

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「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

※ 最低基準を満たしていることを前提

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	コメント
I-1-1(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	<p>「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。</p> <p>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。</p> <p>毎年度初めの職員全体会議にて、施設長が福祉情勢を交えながら理念・基本方針を具体的に説明している。職員は自身の捉え方・理解について報告書を提出している。また理念・基本方針をどのように捉え・行動するかを、職員一人ひとりが年度目標として文書化し、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。</p> <p>家族用に理念・基本方針の要点を分かりやすくとりまとめたリーフレット(福祉の心とは・・・/個人の尊厳を保持するとは・・・)・広報誌を作成して郵送・説明している。「利用者家族アンケート」中にも「理念や基本方針を知っているかどうか」の設問を設けて周知状況を確認している。</p>

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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	<p>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の情報を把握している。</p> <p>毎年「白山市・野々市市介護保険施設連絡会」に参加し、他施設から寄せられてた議題について情報交換している。また当会議には行政担当者も出席しており、行政への要望や行政からの情報を得ている。</p> <p>毎月の管理者会議・代表者ミーティングにて業務報告書・事業実績から利用者の増減についての原因分析を行っている。また法人内の地域包括支援センター(2ヶ所)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。</p>
3	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	<p>毎月の施設長会議にて経営状況(組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等)の現状分析を行っており、具体的な経営課題・問題点を明確にしている。また理事会・評議員会の場で各施設長が事業報告を行っており役員間で情報共有している。職員には代表者ミーティングを通じて各部署代表者に現状課題・問題点を伝達して周知している。令和2年度より次期リーダーを担う職員をプロジェクトメンバーとして任命し、生産性向上に向けての取り組みを行っている。</p> <p>生産性向上の取り組みの一環として(5S運動)の動画を作成し職員に周知しており、全職員で具体的な取り組みを推進している。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。</p>

