

# 福祉サービス第三者評価結果報告書

## ①第三者評価機関名

社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会
--------------------

## ②評価対象事業所

名称：特別養護老人ホーム 白浜 日置の郷	種別：老人福祉施設
代表者氏名 施設長 嶋中 多賀子	定員（利用人数）：50名
所在地：和歌山県西牟婁郡白浜町日置2037	
TEL：0739-87-2222	HP： <a href="http://www.sanyoufukushikai.com/shirahama/">http://www.sanyoufukushikai.com/shirahama/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 平成19年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 三養福祉会	
職員数	常勤職員 42名 非常勤職員 22名
専門職員	(介護福祉士) 24名 (介護支援専門員) 3名
	(看護師) 6名 (管理栄養士) 1名
	(社会福祉士) 1名
施設・設備 の概要	(居室数) 50室 <b>【全室個室】</b> (設備等) 天然温泉浴場、足湯

## ③理念・基本方針

<b>【理念】</b> (法人) 人権尊重の精神を基調に、高齢者、障害者等すべてのご利用者が共に生きる社会（ノーマライゼーション）の実現を目指します。 (施設) やさしさ・思いやり、五感を大切に
<b>【基本方針】</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・第2の家庭として生活できる（入居者）</li><li>・相手の立場に立って、支援を心がける（職員）</li><li>・第2の実家として遊びに行ける（家族）</li></ul>

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

1. ユニット型特別養護老人ホームで、入居者の居宅における生活と入居後の生活が連続したものになるように特徴活かした5区分（花名前を付けた）のユニットケアのなかで個別ケアを重視した運営が行われている。
2. 和歌山県唯一のユニットリーダー研修実施受入施設として活動されている。全国から研修生を受け入れるとともに、ユニットケア推進の中核となるべく個別ケアの充実を目指されている。平成27年度は、45名もの研修生を受け入れた。
3. 地域協働として、施設内に足湯温泉を設置し地域住民に開放、趣味の各種教室での施設の利用など、近隣町内との絆ができています。
4. 施設ロビーには、駄菓子屋、白浜町立図書館（日置の郷分室）、コーヒーカフェコーナー等があり、入居者の社会に開かれた憩いの場になっている。
5. 施設内浴場は、1階と2階にそれぞれにあり、天然温泉「白浜日置の湯」源泉かけ流し100%であり、男湯・女湯の暖簾の感じが良い。また、2階のフロアーには、新聞も読めるフリースペースがあり、ゆったりと日向ぼっこができる落ち着いた環境となっている。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年8月1日（契約日） ～ 平成28年12月1日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	受審なし（今回は初めて）

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

1. 施設環境について、各ユニットドアに格子戸や障子戸など、家の玄関の特徴を生かして作られている。床は木目調の色彩のフローリング、廊下やリビングの壁には腰板が張られており自宅にいるような暖かさを感じる。金魚や熱帯魚、観葉植物などもユニット別に個性のある造りに工夫されている。家族が宿泊する部屋や家族風呂の準備もあり行き届いた配慮が感じられる。各フロアーには家族などとゆっくり過ごせるようにソファが置かれておりそこでコーヒーなどを飲むことができる。温泉浴場については、施設の特徴に記述している。
2. （行動指針）第2の家庭として生活できるについて、職員を家族のように感じられるように制服でなく私服でケアを行っている。食事の時間は、皆一緒の時間に食事するのではなく、一人ひとりの生活リズムに合わせて食事ができるなど、一人ひとりの24時間軸でその人に合ったケアを行っている。そうすることで利用者が持っている残存機能を生かすように支援されている。
3. プライバシー保護について、排泄介助時に汚物を部屋から持ち出すときに他の利用者にはわからないように一つひとつをビニール袋に入れ封をしトートバックに入れて持ち出すことで匂いがしないようにまた、排泄したことがわからないように配慮している。
4. 職員の待遇について、福利厚生としての慰安旅行やボーリング娯楽や忘年会等を施設から

補助が出る。また、勤務時間のパターンが多くあり、子育てをしながらでも勤務しやすいようになっている。また、その勤務体系により利用者の食事介助などの介助が必要な時間にはうまく回ることができている。

5. 地域の高齢者を短時間パートとして採用している。利用者に近い年齢のためその気持ちに寄り添うことができ、若い職員にはその人たちの生活の知恵を授かる特典もある。またその人たちが「日置の郷」で勤めることで地域と施設の架け橋となっている。

