

## 福祉サービス第三者評価結果書

### ①第三者評価機関名

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会

### ②評価対象事業所

名 称 :	わにつか荘	種 別 :	特別養護老人ホーム
代表者氏名 :	櫻川 京一	定 員 : (利用人数)	( 60名 )
所 在 地 :	TEL: 0985-86-1323 宮崎市田野町乙1742番地30		
U R L :	<a href="http://www.fukushi-zenjinkai.jp">http://www.fukushi-zenjinkai.jp</a>		

### ③訪問調査日 平成28年1月20日(水)

### ④総評

#### ◇特に評価の高い点

1. 先進的にISO9001に取り組んでおり、年1回の顧客満足度調査や、毎年第三者評価の自己評価項目を全スタッフで評価・分析するなど、より良いサービスを提供するために、日々研鑽しています。
2. 人材確保が難しい状況にある中で、ユニット間の業務連携や介護職員が5連休を取れるようにするなど働きやすい職場作りに取り組んでいます。介護負担軽減のため、腰痛予防機器(移動式移乗リフト等)の導入を積極的に行い、腰痛者も毎年減少しています。さらに、市内のNPO法人と委託契約を結び、職員がメンタル面の相談やケアが受けられるようにしています。
3. 介護職員確保のために様々な広報活動や挨拶廻りをすると共に、介護離職の防止対策として、随時、職員面談を通して職員の意向の把握に努め、パートから正規職員への登用等の働きかけも行っています。
4. 職員は2～3人の担当者となりますが、誰が担当しても同様のサービスが受けられるよう記録のシステム化により、情報の共有が図られています。  
また、系列に医療法人があり、医療面のバックアップ体制が確立されています。服薬については、複数でダブルチェックや指差確認を行い、誤薬などの事故を減少させています。
5. 全ての利用者に対し実施する入所前の家庭訪問により、聞き取りだけでは困難なサービス利用前の生活習慣、趣味、家庭での役割等を把握しています。施設入所前のエピソードを知ることで、利用者とのコミュニケーションを図るきっかけ作りに生かしています。
6. 毎週、認知症専門医の往診があり、きめ細かな体制が構築されています。また、職員は認知症関連の研修に参加し、積み重ねた認知症の知識や経験を、講師として地域の認知症キャラバンメイトの育成に生かしています。

#### ◇改善を求められる点

- |  |
|--|
| 1. 人事考課制度がありますが、職員一人ひとりの目標が作成されていないので、今後は、より一層人事考課等を反映できるよう、目標設定のシステム作りが望まれます。                 |
| 2. 年間を通じて数多くのボランティアが来訪しています。思いがけないトラブルや事故等を招かないためにも、ボランティアの受け入れ姿勢や受け入れ体制等を明確にしたマニュアルの作成が望まれます。 |
| 3. 不審者の侵入に対しては、対応マニュアル等が整備されていないので、警察等とも連携したマニュアルの作成が望まれます。                                    |

#### ⑤各評価項目にかかる評価結果(別紙)

<b>評価結果表</b>	
<b>1</b>	<b>評価</b>
<b>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>	<b>B</b>
<b>評価の着眼点</b>	
○ 理念及び基本方針が文書（事業計画等の法人・施設内文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	
○ 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
○ 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
○ 基本方針は法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
○ 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
○ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	
【講評】	理念及び基本方針は、ホームページやパンフレットに記載され、施設長が年度初めの職員会議にて説明周知していますが、今後は、毎年5月に開催している家族会にて、利用者や家族向けにわかりやすい資料を作成し、説明することが望まれます。
<b>2</b>	<b>評価</b>
<b>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。</b>	<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>	
○ 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	
○ 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
○ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
○ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
<b>3</b>	<b>評価</b>
<b>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>	<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>	
○ 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	
○ 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）の間での共有がなされている。	
○ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	
○ 決算書類等を職員に積極的に開示する等、経営状況を職員に周知しており、業務改善等について、職員からの意見を求めたり、話し合う場を設け、職員にコスト意識を持たせているとともに、課題発見に努めている。	
○ 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
○ 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	
【講評】	経営状況については、毎月の経営会議にて、予算に対する稼働率や収支状況を確認し、その都度分析方針を示しています。また、本年度から町内の20の同業者から成る「たこの会」を発足し、社協・地域包括支援センター・民生委員等と連携強化を図ることで、高齢者の困り事や問題点等を含めた地域のニーズを把握し、今後、具体的な対応策に取り組む予定にしています。
<b>4</b>	<b>評価</b>
<b>I-3-(1)-① 中・長期計画や中・長期計画を踏まえた事業計画を策定し、職員や利用者等に周知している。</b>	<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>	
○ 事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業計画が具体的に示されている。	
○ 計画が一部の職員だけでなく、組織的に策定され、職員に周知されている。	
○ 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
○ 理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	
○ 実現する福祉サービスの内容や、組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。	
○ 評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。	
○ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	
○ 中・長期計画に基づく取組を行っている。	
○ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
○ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
○ 各計画を家族会等でわかりやすく説明している。	
○ 各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	
【講評】	単年度事業計画は、中・長期計画を反映した事業所単位かつ、具体的な内容になっており、新人及び中途採用者はもちろんのこと、全職員に説明と周知を図っています。今後は、家族会においても、分かりやすい資料を基に説明することが望まれます。