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	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	「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」「生産性向上 (ICT、IoTの活用)」を柱とする中・長期計画(3ヶ年)を策定して明文化している。事業計画は「将来のあるべき姿」の実現に向けた内容となっており、数値目標・具体的な成果設定等は単年度計画に明示している。中・長期計画の進捗状況は各種会議を通じて確認し、必要に応じて毎年度見直している。
5	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。	b	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)や具体的な成果と重点的な取り組み項目を明示した内容となっている。今後各部門の運営計画について、項目によってはより具体的なプロセス・数値目標を設定し達成率等を評価する取り組みが望まれる。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	<p>a</p> <p>上半期・下半期毎に各部門で掲げた「重点項目」の達成度・反省等の評価を行い、次半期・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にて確認・評価しており、職員の意見・要望をふまえて計画見直しに活かしている。</p> <p>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)を説明し、資料も配布して職員への周知を図っている。職員は全体会議後、理解度・捉え方を報告書として提出している。</p>
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	<p>a</p> <p>家族には事業計画書を郵送して周知を図っており、「利用者家族アンケート」にて「事業計画内容を知っているかどうか」の設問を設けて周知状況を確認している。</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	コメント
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	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	<p>介護部門については各フロア毎に事業計画を基に「重点項目」「フロア目標」を設定し、半期毎に進捗状況を評価・振り返りを行い次半期・次年度の計画作成に反映させている。</p> <p>生産性向上計画書を策定しPDCAサイクルを具体化している。生産性向上については改善対策が利用者の生活の質やサービスの質の低下につながっていないかのチェックを生産性向上担当委員会にて実施しており、利用者本位に検討して理念・基本方針と照らし合わせて改善対策の見直しを行っている。</p> <p>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。第三者評価受審時は、部長・主任・各委員会委員長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、自己評価を行っている。</p>
9	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。	a	<p>各フロア毎に事業計画を基に「重点項目」「フロア目標」を設定しており半期毎に進捗状況を反省・評価を実施し、反省と課題を文書化している。評価結果は各部門に配布して職員に課題の周知を図り、次年度の改善につなげている。</p> <p>第三者評価の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・委員会・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。</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	コメント
Ⅱ-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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	<p>年度初めの全体会議の中で施設長は法人全体の理念・基本方針と、施設の経営・管理に関する方針と取り組みを説明している。</p> <p>施設長は各種会議・委員会への参加と広報誌への掲載を通じ、自らの役割と責任を職員に表明している。</p> <p>施設内のリスクマネジメント(有事、事故防止、感染対策等)体制を整備し、業務分担表で最終的な責任の所在を明確にしている。有事における施設長不在時の具体的な代理権限委任の明確化が望まれる。</p>
11	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。	b	<p>施設長は様々な研修会への参加や県老協・法人本部から関係法令全般・改正事項について情報収集しておりその理解に取り組んでいる。</p> <p>年度初めに「法令順守マニュアル」を各部門・フロアに回覧して全体会議報告書に職員個々の意見・疑問・感想を記入してもらっており、職員に伝えるべき内容(各種改正、国の方向性等含む)は、職員全体会議にて周知している。</p>
Ⅱ-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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	<p>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、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。</p>
13	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	<p>施設長は人事・労務・財務面での分析を行い、ハード・ソフトの両面から業務の標準化・改善・効率化(補助金を活用したインカムや移乗ロボット、見守りセンサーの導入、委員会活動の時間内化への変更、コロナ禍における施設内の集合研修の方法を動画視聴へと変更することでの参加率の向上や待機時間や休日出席の解消等)に取り組んでいる。また年2回全職員から「職場改善提案」を募り、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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	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	<p>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取得、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。</p> <p>また職務遂行に必要な資格取得の奨励(資格手当の付与、合格時お祝い金支給)、介護福祉士合格時の待遇改善(正規職員への移行採用)に取り組んでいる。</p>
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	<p>人材育成を目的として、人事考課制度を導入している。人事考課規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。</p> <p>人事考課表には「情意、成績、能力」の3つの考課基準を設けており、その中の「モデル行動・着眼点」項目には「施設が職員に求める期待像」を具体的に示し、職員の目標と考課者の評価基準を明確にしている。また行動評価得点に目安を設けることで考課の客観性を担保している。</p> <p>年度初めの辞令交付の面談の際には、施設長より人事考課の結果についても触れ、職員のモチベーションの維持・向上を図っている。</p> <p>年度末の施設長会議にて把握した職員の動向や各施設の分析に基づき、職員の成長と期待値及び全体的な人員体制を考慮しながら人事異動について検討している。</p>

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
<p>16</p> <p>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り組んでいる。</p>		<p>a</p> <p>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適正な勤務体制が確保されている。 委員会等の各種会議は勤務時間内に開催しており、全体会議についても動画配信によって職員は自分の都合よい時に視聴できる仕組みを整備することで時間外勤務の削減につながっている。 事務部門にて有給休暇の消化率・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。また平成28年度から有給休暇の計画的付与制度を導入し、連休を取得し職員が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備している。法人として年1回のストレスチェック体制や産業医への相談体制も整えている。 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「ありがとう月間」等)に取り組んでいる。</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。		
<p>17</p> <p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>		<p>a</p> <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。また人事考課表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。 人事考課表には具体的・客観的な考課基準を明示している。年度初めに職員と考課者で業務・啓発目標設定の面接を実施しており、必要性に応じて中間面接も実施している。年度末には職員は「自己評価ワークシート」、考課者は「育成面接準備シート」を準備して面接を実施している。</p>

