

福祉サービス第三評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：天竜厚生会 城北の家		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 大谷 晋也		定員（利用人数）：100名	
所在地：浜松市中区城北一丁目24番5号			
TEL：053-412-0030		ホームページ： http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/senior/johoku/index.html	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成27年9月16日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会			
職員数	常勤職員：	56名	非常勤職員 34名
専門職員	（生活相談員）	3名	（管理栄養士） 1名
	（看護職員）	7名	（調理員） 12名
	（介護職員）	61名	（アテンダント） 3名
施設・設備 の概要	（居室数）個室	100	（リフト付き個室・中間浴・寝浴）
	（利用者トイレ）	51	6・3・3

③理念・基本方針

法人基本理念「九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん」
施設基本方針「縁（えにし）で結ぶ幸せづくり」

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 法人の平成28～30年度の中期経営ビジョンを実現するため、天竜厚生会城北の家として取り組む具体的施策（3か年行動計画）を掲げ、職員一人ひとりに目標達成状況を確認している。また、褥瘡予防の強化、事故予測の強化など平成30年度の重点的な取り組みについて定め、実践している。
- 2) リスクマネジメント委員会、ユニットケア推進委員会などの委員会活動、広報のあり方、余暇活動・個別機能訓練の充実などの施設内ワーキング活動を設け、職員自ら施設内の課題に気付き、それをチームで解決し、団結力の強化を図るとともにサービスの質を向上している。
- 3) 子どもがお年寄りを癒し、お年寄りが子供の感受性を育てるという考えのもと、併設する児童発達支援事業所・放課後等デイサービスの子どものとの交流に努めている。（お昼のお茶出し、納涼祭やアニマルセラピー合同開催、作品展に向けての合同制作、敬老会・クリスマス会での交流など）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 6 月 12 日（契約日）～ 平成 31 年 3 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・実習生受入れマニュアル、人事制度綱領他各種のマニュアルが法人共通で準備され、各施設がそれを運用する形で体制が整っています。また、ISO の品質基準を中心に大法人のメリットを生かし、各施設同士が切磋琢磨、あるいは協働する仕組みが本部により作られ、各事業所を管理統合するシステムが機能しています。各事業所は、それに従えば品質が担保できるようになっています。
- ・感染症の発生時の対応として、感染状況のレベル毎の対応が明確かつ分かりやすく記載されているリーフレットを複数準備しており、迅速かつ適切な対応を職員が取るように工夫されています。
- ・医師をはじめとする医療職との連携がとれる体制を整え、ケアの実施に活かしています。介護支援専門員・生活相談員による「相談日」を設け、積極的に利用者の意向を伺うなどの取り組みをしています。入浴は利用者の希望に沿いながら入る日や時間などを決定するなど柔軟に対応しています。

◇改善を求められる点

- ・施設としてはオープンな形で、外部の多くの住民の出入りもありますが、施設利用者が、施設外に出ていくという部分が不足で、積極的な外出支援等が望まれます。
- ・利用者の状況に応じた口腔ケアについては、利用者サポート帳に基づき、口腔ケアを実施していますが、定期的なチェックや利用者の口腔清掃の自立の程度を把握と、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画の作成・実施と評価・見直しにまで至っていません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設自己評価によって施設の“強み”“弱み”を把握するようにはしていましたが、改めて客観的にそれらを知ることができて良かったです。今後は、“弱み”を分析し、第三者評価基準ガイドラインの「評価の着眼点」等を参考に、既存の会議や委員会組織等を活用しながら、さらなるサービスの質の向上に努めていきたいと思えます。特に、法人全体ではなく、施設独自で地域ニーズをくみ取り、実践しているサービスが乏しく感じたので、今後、施設の特色として誇れるようなものを模索していきたいです。

