

(書式：高4 - 1)

岐阜県社協福祉サービス第三者評価モデル事業

評 価 書

(岐阜県福祉サービス第三者評価推進会議共通評価項目及び高齢分野評価項目適用)

社会福祉法人岐阜県社会福祉協議会

も く じ

1	受審事業者	1
2	総 評	1
3	第三者評価結果に対する事業者のコメント	1
4	共通評価項目	
	評価対象 福祉サービスの基本方針と組織	
－ 1	理念・基本方針	2
－ 2	計画の策定	3
－ 3	管理者の責任とリーダーシップ	4
	評価対象 組織の運営管理	
－ 1	経営状況の把握	5
－ 2	人材の確保・養成	6
－ 3	安全管理	8
－ 4	地域との交流と連携	9
	評価対象 適切な福祉サービスの実施	
－ 1	利用者本位の福祉サービス	1 1
－ 2	サービスの質の確保	1 3
－ 3	サービスの開始・継続	1 5
－ 4	サービスの実施計画の策定	1 6
5	サービス評価項目	
	自立への支援	1 7
	生活意欲の向上	1 8
	健康の維持管理	2 0
	食 事	2 2
	入 浴	2 4
	排 泄	2 5
	相談・要望・苦情への対応	2 6

----- * 評価書における3段階評価について -----

3段階評価の目安は次のとおりです。

「A」...「十分にできている（優れた状態にある）」

「B」...「できている（適切な状態にある）」

「C」...「あまりできていない（一部又は重要な部分が不十分な状態にある。）」

「評価区分」ごとの総合評価は、それぞれの「評価項目」においての「A・B・C」の3段階評価を行い、「評価区分」ごとに合計、平均し、評価したものです。

1 受審事業者

名称：社会福祉法人同朋会 特別養護老人ホーム椿野苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 岩佐一馬	定員(利用人数)： 50名
所在地：山県市大桑3615-1	TEL：0581-22-6001

2 総 評

・施設長のリーダーシップのもと施設運営、サービス提供において8つの部会・委員会部会が組織され、担当・係も個人別に所属が定められ責任を明確にしている。なかでも利用者の要介護度毎に3つのエリアを分け、定期的開催するエリア会議を通して年次計画の策定や人材情報が把握できる体制が整えられていることが特徴として挙げられる。サービス提供面では、各エリアごとに課題の把握など情報の共有化を図り、エリア間で競争することにより事業所全体のサービスの質の向上が高められている。

・介護の基本姿勢として「利用者の立場に立った」処遇を掲げ、利用者本位のサービス提供に努めており、職員も現状に満足することなく、業務改善や質の高いサービス提供をめざす姿勢が見られるが、「サービスの標準化」についての認識が低く感じられたので、標準化についての理解を深め、マニュアル化し、実践につなげる必要がある。また、事業所としての理念や基本方針が明文化されておらず、冊子化して利用者等にも周知する必要が感じられた。

・約20㎡と比較的大きな医務室と常勤医師の配置は、利用者に大きな安心感を抱かせ、防火係や地震防災活動隊など安全確保の取り組みについては万全を期している。食事、入浴、排泄については、利用者の要望を取り入れ、旬の食材の使用や食堂外での食事提供、希望者を対象とした夏季の夜間入浴、「オムツアンダー0」などに取り組んでいるが、職員配置面での制約があるので、介護、介助に一層の工夫が必要である。

・ニーズに合わせた多彩なクラブ活動を用意し、潤いのある生活を支援している。事業所に近接して複数の障害者福祉施設等があり、常時連携しているが、昨年12月に立ち上げた「ふるさと福祉村」も含め、施設の機能やこの環境を十分生かした積極的な地域交流活動が期待される。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

