

## 第三者評価結果の公表事項

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 宮崎県社会福祉士会

### ②評価調査者研修修了番号

2016-24, 2016-25

### ③施設の情報

名称：特別養護老人ホームわにつか荘	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 櫻川京一	定員（利用人数） 60名
所在地：宮崎市田野町乙 1742 番地 30	
TEL：0985-86-1323	ホームページ： <a href="http://www.hp.fukushi-zenjinkai.jp/">http://www.hp.fukushi-zenjinkai.jp/</a>
【施設の概要】	
開設年月日：昭和49年12月10日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人善仁会	
職員数	常勤職員：47名 非常勤職員：2名
有資格 職員数	社会福祉士：4名
	介護福祉士：25名
	実務者研修：名
	初任者研修：名
	介護支援専門員：7名
	看護師：4名
	准看護師：1名
施設・設備 の概要	（居室数） 60室
	（設備等）
	トイレ、洗面所（各居室）

### ④理念・基本方針

#### 法人基本理念

「皆様（利用者）のために社会福祉法人は存在する。」

地域における福祉推進の拠点としての役割を果たすとともに、法人の総合力を発揮して福祉の増進に努めます。

#### 法人基本方針

- （1）安定した経営を図り、社会貢献に努めます。
- （2）利用者の健康と安全を守り、利用者本位のサービスに努めます。
- （3）利用者の人権と人格を尊重します。

### ⑤施設の特徴的な取組

福祉施設として提供するサービス等を、自ら監査しサービス内容の標準化と質の向上を図るシステムを導入しています（ISO9001：2015 認証取得）。このことにより、法令遵守した運営と各種マニュアルの整備や顧客満足度調査・改善等、定期的に点検しています。職員自らも自分達の仕事に自信と誇りを持ち質の高いサービス提供の継続ができています。

### ⑥第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年12月 2日（契約日）～ 令和2年 3月30日（評価結果確定日）
前回の受審時期（評価結果確定年度）	平成27年度

### ⑦総評

#### ◇特に評価の高い点

- ISO9001 を取得し、また勤怠管理を電子化する中で、労務管理、人事管理、経理管理を総合的に行っている事。また公正かつ透明性の高い運営経営を行う上で、内部監査、外部監査を定期的の実施していることは高く評価されます。今後も継続的な取り組みを期待します。
- 総合的な人事管理を行う上で職員の技能・技術・適正を踏まえ、職員の業務の状況を確認し、評価すべきところ、課題点を施設長自らフィードバックを行い、総合的な人事考課が実施されている事は高く評価出来ます。今後も継続的な取り組みを期待します。
- 中・長期ビジョンを策定し、それを踏まえて形で全職員参加の下で単年度の事業計画が作成されており、その計画も反省を行い次の計画に活かすというPDCAサイクルに則ったものになっていることは高く評価できます。今後も継続的な取り組みを期待します。
- 利用者と顔の見える関係づくり、自宅に近い環境になるように、ソファやタンスなど愛用の家具を持ち込んでもらい、家族のぬくもりが感じられ、落ち着いた生活が送れるような環境づくりを大切にされていることは高く評価できます。
- 各種マニュアルの整備と支援記録の入力等、パスワード管理のうえ、クラウドでネットワーク化されており、全職員がいつでも閲覧できる仕組みを構築されて作業効率を高めていることは高く評価できます。
- 国際標準化機構のISO9001を2015年に認証取得により、内部監査等の相互チェック体制が確立されており、サービス内容の標準化と質の向上を図るシステムを導入し、各種マニュアルの定期的な見直しをするなど、PDCAサイクルに沿った検証のできる体制を構築されています。
- 自分の仕事に誇りと希望が持てる人材育成として、研修部会が中心となり、エルダー制で新人教育が行われています。現場業務が多忙な中、職種別研修、階層別研修や施設内研修や派遣研修を組み合わせ、スキルアップを目指して取り組んでいます。

