

平成29年度

福祉サービス第三者評価報告書

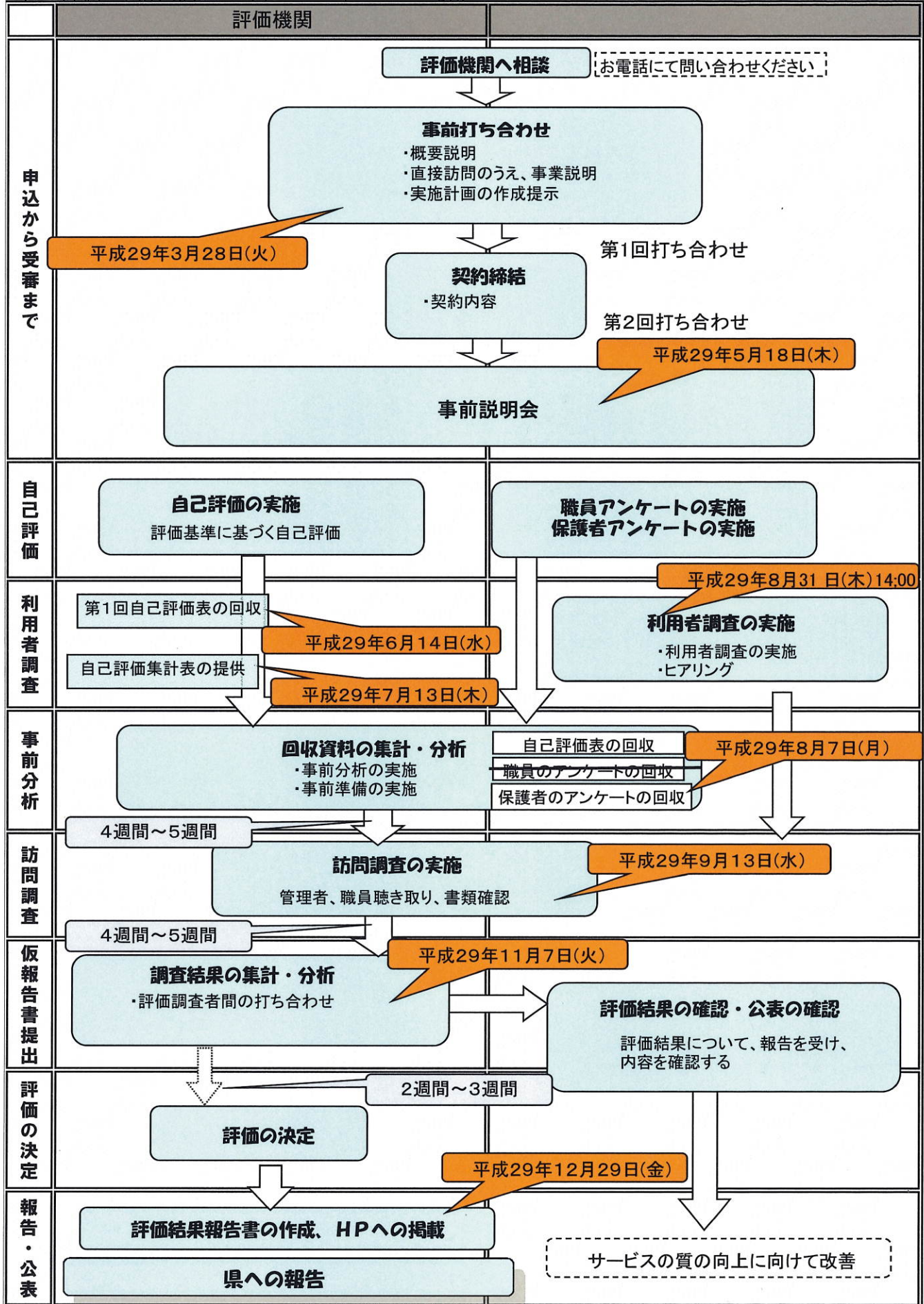
社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会
なごみなの里地域福祉サービスセンター
特別養護老人ホーム
和風園