まずは施設長として、当初想定していたよりも多くの“強み”を得られたことに対し、日頃からご利用者の支援に尽力してくれている職員に感謝しつつ、職員の自信につなげていけるようにしていきたいと思えます。ありがとうございました。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
- b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
- c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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
<コメント> 理念や基本方針は広報誌「あかまつ」と城北の家のパンフレットに記載され、城北の家のパンフレットは文字を大きくし、ルビを付けています。家族へは敬老会で配付し、欠席者には郵送で送り、ホームページや備え置きの公開図書で確認できます。階の移動が自分でできない利用者のために、ユニットの入り口に、毎月配付される浜松市の広報誌と共にファイルにしてあり、内容が理解できる利用者の目に触れるように配慮しています。		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 経営状況の分析は、法人本部で行い、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・分析し、施設長が参加する管理職会議で話し合い、施設に持ち帰り、ユニットリーダー会議、ユニット会議で、資料付きで現場に伝えています。毎月、施設ではコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率、稼働率等について分析を行い、法人に報告をしています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 毎月、法人本部で財務状況等分析し、経営戦略会議で話し合いの上、管轄部長経由で施設に持ち帰り、施設ではユニットリーダー会議、ユニット会議で、資料付きで職員		

に伝えています。施設内の運営部分については、毎月報告されるパフォーマンスレポートも基に、法人本部で財務状況等を分析し、経営状況や改善すべき課題を共有しています。

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人がISOの品質目標として、中期の経営目標を示し、それに対して、施設で、3年程度の行動目標を立てることになっています。10年の投資支出一覧表も法人で様式が示され、施設の実情に応じてその中に数字を入れていく仕組みが出来上がっています。ISOの基準に則り、総括表にあるH30年度行動計画に、重点取り組み目標があり、具体的な取り組みが行動計画として記載されています。取り組みについて評価表があり、8割を達成基準とし、達成していない場合は是正し、再度評価を受け、毎年、半期毎に見直しをしています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>3か年行動計画で、具体的取組（行動計画）が3か年分立てられ、行動計画に基づきワーキンググループ活動と各委員会活動が具体的に書かれ、各職の達成基準を設け、具体的に記載されています。達成基準表の運用については、具体的数値目標や成果は示され、達成状況の評価が行える内容です。</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・見直し組織的に行われ、職員が理解している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画はユニットリーダー会議で意見集約が計られ、事業計画の見直しを行っています。達成の数値目標は80%となっており、9月と1月にまとめて報告し、達成の数値目標をもとに事業計画を見直し、未達成なときは改善計画を提出します。事業計画は4月の職員会議で説明し、不参加職員には議事録の回覧となりますが、評価は全員が参加することになっています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>資料は1階フロアに置いてあり、階の移動が困難な利用者には、毎月配付されている浜松市の広報誌と共に、設置はユニット毎に入り口にファイルしてあります。利用者には主な内容を各フロアに、手書きで拡大してパネルで掲示（毎月の行事が主）をしています。事業計画は、利用者が理解できない場合は、家族等にパワーポイントを使って説明をし、敬老会に出席した家族には説明しており、欠席の家族に資料を郵</p>		