◇改善を求められる点

- 職員一人ひとりの育成に向けた取り組みにおいて、職員一人ひとりの目標を設定する目標管理の仕組みが構築されれば、更に職員のモチベーションの向上に繋がり育成の効果が発揮されるものと思われます。今後の取り組みを期待します。
- 施設が地域にその機能を還元することについて、施設の方は地域に向けて様々な活動は行っていますが、施設内で地域に向けた研修を行うなど、施設の機能を活用した施設の開放についてはまだまだ不十分な面があるようです。今後の取り組みを期待します。
- 災害時における利用者の安全確保のための取組について、地域との連携の充実と災害が起こった後の事業継続に関しては書面上の検証だけであり、まだ十分ではないことがこれからの課題のようですので今後の積極的な取り組みを望みます。
- 利用者一人ひとりに合わせた生活スタイルや、趣味などを活かした余暇活動の支援が行われていますが、全利用者に対し十分な支援ができていない面もあるとのことでした。次年度からショートステイで複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムを実施し、入所の利用者にも提供していきたいとのことですので今後の取り組みに期待します。
- 毎回口腔ケアを行いながら、利用者の状況に合わせ、無理なく清潔を保てるよう口腔ジェルや支援の方法を変えながら行われていますが、法人内で外部講師を呼び、継続した研修ができてないとのことですので今後の取り組みに期待します。

⑧第三者評価結果に対する施設のコメント

⑨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。

## 評価結果表（高齢）

### 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・周知されている。

1	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		a
評価コメント	理念や基本方針は明文化され、事業計画書・ホームページ・パンフレット等で明示されています。また施設内にも掲示しており、職員にも年度当初、職員会にて配布しています。家族会に対しては、フォロー函等を活用して、わかりやすい資料を別に作成して理解しやすい工夫がなされていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

#### I-2 経営状況の把握

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	評価
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
評価コメント	毎月、施設経営会議及び法人経営会議を開催し、各種福祉計画の情報共有を図っています。月次事業収支状況の把握に努めています。また事業に係る課題や稼働率等の把握を行い経営状況の把握に努めています。今後も継続した取り組みを期待します。	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		a
評価コメント	法人経営会議及び施設経営会議で経営課題を明確にし、毎月行われる職員会にて、経営状況や改善すべき課題について職員から意見の聞き取りを行い課題の解決・改善に努めています。今後も継続した取り組みを期待します。	

#### I-3 事業計画の策定

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	評価
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
評価コメント	第四次経営計画（3ヶ年計画）が示され全職員に周知しています。単年度の事業計画もそれに連動した形で立てられています。また当施設はISO9001を取得しており、その中で具体的な数値目標を設定したことは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

5	I-3-(1)-②	評価
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
評価コメント	事業計画は毎年度毎に策定されており、その内容は法人の中・長期計画を踏まえたものとなっています。また事業計画は法人のヒアリングを通して数値化される目標とされない目標の差別化を図り、数値化されるものは目標を設定することで、具体的な成果が達成できる実行可能な計画となっています。今後も継続した取り組みを期待します。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	評価
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
評価コメント	事業計画は各種会議（ユニット会→ユニットリーダー会→企画会→経営会議→職員会）を通して、職員参画の下で意見の集約・策定が行われています。また、PDCAを確実に実施することで年間反省が新たな事業計画へとつながっています。今後も継続した取り組みを期待します。	

7	I-3-(2)-②	評価
事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		b
評価コメント	事業計画の主な内容は年度初めに、家族総会や家族通信等を利用して、家族等に周知していますが、利用者・家族が理解しやすい工夫した資料を使っの説明はなされていないようです。今後についてはわかりやすい資料を作成するなどの工夫がなされることを期待します。	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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	評価
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
評価コメント	年1回の自己評価・顧客満足度調査を定期的実施しており、第三者評価を定期的受審しています。またIS09001による組織内部の監査を年2回行うことで質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われています。今後も継続した取り組みを期待します。	

9	I-4-(1)-②	評価
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。		a
評価コメント	PDCAに基づき、各種会議等を通して職員参画の下で、改善策、改善計画を策定する仕組みがあり、実施しています。またIS09001の是正処置要求書に基づき、改善を行い、実施していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

10	II-1-(1)-①	評価
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
評価コメント	管理者は事業計画、各種会議等を通して、自己の役割と責任を明確にして、職員に周知しています。また職務分掌において平常時の管理者の役割、管理者の不在時の権限委任等を明確にして、組織体制を構築しています。今後も継続した取り組みを期待します。	

11	II-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	管理者は法令を遵守するため、外部研修の参加や関係機関からの状況の把握に努めています。また職員に対して各種会議で法令を理解するための講話を行い、法令遵守のための取組を行っています。今後も継続した取り組みを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	管理者は経営会議等で福祉サービスの質の向上に向けて、改善策のための取組を指示し、自らも行動を起こし、リーダーシップを発揮しています。研修についてはOJT・OFFJTを通し、職員の研修参加の希望も配慮して、教育・研修の充実を図っています。今後も継続した取り組みを期待します。	