平成30年2月5日

株式会社 福祉工房

報告書内容

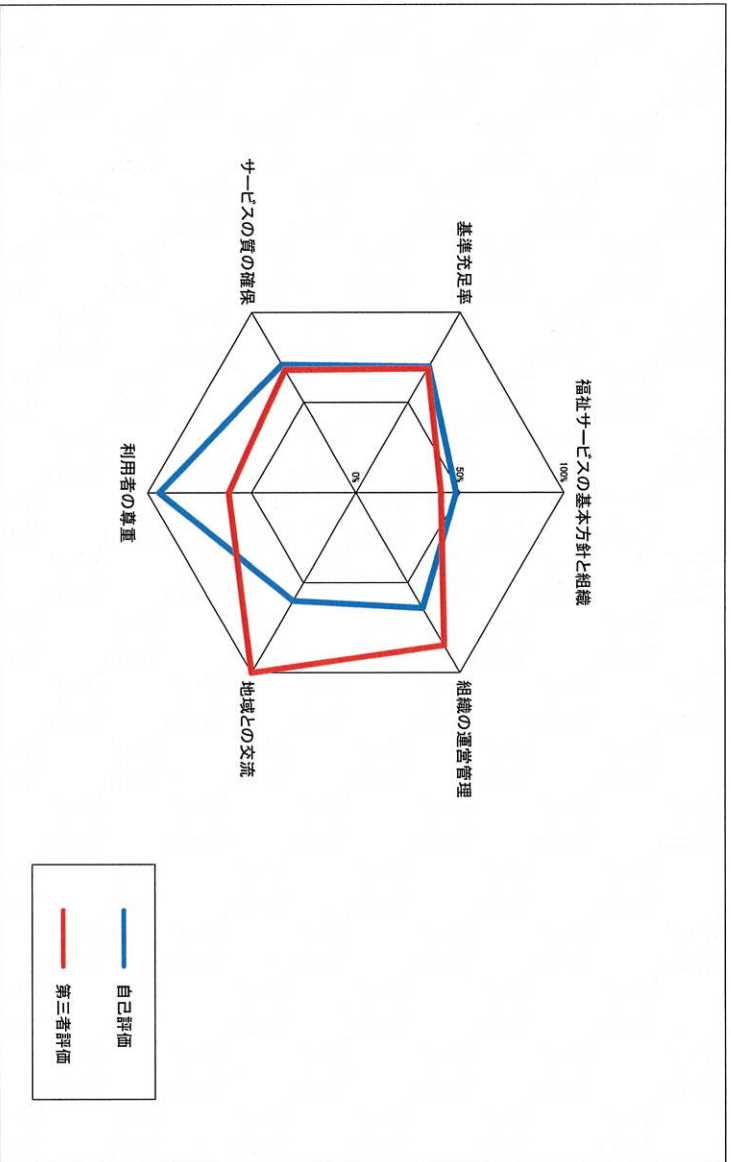
1. 評価の流れ
2. 事業評価表
3. 福祉サービス第三者評価結果総評
4. 福祉サービス第三者評価結果票



事業評価

特別養護老人ホーム和風園

	福祉サービスの基本方針と組織	組織の運営管理	地域との交流	利用者の尊重	サービスの質の確保	基準充足率	総評
自己評価	48%	64%	60%	94%	71%	70%	C
第三者評価	41%	85%	100%	61%	68%	69%	C



基準充足率	総合評価	サービスの質の向上に向けた取り組み状況
100%～96%	AAA	最も優れている。
95%～91%	Aa	大変優れている。
90%～86%	A	優れている。
85%～81%	Bb	良好である。
80%～76%	B	やや良好である。
75%以下	C	努力を要する。

株式会社 福祉工房

宮城県福祉サービス第三評価結果

1 第三者評価機関名

株式会社福祉工房

2 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム和風園	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：伊勢 功	定員（利用人数）：200名	
所在地：宮城県黒川郡大和町小野字前沢1		
TEL：022-346-2229	ホームページ：http://www.miyagi-sfk.net/nago	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成3年3月26日		
経営法人・設置主体（法人名等）：		
職員数	常勤職員：93名 非常勤職員 18名	
専門職員	（専門職の名称） 名	
	社会福祉士 10名	
	介護福祉士 65名	
	介護支援専門員 9名	
	看護師・准看護師 7名	
	作業療法士 3名	
	管理栄養士 1名	
施設・設備の概要	（居室数） 91室	（設備等） 売店、理髪室