<b>5</b>		<b>評価</b>
<b>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>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。		
○ 福祉サービスの内容について組織的に評価（C: Check）を行う体制が整備されている。		
○ 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。		
○ 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。		
<b>6</b>		<b>評価</b>
<b>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>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。		
○ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。		
○ 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。		
○ 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。		
職員間で課題の共有化が図られている。		
<b>【講評】</b>	県内で3施設目として、平成24年度に、サービスの質の向上とマネジメントを目的とした国際標準規格のISO9001（品質マネジメントシステム）を取得しています。年2回の法人内の他事業所職員によるISO内部監査や、毎年ISOによる実施状況のチェックを受けています。日頃の業務内容の気づきや見直しを生かし、積極的に改善に取り組んでいます。今後は、ISO内部監査や年1回実施の利用者や家族への顧客満足度調査で指摘を受けた内容、課題を、全職員が共有できるシステムの構築が望まれます。	
<b>7</b>		<b>評価</b>
<b>II-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>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。		
○ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。		
○ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。		
○ 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。		
<b>【講評】</b>	福祉人材の確保や定着等に関しては、経営方針・事業計画に掲げ、新聞・チラシ・ハローワーク・スーパーへの募集掲載をはじめ、近隣の介護専門学校への挨拶回りを常に行っていますが、嘱託職員（介護職）の年度途中での退職に伴う補充が難しい状況にあります。また、近年では、正規職員でも、法人内の異動を望まなかったり、介護業務が合わずに自ら退職する職員もあり、今後は、法人を挙げて退職者を出さない取組を検討する予定にしています。	
<b>8</b>		<b>評価</b>
<b>II-1-(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>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。		
○ 職員の意向を定期的に把握している。		
○ 把握した職員の意向や就業状況チェックの結果を、分析・検討している。		
○ 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。		
○ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。		
○ 分析した結果に基づき、職員の業務軽減などの改善策を講じている。		
○ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。		
○ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		
○ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。		
改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。		
○ 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家と連携している。		
福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。		
<b>【講評】</b>	人材確保が困難な状況から、平成26年度は年間平均2日間の有給休暇取得になっていましたが、平成27年度は、ユニット枠を超えて勤務調整をしたり、職員から希望を聞き取り、5連休シフトを全介護職員が取得できるように配慮しています。また、以前から施設長と総務課長を中心に、労務管理や個別面談（ストレスチェック）を行っており、専門のNPO法人と契約し、いつでも職員がメンタルカウンセリングを受診できるようにしています。	

<b>9</b>	<b>評価</b>
<b>Ⅱ-1-(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>	<b>C</b>
<b>評価の着眼点</b>	
職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	
個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	
職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	
職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	
組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	
<b>10</b>	<b>評価</b>
<b>Ⅱ-1-(3)-② 研修に対しての基本姿勢が示され、個別職員に対しての教育・研修計画を策定し、実施している。</b>	<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>	
○ 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	
○ 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。	
○ 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。	
○ 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	
○ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	
○ 専門資格取得のため、勤務時間等について配慮している。	
○ 教育・研修は、新しい技法や様々な実践の成果について常に情報収集を行うケース会議とは別に、事例検討会を開く、外部から講師を招くなど、有効と思われる知識・技術の導入に努めている。	
【講評】	以前から新規採用職員用の3か月ごとの取組目標の設定や職員調査を通しての全職員ヒヤリングを実施しています。また、今年度から人事考課制度を本格的に導入していますが、職員一人ひとりの明確な目標設定のシステムが作られていないので、今後は、人事考課や職員の能力レベルが教育・研修計画により一層反映できるよう、目標設定のシステム作りが望まれます。
<b>11</b>	<b>評価</b>
<b>Ⅱ-1-(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>	<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>	
○ 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。	
○ 実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。	
○ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	
○ 指導者に対する研修を実施している。	
○ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
【講評】	実習生の受け入れは、介護職が中心となっていますが、常に学校側との事前打合せがしっかりと行われ、施設独自の実習内容に応じたプログラムを準備しています。
<b>12</b>	<b>評価</b>
<b>Ⅱ-2-(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>	<b>B</b>
<b>評価の着眼点</b>	
○ ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	
○ 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	
○ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	
○ 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	
○ 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	
【講評】	理念や基本方針・サービス内容等に関する情報公開はホームページで行っていますが、今後は、地域の民生委員定例会議や町内の福祉祭り、文化祭・敬老会等でも、積極的に施設のパンフレットや広報誌等を配布することが望まれます。

13 II-3-(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。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。		
○ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。		
○ 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。		
○ 利用者の個別状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。		
○ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。		
14 II-3-(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。		評価 <b>C</b>
評価の着眼点		
○ ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化するとともに、会議等で職員に説明している。		
○ 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。		
○ ボランティア受入れに関する担当者が設置されている。		
○ ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。		
○ ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。		
○ ボランティア育成に向けて、ボランティア講座や体験学習等を計画的に実施している。		
【講評】	同町内にある看護学校に、認知症サポーター養成講座の講師として施設職員を4名派遣するなど、事業計画にある地域との関わりを積極的に実施しています。また、年間を通じて数多くのボランティアが来訪していますので、思いがけないトラブルや事故等を招かないためにも、ボランティアの受入れ姿勢や体制等を明確にしたマニュアルの作成が望まれます。	
15 II-3-(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。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。		
○ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		
○ 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。		
○ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。		
○ 地域に適切な関係機関・団体がいない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。		
【講評】	利用者により良いサービスを提供するための関係機関や業者等の一覧表の掲示はありますが、随時見直しを行い、必要に応じて職員がいつでも活用できるよう、共有と周知を図ることが望まれます。	
16 II-3-(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。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。		
○ 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。		
○ 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。		
○ 災害時の地域における役割等について確認がなされている。		
○ 多様な機関等と連携して、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している。		
17 II-3-(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。		評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
○ 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
○ 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。		
○ 福祉施設・事務所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。		
○ 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。		
○ 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。		
○ 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
【講評】	地域の方々の絵画を施設内に展示したり、事業所の特性を生かして地域に講師派遣を行っています。今後は、町内に5つある「いきいきサロン」に出向き、健康体操や相談事業等を実施するなど、地域住民等との交流を積極的に行うことで、地域福祉の推進を図ることを期待します。	