13	II-1-(2)-②	評価
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
評価コメント	管理者は法人経営会議及び施設経営会議において課題を整理・分析し業務改善のための対策・指導を行っています。また、各種会議を通して現場職員の意見の積み上げで改善策を検討し、管理者自ら企画会・経営会議に参加し、事業実施に向けて積極的に参画しています。働きやすい環境整備については職員と定期的な面談を実施することで職員とのコミュニケーションを図っていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

## II-2 福祉人材の確保・育成

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	評価
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
評価コメント	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方については「法人の求める職員像」が記載されています。また必要な福祉人材や人員体制についても法人経営会議で具体的な計画を策定しており、それに基づいて人材育成、人員確保に努めています。ただ、昨今社会情勢から人員確保は容易ではないようです。今後継続的に人材確保に努めることを臨みます。	

15	II-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		a
評価コメント	総合的な人事管理については人事考課を実施し、その中に人事基準が設けられ、職員の評価・フィードバックを実施して、課題点を明示しています。またキャリア・パスモデルを提示し、資格取得の目安にして将来像を描かれるようにしています。今後も継続した取り組みを期待します。	

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	評価
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り組んでいる。		a
評価コメント	勤怠管理システムを導入し、時間外や有給休暇の取得状況を管理しており、職員の有給休暇の取りやすい環境になっているようです。また働きやすい環境づくりについては、年に定期的に個別面談を実施しており、メンタルヘルス研修も行っています。今後も継続した取り組みを期待します。	

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	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		b
評価コメント	職員一人ひとりの育成に向けた取り組みについては正規職員・エリア正規職員に向けたキャリア・パスモデルが設定されており、必要な知識・技能・資格を確認することができます。また人事考課によって自分の評価・課題点を知ることができ、モチベーションの向上につながっています。今後については職員一人ひとりの目標を設定する目標管理の仕組みが構築されていないので、目標を設定する目標管理の仕組みを取り入れ人事考課とリンクされれば、更なる育成の効果が期待できるものと思われます。	

18	Ⅱ-2-(3)-②	評価
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
評価コメント	基本方針の中に「法人の目指す職員像」が明示されています。また、法人研修部会が中心となり、実施計画が策定され、教育・研修が実施されています。キャリア・パスモデルを通して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、モチベーションの向上につなげています。今後も継続した取り組みを期待します。	

19	Ⅱ-2-(3)-③	評価
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		a
評価コメント	職員一人ひとりの教育・研修の機会については、新人にはエルダー制を取り入れ、その他の職員には階層別指導としてOJTを取り入れ、また職種別の専門研修も計画的に実施されています。外部研修も出来る限り職員の希望する参加が行えるよう配慮していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	実習生の福祉サービスの専門職の研修・育成についてはマニュアル（介護実習指導マニュアル）が整備されており、実習受け入れに際しての基本姿勢が明文化されています。また、実習を始める前に実習生に対して研修を行い、学校側と連携して、プログラムを整備しています。今後も継続した取り組みを期待します。	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

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	評価
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
評価コメント	ホームページ上に法人・当施設の理念・基本方針・事業計画・事業報告・予算・決算状況等を公開しています。また、第三者評価の受審結果、苦情内容等も随時公開しています。事業所で行っている地域での活動内容等も地区の関係機関に配布していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	



22	Ⅱ-3-(1)-②	評価
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。		a
評価コメント	事業所における事務・経理・取引に関するルールについては規程集の中に定めてあり、規程集は全職員が見れる所においてあります。また内部監査をISO9001の仕組みの中で年2回実施しており、理事会の監事監査も定期的に受けています。外部監査についても公認会計士による指導を定期的に受けていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

## Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

### 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	評価
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
評価コメント	地域との関わりについては詳細を事業計画の中に明示しています。活動内容としては、地区の福祉祭り運営スタッフとしての参加、街づくり協議会への加入、認知症サポーター養成講座への講師としての参加、高齢者の事業所の会への参加等を行っています。また、利用者の買い物等、日常的な活動についても利用者のニーズに併せて行っていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

24	Ⅱ-4-(1)-②	評価
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。		a
評価コメント	ホームページ上での募集を行っています。事業計画の中で、ボランティア受け入れについての要綱を記載しています。ただ、ボランティア受け入れに際して、利用者との交流を図る視点で、必要な研修・支援を実施していないようですので、今後の取り組みを期待します。	

### Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	Ⅱ-4-(2)-①	評価
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。		a
評価コメント	施設は必要に応じて行政、地域包括支援センター、高齢者福祉の事業所の会等の社会資源を活用して、共通の課題に対して具体的な取り組みを図っています。またみやざきSOSネットワークに加入しており関係機関と情報共有ができる体制が整っているところは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	Ⅱ-4-(3)-①	評価
福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		b
評価コメント	宮崎市の委託事業である自立支援型専門サービスの受諾、認知症サポーター養成講座への講師派遣、まちづくり協議会へのメンバー参加等施設が有する機能を地域へ還元しています。ただ、施設のスペースを活用した地域との交流や地域に向けた研修等を施設内で企画するなどの施設の開放に向けた取り組みが不十分なようです。今後の取り組みを期待します。	

27	Ⅱ-4-(3)-②	評価
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
評価コメント	地域の福祉ニーズに基づいた公益的な事業活動については田野地区高齢者福祉に関する会合、まちづくり協議会への参加、みやざき安心セーフティネットの相談体制の整備等、法で定めた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関する事業活動を展開していることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28	Ⅲ-1-(1)-①	評価
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。		a
評価コメント	利用者尊重の姿勢を理念・基本方針・事業計画の中に明示しています。利用者への基本的人権の配慮については人権研修・高齢者虐待防止研修・身体拘束廃止研修等を定期的実施しています。また、利用者を尊重した福祉サービスの提供については利用一人ひとりに個別支援計画（ケアプラン）を作成し、利用者・家族に同意を得ていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

29	Ⅲ-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	利用者のプライバシー保護について、ハード面については全室個室であり、プライバシーは保護されています。また、利用者の権利擁護については規程にマニュアルが整備されています。不適切な事案が発生した場合の対応についてはリスクマネジメントの中にマニュアルが整備されています。今後も継続した取り組みを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	施設を紹介する情報をホームページ上に掲載しており、パンフレット等でも利用者にわかりやすく内容を掲示しています。見学・体験入所、一日利用等の希望にも対応しています。今後も継続した取り組みを期待します。	

31	Ⅲ-1-(2)-②	評価
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
評価コメント	福祉サービスの開始・変更時にはしおりを使って利用者・家族にわかりやすく説明し、同意を得ています。また、サービス計画書の作成時には、利用者・家族に意見を聞き、カンファレンスを定期的に行っています。意志決定が困難な利用者については積極的に成年後見制度の活用を行なっていることは評価できます。今後も継続した取り組みを期待します。	

32	Ⅲ-1-(2)-③	評価
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
評価コメント	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不利益が生じないように配慮されています。地域・家庭へ移行する際は引き継ぎ文書を定め、それに則り行っています。また、福祉サービスの利用終了後も、相談窓口として、生活相談員を配置し、利用者・家族が相談しやすい体制を整えています。今後も継続した取り組みを期待します。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-①	評価
利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		a
評価コメント	仕組みをきちんと整備しています。年一回の顧客満足度調査を実施し、調査内容についてサービス向上委員会で協議し、対策等を職員間で共有しています。改善結果を文書で家族に送り、要望を聞き、さらに改善しています。改善報告は年1回の家族会で報告し、利用者にも口頭で説明しています。今後も継続した取り組みを期待します。	

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	評価
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		a
評価コメント	苦情解決の仕組みを整備し、掲示板に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、資料などは家族や利用者等に配布し説明しています。苦情等の申し出や意見箱に投函があった場合は、毎月1回開催している苦情処理委員会・安全サービス委員会で寄せられた意見や要望を確認し、改善案や対応について検討し、所定の様式に意見の内容や対応経過を全て記録しています。苦情の全てを全職員へ伝達し再発を防いでいます。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	評価
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。		b
評価コメント	利用者から意見をいただくための会を開いたり、意見箱を設置したりし、利用者が相談しやすいように配慮しています。意見箱の設置、所定の相談票や対応マニュアルなどを、年1回見直しをしています。今後は、利用者の理解度を勘案し、個別にゆっくりと機会を設けられることと利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成されることを望みます。	