3 理念・基本方針

<p>運営理念</p> <p>私たちは、利用者の皆様一人ひとりが過ごされて来たかけがえのない人生を、心より理解と共感に努め、ご家族と共同して、ご本人の生きがいと満足の得られる生活を保障しながら安心して自立した生活が送られるように支援します。</p> <p>基本方針</p> <ol style="list-style-type: none">(1) 利用者一人ひとりの生活を大切にし、生活の質の向上が図られるように支援します。(2) 認知症利用者の日常生活の行動を理解し、ありのままに受入れることを基本に支援します。(3) 利用者が安心して快適に生活できる環境づくりを行います。(4) 福祉サービスを提供するプロとして、資質の向上と人材育成を図ります。(5) 施設機能を地域社会に積極的に提供し、地域に役立つ施設を目指し、併せて利用者の地域交流を推進します。(6) 健全な施設運営に努めます。(7) 環境への配慮を推進します。

4 施設・事業所の特徴的な取組

- ・寄り添い支援の実施とし、各種クラブ活動や小グループケアを通し、日中活動の充実に取り組んでいます。
- ・健康面の観察と、利用者様の身体状況に応じた介護機器（車椅子等）の選定と対応を行っています。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年4月11日（契約日）～平成29年12月20日 （評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成26年度）

6 総評

◇特に評価の高い点

・地域との連携

地区の行政、地区の方々との連携は積極的に取り組まれており、富谷市、大和町との防災協定の締結、地域の文化祭や郵便局への利用者の作品の展示、地区の保育所の園児や小学生とのふれあい活動、介護体験会の実施などの取り組みや、ボランティアを通じた地域との連携は舞踊や語り部、衣類の補修等、日常的に訪れており、昨年度は延べ1000名を超えるボランティアの方々に来所され活動されている。

・安心・安全への取り組み

利用者が事業所において快適に安心して生活できるような取り組みが積極的に行われている。ヒヤリハット体験をもとにした介護事故予防の取り組み、感染症や食中毒への対応等への取り組み、居室やトイレをわかりやすくした目印の設置、利用者が落ち着ける環境、落ち着けない環境の検討を行い、利用者に少しでも落ち着いて安心した生活が送れるような配慮が行われている。

◇改善を求められる点

・職員への周知方法の検討

職員への教育や研修に関して体系立てた計画が生まれ、実施され、又、毎年の自己評価も行われ、結果をもとにした課題の把握、改善の取り組みも行われているが、職員による自己評価などからは、事業所の意図する取り組みや支援に関して、職員との意識のずれがやや見える部分がある。今後、事業所と職員との意識の統一を図っていく取り組みが期待される。

・利用者への情報提供と理解しやすい工夫

事業方針や事業計画、入所時の重要事項等、一部は伝えられてはいるが、家族への説明が主体となって、利用者の理解を促す取り組みがやや不足している面が見られる。利用者の状態に合わせ、出来るだけ理解をしていただける方法等工夫をしながら伝えていくことが期待される。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の「福祉サービス第三者評価」において、利用者の方々のご意見や要望、またご家族の思いや意向なども知ることができました。同時に職員間においても、ここ数年で新規職員も増え、初めてサービス評価の自己評価を行った職員も多かったと思います。それぞれのカテゴリーからの課題提議がなされ、新たな契機となりました。今回の評価結果をもとに、抽出された課題を共有化し、今後もより良いサービスの提供を目指し質の向上に取り組んで参ります。

8 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）

(別紙)

福祉サービス第三評価結果（特別養護老人ホーム版）

和風園

※すべての評価細目（62項目）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。

※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。

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。	a・b・c
<コメント> 法人の理念、方針を基に事業所の理念、方針を策定、パンフレット、事業計画書に記載、職員には事業計画書を配布し、リーダーへの説明を行い、事業所内に掲示、全職員への周知を図っている。家族には一部配布説明は行われているが、行事が主となっている。事業所の理念、基本方針に関して、リーダーから各グループの職員への徹底、勉強会や研修などを通じた周知、利用者へも理解しやすい工夫等を行っていくことが期待される。		