・項目全般において、規程・マニュアルの整備が必要であると感じました。

4 共通評価項目

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

-1(1)	理念、基本方針が確立されている。
-1(1)	理念と基本方針が明文化されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の理念は、各事業所共通の理念として明文化され、案内パンフレットにわかりやすい表現で明示している。 ・ 事業所の基本方針については、平成 15 年度の事業計画書に理念を具現化した日常の行動指針・介護の基本姿勢 5 原則・運営方針の基本など記載されている。 ・ 基本方針について、一部年度の事業計画書のみ記載されているだけであるので、別冊で作成することが望ましい。 	
-1(2)	理念や基本方針の周知
-1(2)	理念や基本方針が職員に周知されている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の理念、事業所の基本方針について平成 15 年度の事業計画書に掲載され、職員には周知されている。また、朝礼において、「6つの”S”を大切に」を職員が唱和することなどにより、日常の行動指針として徹底を図っている。 	
-1(2)	理念や基本方針が利用者等に周知されている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者等に対する法人の理念、事業所の基本方針の周知については、利用契約時はもちろんのこと「苑だより」や家族会等で周知を図っているが、やや不十分な感じが見受けられた。 ・ 基本方針を別冊化して配布するなど利用者、家族に対して介護の基本姿勢等より一層理解いただくことが期待される。 	

総合評価	B
<ul style="list-style-type: none"> ・ 理念・基本方針については、法人のパンフレットや 15 年度のみではあるが事業計画書に日常の行動指針・介護の基本姿勢 5 原則・運営方針の基本等を盛り込んだものが明文化されている。 ・ 理念・基本方針の周知について、職員には十分周知されていることが伺えるが、利用者等についてはやや不十分のように見受けられた。 ・ 今後は、基本方針を別冊化して職員への携行や利用者等への配布など周知に努めていただきたい。 	

- 2 計画の策定

-2(1)	中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。
-2(1)	中・長期計画が策定されているとともに、これを踏まえた事業計画が設定されている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期計画については、経営層のなかでは検討されているが介護保険法の改正等制度改正があり、これを懸念して文書化はされていない。中期（計画・3年程度）の見通し（事業経営の概況等）についても、自己評価とともに提出いただいた現況調査書に方針は提示されているが文書化されおらず、職員への周知もなされていない。 ・介護保険法の改正内容も見えてきており、経営数値等を見据えた計画策定に取り組む予定があるとのことであり、今後に期待したい。 	
-2(2)	計画が適切に策定されている。
-2(2)	計画の策定が組織的に行われている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設運営・サービス提供のため8つの委員会、部会が組織され、かつ組織表・事務分掌が明確に規定されている。また、担当・係も個人別に所属が定められ責任を明確にしている。 ・年次計画については、この仕組みを通して職員の意見・要望は、毎月開催されるエリア（要介護度毎にエリアを区分）会議や運営委員会で報告・検討され計画策定にも十分反映できる体制となっている。 	
-2(2)	計画が職員や利用者に周知されている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年次計画の職員への周知は、前項目のとおり当事業所の組織体制を通して概ね徹底されている。 ・利用者への周知は施設内の掲示板等で計画・行事について周知されているが、家族に対しては、「苑だより」を通してのみであり工夫が必要であると感じられた。 	

<p>総合評価 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法の改正等制度改正があり、これまで中・長期計画の策定は見合わせていたようである。ただし、現在改正の方向が概ね把握できつつあり、同計画の策定に取り組むとのことであった。 ・年次計画については、日頃から職員の意見・要望等を吸い上げることが可能な体制となっており、十分意見を踏まえ、かつ職員が参画した計画となっている。中・長期計画策定にあたっては、年次計画策定同様の手法での取り組みを期待したい。 	
---	--

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

- 3(1)	管理者の責任が明確にされている。
-3(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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者としての役割や責任等を明記した文書は見受けられなかったが、事業運営に対する考えた方や姿勢については、運営委員会等の会議や広報誌などを通して表明されている。 	
-3(1)	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。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等については、必要と思われる事項を、幹部職員をはじめ他の職員等についても、会議等で説明している。 ・法令等の遵守は重要事であるので、必要な法令の要点を抜粋したリストなどを作成し、一般職員まで周知徹底を図られたい。 	
- 3(2)	管理者のリーダーシップが発揮されている。
-3(2)	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上に向けては、毎月開催される運営委員会において施設長以下エリア長、副主任クラスが出席し、エリア会議での意見・要望や活動内容まで報告、討議・検討するなど全体的に意欲的な取り組みがなされており、管理者としてリーダーシップを発揮されている。 ・経営面については、施設長、事務長等で骨格を決定しており、他の職員はあまり関与していない。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の責任とリーダーシップについて、明文化していないものの会議等で表明している。サービスの質の向上に向けた取組みにおいては、運営委員会等で特に意欲的に取り組みリーダーとしての指導力を発揮していることが伺われた。 ・法令等を理解するための取り組みについても、会議等を通して説明されているが、必要とされる法令リスト等を作成し周知徹底を図られたい。 	
--	--