<b>1 8</b> <b>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>	評価 <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>○ 組織の基本姿勢を踏まえた具体的な取組が明示されている。</li> <li>○ 身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。</li> <li>○ 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。</li> <li>○ 利用者の尊重や基本的な人権への配慮、成年後見制度や福祉サービス利用支援事業の活用等について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</li> <li>○ 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。</li> <li>○ 利用者尊重や基本的な人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。</li> </ul>	
<b>1 9</b> <b>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。</b>	評価 <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>○ 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。</li> <li>○ 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。</li> <li>○ 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。</li> <li>○ 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。</li> <li>○ 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。</li> <li>○ 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。</li> </ul>	
【講評】	身体拘束・虐待防止・権利擁護等については、職員研修で周知徹底しています。また、関連する規定集やISO業務マニュアル等は、グループウェア（ネットワークを活用した情報共有のためのシステム）に掲載し、職員がいつでも閲覧できるようにしています。
<b>2 0</b> <b>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。</b>	評価 <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</li> <li>○ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。</li> <li>○ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。</li> <li>○ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</li> <li>○ 組織を紹介したホームページを作成するとともに、現状にあった修正・更新を行っている。</li> <li>○ 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。</li> </ul>	
<b>2 1</b> <b>Ⅲ-1-(2)-② サービスの開始の同意を得るにあたり、サービスの内容や家庭との連携、保健や健康管理等について、利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</b>	評価 <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス開始時には、必ず契約書を取り交わしている。</li> <li>○ 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工夫や配慮を行っている。</li> <li>○ サービス開始時に、サービス内容や料金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、同意をとっている。</li> <li>○ サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。</li> <li>○ 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。</li> </ul>	
<b>2 2</b> <b>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。</b>	評価 <b>B</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。</li> <li>○ 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</li> <li>○ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</li> <li>○ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</li> </ul>	
【講評】	ホームページは毎月更新していますが、今後は、施設特有の専門的な活動をアピールした情報の提供も予定しています。また、パンフレットを公共施設などのもっと多くの人が入手できる場所に置くことが望まれます。また、特別養護老人ホームであっても、在宅に帰れるのであれば退所するという、在宅復帰を視野に入れた施設になりますので、今後は、福祉サービスの継続性に配慮した手順やマニュアルと引継書の作成が望まれます。

23	Ⅲ-1-(3)-① 利用者や家族等からの意見・要望等に対して、受入れの環境が整い、迅速に対応している。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 利用者や家族等が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることを、わかりやすく説明した文書を作成している。		
<input type="checkbox"/> 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。		
<input type="checkbox"/> 利用者や家族等の意向を把握する機会を設けている。		
<input type="checkbox"/> 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。		
<input type="checkbox"/> 相談や意見を述べやすいように、職員の対応方法の工夫や日常的な言葉かけなどの配慮を行っている。		
<input type="checkbox"/> 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者や家族等には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。		
<input type="checkbox"/> 必要に応じ、対応マニュアルの見直しを行っている。		
<input type="checkbox"/> 意見等を福祉サービスの改善に反映している。		
24	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立し、迅速に対応するとともに、苦情の経過と施設としての姿勢や対応を公開している。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置、意見箱の設置）を整備している。		
<input type="checkbox"/> 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。		
<input type="checkbox"/> 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ず説明している。		
<input type="checkbox"/> 苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。		
<input type="checkbox"/> 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。		
<input type="checkbox"/> 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。		
<input type="checkbox"/> 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、公表している。		
<input type="checkbox"/> 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。		
【講評】	<p>各ユニット入口に意見箱を設置していますが、ほとんど意見が挙がってこないため、今年は意見が挙がりやすいように、各居室に記入用紙を置いてあります。今回の第三者評価利用者家族アンケートの中で指摘のあった清掃については、すぐに対応するなど、福祉サービスの改善に積極的に取り組んでいます。さらに、今後は、毎月発行している「番地便り」の中に、意見・苦情等の内容や解決結果等を掲載し、より多くの利用者家族へ広報できるシステム作りを期待します。</p>	
25	Ⅲ-1-(4)-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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。		
<input type="checkbox"/> 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。		
<input type="checkbox"/> 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を定期的に行っている。		
<input type="checkbox"/> リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。		
<input type="checkbox"/> 社会で起きた大小の事故の例をもとに、マニュアルに加筆し、サービス実施方法や内容にそれを反映している。		
<input type="checkbox"/> 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。		
26	Ⅲ-1-(4)-② 緊急時（災害、事故、感染症、食中毒発生時等）に対応できるマニュアルがあり、組織として体制を整備し機能している。	評価 <b>B</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの整備、職員研修等は、嘱託医、看護職または地域の保健所等の専門機関、専門職員による指導、指示を受けて実施している。		
<input type="checkbox"/> リスクの種類別に、対応マニュアル等を作成し、会議や研修等により職員に周知している。		
<input type="checkbox"/> 利用者の外出・外泊・帰宅時での災害や事故についても、連絡方法や支援体制を策定している。		
<input type="checkbox"/> 利用者一人ひとりに健康管理票やカードが作成されており、緊急の際に利用者の状態を的確に伝えることができる。		
<input type="checkbox"/> マニュアルに基づく職員に対する研修が行われているとともに、必要な救急法の研修を行っている。		
<input type="checkbox"/> リスクの種類別に、担当者等を中心にして、安全確保に関する検討会を開催し、必要に応じたマニュアルの見直しを行っている。		
<input type="checkbox"/> 検討会には、現場の職員が参加している。		
<input type="checkbox"/> リスクの種類別に、利用者の安全確保に関する担当者を設置するなど、命令系統・役割分担等が明示されている。		
<input type="checkbox"/> 緊急時の発生状況を利用者、家族等や全職員（非常勤職員を含む。）に通知する手段を明確化し、職員に周知している。		
<input type="checkbox"/> 感染症発生の際には、当該感染症に関する早期発見や早期対応の実際、予防対策をあわせて全職員に対して通知している。		
27	Ⅲ-1-(4)-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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 災害時の対応体制が決められている。		
<input type="checkbox"/> 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。		
<input type="checkbox"/> 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。		
<input type="checkbox"/> 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。		
<input type="checkbox"/> 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。		