18	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	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。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。研修は委員会が動画を作成して、サーバー内にアップすることで職員は自分の都合のよい時に視聴(何回でも視聴可能)し、理解度・捉え方を報告書として提出する仕組みを構築しており研修への参加率の向上と理解度の促進につながっている。人材育成・職員の資質向上に向けて、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。
19	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	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度を確認している。動画配信による研修に移行したことによって全職員が参加することが可能となっている。動画視聴後の報告書は、これだけは押さえて欲しいポイントについてまとめる形式や質問する形式を取ることで研修の理解度が図れるようなものとしており、次回以降の研修・カリキュラムの参考にしている。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。また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。
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	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	「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。受け入れ時は実習生に事前にオリエンテーションを行って留意事項等を説明しており、実習生からは目標・課題を聞き実習プログラムに反映させている。実習期間中においても実習担当者と実習生、学校側の先生と話し合う機会を設け(中間反省会・最終反省会等)、課題を明確にしながら取り組んでいる。実習担当者は実習指導者講習会を受講し、指導者として必要なスキルを身につけている。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	法人ホームページにて理念・財務諸表を公開している。 また毎年度の決算報告書は法人各事業所にて誰でも閲覧できるように備え付けている。 第三者評価結果についても石川県のホームページにて公開されている。 苦情・相談内容と改善策については施設玄関の掲示板に掲示している。今後は法人ホームページでの公開が望まれる。
22	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	事業運営の透明性を確保するために、中長期・単年度事業計画及び財務諸表(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おり、法人各事業所にて誰でも閲覧できるように備え付けている。 必要に応じて外部専門家(社会保険労務士等)の助言を得ており、法人監事(税理士)による監査も受けている。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	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	基本方針に「地域との共生」を明示しており、事業計画に社会貢献運動・地域交流の具体策を明示している。 コロナ禍において活動自粛を余儀なくされているが、計画では地域行事(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。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(オンリーワン企画等)に有効活用している。
24	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。	a	ボランティア受け入れに関するマニュアルにおいて基本姿勢を明文化している。受け入れに際してはボランティア名簿・活動記録(個人・団体)を整備しており、多様な住民ボランティア(傾聴、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。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。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	a 地域の社会資源を明示したリスト(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、各部署に配布して必要時に活用している。新規情報については職員会議・回覧で情報共有している。 「白山市・野々市市介護保険施設連絡会」において特養施設間で情報交換している。市・地域包括支援センターとは困難事例にともに取り組み解決にあたっている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	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)との連携によって、地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいる。 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)への参加の中で、在宅介護者や地域住民の率直な意見・要望を聞く機会を設けている。 白山市より福祉避難所の指定を受けている。 コロナ禍において地域への上記活動を自粛しているが、例年は地域祭りへの参加・地域クリーン作戦にも協力している。
27	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 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。 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。

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	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。			
28	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。	a	<p>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理念・基本方針・各介護マニュアルの中に明文化している。毎年度初めの施設内研修や年度末の「人権擁護」勉強会(Web講座)を通じて職員への周知徹底を図っている。</p> <p>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、介護現場における「これって?」という個人からの声を募り(PC書込み欄・投書箱)、委員会にて協議、対応を検討し、その結果を周知している。また、目やにの放置や離床介助後に布団を整えない、衣類が汚れていても入浴日まで交換しない等、不適切ケアの具体的項目をケアチェック表に挙げ、全職員が日々チェックすることで注意喚起を図っている。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活用している。</p>
29	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	<p>「プライバシー保護マニュアル」を整備し、フロア会議の中での周知や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。またハード面(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)において整備している。</p> <p>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)に取り組んでおり、認知症援助委員会の中で評価を実施している。</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	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 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柔軟に応じて入所相談記録として残している。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・オンリーワン企画の実例等)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。
31	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 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・丁寧を心がけ順を追って説明し、要所所で理解が得られているかを確認しながら詳細に説明して同意を得ている。
32	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 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・家族に周知している。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。退所後も相談に応じることを記載した文書を施設内各所に掲示しており、家族には文書を渡している。
Ⅲ－１－(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	① 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 中・長期計画に利用者満足の上昇を目指す姿勢を明示している。毎年利用者家族アンケート(年1回)を継続的に実施しており、家族の意見をサービスの改善・向上に活かしている。職員はリーダー会議・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おり、分析・評価のうえ改善策を検討している。 集計結果・改善策や意見・要望への回答は全家族にフィードバック(家族会総会にて報告、欠席家族には文書を郵送)しており、アンケートへの記名の家族にはそれぞれの要望に対してより詳細な回答を別途送付している。