36	Ⅲ-1-(4)-③	評価
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
評価コメント	対応マニュアルが整備され、年1回の見直しをしています。利用者からの相談や意見が出た時には、相談員や介護支援専門員を中心として対応し、迅速に対応しています。毎月1回開催している苦情処理委員会・安全サービス委員会で改善策を協議し、全職員で共有する仕組みとなっています。意見箱の設置や支援を見直ししながら職員に相談しやすい環境を作っています。	

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	評価
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
評価コメント	マニュアルが整備され、事故発生時の手順を明確化しています。年1回のマニュアルの見直しをしています。リスクマネージャーが選任・配置されており、リスクマネジメント体制を構築しています。事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施を適切に行っています。事故発生防止研修会を年2回開催しています。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
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
評価コメント	感染症予防対策マニュアルが整備され、衛生委員会、感染症対策委員会などで定期的にマニュアルを見直しています。感染症の流行に合わせて対応の協議をしています。3ヶ月に1回は看護師が講師となり、感染症予防対策の研修会を開催しています。また、年2回は職員会議の際に担当部会が研修を行っています。	

39	Ⅲ-1-(5)-③	評価
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。		b
評価コメント	火災発生時マニュアルが整備され、定期的に避難訓練を行っています。消防署と連携するなど、組織的な総合訓練を実施していますが、行政や自治会を巻き込んだ地域との訓練は実施できていないようです。また、地域との連携の充実と災害が起こった後の事業継続に関しては書面上の検証だけであり、まだ十分ではないことがこれからの課題のようです。今後の積極的な取り組みを望みます。	

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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	評価
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
評価コメント	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が全てマニュアル化しており、それに基づいた福祉サービスを実施しています。福祉サービスの手順を確認する場合は、全てのマニュアルを全職員がパソコンで閲覧できる仕組みを構築しています。	

41	Ⅲ-2-(1)-②	評価
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
評価コメント	マニュアルは最低でも年に1回見直しを行っています。組織全体でマニュアルや手順を見直す機会として、ISO内部監査を年に2回実施しています。年1回の定期的な見直しをしていますが、見直しの経過を詳細に記録することでさらに標準化されたマニュアルとなることを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	利用者、家族の意向に沿った福祉サービス計画の策定に心がけており、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実施しています。計画策定についての手順を関係職員がどの部分で関与すれば良いのかを業務一覧にしてわかりやすくしています。福祉サービス実施計画通りに福祉サービスが行われていることを確認する組織的な仕組みが構築され機能しています。	

43	Ⅲ-2-(2)-②	評価
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
評価コメント	介護支援専門員を中心にして、家族も参加してのカンファレンスをしています。評価・カンファレンスは各職種が参加し評価やプランの見直しをしています。福祉サービス実施計画書や評価・カンファレンスの経過、評価やプランの見直しは、全職員でパソコンで確認しています。評価期間は組織で定められた概ね3ヶ月ごとに評価しています。	

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	評価
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
評価コメント	日々の記録は、パソコンのネットワークシステムを利用し、クラウド上で管理しています。記録は常時閲覧することができ、事業所内で情報を共有する仕組みを整備しています。利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況を適切に記録しています。記録の書き方や内容について、介護支援専門員等が中心になって内部で研修することにより、さらに適切な記録になることを期待します。	

45	Ⅲ-2-(3)-②	評価
利用者に関する記録の管理体制が確立している。		a
評価コメント	個人情報保護規程やソーシャルメディア利用規定等の定めに従い、日々の記録をパソコンのネットワークシステムを利用し、クラウド上で管理しています。職員それぞれにID番号があり、入力することでログインできるようになっています。プリントアウトされた利用者に関する記録は鍵付きの棚で保管されています。個人情報保護規程やソーシャルメディア利用規定、文書、記録の管理手順等、新人研修をしています。	

## A-1 生活支援の基本と権利擁護

### A-1-(1) 生活支援の基本

46	A-1-(1)-①	評価
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。		b
評価コメント	<p>利用者の心身の状況等の把握や利用者個人に応じた支援について、アセスメントや家族の情報から、利用者一人ひとりに合わせた生活スタイルや、趣味などを活かした余暇活動の支援を行なっています。利用者の重度化もあり、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施できていない面があります。次年度からショートステイで複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムを実施し、入所の利用者にも提供していきたいとのことですので今後の取組みに期待します。</p>	
47	A-1-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント		
48	A-1-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント		
49	A-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	<p>利用者ごとに発語しやすいような声かけなどを考え、利用者が分かりやすいような声のトーンや大きさなどで話をするなど、利用者に応じたコミュニケーションを行う工夫をしています。コミュニケーションが難しい利用者には、絵カードやボード等を使用しています。利用者ごとのコミュニケーション方法について、検討会で話し合いを行っています。寝たきりの利用者にはアロマオイルでマッサージしながら声かけや音楽を流してコミュニケーションを図るようにしており、内容は内部で研修しています。アンガーマネジメント研修を受講し、コミュニケーション能力の向上を考えています。</p>	