28	Ⅲ-1-(4)-④ 不審者の侵入時等に対応できるマニュアルがあり、全職員に周知している。	評価 <b>C</b>
評価の着眼点		
不審者の侵入時における対応マニュアルが整備されている。		
警察等との連携のもとでマニュアルに基づく職員に対する研修が行われている。		
マニュアルは必要に応じて見直しが行われている。		
29	Ⅲ-1-(4)-⑤ 日常の健康管理は適切である。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 利用者の健康管理票が整備されている。		
<input type="checkbox"/> 医師又は看護師による健康相談を受けることができる。		
<input type="checkbox"/> 医師又は看護師が、利用者（及び必要に応じて家族等）に対して健康面の説明を定期的に行っている。		
<input type="checkbox"/> 健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。		
<input type="checkbox"/> 利用者の健康管理マニュアルが用意されている。		
<input type="checkbox"/> 利用者（及び必要に応じて家族等）の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。		
<input type="checkbox"/> 歯科医師又は歯科衛生士により、歯磨き、歯磨き介助、歯肉マッサージ等の方法やその他の口腔衛生について、定期的に指導を受けている。		
30	Ⅲ-1-(4)-⑥ 必要な時に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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 健康面に変動があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。		
<input type="checkbox"/> 地域内に協力的な医療機関（概ね20分以内でアクセスできる診療所又は病院）を確保している。		
<input type="checkbox"/> 確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。		
31	Ⅲ-1-(4)-⑦ 内服薬、外用薬等の扱いは確実に実行されている。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 利用者（及び必要に応じて家族等）並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。		
<input type="checkbox"/> 内服薬・外用薬等の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。		
<input type="checkbox"/> 一人ひとりの利用者で使用されている薬物の管理（保管から服用・使用確認に至るまで）が適切に行われている。		
<input type="checkbox"/> 誤薬時の対応はマニュアル化している。		
【講評】	毎週、嘱託医と嘱託歯科医の往診があり、利用者の健康管理や健康増進を図るとともに、必要な情報は家族にも説明しています。また、系列に医療法人があり、入院など必要時のバックアップが確立されています。マニュアル類は毎年見直しされ、服薬については、配薬や投与までに複数の職員が係るため、複数でダブルチェックや指差確認を行い、誤薬などの事故が減少しています。	
32	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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法が適切に文書化されている。		
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。		
<input type="checkbox"/> 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ている。		
<input type="checkbox"/> 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。		
33	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。	評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。		
<input type="checkbox"/> 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。		
<input type="checkbox"/> 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。		
<input type="checkbox"/> 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。		
【講評】	取得したISO9001（品質マネジメントシステム）では、福祉サービスの標準的なマニュアルの作成、実施、見直しを内部監査で検証する仕組みであり、会議や研修でマニュアルが検討されています。移乗介護では、腰痛などの介護負担の軽減のため、移乗機器を導入し、その後は腰痛を訴える職員が少なくなり、個別のサービスにも反映しています。	

