

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている			
①	理念が明文化されている	a	「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」という基本理念を、施設パンフレット・リーフレット・法人ホームページ・職員身分証明書・広報誌に明文化している。 基本理念に基づき、単年度の基本方針を明文化している。理念の実現に向け、基本方針に当該年度の具体的な取り組みを明示している。
②	理念に基づく基本方針が明文化されている	a	
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている			
①	理念や基本方針が職員に周知されている	a	毎年度初めの職員全体会議の場で、施設長が昨今の福祉情勢を交えながら、理念・基本方針を資料を配布して具体的に説明している。又、理念・基本方針をどのように捉え・行動するかを、職員一人ひとりが文書化し、日々の実践につなげている。理念は職員全体会議での振り返り、事業所内の掲示、身分証明書への印字を通じて、職員への周知徹底が図られている。理念・基本方針の実践状況は、各部門主任が集う会議の場で確認している。 利用者・家族用に理念をかみ砕いたリーフレット(福祉の心とは・・・/個人の尊厳を保持するとは・・・)を作成している。利用者には施設長主催の「茶話会」の中で、理念・基本方針の要点を分かりやすく説明している。家族には広報誌「かけはし」や家族会総会の場で、理念・基本方針を詳しく説明している。
②	理念や基本方針が利用者等に周知されている	a	

I-2 計画の策定

		第三者評価	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
①	中・長期計画が策定されている	a	「安定した財政基盤の確立」「利用者主体の尊厳あるケアの実践」「地域社会への安心提供と施設機能の還元」「人材の確保・定着・育成と魅力ある職場作りの推進」「施設等の計画的な整備」を柱とする中・長期計画(3ヶ年)を策定している。中・長期計画の進捗状況は各種会議を通じて確認し、必要に応じて見直している。 中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画を策定している。単年度事業計画は当該年度の数値目標(平均利用者、職員配置数)や重点的な取り組みを明示した内容となっている。今後、項目によってはより具体的な数値目標を設定し、達成率等を評価する取り組みが期待される。
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a	
I-2-(2) 計画が適切に策定されている			
①	事業計画の策定が組織的に行われている	a	職員の意見・要望を吸い上げ、中・長期計画に反映している。各部門で前年度の達成度・反省等を踏まえ、次年度の事業計画(＝重点事項)を策定している。事業計画の進捗状況は各種会議や施設長との面談(半期毎)を通じて確認・評価・見直しを図っている。

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

② 事業計画が職員に周知されている	a	年度初めの職員全体会議で施設長が事業計画の概要を、各部門主任・フロアリーダーが重点事項(=具体的な取り組み)を資料を配布して説明し、職員への周知を図っている。事業計画の内容で前年度との変更点があれば赤字で強調し、一目瞭然となるように工夫している。
② 事業計画が利用者等に周知されている	a	利用者には施設長主催の「茶話会」の中で、当該年度の事業計画(自立支援介護の取り組み等)を分かりやすく説明し、意見・要望を募っている。又、家族には家族会総会の中で、事業計画の要点を説明する機会を設けている。家族アンケート結果からも、施設の理念・基本方針・事業計画内容等が周知・理解されている事が確認できる。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている			
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	a	施設長は各種会議を通じ、自らの役割と責任を職員に表明している。施設内のリスクマネジメント(事故防止、感染対策等)体制を整え、最終的な責任の所在は自らにあることを折に触れて説明している。又、広報誌「かけはし」の中でも、自分の考えや施設の目指す方向性(自立支援介護の具体的な取り組み等)を示している。	
② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	a		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている			
① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	a	施設長は福祉サービスの質の向上を目的とする様々な取り組み(自立支援介護の実践、利用者一人ひとりの「思い」を叶えるオンリーワン支援、専門委員会活動の設置と効率的な運営、ワンフロア2ユニット化による個別ケアの推進、計画的な施設内研修の実施、定期的な第三者評価の受審等)に指導力を発揮している。	
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	a		