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

-1(1)	経営環境の変化等に適切に対応している。
-1(1)	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉制度、高齢福祉の動向、事業経営をとりまく環境を把握する手段として、新聞情報の切り抜き帳を作成し、情報の収集を行っている。 	
-1(1)	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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ エリア会議、各種検討会議を通して、施設整備面については、必要に応じて改善している。 ・ 経営については、様々な媒体を通して情報を収集分析し、「できることから改善」を基本スタンスとして改善に取り組んでいる。特に、介護保険法の改正に伴い、事業経営の改善を迫られていることから、経営数値に関する検討資料の収集・分析・検討を行っている。 	
-1(1)	外部監査が実施されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人囑託の公認会計士による経営相談、指導を受けている。 ・ 県福祉事務所の指導監査では、指導事項もなく、適正な施設運営であることが確認できた。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険法の改正の動向の把握とそれに伴う事業経営の改善に重点をおいて、情報収集・分析、経営数値の検討などを行い、結果を中・長期計画に反映する取り組みが開始されている。 ・ 経営面での改善すべき課題の把握と実践については、現場をはじめ様々な媒体を活用して情報収集と課題の発見に努め、「できることから改善」の考えで取り組んでいる。 	
--	--

- 2 人材の確保・養成

-2(1)	人事管理の体制が整備されている。
-2(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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月開催するエリア会議を通して、個々の職員の人材情報が吸い上げられる体制が確立しており、人材活用プランに反映されている。 	
-2(1)	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事考課基準が定められており、職員にも周知されている。 ・人事考課は同基準に基づき、職員の 自己評価 主任評価 事務長評価 施設長の順で適正に実施されている。 	
-2(2)	職員の就業状況に配慮がなされている。
-2(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。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々の職員の就業状況や就業に関する希望は、主任・事務長による個別面接により把握し、その結果を踏まえた人事管理を行っている。 	
-2(2)	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福利厚生を重視し、積極的に事業に取り組んでいる。また、福利厚生センターにも加入している。 	
-2(3)	職員の質の向上に向けた体制が確立されている。
-2(3)	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が作成され、計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別面接等により個々の適正にあった業務への配置や人事考課により役職に就けている。 ・研修委員会が設置されているので、職員一人ひとりについての研修計画を作成し、個々の職員の質の向上に向けた取り組みを期待したい。 	

-2(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。

評価結果 B

- ・研修委員会において、定期的に個別の教育・研修計画の評価、見直しが行われている。
- ・計画の作成とともに、個別指導への反映方法についての検討も必要である。

総合評価 A

- ・個別面接、エリア会議等を通して、個々の職員の就業状況、希望の把握や人材情報が把握できる仕組みが確立しており、人材活用プランに活かされている。
- ・職員が周知している人事考課基準が設けられており、適正に実施されている。
- ・個々の職員の質の向上に向けた取り組みにおいては、研修委員会が作成した研修会に基づいて教育・研修が実施されているとともに定期的に研修計画等の見直しを実施している。

- 3 安全管理

-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。
-3(1)	緊急時（事故、感染症の発生時等）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。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師、看護師は常駐しており感染症等を含め身体面での安全確保の体制は整備されている。 ・ 防火担当係が設置され、防災訓練実施計画もある。地震防災活動隊や自営消防隊も設置されている。防災対消防署の協力を得て、年数回、避難誘導訓練（夜間を想定した）訓練も実施している。 ・ 災害対応や事故防止マニュアルは整備されていない。 	
-3(1)	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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リスクの把握は、ヒヤリハット記録やエリア会議、運営委員会等を通して事例が担当から報告され、再発防止のための対策を検討している。 	