<b>3 4</b> <b>Ⅲ-2-(2)-① 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</b>	<b>評価</b> <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</li> <li>○ 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</li> <li>○ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</li> <li>○ 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</li> <li>○ 記録管理の責任者が設置されている。</li> <li>○ 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</li> </ul>	
<b>3 5</b> <b>A-1-(1)-① 入所時に、利用者の身体状況、生活状況、行動の特徴等の課題を把握するために、家族等面接と利用者の観察を行い、個別のサービス実施計画やサービスに活かしている。</b>	<b>評価</b> <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入所時に、利用者の身体状況や、生活状況等を把握するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。</li> <li>○ 利用開始後も入所の際に把握した状況を確認するため、家族等面接や利用者の観察を行っている。</li> <li>○ 面接や観察の結果を記録している。</li> <li>○ アセスメントの時期と手順を定めており、定期的に見直しを行っている。</li> <li>○ 把握した結果に基づき、利用者一人ひとりのニーズや課題が明示され、個別のサービス実施計画やサービスに活かしている。</li> </ul>	
<b>3 6</b> <b>A-1-(1)-② 利用者を尊重した個別のサービス実施計画を適切に策定している。</b>	<b>評価</b> <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別のサービス実施計画の策定は、計画立案の時期、策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li>○ 個別の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が構築している。</li> <li>○ 個別のサービス実施計画は、一人ひとりの利用者について、日常生活を支援する上での留意点などが具体的に記載している。</li> </ul>	
<b>3 7</b> <b>A-1-(1)-③ 個別のサービス実施計画の評価・見直しを行っている。</b>	<b>評価</b> <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別のサービス実施計画の見直しは、利用者本位の視点に立って行っている。</li> <li>○ 個別のサービス実施計画の見直しは、見直しの時期、計画策定の会議における職員参加、利用者等の意向把握の手順など、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li>○ 評価は、定例会議・ミーティングを含め、関係職員（サービス管理責任者、担当職員等）の意見を聞くための仕組みを設けて行っている。</li> <li>○ 評価の記録については、職員間で共有する機会を設けている。</li> <li>○ 定期的に個別のサービス実施計画の実践状況について、評価を行っていることを記録に残している。</li> <li>○ 見直しによって変更した個別のサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> </ul>	
<b>【講評】</b> 個人情報の保護に関しては、職員研修の実施や全職員からの誓約書の提出、文書取扱規程などにより、職員の意識や管理体制を確立しています。施設入所前に、利用者の自宅を訪問し、アセスメントシートを用いて、利用者及び家族から状況や希望、意見を聞き取り、サービス計画に生かしています。暫定的なサービス計画は3か月で見直しを行い、本計画を作成し、6か月ごとに家族も参加してカンファレンスを実施しています。職員は利用者2～3人を担当しており、個々の利用者を把握し、それぞれのサービス担当者会議やケアプラン作成へ参加しています。	
<b>3 8</b> <b>A-1-(2)-① 虐待防止や身体拘束廃止についてマニュアルを整備し、具体的な対応策を講じている。</b>	<b>評価</b> <b>A</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 虐待等の具体例を示した上で、禁止するとともに虐待防止等に関するマニュアルを作成し、職員に周知している。</li> <li>○ 不適切な行為が行われないよう守るべき規範・倫理等を明文化したものを職員に周知している。</li> <li>○ 日頃から虐待等について、職員会議等で取り上げ、虐待等が行われていないことを確認している。</li> <li>○ 職員相互のチェックやストレスへの対応の仕組みを設けている。</li> <li>○ 職員の意識啓発のため、定期的な人権擁護に係る研修会を実施している。</li> <li>○ 身体拘束について、緊急やむを得ない場合の対応方針について明文化している。</li> <li>○ やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族等に積極的に説明し、了解を得ている。</li> </ul>	
<b>3 9</b> <b>A-1-(2)-② 必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。</b>	<b>評価</b> <b>B</b>
<p style="text-align: center;"><b>評価の着眼点</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 成年後見制度等について、研修会等で職員に制度を周知している。</li> <li>○ 成年後見制度等の利用に備え、家族や利用者に対して積極的に情報提供している。</li> <li>○ 成年後見制度等の利用について、個別に相談に応じるとともに、利用の際は、必要に応じて利用手続の支援を行っている。</li> <li>○ 成年後見制度等について、市町村など関係機関等と連携をとっており、その記録を残している。</li> </ul>	
<b>【講評】</b> 身体拘束や虐待に関しては、年間事業計画に倫理綱領を示し、また、就業規則の服務規律の中にも禁止事項を明示しています。さらに、介護現場における身体拘束や虐待の事例を職員に周知し、マニュアルを整備しています。やむを得ず拘束を実施する場合は、家族に説明し、同意を得ています。しかし、現場では、転倒リスクのグレーゾーンについて、転倒を回避するための職員相互チェック体制が確立されていません。成年後見制度の利用者は2名と少ない状況ですが、関係機関との連携や必要な情報の交換は行っており、支援体制は整えています。職員のストレスへの対応は、「ストレスチェック」を実施、委託機関によるメンタルヘルス研修や個別相談にも対応しています。	