50	A-1-(2)	評価
権利擁護		非該当
評価コメント		

51	A-1-(2)-①	評価
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
評価コメント	<p>月1回身体拘束廃止委員会を開催し、3か月に1回高齢者虐待防止委員会を開催しています。権利侵害の防止等に関する人権研修を新人研修・入職研修時に開催しています。内部研修として、権利擁護について制度的、基準などの視点から、虐待防止・身体拘束廃止にむけた内容で年2回の研修を行っています。</p> <p>一時的な身体拘束は行なわれていません。身体拘束が必要な場合は代替の対応などを、身体拘束廃止委員会や高齢者虐待防止委員会を中心に検討しています。</p>	

## A-2 環境の整備

### A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

52	A-2-(1)-①	評価
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。		a
評価コメント	<p>完全個室で6ユニット各12部屋あります。それぞれのユニットで雰囲気が違うように工夫しています。できるだけ自宅に近い環境になるように、ソファやタンスなど愛用の家具を持ち込んでもらい、家族のぬくもりが感じられ、落ち着いた生活が送れるような環境づくりを大切にしています。転倒等の危険がある利用者には、安全に移動できるよう家具の配置等も工夫しています。家族のぬくもりが感じられる空間づくりをどのようにしていくかの具体的な記録があります。利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を積極的に取り組んでいることは高く評価できます。</p>	

## A-3 生活支援

### A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

53	A-3-(1)-①	評価
入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	<p>入浴支援マニュアルがあり、利用者ニーズに合わせた入浴支援を行っています。週に最低2回以上の入浴をベースとして、必要時、希望時には入浴できるような体制づくりを各ユニットが協力して行なっています。入浴支援の見直しはその都度、現状に合わせて行っています。感染症のリスクがある利用者は、本人へ説明したうえで最後に入浴してもらう配慮をしています。状態の悪い利用者は、身体状況を確認したうえで、看護師と連携し臨機応変に対応しています。</p>	



54	A-3-(1)-②	評価
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。		a
評価コメント	利用者の尊厳の保持に配慮した排せつ支援をしています。利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされています。オムツ外しの概念のもと、日中はトイレに座っていただくなどした排せつ支援を行っています。利用者の排せつ状況に応じたオムツを選定し、快適な生活が送れるよう配慮しています。自然排便が促せるように、運動や水分、オリゴ冷水を飲んでいただくなどしています。	

55	A-3-(1)-③	評価
移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	移動介助のマニュアルは、理学療法士により作成しています。手順の流れ、支援のポイント、想定されるリスクなどを文字だけではなく、イラストでわかりやすく作成しています。マニュアルの見直しを年1回定期的に行っています。 車椅子・歩行器・シルバーカー等、状況に応じた福祉用具を使用しています。運動を実施して歩行能力の維持に努め、車椅子の自力駆動ができる利用者には、声かけ等行い自力駆動を促しています。マニュアルを視覚化し、わかりやすくしていく取り組みは高く評価でき、今後も継続して取り組まれることを期待します。	

#### A-3-(2) 食生活

56	A-3-(2)-①	評価
食事をおいしく食べられるよう工夫している。		a
評価コメント	選択食はメニューを写真などで示し、食事をより選択できるように工夫しています。行事食なども取り入れ、見た目にもおいしく食事ができるような工夫をしています。利用者の苦手なものや、アレルギー食材にも配慮し、食事をおいしく、楽しく食べられるような雰囲気や献立、提供方法などを工夫しています。嗜好調査を行い、給食委員会で検討し改善に努めています。	

57	A-3-(2)-②	評価
食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	ケアマニュアルの中で、食事ケアマニュアルを完備し、自立の利用者と介助が必要な利用者とそれぞれのマニュアルを作成しています。 食ることからの刺激が受けられるよう、利用者の嚥下状態に合わせた食事形態で提供しています。栄養が不足している利用者は、管理栄養士や看護師と補助食品の提供を検討しています。嚥下について、言語聴覚士と連携し食事姿勢や介助の方法について検討しています。	