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
① 事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている	a	毎月、法人4施設による施設長会議の中で、社会福祉事業全体の動向について把握している。又、法人内の地域包括支援センター(今年度2ヶ所で開設)や併設居宅介護支援事業所との情報交換を踏まえ、地域の情報(潜在的利用者数、ニーズの変化等)を把握している。	
② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	a	毎月の管理者会議・業務報告書を通じ、経営状況(収支バランス・利用者数の増減理由等)を分析している。	
③ 外部監査が実施されている	c	法人本部の監事(公認会計士)に経営収支を報告し、適切な指導・助言を受けている。	

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価	コメント
II-2-(1) 人材管理の体制が整備されている			
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a	必要な人材を確保できるよう、法人として様々な工夫(魅力ある福祉職場認定制度の申請、実習生の育成、就職フェア・就職情報サイトの活用、外国人技能実習制度の活用、職員紹介に対する報奨金制度の導入等)に取り組んでいる。又、職務遂行に必要な資格取得を奨励(合格時はお祝い金を支給)し、介護福祉士合格時は待遇改善(正規職員として採用)を図っている。中途採用・パート・派遣職員には「介護の基本塾(毎月)」で、必要な知識・技術を身につけてもらっている。	
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a	人材育成を目的として、人事考課制度を平成16年度より導入している。人事考課課程や具体的な評価基準・項目シートを整え、客観性を確保している。より効果的な制度となるよう、平成26年度から毎年外部講師を招き、考課者研修(育成面接に対する助言、コミュニケーション技法等)を継続的に実施している。人事考課は職員個々が自分の強み・弱みを確認しながら目標を定めたり、モチベーションの維持・向上に繋がる仕組みとなっている。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている			
① 職員の勤務体制が確保されている	a	職種別の職員数・労働形態(常勤・非常勤)・勤続年数・保有資格等の管理が適切になされており、事業者の事前報告のとおり、勤務体制が確保されている。	
② 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	a	事務部門で有給休暇の消化率・時間外労働のデータ等を把握・分析している。有給休暇については、時間単位での取得も可能となっている。又、平成28年度から有給休暇の計画的付与制度を導入し、連休を取得しリフレッシュ出来るように配慮している。職員個々の状況(夜勤不可等)を踏まえ、法人全体で配置転換・異動ができる仕組みを整えている。法人としてストレスチェックの体制や産業医への相談体制も整えている。	
③ 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	a	法人から職員互助会に助成金を支給し、福利厚生事業(食事会・温泉旅行等)を実施している。慶弔金等支給要綱に基づき、慶弔金を支給している。保健安全衛生委員会が中心となり、メンタルヘルスケアの推進(心の健康づくり、職員間でのいい所発見運動等)に取り組んでいる。	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている		第三者評価	コメント
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a	<p>組織が職員に求める基本的姿勢や人材育成の考え方を中・長期計や基本方針に明示している。又、人事考課票に、職員に求める期待像(モデル行動)を具体的に示している。</p> <p>質の高い介護サービスを提供出来るよう、施設内研修の充実を図っている。各委員会が中心となり、年間計画・多様なテーマにもとづいて施設内研修(毎月:全職員対象)を実施している。前年度より同一内容で2回(日時を変えて)実施することで、参加率の向上・内容周知を図っている。今年度より全体会議開催までの待機時間を有効活用し、各委員会・部署からの重要事項を周知徹底している。チームケアを担う中途採用・パート・派遣職員には「介護の基本塾(毎月)」の中で必要な知識・技術を身につけてもらっている。又、人材育成・職員の資質向上に繋がるよう、人事考課(キャリア・目標面接等)を踏まえて職員個別の研修計画を作成し、外部研修(専門、階層別、全国大会等)を受講させている。</p> <p>施設内研修終了後には報告書・外部研修終了後には復命書を提出することで、研修内容への理解を深めている。施設内研修に不参加の場合でも、レジュメを確認後に報告書を提出することを義務付け、内容周知を図っている。施設内研修終了後には、報告書の中に、今研修内容についての理解度や意見、要望等についてのアンケートを組み込むことで、次回以降の研修・カリキュラムの見直しに活かしている。外部研修受講後、必要時は全体会議の場で他職員にも内容を伝達している。復命書は介護部長が内容を評価(コメント・助言を添付)し、モチベーションのアップにつなげている。又、復命書は決済後に各部署へ配布し、職員が自由に閲覧できるようになっている。</p>	
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り組みが行われている	a		
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	a		
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている			
① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みを行っている。	a	<p>「実習生受け入れマニュアル」に基本姿勢・手順等を明示し、実習生を積極的に受け入れている。受け入れ前には養成校・大学の打ち合わせ会に出席したり、実習生にはオリエンテーションを行って留意事項等を説明している。実習期間中も都度、学校側と必要な連携(中間反省会・最終反省会等)を図っている。実習担当者は養成研修を受講し、指導者として必要なスキルを身につけている。</p>	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