#### ◇改善を求められる点

1. 中・長期的なビジョンが明確にされていない。福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、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するためにも必要となります。是非、策定されることを望みます。

2. ボランティア受入れに関するマニュアルの作成について、施設の夏祭りにはボランティアの方も支援されており、ボランティアの方に施設をより深く理解してもらおう絶好のチャンスだと思います。

3. サービス評価基準に基づいた年に1回以上の自己評価について、自己評価をすることでサービスのより質の向上が期待されます。なお、これらの評価に関する担当者・担当部署の設置や評価結果を分析・検討する組織体制について、検討されることを希望します。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業者のコメント

今回、三者評価受診にあたりご指摘いただいた中長期ビジョンの策定につきましては、早速、法人の中長期ビジョンを取り入れながら、施設の課題分析が明確化するように進めてまいります。

今後も自己評価や第三者評価を受審しながら、より質の高いサービスが提供できるように努めてまいります。また、白浜 日置の郷が目指しています「暮らしの継続」「地域に愛される施設」として、ご入居者の方やご家族・地域の方が安心・安全に生活できる場の提供に努めます。

#### 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。

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
<p>I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 法人・事業所の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。</p> <p>b) 法人・事業所の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。</p> <p>c) 法人・事業所の理念を明文化していない。</p>	a	<p>法人・施設事業所の理念が就業規則、職員手帳、新人研修マニュアル等に基本理念、基本方針、施設方針、運営方針として、使命や役割について、誰にでもわかりやすい表現で明文化されている。</p>
<p>I-1-(1)-② 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。</p> <p>b) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。</p> <p>c) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化していない。</p>	a	<p>理念に基づいた運営方針が示され行動規範として整合性が取れたわかりやすい言葉で具体的に明文化されており、就業規則や職員手帳、新人研修マニュアル等に明記されている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

<p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <p>【判断基準】                      a) 理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。                      b) 理念や基本方針を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。                      c) 理念や基本方針を職員に配布していない。</p>	<p>a</p>	<p>法人・施設事業所の理念及び基本方針について、新人研修及び全体会議等において、理念の唱和、行動指針の唱和を全員で行っており、管理職も職員も共に理解と意思統一の周知徹底を図る継続的な取り組みを行っている。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p> <p>【判断基準】                      a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。                      b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。                      c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p>	<p>b</p>	<p>理念や基本方針について、入居する際には、利用者と家族に対して、施設側から詳しく説明を行っているが、継続的には家族会のなかでは、施設側の取り組みを説明するのみとなっている。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------------------------------------------------------------------------------------------

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
<p>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画もしくは中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。</p> <p>c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。</p>	c	<p>年度事業計画書については、経営や実施する福祉サービスに関する内容で策定されているが、中・長期計画については、策定されていない。</p> <p>理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標(ビジョン)を明確にするためにも中・長期計画の策定が必要であると思われる。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容もしくは中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。</p> <p>c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。</p>	c	<p>同上の計画に対する目標(ビジョン)に沿った事業計画が策定されていない。</p> <p>事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示される必要があり、経営運営として重要であると思われる。</p>
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
<p>I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p>	b	<p>年度事業計画の策定は、各部署で参画して作成起案し、管理者が取りまとめている。毎月の職員会議で各部署や利用者の入居動向について分析されているが、年度事業計画書へ反映するためには十分でないとのこと、課題や項目別に明確な目標を決めてデータを取れば、年度末には、うまくまとめられ次年度計画に反映できるのではないかと感じられる。</p>

第三者評価結果 特別養護老人ホーム 白浜日置の郷(共通)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p> <p>【判断基準】                      a)各計画を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。                      b)各計画を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。                      c)各計画を職員に配付していない。</p>	<p>b</p>	<p>策定された事業計画書について、職員に対して、それぞれ会議や研修での説明が不十分のようである。重要な点は、各計画をいかにして達成していくかを具体的にわかりやすい資料にまとめることによって、職員が、一体となって取り組みやすくなる等、工夫があれば、進捗状況の確認や継続的な取り組みができるのではと思う。</p>
<p>I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p> <p>【判断基準】                      a)各計画を利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。                      b)各計画を利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。                      c)各計画を利用者等に配付していない。</p>	<p>b</p>	<p>事業計画や施設動向などについて、2カ月毎に開催している家族会でわかりやすく情報提供をしている。行事計画などは適宜入居者の方などには配布している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