送しています。

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの第三者評価の指標を使って、年一回の自己評価を行い、他施設と比べて低い項目を重点項目として、目標を立て改善に努力しています。また、ISOの監査指標で2年に一度内部監査を受け、指摘事項の改善にも努めています。施設設立3年が経過し、今回第三者評価の受審に至りました。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>評価結果を分析し、それにもとづく課題を文書化し、他の事業所と比較の上、課題はリーダー会議で投げかけています。行動計画の80%達成できなかった内容を課題としてユニットリーダー会議で取り上げることになっており、改善課題になった内容を追加記入し、計画に組入れています。半期の見直し、全期で全体評価を実施しています。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌は、事業計画の添付文書として明確にされ、職員等には配付され、説明もされていますが、施設内広報誌はなく、法人で出されているのみです。「城北の家」風水害対応マニュアルは管理者の有事の際の役割と責任についての記載はありませんが、法人の「業務・職務権限と責任」基準表不在時の権限委任等を含め、法人の中での施設長権限が明文化されています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>遵守すべき法令等は法人本部の指導があり、内容により決済できる金額も決まっています。法人内の管理職会議や研修等に参加し、フロン排出規制法への対応、産業医も含めた安全衛生委員会を開催するなど、遵守すべき法令等の理解、情報収集しています。年1回、法令の改訂部分につき行政による集団指導があり、内容を施設長がまとめて施設内の全職種に伝えています。</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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>ワーキンググループの立ち上げ、各委員会の年度目標の設定で、重点的な取り組みを明確にしていくなど、改善に向けたリーダーシップを発揮しています。また、人事考課面接で目標設定し、委員会活動や外部研修に積極的な参加しています。</p>		
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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内にワーキンググループを立ち上げ、委員会目標を設定し、自らもその活動に積極的に参画しています。また、財務の分析は、本部から示される月次経営成績表で分析しています。</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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>法人で「人材養成必携」があり、方針が確立しています。法人本部の人材確保計画はあり、欲しい人材の要望計画は立ちます。有資格者一覧表があり、職員の持つ資格等を管理し、法人がISO有資格者研修計画に基づき育成を実施しています。中途採用を実施し、人材不足から、年1回の採用を、毎月募集に変更しています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>法人に人事制度要綱があり、運用されています。また、有資格者一覧表で各職員の法的資格を確認し、必要な研修、資格取得へと結びつけています。また、有休取得の状況や、時間外勤務の管理も重層的に行い、福利厚生も充実しています。法人のメリットが生かし、本部が管理機能を十分に発揮しています。</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組んでいる。	㉖・b・c
<p>人事考課のフィードバックとして、個別面談を定期的実施し、就業状況の把握や意向の確認をしています。法人には異動希望を出せる仕組みや研修・出向派遣公募制度や、職員の能力開発やキャリア形成を促進する制度があります。法人にメンタルヘルス推進室などがあり、職員の定着、福利厚生に一役買っています。また、ソウエルクラブ並みの福利厚生制度を持っており、厚生会まつりが年一回開催され、人間ドックなども法人内診療所で可能です。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>ISOの自己評価がなされていますが、目標が職種により同一で、一人ひとりのためのもではありませんが、有資格者一覧表に資格に関係のない資質向上のための研修も記載されており、未受講研修の参加推奨に使える、職員一人一人の育成に結びつけることができます。また、上半期で達成できたかどうかの自己評価をし、年度当初や、中間の面談は有りませんが、後期に管理者が面談をしています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示し、キャリアパスがあり、有資格者一覧表により、必須資格や技術を把握しています。全体研修の枠は、事業計画で決められ、他に年1回、力量・技術向上研修を実施しています。事業計画に研修スケジュールが示され、復命書で個々に受けてきた研修の自己評価を数値化し、他に事業所独自で「研修報告シート」を作成し、カリキュラムの評価と見直しを可能とし、実施しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握し、有資格者一覧表で確認しています。研修は県社協（人材センター）中心で、外部研修の参加を推奨し、受講した研修に対しては、研修報告シートで、自己評価できる仕組みとなっています。OJTに使われる利用者の生活サポート帳（介護マニュアル）は、習熟度を自己チェックできる仕組みにもなっています。</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。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>実習マニュアルに基本姿勢等が明示され、法人で統一された実習生受入れマニュアルがあり、運用されています。マニュアルの基本プログラムを実際の実習生に即したプログラムに移し替えて用意し、実習指導者には外部の実習指導者研修に参加のほか、法人でも実習指導者に対し研修を実施しています。また、利用者への周知は、月次予定表での説明掲示となっています。</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。	a・㉔・c
<p>当施設の第三者評価受審は初めてで、その結果報告はこれからです。財務諸表の公開に関しては、ホームページ上は、法人全体のみで、当事業所拠点の内容は、事業所事務室前への設置供覧のみになってしまいます。苦情の公開はホームページ上に公開しています。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 法人と施設の事務分掌で法人の経理規定と「業務・職務権限と責任」基準書があり、毎年の事業計画に、業務分担として添付され、権限・責任が明確になっています。施設裁量部分の消耗品決済等はパソコンで自動ルートによる決済になっています。法人は特定社会福祉法人として外部監査が義務付けられており、外部監査人により監査を実施し、ISOの仕組みによる内部監査が定期的に行われ、有効的な働きをしています。経営戦略会議において、税理士から「城北の家」についての指摘があり、経営改善を実施しています。</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・㉔・c
<p><コメント> 施設としてはオープンな形で、門戸を開放していて、住民の利用が多く、また、児童発達支援事業や、放課後等デイサービス事業を併設していることから、外部の多くの住民の出入りもあります。また、城北の家倶楽部セミナーと称して、住民向けセミナーが開かれ、参加者もかなりいますが、施設利用者が、施設外に出ていくという部分が不足で、積極的な外出支援等が望まれます。</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。	㉔・b・c
<p><コメント> 法人自体が福祉教育に力を入れていて、法人のボランティア受け入れマニュアルもありますが、城北の家では独自に「城北の家ボランティア受け入れマニュアル」があり、受け入れの基本姿勢を明文化し、地域の学校教育等への協力や事前研修を行い、積極的に受け入れています。</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。	㉔・b・c