Ⅱ-3 安全管理

		第三者評価	コメント
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている			
① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	利用者の安全・安心確保を施設の重要課題として捉え、各委員会活動(介護事故防止、感染対策、防災、保健安全衛生等)を中心に、リスクマネジメントの体制を構築している。「看護師不在時の容態急変に対する手順」を整え、職員が目につく場所への掲示や・施設内研修を通じて対応周知を図っている。救急隊と適切・迅速に連携を図れるよう、予め情報シート(疾病者情報記録票)を整備している。又、急変時対応に備え、全職員が救急救命講習Ⅱを定期的(3年毎)に受講している。入所者連絡先一覧は毎月更新し、各部署に配布している。	
② 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	防災委員会を中心に、災害対策(防災マニュアル・ハザードマップの整備と見直し、防災教育・訓練、点検パトロール等)を講じている。防災管理年間計画に基づき、消防署立会いのもと、火災を想定した総合避難訓練を年2回(内1回は夜間想定)実施している。又、毎月の部分訓練(通報・消火・伝言ダイヤル等)を通じ、職員への意識付け・対応強化を図っている。地震については机上訓練・県民一斉防災訓練への参加を通じて、対応を周知している。地域の自衛消防団・分団と防災協定書を締結＝支援体制を確保し、年1回は施設内を見学・確認してもらっている。利用者の薬剤情報・防火設備・防災グッズ・備蓄品(非常食等)・自家発電装置等を整備し、必要な管理・点検を行っている。非常食については、賞味期限が近付くと「災害時メニュー」として、利用者に説明し実際に食してもらっている。	
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	a	介護事故予防の為の体制(事故防止マニュアルの作成と見直し、報告制度、委員会活動、研修等)を整備している。ひやりはっと・事故事例が生じた場合は、各フロア毎に再発防止策を講じている。介護事故防止委員会(毎月)で全フロアの報告書を集計・分析し、事例検討や再発防止策の妥当性の検証を行っている。又、感染対策委員会を中心にマニュアル類の作成と見直し+職員研修(標準予防策、事例検討等)を実施し、職員への対応周知を図っている。特に嘔吐処理手順については全職員がロールプレイ訓練を通じ、適切な対応を身につけている。今年度は感染対策委員会内で小テストを行い、より担当職員一人ひとりの知識・技術の向上を図っている。	