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。

<p><u>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。</u></p> <p><b>【判断基準】</b>                      a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。                      b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。                      c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。</p>	<p>a</p>	<p>管理職の役割と責任について、文書化されており、また、全体会議や職員会議などでも管理職の立場を理解し積極的に取り組まれている。</p>
<p><u>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。</u></p> <p><b>【判断基準】</b>                      a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。                      b) 管理者自ら、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が、十分ではない。                      c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>管理者自ら、各研修に積極的に参加し、職員にも法令遵守に対し周知徹底を図っている。全体会議において、コンプライアンス、人権尊厳等の理解について、勉強会を開催するなど推進している。全職員に対する積極的な取り組みに期待したい。</p>



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】                      a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。                      b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。                      c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p>	<p>a</p>	<p>福祉サービスの質について定期的、継続的に評価・分析を行い、サービス向上に対し、職員の意見などを積極的に取り入れ具体的に施設の特徴を生かした取り組みによって、利用者の皆さんに喜ばれている。</p>
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】                      a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。                      b) 管理者は、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が、十分ではない。                      c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p>	<p>b</p>	<p>経営や業務の効率化と改善に向け積極的に取り組んでおり、地域性に合わせた様々な業務時間のシフトパターンの工夫で業務効率や経費の削減などが進み、職員も働きやすい環境となってきたが、昨今の職員の人手不足などで人材確保に苦慮されている。これからも具体的な体制構築に努力をお願いしたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II 組織の運営管理</p>		
<p>II-1 経営状況の把握</p>		
<p>II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p>		
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】 a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。 b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。 c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>事業経営をとりまく情勢を的確に把握し、法人内の施設長会議、副施設長会議で情報の共有と方針がまとめられている。また、社会的な動向が、多くの情報誌やインターネットで国や厚生労働省のホームページ等で確認すると共に福祉関係の研修会でも重要な情報が得られる確に把握できている。</p>
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】 a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。 c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>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、利用率等の分析が行われ、職員の意見を聞いたり、職員間同士の検討の場を設定する等、施設内で取り組まれ、次年度事業計画には、できるだけ反映している。しかし、中・長期計画の将来的な目標としての取り組みができていないため今後の課題である。</p>
<p><u>II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</u></p> <p>※社会福祉法人のみ対象(他は評価外) 【判断基準】 a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。 b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。 c) 外部監査を実施していない。</p>	<p>b</p>	<p>定期的に公認会計士による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。今後は、より透明性を図るための監査等の導入の検討を望みます。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

