に関して、安全性・快適性に配慮している。	a	b	c	車両の定期点検、始業点検を行い、担当職員が清掃・点検・メンテナンスを行っている。送迎マニュアルも整備し、運転職員の健康チェックを行い、安全な送迎に取り組んでいる。損害賠償保険にも加入している。
34	A-2-(12)-② 送迎車両への乗降時及び車両内での安全に配慮している。	a	b	c	送迎マニュアルに基づき、一人ひとりに応じた送迎を実施している。運転日誌、運転記録も記録されている。リフト車には介助のための職員が配置されるなど、利用者の安全な送迎に取り組んでいる。
35	A-2-(12)-③ 送迎時の交通事故や急病の発生など、緊急時の対応マニュアルが整備されており、適切に対応が行われている。	a	b	c	事故発生時の対応マニュアルが整備されている。緊急時の関係機関及び連絡先のリストを車内に配備している。移乗・移動などの研修だけでなく、マニュアルに沿った訓練を定期的に行うことが望まれる。
A-3 家族との交流・連携					
A-3-(1) 家族との交流・連携確保					
36	A-3-(1)-① 家族との交流・連携が積極的に行われている。	a	b	c	利用者の状況について定期的に近況報告するとともに、体調の変化があったときは看護師と介護職員が連携し、電話報告を行っている。家族会の開催、行事の案内をし、参加を呼びかけ、参加状況を記録している。また、家族会を利用して、個別漫談の機会を設けている。
37	A-3-(1)-② 外出・外泊は利用者や家族の希望に応じて行われている。	a	b	c	外出などは本人の希望に応じて、外出の支援を行っている。買い物については、送迎は施設が行い、買い物の時間の付き添いはボランティアにお願いしている。必要時には、職員・地域のボランティアの手配を行う体制がある。
A-3-(2) ターミナルケア(終末期の介護)					
38	A-3-(2)-① ターミナルケアを利用者・家族の希望に応じて行っている。又は、ターミナルケアを検討している。	a	b	c	看取り委員会で研修をしたり、専門研修も受けている。「重要事項説明書」、「看取り介護の指針」に基づき適切な手順を踏まえ、看取り介護プランを作成し、利用者や家族、介護、医療スタッフ等が連携し、実施に取り組んでいる。