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		第三者評価	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている			
① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	a	基本方針に「地域とのかかわり」を大切にする考え方を明示し、地域行事(祭礼、イベント等)への参加や施設行事(納涼盆踊り大会等)への招待、子ども(保育園児・小学生・中学生等)とのふれあい、多様な住民ボランティアの受け入れ等を通じて積極的に交流する機会を設けている。特養施設への理解を深めてもらう交流企画(＝松美苑まつり)は、多くの地域住民の参加・協力を得ての恒例行事となっている。地域における社会資源の情報を収集し、個別支援時等に有効活用している。	
② 事業所が有する機能を地域に還元している	a	中・長期計画に「地域社会への安心提供と施設機能の還元」を明示し、在宅介護者(一般の地域住民含む)を対象に「楽チン!介護教室」(年2回)を開催している。地域住民から講師の依頼があれば、テーマ(認知症予防について等)に応じた職員を派遣している。介護技能グランプリで技能賞(適切なコミュニケーション)を受賞した介護職員が県からの派遣要請を受け、他の介護施設に講師として出向いている。	
③ ボランティア受け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	受け入れに関するマニュアルやボランティア名簿・活動記録(個人・団体)を整え、多様な住民ボランティア(傾聴、書道、茶道、民謡、音楽療法等)を受け入れている。ボランティア前には予め注意事項(守秘義務等)を説明する機会を設けている。シーツ交換ボランティアに対しては、「シーツ交換の手順」を整え、必要に応じて実技指導を行っている。ボランティアの力を有効活用出来るよう、生活相談員が福祉施設ボランティア担当者学習会やボランティアコーディネーター学習会に参加している。	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている		
① 必要な社会資源を明確にしている	b	生活相談員が地域の社会資源連絡先一覧表(医療・福祉施設、公的機関、関係団体、人的資源、福祉制度等)を整備し、必要時に活用している。 生活相談員が設立がほぼ同時期の他特養3施設と定期的な会合(年4回)を行い、各施設が抱える問題や困難事例を共に解決出来るように連携を図っている。又、生活相談員の連絡会(年4回:白山市・野々市市)を通じ、地域の特養施設間でのネットワーク強化を図っている。
② 関係機関等との連携が適切に行われている	a	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている		
① 地域の福祉ニーズを把握している	a	地域の関係機関(行政・高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・社会福祉協議会・介護相談員等)と密な連携を図り、福祉ニーズの把握に努めている。今年度は生活相談員が地区民生委員の会合にも参加し、地域の現状把握やニーズに対しての認識を深めている。施設主催の介護者教室終了後の意見交換や併設地域包括主催のBeeカフェ(地域サロン)への参加を通じ、在宅介護者や地域住民の率直な意見・要望を吸い上げる機会を設けている。 平成29年度には、地域の福祉ニーズに基づいた事業として地域包括支援センター(市の委託事業)を開設している。また、緊急ショートステイの受け入れや介護者教室の開催等を実施している。
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	a	

II-5 事業所及び職員の倫理

		第三者評価	コメント
II-5-(1) 倫理構築の取り組みを行っている			
① 守るべき倫理・法令が周知されている	a	法令順守マニュアルを整え、新任職員に対しては採用時に説明している。現任者には毎年度初めに倫理・法令順守に関する施設内研修を行い、周知徹底を図っている。その際は各専門職種の倫理綱領(日本介護福祉士会、日本看護協会等)を配布し、日々の支援を振り返る機会を設けている。 事業計画及び決算書を事業所内に配置し、情報開示を行っている。又、事業運営の透明性を確保する為、財務諸表(収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表)を法人ホームページで公開している。	
② 事業運営の透明性が確保されている	a		

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

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	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			
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持つための取り組みを行っている	a	利用者の尊厳や人権の尊重を重視したサービス提供については、理念・基本方針・各介護マニュアルの中に明文化し、毎年度初めの施設内研修や年度末の「人権擁護」勉強会(外部講師担当)を通じ、職員への周知徹底を図っている。施設全体で推進している自立支援介護の取り組みは、利用者の「尊厳」を礎としている。身体拘束廃止委員会(毎月)で、身体拘束・虐待の芽となる不適切ケア(何気ない言葉・グレーゾーン等)について事例検討している。又、「身体拘束・不適切ケア・高齢者虐待」をテーマとする施設内研修(ロールプレイ含む)を通じて問題意識を共有し、身体拘束をしないケアを実践している。権利擁護(成年後見制度・日常生活自立支援事業)に関するパンフレットを玄関入口に設置し、家族等への情報提供を行っている。必要に応じて、権利擁護の諸制度を実際に活用している。	
② 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している	a	「プライバシー保護マニュアル」を整備し、フロア会議の中で周知(読み合わせ)したり、遵守状況を確認する機会を設けている。羞恥心を伴う場面での介助については十分に配慮(トイレのお誘いは他者に悟られないようにする、入浴時はマンツーマンで対応する、同性介助の希望に応じる等)している。又、ハード面での配慮(居室は一部を除き全て個室、相部屋はカーテンで間仕切り、個浴の設置等)も施されている。	
③ 認知症の入所者に対する介護サービスの質の確保のための取り組みを行っている	a	認知症の改善に繋がるよう、自立支援介護ブックレット(認知症)に基づいて論理的なケア(基本ケア=水分・運動・排泄・食事の充実、タイプ別の適切な対応等)を実践し、認知症援助委員会の中で評価している。自立支援介護に基づく認知症ケアが理解できているかを確認するために小テストを実施している。	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスが適切に実施されている			
① 計画的な機能訓練を行っている	a	毎月2回、外部より作業療法士を招き、専門的見地(身体機能の評価・助言等)をケアプランに組み込んでいる。作業療法士来苑時は担当職員が立ち会い、訓練内容・注意点等を他職員にも周知(写真等も活用)して、計画的な機能訓練に取り組んでいる。又、自立支援介護の取り組みの一環として「運動=歩行」を重視し、多職種協働のもと、各フロアで歩行訓練に取り組んでいる。機能訓練・運動時は利用者個々の動機づけにも配慮している。	
② 介護サービスを適切に実施している	a	食の楽しみにつながるよう、季節毎の行事食・選択食・ミニクッキング・イベント(屋台村等)の機会を設けている。多職種協働で「経口摂取の継続」「常食化」にも取り組んでいる。口腔機能の維持・向上、嚥下性肺炎の予防を目的として歯科医師・歯科衛生士と連携を図り、口腔ケアの充実を図っている。今年度は口腔ケアベストプラクティス(最善の手法)を整備し、より質の高い口腔ケアを提供している。口腔ケアの一連の取り組みは、次年度の東海北陸ブロック大会で研究発表を予定している。又、平成24年度から自立支援介護の一環として、施設全体で「おむつ内排便ゼロ」に取り組んでいる。職員間での論理的な考察・試行錯誤(朝礼・フロア会議・介護力向上委員会での検討)を繰り返した成果が実り、今年度の8月に「おむつ内排便ゼロ(日中)」を達成している。健康管理、衣類交換、生活環境の整備、褥瘡予防対策(ブレーダンスケールの活用、ポジショニング)についても適切なサービスを実施している。	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