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	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	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・第三者委員)を明示しており、苦情解決の仕組みを書面で掲示している。入所事前説明時は別途に苦情解決の仕組み(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。またサービスの質・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。
35	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	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・電話・メール・LINEによって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を整え、利用者・家族の相談には親切・丁寧に応じている。
36	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	「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。

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	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	<p>利用者の安全・安心確保を施設の重要課題として捉えており、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。リスクマネジメント責任者を配置して事故防止委員会の中で研修内容・急変時マニュアルと対応フローチャートを見直し・刷新してより見やすくしたものを全職員に周知している。</p> <p>ひやりはっと・事故事例が生じた場合は、各フロア毎に対応策・再発防止策を講じて各部署に報告書のコピーを回覧している。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。事故防止に関する研修については毎年実施している。</p> <p>「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を周知している。救急隊との適切・迅速な連携のために予め情報シート(疾病者情報記録票)を整備している。また急変時対応に備えて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。</p>
38	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	<p>感染対策委員会を中心にマニュアルの作成及び見直しと発生時の連絡報告体制を整備している。感染症認定看護師による職員研修(標準予防策、事例検討等)を実施し、職員に対応を周知している。防護具の着脱・嘔吐処理手順については全職員が実技訓練を通じて適切な対応を身につけている。</p> <p>施設内においては看護協会支援事業による施設内の巡回指導の下、3段階の各フェーズを想定した準備(各所消毒液の設置、施設玄関や各フロア内の立ち入り制限ライン等)がされている。</p>

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

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。災害発生時の組織体系を制定しており迅速に対応できる体制を構築している(責任者不在時の代理人選定含む)。職員の安否確認はLINE及び災害用伝言サービスを利用している。

防災管理年間計画に基づき年2回の消防署立会いの火災避難訓練(内1回は夜間想定)実施している。また年4回の部分訓練通報訓練(地域団体含む)・LINEによる職員連携確認を通じて職員への意識付け・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職員に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＝支援体制を確保しており年1回は施設内を見学・確認してもらい連携を図っている。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・確保しており、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。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	標準的な実施方法(利用者の人格尊重・プライバシー保護)について各種介護マニュアルを作成し各部署に配置しており、職員がいつでも閲覧できるようになっている。 職員全員が介護マニュアルに沿ったサービスを提供しているかについて、フロアリーダーがフロア全体の評価を確認表にもとづいてチェックを行う仕組み(年2回)を構築している。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している。
41	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	各種業務がマニュアル沿って実施されているかの検証の為に、代表者会議、リーダー会議、フロア会議、職員全体会議、各委員会にて年間を通じて確認・評価を行っている。 各種マニュアルは年1回見直しを実施しているが、実態とのズレが生じ場合は、随時見直しを行っている。 各種マニュアルの見直しを行った場合はリーダー会議を通じて各フロア単位で全職員に周知している。 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-(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	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。	<p>a</p> <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企画に反映している。</p> <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>
43	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。	<p>a</p> <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となっている。プラン内容の変更箇所には赤線を引き、家族・関係職員へわかりやすく周知している。</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。

<p>44</p>	<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>ケアプランに基づいてケアを行い、施設独自のFDAR方式にAS(アセスメント)P(プランニング)を追加した独自の記録方法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)を通じて記載方法の標準化を図っている。自立支援介護の記録についてはカードデックスを使用し、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。 情報共有及び多職種間の連携のために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。また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ネットワークシステムを構築している。</p>
<p>45</p>	<p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>a</p>	<p>文書管理責任者(=施設長)・記録管理責任者(実際の責任担当者を選任)を定めており、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・家族に周知している。年度初めに「法令遵守マニュアル」を各部門・各フロアに回覧して、職員全体会議報告書に個々の意見・感想を書いてもらい、「職員の行動規範」と「個人情報保護法の遵守」を繰り返し周知している。</p>