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。

<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。</p> <p>b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。</p>	<p>b</p>	<p>必要な人材や人員体制についての方針及びプランが確立されているが、昨今の地域の人材不足の状況では、定期的な採用、資格保有者等の人材確保に難しい面が見られる。在職する職員の積極的な資格取得を促し、人事待遇面なども考慮しながら、新たに必要な職員の獲得に努めていけるように期待します。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>	<p>b</p>	<p>定期的な人事考課でもって評価が行われているが、客観的な基準での評価ができていない。職員個々に目標を作成してもらっているが、その結果やフィードバック等の具体的な対応ができていない。評価基準(数値化)を作成して取り組まれることを望みます。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】                      a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。                      b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。                      c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p>	<p>b</p>	<p>職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータをチェックし把握している。特に介護現場の職員については、有給休暇の取得状況はよくないようである。家庭の状況に応じて勤務時間の調整や産休や育休についての改善策は進んでいる。定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫を希望したい。</p>
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】                      a) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。                      b) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。                      c) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。</p>	<p>b</p>	<p>定期健康診断の実施、医療機関との連携などの健康管理に積極的に取り組まれている。余暇活動については、施設内で趣味などの活発なグループへの応援により、喜ばれている。課題とされている、職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、解決に向けた体制整備をしていきたいとのこと、期待したい。</p>
<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。</p>		
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】                      a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                      b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。                      c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p>	<p>b</p>	<p>職員の人材育成は、施設として目指す福祉サービスの質の向上のための重要な位置づけで、基本方針や基本的姿勢にも明示されている通りである。職員の職位に応じて必要な研修が決められているが、短年度計画のみで中・長期計画にもとづいた体制を希望したい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <p>【判断基準】 a)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、計画に基づいた具体的な取組が行われている。 b)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が、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。 c)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ない。</p>	<p>b</p>	<p>職員一人ひとりについて、基本方針に沿った教育・研修が行われている。新人職員を職場に配置・配転する時には、研修マニュアルに基づき具体的に取り組んでいる。 また、職員については、技術水準、知識、専門資格に応じて教育・研修が実施されているが、職員間でのバラツキがあるように思われる。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】 a)研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。 b)研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。 c)研修成果の評価が定期的に行われていない。</p>	<p>b</p>	<p>研修を終了した職員は、報告書を作成するが、研修内容の伝達する機会が十分でなく、また、成果の確認も不十分とのこと。研修について、発表することで、職員の人材育成や研修成果や評価につながり、次の研修計画にも反映され则认为。</p>
<p>II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。</p>		
<p>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。</p> <p>【判断基準】 a)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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取り組みを実施している。 b)実習生の受入れと育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、積極的な取り組みには至っていない。 c)実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受入れていない。</p>	<p>a</p>	<p>実習生の受入れについて、ユニットリーダー研修受入施設として、実習生の育成の基本的な学習を明確にしたマニュアルプログラムで持って育成の取り組みを行っている。実習生の受入れの連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が明確に記載されたマニュアルも整っており、実習生がしっかりと学べる体制となっている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-3 安全管理</p>		
<p>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。</p>		
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p>	<p>b</p>	<p>管理者は利用者の安全確保についての的確に指導されており、事故や感染症などに対するマニュアルを整備し、事故防止検討会議、感染予防委員会など、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会が開催されている。検討会には、現場の職員が参加し責任と役割を明確にした管理体制が決められている。更なる周知をめざして、リスクマネジメントを行うことを希望する。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>施設の立地条件等から考えて、災害の影響を把握し建物・設備類の必要な対策を検討する必要があると思われる。災害時の備蓄品や連絡網における連携体制は整えられている。災害については、特に津波に関しての防災訓練など行っているが、停電した場合、施設の上層階への階段からの移手段についての対応が課題となる。大地震に対する行動マニュアルなどの作成が必要ではないかと考える。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p>	<p>b</p>	<p>毎月、人権委員会、感染予防委員会において、利用者の安全を脅かす事例について、具体的に検証した情報を朝礼や全体会議などを通して、職員の啓発と共に、施設としての対応をどうすればいいかを管理者から内容を発信し、共有化が図られている。これからも職員に対して、しっかりとした安全確保・事故防止に関する知識や認識が得られるよう研修会の実施やセミナーへの派遣を進めていきたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-4 地域との交流と連携</p>		
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(1)-① <u>利用者地域とのかかわりを大切にしている。</u></p> <p>【判断基準】 a)利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 b)利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 c)利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>施設行事の夏祭りでは、地域住民と利用者との交流、地域行事として、地元の祭りには、利用者が参加、地域の会合に職員が出席、海岸清掃等の奉仕活動など、積極的に関わりを作っている。施設は、地域の社会資源だとPRされており、地域の人々と利用者との交流の機会を設けるために施設内に足湯温泉として設備を設けて開放を行っている。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-② <u>事業所が有する機能を地域に還元している。</u></p> <p>【判断基準】 a)事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。 b)事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 c)事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>地域交流スペースとして、足湯温泉の設備を設けて開放されており地域から評価されている。今後、専門的な介護予防の講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ趣味の会なども考えられる。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-③ <u>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。</u></p> <p>※社会福祉法人等公益法人以外は評価外</p> <p>【判断基準】 a)ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。 b)ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 c)ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p>	<p>c</p>	<p>ボランティア受入れに関する基本姿勢(基本的な考え方・方針)についてのマニュアルの作成が必要である。施設の夏祭りにはボランティアの方も支援されており、ボランティアの方に施設をより深く理解してもらった絶好のチャンスであるとする。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

<p>Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p> <p>【判断基準】                      a) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。                      b) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。                      c) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。</p>	<p>b</p>	<p>地域の社会資源について職員に対して、必要適時にそれぞれの関係機関の連絡方法等を説明し、個々の入居者の状況に対応できる社会資源のリストや資料を作成しているが、職員間の情報の共有化が図られていないと思われる。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <p>【判断基準】                      a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例の検討を行っている。                      b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例の検討は行っていない。                      c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p>	<p>a</p>	<p>関係機関とは定期的に連絡を取り情報交換を行っている。特にかかりつけ医については、常時に連携行い、カンファレンスには、必要に応じ医者を同席する等、病院とは、タブレット端末を利用した体制強化が図られている。また、成年後見人との連携についても行われている。</p>