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・b・c
<コメント> 法人からの情報や、全国社会福祉協議会からの定期的な情報、県などの行政からの情報等、全体の福祉業界における状況や隣接する法人の相談センター等を通じた、地域における情報を適宜把握する仕組みが出来ている。		
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。	a・b・c
<コメント> 得られた情報を基に、経営に関する方向を検討している。自己評価からは職員への課題の浸透がやや薄い面が見られ、得られた情報を職員と共有し職員にも経営に関する意識付けを行っていくことも期待される。		

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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>法人で「地域福祉推進計画」が策定され、中・長期的な取組みが示されている。事業所においても、現在「自主施設あり方検討委員会」が立ち上げられ、事業所における経営環境等を分析し、平成33年にかけての構想を検討している。これらをもとに事業所の中・長期的な計画を策定していくことが期待される。</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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>「自主施設あり方検討委員会」における検討課題を基に年度の事業計画が策定されている。更に、事業所における重点課題を織り込んでいくことも期待される。</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。	a・④・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は法人のスケジュールに従い作成されており、事業所内の各係、委員会において、前年度の実績をまとめ、半期間の実績を基に翌年度の計画を策定し、管理者による見直しの後、法人に報告、承認の後、計画書を各職員に配布、会議において説明が行われている。各職員にはリーダーを通じて説明が行われているが、各職員の周知状況は良好とはいえない面も伺える。職員への周知方法についての検討を行っていくことが期待される。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容に関し、利用者には行事の説明が主となり、事業所内にも掲示がされている。家族には、桜祭りなどのイベント時に説明が行われている。利用者にも理解しやすい文書を作成するなど、知らせていく工夫を行っていくことが期待される。</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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>第三者評価を3年ごとに受審し、受審年以外には自己評価を行い、サービス評価委員会を設置し、定期的なサービスの質の確認を行っている。利用者や家族からの意見（アンケート等）を参考にしていく仕組みも期待される。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス評価委員会を中心に、評価の結果を分析し課題の改善に努めているが、職員の課題認識は薄い面が伺える。職員との課題の共有化などを図っていくことが期待される。</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) 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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所における職務分掌は作成され、各部署に配布、説明されている。又、期初の広報誌には、管理者の年度における取り組みに関して記載され、会議での説明とともに全職員への配布が行われている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人における施設長会議等でコンプライアンスに関する研修などを受講し、事業所内において、経営会議等で職員への研修を行っている。又、管理者は法人における懲罰委員に就任しており、法令等に関する理解は進んでいる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所内にサービスの質の改善の為、サービス評価委員会を設置し、全職員の自己評価の実施と結果を委員会を通じて把握し、改善策についての話し合いに積極的に関与し、全体を指導している。</p>		
13	Ⅱ-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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の負担軽減、及び業務の効率化を考慮、行政からの補助金を活用し、勤務体制の見直しなどを行っている。又、利用率の改善のため、入所検討会などには管理者自ら参加し、業務改善及び利用率の向上を図っている。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人員配置に関する基本的計画は策定されているが、社会一般的な傾向として介護人材の不足の中で、事業所においても慢性的な介護人材、特に看護人材の慢性的な不足状態となっている。新卒などの募集は法人で行われ、職員の中途退社などで欠員が生じた場合は、法人への依頼及び事業所での中途募集が行われている。新規採用の職員に対しては、法人における研修、事業所における指導者によるOJT等が行われている。職員確保に関する工夫や、定着のための仕組みなどを検討していくことも期待される。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-① 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>期待される職員像は法人の研修規定等に明記されており、人事管理は法人の規定に従って行われている。上司による査定と面接、考課後のフィードバックが行われ、管理者は正職員全員との面談が行われている。面談では、職員の年度の取り組みや目標等が話し合われ、管理者や上司からの助言が行われている。更に、職員の将来に関する目標等も話し合うような取り組みも期待される。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>残業や有休の管理は、担当部門及び事務部門が管理し、必要に応じて管理者が確認できる体制となっている。メンタル面に関する取り組みは、法人の規定に従い行われ、職員はチェックリストに従い自己評価を行い、法人の労働安全委員会に送付し、結果は個人あてに送られ、必要に応じて産業医への相談が行われる仕組みとなっている。福利厚生は法人の福利厚生制度に従い行われ、施設の優待などが行われている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は自己の目標や研修計画を策定し提出、上司との面談で計画に対するアドバイスが行われている。更に、面談において目標の設定やアドバイス等を通し職員の意識を高めていく取組みが期待される。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>期待される職員像や研修に関する基本方針などは、法人の研修計画や事業計画に記載し、職員への周知が図られている。事業所内において研修委員会が組織され、研修に関する計画の策定および実行が行われている。又、法人において階層別研修が実施され、経験別に職員の参加が行われている。</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><コメント></p> <p>個々の職員のスキルや経験、資格などは把握され、必要に応じた研修の実施が行われる仕組みとなっている。外部での研修も全員に案内が行われ、希望者に対しての勤務上の支援も行われている。</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><コメント></p> <p>実習マニュアルは整備され、実習の目的や意義に関しても明文化されている。研修を受けた指導者が指導にあたり、昨年度は介護実習の2名の受け入れが行われた。</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><コメント></p> <p>法人の事業内容、経営実績などに関しては、ホームページ等を通じて公表されており、事業所のホームページにおいても事業所内の概要や取り組みに関しての情報が開示されている。第三者評価の結果は公表され、苦情や相談に関する内容は必要に応じて第三者委員への報告がなされ、広報誌には件数のみ公表されている。防災訓練等で地域の方が来所した際にパンフレット等を配布し、事業所への認知度を高める取り組みも行っている。</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><コメント></p> <p>事業所における、事務処理、取引、経理処理は法人のルールに従って行われ、法人からは年2回、経理、業務監査が行われている。又、今年度より監査法人による監査も行われる予定となっている。</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><コメント></p> <p>法人の基本方針などに地域との関係に関する基本方針が述べられている。事業所における地域との交流は盛んに行われており、近隣の保育所の園児や小学校の生徒との交流、地域の文化祭や郵便局などへの作品の展示、ボランティアとの交流会などが行われている。防災訓練</p>		