<p>総合評価 A</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 夜間における利用者の身体に関するマニュアルの活用など身体面での安全確保体制は整備されている。 ・ 防火担当係が設置され、昼間に夜間を想定した訓練も実施しているが、夜間については、宿直職員が少人数となることから、過去に他施設で起きた事例を参考にするなど災害対応マニュアルの作成が必要とされる。特に、当事業所の地域的な面から夜間の災害誘導體制の整備が急務とされる。 	

- 4 地域との交流と連携

-4(1)	地域との関係が適切に確保されている。
-4(1)	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期的に実施している利用者と老人クラブとの交流活動に加え、近隣の保育園児や小学校児童との交流も深めるなど地域との関わりを大切にしている。 	
-4(1)	事業所が有する機能を地域に還元している
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併設の老人デイサービスセンターで介護者教室を実施しているのみ。当事業所として施設の機能を地域に還元する事業、活動は実施していない。 	
-4(1)	ボランティアの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。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単発なボランティアの受け入れや当事業所でのボランティアグループ同士の交流会の開催に活用しているが、ボランティア受け入れに関するマニュアルが整備されていない。 ・ボランティアの受け入れ前と受け入れ時の体制など事業所の実情に合わせたマニュアルを作成することが必要である 	
-4(2)	関係機関との連携が確保されている。
-4(2)	必要な社会資源を明確にしている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の運営をはじめ役割や機能を達成するため連絡や連携を必要とする関係機関や社会資源については、明確となっており、必要に応じ連絡が取れる体制となっている。 ・今後は、それぞれの関係機関や社会資源の内容や機能を明示したリストを作成し、かつ職員間の情報の共有化を図ることも必要であると考えられる。 	
-4(2)	関係機関等との連携が適切に行われている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所所在地域には、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、知的障害者更生施設等があり常時連絡、連携を図っている。また、他の関連機関とも必要に応じて適切に連携を取っている。 	

-4(3)	地域の福祉向上のための取り組みを行っている。
-4(3)	地域の福祉ニーズを把握している。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所所在地自治会との懇談会や同市役所と連携し、地域の福祉ニーズを把握するよう努めている。 	
-4(3)	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所が主体となって「ふるさと福祉村（地域の福祉コミュニティの実現をめざし住民が主体となってボランティア・商店・医療機関・福祉施設などが連携したネットワーク体）」を立ち上げ、地域の福祉ニーズを拾い上げ地域住民との交流を主にネットワークづくりを進めている。 ・独自の広報誌を作成し、広報・啓発面から地域との連携を強化する取り組みを進める予定がある。また、広報誌以外にも地域との交流を図るための具体的活動を計画中とのことであるので期待したい。 	

総合評価	B
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所所在地近隣に障害者施設があり、常時連携しかつ、「ふるさと福祉村」の推進主体として、地域福祉の推進拠点としての条件は整備されつつある。 ・ただし、ボランティア受け入れ等について恵まれた環境にあるもののマニュアルが未整備であり、福祉施設の機能を活用した事業展開に結びついていない。 ・近隣施設をはじめ、地域の社会資源を把握しており、必要に応じて連絡が取れる体制は確保されているので、「ふるさと福祉村」の推進とあいまって地域との交流を積極的に図る必要がある。 	

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

-1(1)	利用者を尊重する姿勢が明示されている。
-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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 各エリア会議、ケース検討会議等において、基本姿勢として常に利用者の立場に立ったサービス提供を実践することを明示し、徹底を図っている。 人権尊重のため、排泄介助や身体拘束、虐待防止についても職員に周知徹底を図っている。 	
-1(1)	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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者のプライバシー保護に関する規程、マニュアルは整備されていないが、各種会議、研修会等を通して、プライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識について周知・徹底が図られ、サービス提供場面において実践されている。 	
-1(2)	利用者満足の向上に努めている。
-1(2)	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の個々に適切なサービス提供を実施しているが、利用者アンケートや家族等からの要望についての取り組みが不十分であり、利用者のサービス提供に対する満足度が把握しきれていない。 	
-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。
-1(3)	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>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者、家族からは必要の都度、各主任が相談を受ける体制となっている。ただし、利用者との日常会話のメモが寮母日誌に記載してあるのみで共有化されていない。 	