<p><コメント> 地域資源のパンフレットをファイル化して、利用できるようにし、自治会にも参加し、地域行事に出向き、地域住民の一人としての義務を施設としても共有しています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</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。	①・b・c
<p><コメント> 地域交流ホームを使つてのセミナーや、外部の団体等の利用・活用を通しての施設機能の地域への還元の他、地域のお祭りでの相談支援窓口の開設や、毎週、大学生が子ども・生徒を対象に学習支援に訪れ、これに主婦のボランティアが参加し、夕食を提供しています。</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・②・c
<p><コメント> 城北の家倶楽部セミナーは、地域のニーズにより立ち上げたとのことで、年4回の講習会を実施しており、事業計画に明示しています。また、法人が関わっている生活困窮者の職業訓練では施設は受け入れの実施をしています。自治会への参加により、地域ニーズの把握に努め、地域住民に対する相談事業を実施していますが、多様な相談に応じる機能を有しているとまではいえません。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント> 利用者を尊重した理念や行動指針があります。また介護サービス場面ごとの対応をマニュアル化した「生活サポート帳」を全職員に配付し、利用者を尊重したサービス提供ができるように取り組んでいます。組織内で共通の理解を持つための取り組みや、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、セルフチェックリストを年2回実施し、責任者は把握と評価をしています。</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。	①・b・c
<p><コメント> 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した規程・マニュアルについては、「生活サポート帳」「虐待防止マニュアル」に記載されています。年1回、虐待防止の研修会を実施し、個別の介護サービス場面ごとの対応に取り組んでいます。利用者や家族へは掲示により周知を図り、不適切な事案が発生した場合の対応については「苦情対応マニュアル」に記載されています。</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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>パンフレットは病院などに置かせてもらい、情報提供に努め、ホームページも言葉遣いや写真・図・絵の使用等で解りやすく作成され、公開されています。また、施設利用希望者へは随時（土日含む）に個別に見学を受け入れ、資料を活用しながら、ていねいに説明を行う他、ベッドの空き状況は、要介護4.5では入りやすいことを記載し、ショートステイ利用だけのパンフレットを作り直しました。</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・㉗・c
<p><コメント></p> <p>説明資料は文字を大きくし、分かりやすい書類を追加するなど、工夫して実施しています。福祉サービスの開始変更にあたり、郵送等で家族等への説明・同意を得ていますが、利用者の同席は希望者のみの対応となっているため、自己決定を尊重するまでには至ってはいません。成年後見制度の利用にあたっての説明をする用意があり、生活サポート帳による利用者支援で意思確認を行い、ルール化しています。</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・㉗・c
<p><コメント></p> <p>福祉施設の変更や家庭への移行についての実績はなく、ルール化もされていません。実際の移行は、入院がほとんどであり、その際は利用者に不利益が生じないように配慮しています。サービス終了後の窓口は相談員が行うことを口頭では説明していますが、文書は渡していません。</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・㉗・c
<p><コメント></p> <p>「利用者満足度調査」を年1回実施し、定期的に相談員が利用者への面談で個別の意見を聴取する仕組みがあり、「利用者満足度調査」を検討、分析し、具体的な改善策を、施設内に掲示すると同時に、家族等へは郵便で報告しています。また、敬老会参加家族に対しては、開式前の時間を使い、施設の現状等を報告する機会を設けていますが、利用者会や家族会はありません。</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。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>「苦情対応マニュアル」が整備され、苦情解決についての体制は確立され、取り組み内容は受付と解決を図った記録をISOに基づき適切に保管し、利用者や家族等にフィ</p>		