40		評価	
A-1-(3)-① サービス利用の前の生活に配慮した支援を行っている。		A	
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	サービス開始時に、利用者や利用者の家族と面談等を行い、利用者のサービス利用前の生活習慣の把握や趣味・興味、希望等を理解するようにしている。		
<input type="checkbox"/>	把握した利用者の生活習慣や趣味・興味、希望等に配慮した支援を、サービス実施計画に反映させ、具体的な支援を行っている。		
<input type="checkbox"/>	家庭的な雰囲気や心がけ、利用者が環境変化に柔軟に対応できる支援を行っている。		
<input type="checkbox"/>	虐待や複雑な家庭環境等の困難な要因によりサービスを開始する利用者については、その背景を十分に理解した上で支援について配慮を行っている。		
41		評価	
A-1-(3)-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	
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	日常生活で援助を行う際に、コミュニケーションの重要性を認識し、話しかけている。		
<input type="checkbox"/>	利用者への言葉づかいに対する配慮や節度ある接し方がなされている。とくに自尊心を傷つけるような言葉づかい、幼児語の使用、指示的な言葉を慎んでいる。		
<input type="checkbox"/>	担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。		
<input type="checkbox"/>	利用者の思いや希望を聞き取ったり読み取ったりして、その内容をケアに生かしている。		
<input type="checkbox"/>	利用者への言葉づかいや接遇に関する、継続的な検討や研修を実施している。		
<input type="checkbox"/>	会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。		
<input type="checkbox"/>	利用者が話したいことを話せる機会を作っている。		
42		評価	
A-1-(3)-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を整備している。		A	
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。		
<input type="checkbox"/>	利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要なときには迅速に支援している。		
<input type="checkbox"/>	自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者（及び必要に応じて家族等）と十分な話し合いを行っている。		
<input type="checkbox"/>	自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備を常に検討している。		
43		評価	
A-1-(3)-④ 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	
評価の着眼点			
<input type="checkbox"/>	利用者の状態、ADL、睡眠、食事、排せつ、暮らしの意向、これまでの環境（物的・人的）、生活習慣等の把握をしている。		
<input type="checkbox"/>	自立、活動参加への動機づけを行っている。		
<input type="checkbox"/>	食事、排せつ、入浴について、本人の意思を尊重し、できる限り、食堂、トイレ、風呂に移動して行えるようにしている。		
<input type="checkbox"/>	生活のメリハリづけ等のため、着替え・整容等を適時行っている。		
<input type="checkbox"/>	利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取り組みが組織的に継続して行われている。		
<input type="checkbox"/>	利用者の趣味、興味、希望を把握し、活動に反映するとともに複数のメニューを用意している。		
<input type="checkbox"/>	利用者の状態を考慮し、利用者一人ひとりに配慮して日中活動に参加できるよう工夫している。		
<input type="checkbox"/>	家族、ボランティアや地域住民の参加を得ることなどにより、活動の多彩化を図っている。		
<input type="checkbox"/>	買い物、外出、地域の行事への参加など社会参加に係るプログラムを導入している。		
<input type="checkbox"/>	サービス提供場面において、自立に配慮した援助を行っている。		
<input type="checkbox"/>	利用者の体力や身体状況にあった離床時間となるように援助している。		
【講評】	聞き取りだけでは困難な、サービス利用前の生活習慣、趣味、家庭での役割などを地域や家庭の環境から把握するため、入所前に家庭訪問を行っています。施設入所前のエピソードを知ることで、利用者とのコミュニケーションを図るきっかけ作りに生かしています。入所間もなく自己表出が不得手な利用者に笑顔がみられたケースもありました。生活のメリハリをつけるため、寝間着、活動着への着替え、寝たきりの状態であっても可能な限りベッド移動により、一人での食事にならないよう食堂での食事を促しています。排せつでは、ポータブルトイレを使用せずに、できるだけトイレで排せつできるよう誘導を行っています。		

4 4	A-2-(1)-① 入浴や清拭は、利用者の状態に応じて安全かつ適正に行っている。	評価 A
評価の着眼点		
○ 一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を利用している。		
○ 安全や利用者尊重を含めた入浴介助や支援方法についてマニュアルを用意している。		
○ 入浴の介助や支援は、所定の様式により記録している。		
○ マニュアル等に基づいた入浴介助や支援を行い、必要に応じた見直しを行っている。		
○ 健康上の理由等により入浴できなかった利用者には、清拭等の代替方法をとっている。		
○ 設定された時間のほかに、失禁や汗をかいた場合等必要に応じて入浴が可能である。		
4 5	A-2-(1)-② 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	評価 A
評価の着眼点		
○ 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、検討会議を設けている。		
○ 浴室や脱衣場は、プライバシーを保護する構造・設備上の工夫や保護する環境を確保するための工夫を行っている。		
○ 浴室・脱衣場の整理・整頓・清掃が行き届いており、危険防止対策にも十分配慮している。		
○ 脱衣場の冷暖房設備は、気候や利用者の身体的状態に応じて調整できる。		
4 6	A-2-(1)-③ 利用者の状態や意思を反映した排泄介助を行っている。	評価 A
評価の着眼点		
○ 排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス支援計画や個別チェックリスト等を活用している。		
○ 排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）を用意している。		
○ 排泄介助の結果は所定の様式により記録している。		
○ マニュアル等に基づき、個々に応じた適切な介助を行っている。		
○ 排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、探尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルを用意している。		
○ 利用者の状況に応じて目標を設定し、自立支援に向けた排泄介護を行っている。		
4 7	A-2-(1)-④ 利用者の状態や意思を反映した移動（移乗）の支援を行っている。	評価 B
評価の着眼点		
○ 移動（移乗）介助について、利用者の身体状況等を考慮した注意点や留意点を記載している。		
○ 利用者の意思や心身状況に合った移動用具を検討し、用意している。		
○ 移動（移乗）介助の方法についてのマニュアルを用意している。		
○ 個々の利用者について、移動（移乗）の方法や注意点を職員が共有し、実践している。		
4 8	A-2-(1)-⑤ 褥瘡の発生予防を行っている。	評価 A
評価の着眼点		
○ 皮膚の状態確認、清潔の確保の方法など、褥瘡の予防について、標準的な実施方法を確立している。		
○ 傷や皮下組織のずれが起きないように安全に介助している。		
○ 施設内に褥瘡予防対策のための検討委員会を設置し、関係職員が参加している。		
○ 必要に応じ、マッサージの実施、軟骨等の塗布を行っている。		
○ 標準的な実施方法について、職員に周知徹底するため、研修や個別の指導等の方策を講じている。		
○ 褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。		
4 9	A-2-(1)-⑥ 利用者の個性や好みを尊重した整容等の支援を行っている。	評価 A
評価の着眼点		
○ 介助に頼らず自ら着替えをしたいという希望のある利用者に対しては、その意思を尊重して対応している。		
○ 衣類の選択について、必要があれば相談に応じている。		
○ 髪型や化粧の仕方等は利用者の意思で決めている。		
○ 職員は、必要があれば、整髪や化粧を手伝ったり、又は相談に応じたりしている。		
○ 汚れや破損が生じた場合に、速やかに対処するとともに、必要に応じて記録している。		
○ 衣類の購入の際には、必要があれば、職員が相談、情報提供、買い物等支援等に応じている。		
○ 理容・美容に関する資料や情報を用意している。		
○ 利用者の状況に応じ、理・美容師が事業所に訪問してもらっている。		
【講評】	入浴は週2回であるが、その日の健康チェックにより、部分浴やシャワー浴、清拭などに変更することで、全身の状態を観察しています。紙オムツや尿パッドの使用であっても、排せつ誘導などの工夫によりオムツをはずすことができた事例もありますが、加齢や介護度が高くなった場合の、排せつ用具の検討や使用方法などに関するマニュアルは整備されていません。移乗介護では、腰痛などの介護負担軽減のため、移乗機器を導入し、その後は腰痛を訴える職員が少なくなっていますが、移乗動作に関するマニュアルがありませんので、マニュアル作成が望まれます。褥瘡予防対策委員会では、集団ケアと個別ケアの視点から、皮膚観察、マッサージ、体位交換、栄養改善、エアマット使用などに取り組んでいます。整髪については、以前は家族との外出時に美容室を利用していましたが、現在は、毎月訪問する理容師や移動理容車を利用して、カット、染髪、パーマなど、施設内で希望に応じたサービスを受けています。	