<p>③ ターミナルケアを適切に行っている</p>	<p>a</p>	<p>「看取り介護マニュアル」を整え、多職種協働体制のもとで利用者・家族の尊厳を支えるターミナルケアに取り組んでいる。家族がターミナル期に至るまでの経緯を把握できるよう、各フロアに看護職員を配置し、健康手帳も活用しながら普段の様子・状態変化等をこまめに伝えている。嘱託医が終末期と判断した場合は改めて家族と話し合う場を設け、施設として出来る事・出来ない事を詳しく説明している。利用者の身体状況の変化に応じて都度、家族の不安や揺れ動く「思い」を十分に受け止めている。看取りプランは緩和ケアの視点だけに留まらず、最後の時まで「その人らしさ」を支えるポジティブな内容となるように配慮している。看取り後は職員個々が「確認シート」を記入しカンファレンスを通じて振り返る機会を設け、今後のより良い支援につなげている。</p>
<p>④ 入所者の生きがいの確保のための取り組みを行っている</p>	<p>a</p>	<p>利用者の生きがいにつながるよう、多様なクラブ活動(生花・茶道・民謡等)や季節毎のフロア・全体行事、プランターでの野菜・花植え作り等を楽しむ機会を設けている。各フロアや個人で制作した作品は、県老協主催の「余技展覧会」に出品し、ドライブ・ランチを兼ねて見学に訪れている。自立支援の一環として生活場面では利用者個々の得意な事・好きな事で役割(エプロン・おしぼり・タオルたたみ、編み物・縫い物等)を担ってもらっている。又、平成27年度より「オンリーワン企画 一人一人のかけがえのないあなたへ」と称し、利用者個々の「思い」や家族の願いを実現する支援に取り組んでいる。オンリーワン支援を通じて利用者へのかかわり・理解をより深めたり、利用者・職員が共に喜びや達成感を味わっている。個別支援の充実は、利用者の生活意欲やADLの向上にもつながっている。</p>
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている</p>		
<p>① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている</p>	<p>a</p>	<p>中・長期計画に利用者満足の向上を目指す姿勢を明示している。毎年、家族アンケート調査(年1回)を継続的にを行い、家族の本音をサービスの改善・向上に活かしている。集計結果や意見・要望への回答は全家族にフィードバック(家族会総会の場で報告し欠席家族には文書を郵送)している。職員にはリーダー会議・フロア会議の場でアンケート結果(前回指摘事項が改善されているか等)を振り返る機会を設けている。又、施設長主催の茶話会の中で、利用者との意見交換する機会を設けている。</p>
<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</p>		
<p>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>a</p>	<p>居室内に担当職員の顔写真・手書きのメッセージ(〇〇にご相談下さい)を掲示し、利用者・家族が気軽に相談出来るように働きかけている。面会時には職員から家族に近況を詳しく伝え、意見・相談を引き出すようにしている。担当職員だけでなく、生活相談員にも気軽に相談出来る環境(面談スペースの設置含む)を整え、利用者・家族の相談には親切・丁寧に応じている。</p>
<p>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>a</p>	<p>重要事項説明書に複数の苦情受付相談窓口(施設内・外部機関)を明示している。入所事前説明の際には、別途、苦情解決の仕組み(フローチャート図)を記したチラシを渡して説明している。苦情相談の受付担当者・責任者・第三者委員を明示したポスターを施設玄関や各フロア入口に掲示し、利用者・家族への周知を図っている。苦情対応マニュアルを整え、苦情相談等があれば内容を調査・分析し、処理経過・改善結果を申し出者に説明している。又、サービスの質・信頼性の向上を図る為、苦情相談内容・改善結果を施設玄関入口に公表している。</p>
<p>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>a</p>	<p>「意見・相談」と「苦情」は別物であると捉え、「意見・相談マニュアル」を整備している。利用者・家族の心情を考慮し、不快・不満な様子があれば苦情として、不満はないが「もっと〇〇してほしい、〇〇はどうなっているのか?」という内容に関しては意見・相談マニュアルに沿って対応している。意見・相談を受けた場合は申し送りノート・PCの生活日誌(特記事項欄)に記録し、職員間で情報共有を図っている。意見・相談に即応できない場合は「どのような方法でいつまでに・どのようにして伝えるのか」までを検討し、職員間で申し送りしている。職員個人で判断できない事案は、フロア会議に諮っている。</p>