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p> <p>※社会福祉法人等公益法人以外は評価外</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>介護保険サービス提供事業者連絡会などの地域関係機関との連携で具体的な福祉ニーズの把握に努めている。また、通常の福祉サービスの情報を通じて、利用者が困っている事項等のニーズを把握するよう努めている。</p>
<p>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。</p> <p>※社会福祉法人等公益法人以外は評価外</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p>	<p>b</p>	<p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動として、地域の方に対して、職員の介護サービスの知識体験を地域に活かすための出前講座等を計画している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</p>		
<p>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</p>		
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
<p>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り組みを行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a)利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b)利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で 共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c)利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p>	<p>b</p>	<p>「人権尊重の精神を基調に、高齢者、障害者等すべてのご利用者が共に生きる社会の実現を目指します。」の理念に基づいて、全職員が会議や研修等を通して学ばれている。個別ケア、ユニットケアにおけるサービスの提供をどうすればいいか等、積極的に取り組んでいる。福祉サービスについて、より利用者が満足してもらえるような質の向上へこれからも取り組むことを期待したい。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a)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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b)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が、職員に 周知する取組が十分ではない。</p> <p>c)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ない。</p>	<p>b</p>	<p>利用者のプライバシー保護に関する基本的知識等について、職員の周知のための研修、勉強会を計画的に実施している。トイレや入浴等、全てにおいて、思いやりの配慮・意識をもって、相手の立場にたって支援を心がけるとする施設の基本方針の持続をお願いしたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。</p>	b	<p>利用者・家族の意向をくみ取るために2ヶ月に一度の家族会を開催されている。また、アンケートも実施され、家族にその結果を公表されている。しかし、意見として出てきた事項の取り組みや対応についてのフィードバックが遅延気味であるように感じる。早期な対応を希望したい。</p>
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。		
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分でない。</p> <p>c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p>	b	<p>相談や苦情などの意見の受付窓口の体制について、利用者に周知されている。利用者や家族等にもその文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示されている。相談や意見を述べやすいスペースに意見箱を配置されているが、意見数が少ないように感じる。より意見が出てきやすいような環境整備に工夫を要すると思われる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p>	<p>b</p>	<p>苦情の窓口に相談員を配置し、解決責任者に施設長を設置されている。第三者委員も2名任命されており、体制整備は、整っている。苦情解決の仕組みマニュアルは、全職員に共有されている。利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫がこれからの課題のようである。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p>	<p>b</p>	<p>意見や提案を受けた際の対応等の取り組みについて、検討に時間がかかる場合もあり、状況を速やかにフィードバックされていないようである。これからの課題と思われる。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

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。

<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p>	<p>c</p>	<p>サービス評価基準に基づいて、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することで、施設のサービスのより質の向上が期待される。なお、これらの評価に関する担当者・担当部署の設置や評価結果を分析・検討する組織体制について、検討されることを希望したい。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Ⅲ-2-(1)-② 評価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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。</p> <p>c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p>	<p>c</p>	<p>職員参画による計画的な評価が行われていない。自己評価等の分析結果により、改善策や改善実施計画の検討が進み、必要であれば中・長期計画にも反映できるものと思われる。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----------------------------------------------------------------------------------------