<p>には地区の自治会長や消防団、婦人消防クラブなど地域の方の参加も多数ある。利用者による地域の社会資源の活用も行われており、スーパーなどへの買い物も実施されている。社会資源をプロットした地図も作られている。</p>		
24	<p>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。</p>	<p>㉓・b・c</p>
<p><コメント> ボランティア受入れマニュアルが整備され、ボランティア受入れに関する基本方針が明記されている。ボランティアの受け入れも活発に行われており、舞踊、語り部、歌謡の他、衣類の補修、ガーゼのカット、アイマッサージ等定期的に来所されている。昨年度は延べ1000名以上のボランティアの参加が得られた。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	<p>㉓・b・c</p>
<p><コメント> 地区における行政や保健所、医療機関等との連携は取れており、必要に応じて相談ができる体制となっている。</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	<p>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。</p>	<p>㉓・b・c</p>
<p><コメント> 地域の勉強会等には、要望に応じて、事業所の作業療法士などの職員を派遣、又、今年度は地域の方との介護体験会を予定している。災害時への対応として、富谷市、大和町との防災協定を締結している。</p>		
27	<p>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。</p>	<p>㉓・b・c</p>
<p><コメント> 事業所と隣接し、法人の運営する「地域支援センターなごみな」があり地域住民に対する相談事業などは、こちらで受け持つ体制となっているが、事業所としても短期入所等の事業も行なわれている。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	<p>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。</p>	<p>a・㉔・c</p>