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

Ⅲ-1-(5) 入所者の家族との連携・交流が図られている			
	① 入所者の家族等との連携、交流を行っている	a	居室に「健康手帳」を備え置き、家族との情報交換ツールとして活用している。家族向けの広報誌「かけはし」(毎月)の中で次月の行事(屋台村イベント、お楽しみ演芸会、盆踊り大会等)を案内し、家族の参加を募っている。又、カンファレンスに家族を招いて率直な意見・要望を伺ったり、オンリーワン支援時に家族の参加・協力を得ている。
Ⅲ-2 サービスの質の確保			
		第三者評価	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に受けた取り組みが組織的に行われている			
	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	a	平成20年度から第三者評価を定期的(3年毎)に受審し、サービスの質の改善・向上を図っている。第三者評価受診時は実行委員会を設置し、全職員参画の下で自己評価を取りまとめている。受審のない年度についても同評価調査票を用い、施設長が自己評価を行っている。又、介護部門については各フロア毎の目標を設定し、半年毎に進捗状況を評価・振り返り、下半期～次年度へとつなげている。
	② 評価の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	a	受審のない年度の自己評価結果については施設長が評価・分析し、自施設の課題・改善した項目等を把握している。第三者評価結果については代表者ミーティングで今後の課題を洗い出し、各種会議・文書の配布を通じて職員への周知を図っている。課題については、職員が参画する各種会議・委員会等の中で対策を検討し、組織全体で改善活動に取り組んでいる。
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している			
	① 個々の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	a	標準的な実施方法(利用者尊重・プライバシー保護にも配慮)については、介護マニュアルを作成・各部署に設置し、職員がいつでも閲覧できるようになっている。又、職員全員が介護マニュアルに沿ってサービスを提供しているか、確認表にもとづいて自己チェックを行う仕組み(年2回)を整えている。集計結果は介護部長が取りまとめ、順守率の低い項目については各種会議を通じて職員に周知・意識付けを図っている。施設全体で取り組んでいる自立支援介護の考え方については、ブックレットを各フロアに配布し、いつでも職員が活用できるようにすることで、周知が図られている。
	② 標準的な実施方法について見直す仕組みが確立している	a	各種マニュアルはリーダー会議、フロア会議、各委員会において、年1回、点検・修正を行っている。実態とのズレが生じ場合は、随時マニュアルを見直している。又、介護力向上委員会(月1回)の中で、日々の自立支援介護の方法等を見直す機会を設けている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている			
	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	a	ケアプランに基づいてケアを行い、施設独自のFDARAASP方式に沿って記録している。職員によって記録内容にバラツキが生じないよう、施設内研修(介護記録の方法について)を通じ、記載方法の統一を図っている。自立支援介護の記録についてはカードックスを使用し、水分・食事・排泄・運動量の15日分が一覧できるようになっており、モニタリング(6ヶ月毎)にも活用している。
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	a	文書管理責任者(=施設長)を定めている。法人文書管理規程に記録の保管・保存・廃棄に関する事項を明示している。個人情報保護方針・利用目的・情報開示の手順を整備し、施設内の掲示やホームページを通じて利用者・家族への周知を図っている。職員には年度初めの施設内研修(コンプライアンス)の場で、個人情報保護法の遵守を繰り返し説明している。