50		評価
A-2-(2)-① 個別のサービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。		A
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/>	個別のサービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容を明示している。	
<input type="checkbox"/>	食事の介助等、支援方法に関してマニュアルを用意している。	
<input type="checkbox"/>	利用者の状態を把握し、その状況に応じた食事形態（きざみ食、流動食、減塩食等）にしている。	
<input type="checkbox"/>	利用者の身体状況等に応じた食事のための自助具等を活用している。	
51		評価
A-2-(2)-② 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		A
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/>	食材に旬のものを使用するなど、献立に変化をもたせるよう工夫をしている。	
<input type="checkbox"/>	料理にあった食器を使ったり、盛り付けの工夫をしている。	
<input type="checkbox"/>	利用者の状況に応じた、食堂の雰囲気づくりを工夫している。	
<input type="checkbox"/>	座る席や一緒に食べる人について利用者の意向を聞き、テーブルや席の配置を配慮している。	
<input type="checkbox"/>	居室へ配膳する際も保温に配慮している。	
<input type="checkbox"/>	食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子をよく見ながら介助や支援を行っている。	
<input type="checkbox"/>	適温で食事を提供している。	
<input type="checkbox"/>	食事に選択制を取り入れる工夫をしている。	
<input type="checkbox"/>	定期的に食事サービスの検討会議を開催し、利用者の声、嗜好、食事介助に携わる職員等の意見を反映している。	
<input type="checkbox"/>	利用者の希望や好みを聴き、献立に反映させている。	
【講評】	主菜等は施設の厨房で調理し、食事直前に温冷配膳車で各ユニットに運ばれており、適温な食事が提供されています。各ユニットに電子レンジやIHクッキングヒーターがあり、必要に応じて利用することができます。保健給食会議には、現場の職員や栄養士で構成された「食事推進班」が利用者の希望や意見をつなぎ、日々の献立や季節、行事食、食事形態に反映しています。	
52		評価
A-2-(3)-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
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/>	利用者が終末期を迎えた場合の対応について手順が明らかになっている。	
<input type="checkbox"/>	利用者および家族に、終末期を迎えた場合の施設・事業所での対応・ケアについて十分な説明を行い、対応方法・連絡方法を確立している。	
<input type="checkbox"/>	医師・医療機関等との連携体制を確立している。	
<input type="checkbox"/>	職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。	
<input type="checkbox"/>	終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。	
<input type="checkbox"/>	利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での看取り介護を行う体制を整えている。	
【講評】	終末期や看取りについては、家族の意向確認や医師を含めた施設の対応ができています。職員への研修や、予想される場合の家族の泊まり、職員や医師へのオンコール体制など、柔軟に対応し、看取りを実施しています。	
53		評価
A-2-(4)-① 認知症利用者への支援を適切に行っている。		A
評価の着眼点		
<input type="checkbox"/>	認知症利用者一人ひとりの個性を把握し、個々の状況に応じた対応を行っている。	
<input type="checkbox"/>	定期的（概ね3ヶ月毎）に関係職員による検討会を実施し、行動・心理症状に対する対応等を検討し、その結果を個々の利用者の支援に活かしている。	
<input type="checkbox"/>	基本的な対応、特性に対するケアを標準化（マニュアル化）し、実施している。	
<input type="checkbox"/>	認知症利用者の理解を深めるための研修を行っている。	
<input type="checkbox"/>	必要に応じて、専門医との連携を図っている。	
【講評】	認知症利用者の個性を把握した、個別ケアマニュアルに沿った介護が提供出来るように、職員のキャリアに応じて、認知症介護実践者研修や認知症介護リーダー研修に参加する他、新規採用職員や嘱託職員研修など施設内外の認知症関連の研修に参加しています。さらに、積み重ねられた認知症の知識や経験を、講師として認知症キャラバンメイトの育成に生かしています。また、毎週1回、認知症専門医の往診があり、きめ細かな相談体制を構築しています。	