<p><コメント></p> <p>運営理念に掲げ年度初めに事業計画を配布している。倫理綱領を各職員に配布して、会議の時に読み合せをし、虐待防止の自己チェック、職員としての基本姿勢の明示もしているが、人権に関する自己啓発のために施設内での研修が望まれる。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の2, 4人部屋には間仕切りとしてカーテンを設置している。トイレの内側にもカーテンが設置されている。部屋に入る時は声掛けしている。身体拘束廃止推進委員会による身体拘束廃止宣言啓発ポスターの掲示やガイドラインに基づいてのサービスが提供されているが、更に、プライバシーに配慮したサービス提供を行うために職員に周知する取組が望まれる。</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 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人でホームページを設置、パンフレットも作成されて、事業所の概要、イベント等が図や写真で紹介されている。パンフレットを訪問事業所、養護老人ホームや社協等に置いて情報を発信している。地域に配布する等の広報の工夫も望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始にあたり、サービス内容や利用料金を記載した重要事項説明書で説明を行い、利用者、家族の同意を得て契約書に押印を得ている。意思決定が困難な場合は家族・代理人により、契約を交わしている。利用者に理解しやすいように工夫した内容が望まれる。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設、事業所の変更や家庭への移行にあたりサービスの継続性に配慮して、なんでも相談窓口が設置されている。現実には稀であるが、他の施設や家庭などへの移行に際して、個人情報同意書、介護、看護サマリーを活用してサービスの継続性に配慮することを契約書等に明記することが望まれる。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の満足を把握する為に各棟ごとに利用者個々に聞き取りを行い、年1回アンケート調査、利用者との懇談会を隔月に実施している。主に外出の希望が多い。調査結果を分析、検討する為の会議を設けて利用者の参加等も望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みの体制が整備されている。苦情解決の窓口、相談のポスターを掲示している。苦情解決の窓口は「なんでも相談窓口」が設置され、各部署に相談窓口担当者を配置し、第三者委員を任命し、対応マニュアルも整備されている。上半期5件の案件があったが、法人に報告、職員には回覧で公表、施設内での公表も検討していくことも期待される。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>意見箱を設置しており、相談室として、会議室等を整備しているが、利用者には周知が不十分ではあるが意見箱には「おたより」という形をとり、なんでも良いので書いて投書して頂く工夫をしている。紙とペンを添えている。利用者の中には投書してくれる人も出てきた。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見に対しては手順、対応方法が決められ、利用者への説明や、対応が行なわれている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントの体制は構築されている。利用者の介護事故を未然に防止する為にヒヤリハットの体験報告による事故の意識付けの強化と事故報告の集積と分析、検証をして、更に、介護事故予防のための研修を実施して事故防止に努めている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症発生時の利用者の安全確保の体制を整備して取り組んでいる。感染症マニュアルを基に看護師、介護士を中心に全職員に情報を共有して、対応している。</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。	a・b・c

<コメント>

利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。事業所が定めた危機管理計画を基に総合防災訓練、夜間想定訓練、スロープ避難訓練、通信訓練や事業継続マネジメントの推進（BCM）をしている。災害時に対応しての利用者の安全確保のための取組の体制も整備されている。

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。	a・㊦・c
<コメント> 利用者の日常生活におけるサービス提供の為に「業務マニュアル」は整備され、個別支援計画書等にも実施方法が記載されている。採用時の新人研修で行われているが、統一したサービスの提供のため介護職員対象の勉強会等が望まれる。		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・㊦・c
<コメント> 個別支援計画書の見直しは定期的に介護支援専門員が中心におこなっている。又、状態変化時に利用者、家族の希望時の見直しは随時実施している。見直しの取組として、他職種の参加の仕組みが期待される。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに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。	a・㊦・c
<コメント> 福祉サービス実施計画書を作成するための体制は確立して取り組んでいる。個別支援計画書は主任介護支援専門員を配置し、法人で定めたアセスメント用紙を使用実施して、ケアプランの手順に基づいてサービス実施計画書を作成している。他職種の職員の参加等でアセスメント等に関する協議等も期待される。		
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・㊦・c
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
<コメント> 6か月毎のモニタリングを開催し利用者、家族の同意を得て計画の変更をしている。担当者会議で検討した支援方法の変更等については閲覧できるように配慮するとともに、要点の確認及び職員間の情報共有の為に話し合う取組が望まれる。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a・㊦・c

<コメント> サービス実施の記録が実施されている。記録の規程は策定されているが、必要な情報が確実に共有される取組が望まれる。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉓・b・c
<コメント> 法人が定める「文書管理規程」を基に利用者の記録の保管、保存、破棄、情報の提供（公表）を実施している。個人情報保護規程については個人データの安全管理等を明示している。		

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ-1 個別サービスの提供

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 支援の基本		
46	Ⅳ-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。	㉓・b・c
<コメント> 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に工夫している。アセスメントにより利用者の心身状況、生活習慣、意向を把握して身体機能や安心面に配慮した上で生活にメリハリの工夫をしている。趣味、外出、手芸等の情報が提供されているが、外出が難しく居室でテレビ中心の生活の利用者もいる。		
47	Ⅳ-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・㉔・c
<コメント> 食事メニューは毎食説明している。難聴や視力が低下している利用者、経管栄養等で居室静養している利用者等一人ひとりに応じたコミュニケーションが行なわれている。又、施設内を巡回して声掛けしコミュニケーションを行っている。利用者に対する言葉遣いについては権利擁護に関する研修会、利用者の希望や思い等をケアに活かすかを検討した上で施設サービス計画書に反映する等の取組の検討が望まれる。		
Ⅳ-1-(2) 身体介護		
48	Ⅳ-1-(2)-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉓・b・c
<コメント> 週3回の入浴を基本としている。事業所の独自の入浴マニュアルに基づき介助方法、留意点を職員間で共有している。特殊浴槽は3種類ある。体調や気が進まない時は変更している。		
49	Ⅳ-1-(2)-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・㉔・c