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

	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	a	情報共有・多職種間での連携を図る為、各フロアでケアカンファレンス(月5~6回)を開催している。又、事業所内の様々な情報(各フロアの予定・申し送り事項・生活日誌等)をパソコン上で共有できるよう、ネットワークシステムを構築している。
Ⅲ-2-(4) サービス提供における役割分担が明確化されている			
	① 施設における役割分担等が明確化されている	a	サービス提供における役割分担(職務権限・責任・担当業務)については、管理規程に明文化している。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている			
	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	a	施設パンフレットや法人ホームページでサービス選択に必要な情報(入所の受け入れ基準・資格・サービス内容・利用料等)を提供し、利用希望者から問い合わせには快く応じている。又、広報誌「かけはし」の中で、施設の具体的な取り組み(自立支援介護・オンリーワン支援の実例等)を紹介している。体験入所の希望があれば、短期入所利用として対応している。
	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	a	サービス開始時に説明漏れがないよう、入所・事前説明マニュアルを整備している。パンフレット・契約書・重要事項説明書の大切な部分にはマーカーで印をつけている。入所事前説明の際は親切・丁寧を心がけ、要所要所で理解が得られているかを確認し、署名・記名捺印で同意を得ている。
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			
	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	b	生活相談員2名にいつでも相談(退所後含む)出来る旨を施設玄関口に掲示し、利用者・家族への周知を図っている。入院時・他施設への移行時は、文書(看護サマリー等)で情報提供を行っている。今後の国の方向性や自立支援介護の成果を考慮し、他施設や在宅への移行手順を定めて文書化される事を期待する。又、サービス終了時により丁寧な説明となるよう、以前実施していた取り組み(コメントを添え、気軽に相談できる旨を記した手紙を渡す)の再開が期待される。

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている			<p>ケアプラン作成マニュアルにアセスメントの手順・見直しの時期を定めている。新規入所の際は生活相談員、介護職員、看護師で事前訪問を行い、介護職員が施設が定めた様式(個別援助表)に身体・生活状況等を記録している。入所後は担当職員・フロア介護支援専門員が中心となって再アセスメントを行い、利用者・家族のニーズ(思い・趣味等)をケアプランやオンリーワン支援に反映している。</p>
①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている	a	
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			
①	サービス実施計画を適切に作成している	a	<p>ケアプラン作成マニュアルに介護支援専門員を計画作成の責任者として定め、各フロアに1名配置している。新規入所時は生活相談員が暫定プランを作成し、その後は担当者が原案の作成を担い、多職種協働によるカンファレンス・合議を経た上で、フロア介護支援専門員がケアプランを作成・交付している。カンファレンスには出来るだけ家族にも参加してもらい、その中で家族の「思い」を確認している。ケアプランは利用者・家族のニーズを中心に、プラスの視点を重視したポジティブな内容となっており、日々の自立支援介護・個別支援の実践に活かしている。</p>
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	a	<p>ケアプラン作成マニュアルにモニタリングの時期(基本、6ヶ月毎)を定めている。状態変化があれば随時見直す仕組みも整備されている。プラン内容の変更箇所には赤線を引き、家族・関係職員への周知を図っている。</p>