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。

<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 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ているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 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ていない。</p>	<p>b</p>	<p>標準的な実施方法として、介護マニュアルでもって、研修や個別の指導等で職員に周知徹底に努められている。また、24Hシートを作成することで、利用者の個々の意向や状況に合わせたケアの標準化を図り、職員にもその情報が共有されている。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <p>【判断基準】                      a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。                      b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。                      c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。</p>	<p>b</p>	<p>サービスの標準的な実施方法の見直しについて、会議等での意見や提案により検討を行って反映されている。利用者の状況に合わせた24Hシートについては、内容の質の向上を目標に改善が進められると期待できる。</p>
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p> <p>【判断基準】                      a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。                      b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。                      c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p>	<p>b</p>	<p>サービス実施計画に基づくサービスの実施について、ケース記録に一元化されており、記録により状況が確認できている。また、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職員への指導などを行い周知されている。</p>
<p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p> <p>【判断基準】                      a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。                      b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。                      c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。</p>	<p>a</p>	<p>法令に遵守した記録書管理の責任者が設置され適切に管理がされている。ケース記録については、各ユニットリーダーが管理責任者となり管理されている。なお、個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p>	<p>b</p>	<p>施設の情報の分別や必要な情報が的確に届く仕組みとしてパソコンによる社内ネットワークが構築されており、職員間で共有されている。なお、定期的なユニット会議の開催等、部門横断での取り組みも行っている。</p>
<p>Ⅲ-3 サービスの開始・継続</p>		
<p>Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。</p>	<p>a</p>	<p>インターネットで施設を紹介したホームページを作成し公開している。また、施設の福祉サービスの内容を紹介したチラシを、行政、関係機関に配布されている。見学については、館内を案内したり施設の取り組みをわかりやすく広報する体制も整えられている。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>入居にあたっては、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、利用者等に説明されている。重要事項説明書等の資料や契約書の内容等もわかりやすく説明され利用者や家族の同意を得た書面が作成されている。入居後の暮らしぶりについても詳細に説明し喜ばれている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

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。

<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p>	<p>a</p>	<p>利用者ご本人や家族の希望や施設での受け入れ困難な状況になった場合について、十分に相談説明を行い、希望に沿った移行が進むなかで、サービスの継続性に配慮した書類を整備し、今までのサービスが継続できるように対応されている。サービス終了後も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、説明を行う等のケアもされている。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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。

<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の心身の状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を具体的に明示している。</p> <p>b) 利用者の心身の状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を十分には明示し</p> <p>c) 利用者の心身の状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を明示していな</p>	<p>a</p>	<p>利用者の心身の状況や生活状況等を、施設の統一したアセスメントの様式によって把握し記録している。部門を横断したさまざまな職種の関係職員の参加のもとで協議しサービス計画の作成が行われている。利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

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。

<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p> <p>【判断基準】                      a)利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。                      b)利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。                      c)利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。評価基準の考え方と評価のポイント</p>	<p>a</p>	<p>サービス実施計画の策定のための部門を横断したさまざまな職種による関係職員の合議、利用者の意向把握と同意を考慮して、適切にサービス実施計画が策定されている。また、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あり、関係職員にも共有されている。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】                      a)サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。                      b)サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。                      c)サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p>	<p>a</p>	<p>サービス実施計画の見直し等について、手順に沿って定期的に行われている。見直しによって変更したサービス実施計画の内容は、関係職員に周知されている。また、随時、サービス実施計画を緊急に変更する必要がある場合も対応されている。</p>

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
A-1 支援の基本		
<p>A-1-① <u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	b	<p>利用者の心身について、日常生活動作(ADL)、睡眠・食事・排せつ、暮らしの状況等を24Hシートで把握し、生活パターンの改善ができるように努められている。また、支援の内容について、特色のある生活空間を住まいのユニット別にリーダーが利用者と共に創り出している。なお、趣味活動等、生活に楽しみがあるような工夫として、クラブ活動の中で外部講師を招くなど、色々な活動の多彩化が図られている。</p>
<p>A-1-② <u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	b	<p>利用者の希望を十分に聴き取れるようにコミュニケーションを重視し、話しかけを意識した対応を行っている。地域性があるため言葉づかいや接遇について苦慮することも考えられる。会話の不足している利用者には、特に気を配るなど、日常生活の各場面でも話をしてもらえるような機会の工夫を願いたい。</p>
A-2 身体介護		
<p>A-2-① <u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	a	<p>本人の日常生活動作(ADL)に配慮して、一般浴、個浴、特浴と使い分け残存機能の維持を十分に心がけている。また、同性介助の希望に配慮して入浴日や入浴時間についても利用者の希望に対応されている。</p>

第三者評価結果 特別養護老人ホーム 白浜日置の郷(内容)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>b) 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。</p>	a	<p>利用者の体調及び心身の状況、意向を踏まえ、大まかな排泄パターンを把握したうえで、個別の対応を行っている。なお、排泄の自立に向けた働きかけ、必要に応じて尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。重視している点は、利用者が気兼ねしないように手際よく、必要に応じて声かけを行いながら介助されている。</p>
<p>A-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>b) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。</p>	b	<p>利用者の体調及び心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援が行われている。なお、福祉用具の導入を進める場合は、個人に合った自立の可能性を引き出せるものと考えられている。</p>
<p>A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 褥瘡の発生予防を行っている。</p> <p>b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 褥瘡の発生予防を行っていない。</p>	b	<p>皮膚の状態確認、清潔の確保の方法、褥瘡の予防、標準的な実施等、毎月の委員会で情報を共有し話し合われている。エアマット、低反発のマットレスの導入、体位の変換等、褥瘡の発生予防のための用具の活用等について、研究願いたい。</p>