<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や意向を踏まえて排泄の介助方法を工夫して同性介助でおこなっている。冬場のトイレの保温は充分でない面が伺える。(自己評価)</p>		
50	IV-1-(2)-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に合わせて、移乗、移動が行われている。利用者の残存機能、安全面を考慮して福祉用品を選択して定期的に点検、サービス計画書に記載して職員間で共有している。作業療法士の個別指導により、利用者の負担軽減を検討しての支援を行っている。</p>		
51	IV-1-(2)-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>対策委員会が中心になり、マニュアルが作成されている。業務マニュアルの周知徹底を目的とした研修や個別指導を行って早期回復が出来ている。予防には作業療法士による食事摂取状況の確認等を行っている。</p>		
IV-1-(3) 食生活		
52	IV-1-(3)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>嗜好調査はおこなっていないが選択メニュー（月5回）行事食、リクエストメニュー等があり、お気づきカードを活用した意見等の収集を行ない、改善の取組みをしている。</p>		
53	IV-1-(3)-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ㉓・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身状況にあわせて食事介助が行われている。食事時の突発的な状況に対応して食事時の事故に対応するマニュアルを作成し、研修や個別指導等の対応方法の確認の研修等が望まれる。</p>		
54	IV-1-(3)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ㉓・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に応じた口腔ケアを実施しているが、週1回ぐらいで歯科医師、歯科衛生士の定期的なチェックや職員に対しての口腔ケアに関する研修等が望まれる。</p>		
IV-1-(4) 終末期の対応		
1		
55	IV-1-(4)-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 ㉓・c
<p><コメント></p> <p>看取りの手順は家族と相談し、取り決めを行っているが、未整備の部分がある。職員に対する対応手順の研修、職員の精神面の支援の研修を行なって行くことが望まれる。</p>		
IV-1-(5) 認知症ケア		
1		

56	IV-1-(5)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの症状に合わせたかかわり方を検討し、サービス計画に反映させた上での実践、評価が求められる。職員に対しては利用者の役割、認知症の医療、ケア等について最新の知識・情報を得られるような研修が望まれる。</p>		
57	IV-1-(5)-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>居室やトイレが解かりやすいように目印をする工夫が行なわれ、認知症の高齢者が落ち着ける環境、逆に落ち着けない環境（広さ、色、形、音、人、家具、植物等）を検討している。</p>		
IV- -(6) 機能訓練、介護予防 1		
58	IV-1-(6)-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>機能訓練プログラムによって実施、評価、見直しを行っている。食事前に嚥下体操等を行っている。</p>		
IV- -(7) 健康管理、衛生管理 1		
59	IV-1-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくために体温測定、血圧測定等や健康状態を記録している。利用者の体調変化に迅速に対応する為の手順書が作成されている。外部講師を招いて急変対応研修を行って、職員に周知している。</p>		
60	IV-1-(7)-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症や食中毒予防は感染症対策委員会を中心に研修（16回）、職員の健康チェック、発生した時の対応方法等を文書化している。日常の予防として手洗い、換気、消毒を心掛けている。疥癬発生時の対応等も行っている。</p>		
IV-1-(8) 建物・設備		
61	IV-1-(8)-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>建物、設備の点検、維持管理等は業者に委託して安全に快適に生活している。定期的に食堂のテーブルや備品の不具合をチェックしている。</p>		

IV-1-(9) 家族との連携

62

IV-1-(9)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。

㊦・b・c

<コメント>

家族への ふれあい通信（4，8，12月）を送付して家族に近況を報告している。面会、電話連絡（変化があった時等）している。機関誌、ホームページによる情報提供、各種行事への案内（随時）を行っている。（年1回のアンケートの実施の検討も）