58	A-3-(2)-③	評価
利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		b
評価コメント	毎回口腔ケアを行いながら、利用者の状況に合わせ、無理なく清潔を保てるよう口腔ジェルや支援の方法を変えながら行っています。歯科衛生士資格を持つ職員がその都度助言していますが、研修にはつながっていません。必要時や希望すれば歯科往診を受けることができます。研修については、法人内で外部講師を呼び研修を行いました。継続的な取組はできていないようですので、今後の取組みに期待します。	

#### A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

59	A-3-(3)-①	評価
褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		a
評価コメント	褥創予防対策マニュアルが整備され、計画書に基づいたケアを行っています。褥瘡予防計画の見直しを3ヶ月ごとに行っており、年2回の勉強会と、褥瘡予防に関するケア計画書を3ヶ月毎に作成しています。入浴時やオムツ交換時には皮膚を観察し、異常があればすぐに看護師と連携して早期に対処しています。食事の摂取状況の確認と栄養管理については、栄養士と連携しており、保健給食会議でも検討しています。	

#### A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

60	A-3-(4)-①	評価
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
評価コメント	喀痰吸引等業務マニュアルを整備し、介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の研修や、看護師からの研修を受けるなど取組みを行っています。資格取得後は、個別に年2回手技の確認を看護師が行なっています。介護職員等へ看護師が個別指導をしています。	

#### A-3-(5) 機能訓練、介護予防

61	A-3-(5)-①	評価
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
評価コメント	判断能力の低下や認知症の症状の変化をできるだけ早く発見しやすいように、医師・医療機関との連携など必要な対応を行い、介護支援専門員や機能訓練士(看護師)と連携し介護予防活動を行っています。利用者一人ひとりに応じた運動や生活リハビリをケアプランに取り入れ、実施・評価・見直しをしています。	

A-3-(6) 認知症ケア

62	A-3-(6)-①	評価
認知症の状態に配慮したケアを行っている。		a
評価コメント	<p>利用者の日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っています。認知症日常生活自立度のⅢa以上をピックアップし、認知症実践者リーダーを中心に支援方法について毎月協議しています。その上で、認知症実践者リーダーがその他の職員へ指導・助言しています。向精神薬を服用している利用者や、BPSD症状に応じて、心療内科医師、看護師、支援員と情報交換しながら薬の調整を行っています。認知症ケアに特化した研修を充実していきたいとのことですので今後の取り組みに期待します。</p>	

A-3-(7) 急変時の対応

63	A-3-(7)-①	評価
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。		a
評価コメント	<p>急変時対応マニュアルが完備され、急変時の対応をしています。医師・医療機関との連携体制が確立され、連携体制図も作成しています。体調不良時には、看護師より嘱託医へ連携を図り指示を仰いでいます。利用者の状況は看護師、支援員ともに日々の記録に残して情報をネットワークで共有しています。</p>	

A-3-(8) 終末期の対応

64	A-3-(8)-①	評価
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。		a
評価コメント	<p>看取りに関する指針及び看取り看護マニュアルを整備しています。看取り開始時には嘱託医、介護支援専門員、看護師、支援員、生活相談員、家族と協議し、意向を確認しています。看取りについて、わかりやすいようにパンフレットを使用し家族に説明しています。年に2回は看取り介護について、看護師が中心となって研修を実施しています。今までの関わりの振り返りを中心に、職員の精神的なケアを実施しています。</p>	

## A-4 家族等との連携

### A-4-(1) 家族等との連携

65	A-4-(1)-①	評価
利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		a
評価コメント	<p>利用者に定期的及び変化があった時には、利用者の状況を家族に報告し、看護師から状態などの報告を行なっています。事故が発生した場合には、発生状況や怪我の状況、今後の対策等を説明しています。毎月出す広報誌（番地便り）では近況を伝え、面会時や電話にて報告した際の内容は記録に残しています。年1回の家族会と各ユニットの食事会などでサービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けています。</p>	

## A-5 サービス提供体制

### A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

66	A-5-(1)-①	評価
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
評価コメント	<p>パソコンのネットワークシステムを利用し、クラウド上で管理された記録システムによって、全利用者の状態を確認することができます。ユニット検討会の開催や、評価・カンファレンスにおいてサービス内容を見直し、利用者に向けたサービスが提供できるようにしています。</p>	