<b>5 4</b>		<b>評価</b>
<b>A-2-(5)-① 個別プログラムを作成し、機能訓練を計画的に行っている。</b>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 利用者の身体状況を十分に把握した上で、個別のプログラムを策定し、機能訓練を実施している。		
○ 個別プログラムについては、必要に応じて見直しがなされており、その際は、関係職員間で協議している。		
○ 機能訓練の成果を評価した結果を次のプログラムに活かしている。		
○ 機能訓練のプログラムに日常生活に根ざした視点が盛り込まれている。		
○ 利用者の身体機能の状況に配慮した上で、日中はできる限り離床し自由に活動できるように支援している。		
【講評】	理学療法士が1名体制のため、個別機能訓練計画書に基づき、介護職と連携した生活リハビリを実施しています。また、日常生活動作の機能低下を予防するために、離床や排せつ時の手すりの保持、食事時の自助具の使用を含めた自己摂取の促進、塗り絵や歌、散歩などを支援しています。機能訓練の成果を、PDCAで評価し、次のプログラムに生かしています。	
<b>5 5</b>		<b>評価</b>
<b>A-2-(6)-① 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</b>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 感染症や食中毒に対する予防対策、発生した場合の対応方法が確立されている。		
○ 職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。		
○ 必要な手洗器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。		
○ 家族、来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。		
○ 感染症や食中毒の発生予防・対応方法について、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ている。		
○ 職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。		
○ 職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担を支援し受けさせている。		
<b>5 6</b>		<b>評価</b>
<b>A-2-(6)-② トイレは清潔で快適である。</b>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。		
○ 換気や適切な薬品使用等の防臭対策を行っている。		
○ 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		
○ 採光・照明等は適切である。		
○ 身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検査を定期的に行っている。		
【講評】	感染症対策として、インフルエンザ予防接種、手洗い、ソリューションウォーターのミスト、日々の健康チェックを行っています。昨年度はインフルエンザの集団感染が発生しましたが、個室型のユニットであり、それぞれの居室で治療することが出来ました。健康チェックの情報を基に看護師と嘱託医の指示を受け、早期対応を行っています。給食従事者は毎月検便を実施しています。手洗後はペーパータオルを使用しています。共有の食堂兼リビング、トイレ、風呂場、居室の清掃や換気、照明に留意し、汚れや臭いはありません。	
<b>5 7</b>		<b>評価</b>
<b>A-2-(7)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。</b>		<b>A</b>
<b>評価の着眼点</b>		
○ 家族に対し、定期的および変化があった時に利用者の状況を報告している。		
○ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。		
○ 家族の面会時には、利用者の状況を報告している。		
○ 家族との相談を定期的および必要時に行っている。また、その内容を記録している。		
○ 施設の利用サービス内容や行事の様子等をホームページや広報誌等を通じて家族にお知らせしている。		
○ 行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようにしている。		
【講評】	家族の面会やカンファレンスへの出席は、職員と家族が直接会話する機会となるので、家族の想いを引き出せるよう話しやすい雰囲気づくりに配慮しています。毎月発行している「番地だより」や毎月更新しているホームページを通して、利用者の生活状況や行事案内が途切れないよう努めています。	

58 A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行っている。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。		
○ 利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。		
○ 必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。		
○ 地域の社会資源を積極的に活用している。		
○ 個々に応じた余暇・レクリエーション活動を行っている。		
○ 利用者の趣味や興味にあったプログラムになるよう利用者の希望を反映させている。		
59 A-2-(8)-② 外出、外泊は利用者の希望に応じて行っている。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 利用者の意思を尊重して、外出についてのルールを設けている。		
○ 外泊は、施設側の都合で決めるのではなく、利用者及び家族の立場に立って、担当職員がその調整を行うようにしている。		
○ 盆や正月の外泊は、強制したり、利用者や家族の事情を考慮せずに要請するようなことはしていない。		
○ 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、連絡先を明示したカード等を準備し、利用している。		
○ 必要などときには、職員・ガイドヘルパー・地域のボランティア等いずれかの人からの介助や支援・助言を受けられる体制が整っている。		
60 A-2-(8)-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等の利用は、利用者の意志や希望を尊重している。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 新聞・雑誌を個人で購読できる。		
○ 共用の新聞・雑誌を用意している。		
○ 新聞・雑誌やテレビ等の共同利用の方法について、利用者間の話し合いで決めている。		
【講評】	日々の会話や、毎年実施している顧客満足度調査から、意向を把握するよう努めています。家族だけでは困難な利用者が多くなり、レクリエーションとして動物園や花見、自衛隊の航空祭、食事会、買い物など、外出を中心とした行事を計画、実施しています。利用者が単独で外出する仕組みがないので、個人を特定するような連絡票等の携行は行っていません。居室にテレビを持っている利用者が多く、利用者の好みの番組がある時は、情報を提供しています。年間通して、ボランティアの訪問があり、内容によっては全ユニットが合同で参加しています。	
61 A-2-(9)-① 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制を整備している。		評価 <b>A</b>
評価の着眼点		
○ 自己管理に支援を必要としている人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。		
○ 利用者の預り金については、規程を定めて責任の所在を明確にしている。		
○ 施設の金銭管理については、相互チェック体制が整備されている。		
○ 利用者の預り金の収支状況については、定期的（少なくとも3ヶ月に1度）に利用者又は利用者の家族に報告している。		
○ 自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。		
【講評】	預り金管理規程に基づいて管理が実施されています。上限3万円を預かり、出納簿に記帳し、3か月ごとに家族に報告しています。	