-1(3)	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知されており、機能している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス検討委員会による検討、苦情箱の設置や施設内での掲示など利用者保護、権利擁護のための取り組みが実施され利用者にも周知されている。ただし、苦情解決責任者、担当者等の表記が小さいので、利用者及び家族等だれもがわかりやすく掲示する必要がある。 	
-1(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者からの意見等に対するマニュアルは作成されていない。あわせて、利用者等からの意見や相談をより受け入れやすくするため相談体制の説明、周知も必要である。 	

<p>総合評価 A</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所の介護の基本姿勢 5 原則のなかに「利用者の立場に立った」処遇を位置づけ、常に職員すべてがその旨を心掛けてサービス提供している。 ・ サービス検討委員会の設置、意見箱の活用など利用者保護の取り組みは見られるが、社会福祉法第 8 2 条に規定する苦情解決のための取り組みと個人情報保護や利用者からの意見に対してのマニュアル作成などサービス提供に関する標準化を図ることが必要である。 	

- 2 サービスの質の確保

-2(1)	質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。
-2(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>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所独自でサービス内容についての評価表を作成し、自己評価を実施しているが、評価結果に関する検討会等は未設置でありサービス提供にあまり活用されていない。 	
-2(1)	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ている。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容に関する評価結果について文書化されておらず、職員の共通理解が図られていない。 	
-2(1)	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一連のサービス提供についてP（計画・介護計画）、D（実践・サービス提供）、C（確認・モニタリング）、A（修正・自己評価）をサイクルを実践していない。また、サービス提供の標準化があまり理解されていない。 	
-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。
-2(2)	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。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々のエリアにおいてサービス提供内容について検討され、ケアマニュアルに基づいてサービス提供を実践しているが、標準化されたケアマニュアルとなっていない。 	
-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>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供内容の標準化、P D C Aサイクルについての理解が不十分である。個々のサービス提供についてマニュアルを作成し、サービス提供内容の標準化に取り組む必要がある。 	

-2(3)	サービス実施の記録が適切に行われている。
-2(3)	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>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> 各エリア又は各エリア間で協力をし、適切にサービス提供内容が記録されているが、職員個々でばらつきが見られる。 主任から寮母等、上から下への指導等は困難であり、サービス実施状況の記録についても標準化を図る必要がある。 	
-2(3)	利用者に関する記録の管理体制が確立している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者に関する記録の管理責任者の配置や管理規程は整備されていないが、利用者の個人情報の保護を含め、適正に管理されている。 	
-2(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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> エリア内では、こまめに利用者の状況について引き継ぎ、申し送りをしている。エリア間では、エリア長を中心にエリア会議等で利用者の状況等に関する情報の共有化が図られている。 	

<p>総合評価 B</p> <ul style="list-style-type: none"> サービスの質の向上に向けて、サービス内容の標準化についての理解を深め、マニュアル化し、広範囲に実践していくことが必要である。 P D C A サイクルについても理解を深め、一利用者を通して実践してもらいたい。 各エリア、エリア間で情報の共有化が適切に図られ、個々のサービス提供、質の向上につながっている。また、記録の管理についても厳正な取り扱いが確認できた。 	
---	--