<p>ードバックしたことが「苦情受付報告書」に記載されています。ユニットリーダー会議で報告と検討を行い、福祉サービスの質の向上の取り組みをしています。苦情解決の仕組みについて、施設内に掲示しています。「苦情箱」は用紙と共に事務所から離れたところに設置してあり、利用者や家族が苦情を申し出やすいように配慮しています。</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。	①・b・c
<p><コメント> 入所時に「重要事項説明書」にて、複数の窓口があることを説明し、掲示物にて相談窓口について周知に努めています。全室個室のため、その個室を活用して相談する環境があり、別の相談室も複数準備しています。日常では随時相談ができることをワーカーから利用者に伝えていきます。月に1回相談日を設け、日程を各ユニットに掲示し、一人ひとりの利用者の部屋へ訪問しています。</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・②・c
<p><コメント> 意見箱の設置、年1回「利用者満足度調査」の実施、相談員の定期巡回相談などを実施し、利用者からの相談意見を積極的に把握するように努めています。対応については70日以内に対応することとし、内容についてはユニット会議とユニットリーダー会議で検討し、対応していますが、通常の相談に関するマニュアルは作成されていません。</p>		
<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。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント> 「事故ヒヤリ対応マニュアル」が整備され、体制が整備され、職員への周知もされています。毎月1回、「リスクマネジメント委員会」を開催し、報告と検討、対応をし、事故ヒヤリマニュアルは、ほぼ毎年改訂し、見直しを行っています。</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。	①・b・c
<p><コメント> 「感染症対応マニュアル」が整備され、管理体制が明確になっています。マニュアルの定期的な見直しも行われ、3か月に1回、感染症対策委員化を開催し、情報の共有や対策を検討し、職員へ周知しています。実際の感染症発生時には、職員全員が同じ対応をとれるための写真や、カラー印刷で分かりやすい資料を作成し、周知徹底する工夫をしています。</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。	a・②・c
<p><コメント> 「防災災害対策マニュアル(地震編)」「風水害対応マニュアル」「BCP計画資料」「備</p>		

蓄リスト」が整っていますが、防災計画の実施については、法人としての取り組みとなっており、施設としての取り組みには至っていません。

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>提供する福祉サービスの標準的な実施方法については、「生活サポート帳」に具体的に文書化され、その中に利用者の尊重、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ます。また、職員への周知徹底が図られるための方策があり、「生活サポート帳」のチェックリストを活用し、新規採用、移動職員研修評価シートでチェックしています。さらに、OJTを実施し、ユニットリーダー、サブリーダーが確認し、チェックシートに○がつかない場合、再度OJTを実施することになっています。</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・①・c
<p>検証・見直しの時期はISOにより法人のルールに基づき定められて、検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容を必要に応じて反映し、職員参画によるケースワーカー連絡調整会議にて検討見直しを行う仕組みを整備しています。しかし、随時見直しとなっています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>「施設ケアマネジメント実施計画」の基づくPDCAサイクルにて、利用者一人ひとりの個別的な福祉サービス計画を策定するための体制が確立され、実施しています。特に支援困難ケースへの対応については、「24時間生活変化シート」を使用し、状況の把握とその対応が、適切に行われるような工夫をしています。</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。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>「施設ケアマネジメント実施計画」の基づくPDCAサイクルにて、個別の福祉サービス実施計画の見直しを実施しています。計画と記録については、パソコンシステムで管理しており、緊急時の周知対応もスムーズに実施され、個別の評価見直しは適切に行っていますが、標準的な福祉サービス実施方法への反映や、福祉サービスの質の向上に関わる課題等を明確にしているとまでは言えません。</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。	①・b・c