A-3 食生活

<p>A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p> <p>b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。</p> <p>c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。</p>	b	<p>利用者の希望や好みを聴き、献立に反映されており、また、ご飯は、ユニット別にお好みに炊飯されている。利用者の状況に応じた、食事の雰囲気づくりにも工夫されている。希望に応じて購入代行を通して刺身などの嗜好品が食べられるような仕組みも考えられている。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>b) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。</p>	a	<p>食事の提供について、2時間の喫食時間の範囲で利用者が望む食事時間の自由性で運営されている。できる限り利用者のペースで食べられるように工夫するとともに、利用者の身体に負担がかからないよう配慮している。利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養管理されている。</p>
<p>A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p> <p>b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。</p>	b	<p>歯科医師の助言を得て、利用者の一人ひとりに応じた口腔ケア支援を行っている。職員に対して、外部講師を招いて口腔ケアに関する研修を実施している。それぞれの居室には、洗面台の設置があり洗口スペースが確保されている。</p>
<p>A-4 終末期の対応</p>		
<p>A-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。</p> <p>c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順がない。</p>	a	<p>利用者が終末期を迎えた場合の対応についてマニュアル手順を各ユニット現場に設置されており、家族に対し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、詳細に説明を行う等、職員と共有している。なお、職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施されている。看取り後には、職員間で振り返りを行うことで、職員のメンタルのサポートと今後に向けた改善点等を協議されている。</p>
<p>A-5 認知症ケア</p>		
<p>A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p> <p>b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。</p>	b	<p>認知症の利用者の立場に立って支援が行われ、受容的な態度で接するように心がけられている。また、職員は、認知症の医療・ケア等についての研修を受講され個々の対応に努めている。利用者の個人症状に合わせたより快適な生活支援ができるように考えられている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	<p>b</p>	<p>認知症の利用者の行動を抑制することのないよう環境に配慮し、危険物の保管、管理が適切に行われている。くつろげる共有スペースも設けており、認知症高齢者が安心して過ごせる環境ができています。居室については、ベッドの周囲には、写真や個々の好みのものを飾る等の配慮がされている。</p>

A-6 機能訓練、介護予防

<p>A-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>日々の生活動作の中での機能訓練について、利用者ができる家事の実施や残存機能の活用には留意されているが、主体的に訓練を行えるようには工夫されていない。利用者の一人ひとりに応じた機能訓練のプログラムが作成されていないようだが、作成、実施等ができるように検討をお願いしたい。</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A-7 健康管理、衛生管理

<p>A-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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ている。</p> <p>b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順があるが、十分ではない。</p> <p>c) 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ていない。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の体調変化に気づいた場合の対応について、医師・医療機関との連携体制等、各種のマニュアルが整備されている。利用者ごとの看護・介護職員が適切に服薬管理または服薬確認が行われて実施されている。ただ、医療職と看護職との連携について、夜間看護師への連絡相談体制の基準など改善すべき項目があるように考えられる。</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

第三者評価結果 特別養護老人ホーム 白浜日置の郷(内容)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</p> <p>b) 感染症や食中毒の発生予防を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>毎月の委員会で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などが話し合わせ、議事録でもって全職員に周知が行われている。また、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応策も施設として規定されている。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もされている。</p>
<p>A-8 建物・設備</p>		
<p>A-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>建物・設備の点検を必要に応じて行い、問題点については改善するなど、快適性や安全を維持する取り組みがされている。リビングや談話コーナーでは、快適空間としてユニット別の特徴ある家庭的な雰囲気づくりに工夫が見られる。居室には、利用者の想いのあるものなどが持ち込まれており、特に制限がないようである。</p>
<p>A-9 家族との連携</p>		
<p>A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p> <p>b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の家族との連携を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>家族に対し、定期的に近況を記した手紙の送付、および2ヶ月毎の家族会の開催などを通して、施設の様子を報告されている。また、家族が面会に来られた時には積極的に職員から声掛けされ意見や要望を聞く機会を設けている。行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようされている。</p>