<コメント>

利用者一人ひとりの状況や、サービス実施状況を「アセスメントシート」や、個別ケース記録にて記載されています。また、記録内容や書き方に、差異が無いように「記録の書き方」が定められ、定期的にユニット会議、ユニットリーダー会議を開催し、情報の共有化に努めています。さらに、パソコンシステムの介護ソフトを使用し、事業所内の情報共有を図っています。

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。

①・b・c

<コメント>

「文書管理規程」と「個人情報管理規程」に利用者に関する記録の管理体制が記載されています。個人情報の取り扱いについては、入所時に利用者や家族に説明をし、施設内に掲示しています。また、個人情報保護の観点から、記録管理責任者の設置し、新規採用・移動時、全職員に一律に文書規定について研修するプログラムが組まれています。施設採用者には施設長が研修をしています。

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況や要望を、介護支援専門員・生活相談員が適切にアセスメントし、ケアプランに反映させ、モニタリングやサービス担当者会議を通じて、定期的に見直しをしています。余暇活動は複数プログラムを準備するなど、利用者が選択できる仕組みとなっており、利用者が作成した作品を展示でモチベーションをあげ、アセスメントから外出していない利用者の嗜好に合わせ、喫茶へ誘うことを契機に外出するようになった記録があり、組織的なプログラムの見直し・再検討ができています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p>		
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
<p><コメント></p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>巡回相談日を設け、利用者の意向を聞き出す工夫をしています。利用者とのコミュニケーションの方法については、筆談・ホワイトボード等を通じてコミュニケーションを図り、利用者サポート帳を活用し、職員一人ひとりが学べるよう対策をとっています。また、接遇に関しては、チェックシートを用い、サポート帳は年1回、虐待防止のセルフチェック表で年2回リーダーとサブリーダーによる確認があり、習熟度も分析しています。</p>		
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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>身体拘束廃止マニュアルが整備されており、身体拘束廃止委員会にて都度話し合いの機会を設けており、研修等も行われ、行政への手続き等の報告の手順も明確で、新規採用や移動職員への研修にはマニュアルを使用しています。また、セルフチェックリストを用いて、職員面談の機会を設けるなどの対応は確認できますが、権利侵害の防止等について職員が具体的に30年度は検討の機会を毎月設けていますが、利用者に対しての周知は確認できません。</p>		

評価対象 A-2 環境の整備

		第三者評価結果
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>照明の照度や、輝度を調節し、利用者にとって落ち着けるような環境整備をしています。入居前の生活の継続のために、家具や家電を持ち込むなどの工夫がされていますが、本人の意向が確認できない利用者の居室環境などはサービス担当者会議で検討項目があり、定期的に見直しています。</p>		

評価対象 A-3 生活支援

		第三者評価結果
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ユニットカンファレンスを通じて、利用者の入浴状況を確認・検討をしています。また、入浴室の室温管理をしており、環境に配慮し、入浴の希望に応じて、時間や曜日、回数などの変更をし、柔軟に対応しています。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>介護ソフトで、利用者一人ひとりの排せつの状況を把握し、快適に過ごせるよう工夫しています。また、ユニットカンファレンスを通じて入浴形態などの検討を都度行っています。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>「利用者サポート帳」に基づき、自立を意識した移動支援を行なっています。ユニットカンファレンスを通じて利用者の変化を共有し、ユニット内やコモンスペースは、利用者が動きやすいよう、バリアフリー化してあり、用具については都度検討をし、法人内の専門職の理学療法士へ用具の検討など依頼する等の取り組みをしています。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>マニュアルにて衛生管理体制が整備され、献立は法人の高齢部門の栄養士が、協議しながらメニューを作成しています。また、朝食時には主食の選択ができ、月に1回、セレクトメニューを実施しているほか、ユニット内で利用者の目の前で盛り付けを行うなどの配慮をしています。</p>		

A11	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>アセスメント・モニタリングを通じて、心身状況を把握し、合わせて食形態で提供をしています。必要に応じて歯科医師が、嚥下力を把握する水飲みテストを実施し、多職種が連携して利用者状況の把握に努めています。食事形態の見直しも、栄養ケア計画の立案、モニタリングの機会に都度行っています。食事時の事故発生時には、緊急マニュアルによる対応方法を整備し、職員のマニュアルの習熟度はサポート帳で研修があり、合格しない場合は再度、合格するまでやり直します。</p>		
A12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状態に応じた口腔ケアを実施し、必要に応じて、歯科医師の診察を受け、口腔ケアに関する研修を施設内で実施しています。しかし、歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックや、利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画の作成・実施と評価・見直しは行なっていません。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法はマニュアルやサポート帳に基づき整備されています。毎月1回、排泄褥瘡予防委員会を関係職員により開催し、発生者に対するフォローがされ、理学療法士によるポジショニングなどの検討をしています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養マニュアルが整備されており、実施方法が標準化されています。また、研修計画に基づきながら、喀痰吸引の2号研修の受講をすすめていくなど、人員の強化を図っており、安全管理体制については、職員のレベル差を解消していくために、ベテランと新人で組み、チェックができる体制を整えています。</p>		
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機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントで利用者の機能を把握した後、毎週、1回の頻度で機能訓練を実施し、希望や状況に応じて、施設外の専門職の訓練を受けるなど、柔軟に対応をしています。日常の生活動作が多くできるように工夫し、介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しを実施しています。認知症に関しては、協力医療機関の精神科医師と連携しながら、日々の利用者の様子を報告、助言を受けるなどの対応をしています。</p>		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>24時間生活変化シートを活用し、生活動作やリハビリテーションなどのプログラムを用意しています。光の明るさ・まぶしさの調整等、居室環境や、利用者の様子を複数の専門職が検討・見直しを行い、また、精神科医師への受診記録に基づき、サービス担当者会議を開催しています。職員は認知症実践者研修や介護技術研修への受講や、法人内での認知症研修に参加する等の職員教育を受け、ユニット会議で認知症プランの取組みをしています。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>各種マニュアルは整備されており、嘱託医との連携のもとに「体調管理」が整備され、ユニット内の医療機器管理の場所にバイタルの平均値が明示されるなど、誰にでもわかりやすく異常が検知できる仕組みを作っています。医療機器の取り扱いなどの研修を年間計画の中で企画し、酸素ボンベとAEDの扱いを実施しています。また、体調変化時の対応について、新人職員に対しては、利用者サポート帳に基づき、進捗状況は中間で自己評価、自己評価と施設による他者評価は、年1回確認しています。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	A-3-(8)-① 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>看取りに関する指針等整備されており、看取り介護を実施しています。家族と連絡ノートを活用し、細かくやり取りを記載し、研修は年1回実施されています。看取り終了後にはカンファレンスを実施し、職員アンケートに基づき振り返りを行っています。</p>		

評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>家族参加のイベントや、面会・外出などの呼びかけ等、家族と交流が持てるような工夫をしています。サービス担当者会議への参加呼びかけを行い、定期的に広報誌を配付するなどの工夫をしています。</p>		

評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		

A20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
＜コメント＞		