- 3 サービスの開始・継続

-3(1)	サービス提供の開始が適切に行われている。
-3(1)	利用希望者に対してサービスの選択に必要な情報を提供している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所入所希望にあたっては、関係機関等に「苑だより」や広報誌等を定期的に配布するなど情報提供に努めている。また、見学、相談など気軽に対応している。 	
-3(1)	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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所の開始にあたっては、利用者等に説明・同意のもと重要事項説明書、契約書を取り交わしている。利用者により理解しやすいよう説明の仕方の工夫など努める必要がある。 	
-3(2)	サービスの継続性に配慮した対応が行われている。
-3(2)	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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の変更や家庭への移行について、契約書に明記しており、サービスの継続性に配慮した対応がなされている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の情報提供、サービスの開始から事業所の変更、家庭への移行まで適切な対応がなされている。特に、サービスの継続性については、モニタリングを重視し、利用者の立場に立った対応を実施しているが、その際、ニーズの掘り起こしについて多方面からの視点で検討されることにより、一層継続性を確保できると思われる。 	
--	--

- 4 サービス実施計画の策定

-4(1)	利用者のアセスメントが行われている。
-4(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>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所定のアセスメントシートにより、利用者の心身の状況、生活状況等を把握している。また、ニーズ把握、計画策定に活用するため、より細かなアセスメントが可能となるよう様式を検討している。 	
-4(1)	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。
<p>評価結果 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者個々のニーズや課題の把握を一人のケアマネージャーが担当している。 ・ニーズや課題について、職員個々が理解を深め、サービス場面ごとにより具体的に示す必要がある。 	
-4(2)	利用者に対するサービス実施計画が作成されている。
-4(2)	サービス実施計画を適切に作成している。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施計画については、定期的に作成し、モニタリングにつなげている。さらにリアセスメント、計画の修正、実践へと展開することが必要である。 	
-4(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>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施計画の実践、評価・見直しは定期的実践している。その際、改善点・課題を提示している。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施計画は適切に策定され、それに基づいてサービス提供が行われている。また、モニタリングによりサービス実施計画の見直し等について実践されている。さらにPDCAサイクルを取り入れることにより、ケアマネジメントが高まるものと思われる。

5 サービス評価項目

自立への支援

アセスメントの実施
1 利用者個々の状況を把握している。 ア、心身の状況、イ、主治医、ウ、常用薬、エ、持病、オ、嗜好、カ、家族環境、キ、生活歴
評価結果 A ・ 要介護度別にエリア化してサービス提供しており、担当職員が固定していることにより丁寧に繰り返し利用者の状況を把握している。また、利用者個々の状況、嗜好については、日々のケース記録として残している。 ・ 医療面についても常勤医師が毎週回診しており、状況が適切に把握でき、かつ連携も取りやすい。 ・ 利用者及び家族からのヒアリングについては、さらに頻度を高め、意向等を把握することが望ましい。
課題の明確化
2 アセスメントの結果に基づき、課題を明らかにした上で、利用者個々のサービス計画を作成している。
評価結果 A ・ モリタリングを重視し、ケアプランを定期的に作成しており、その都度アセスメントを行い、利用者及び家族の意向を確認し、ケアプラン作成に生かしている。
職員による課題の把握
3 アセスメントにより明らかにした課題について職員が把握している。
評価結果 A ・ エリア毎に定期的に会議を行い、課題、意向について各職員に周知する体制が整っている。また、常に最新の情報を把握できる仕組みとなっている。

総合評価 A ・ アセスメントから課題の把握、職員の共有化については、エリア毎に徹底されている。同時にエリア間でサービスの質の向上をめざして互いに競争することにより事業所全体のサービス提供が向上していくという良い結果を生み出している。
--

生活意欲の向上

外出機会の確保
4 施設外で開催される行事等について利用者に情報提供している。
評価結果 B ・事業所所在地域に身体障害者療護施設、知的障害者更生施設があり、恵まれた環境を生かして日常的に交流しており、かつ行事等には互いに参加しあっている。また、近隣の保育所、小学校等とも定期的に交流を行うほか、行事等にも積極的に参加している。 ・認知症高齢者の方も他の利用者と同様に行事等に参加している。
職員の態度
5 職員が明るい雰囲気を作り出すような挨拶や接し方を行っている。
評価結果 A ・利用者への挨拶、接し方についての心構えを毎日、各職員が唱和し確認している。施設見学の際、どのエリアにおいても明るい雰囲気のなかで利用者に接していることが確認できた。 ・職員個々が現状に満足しないで常に向上心をもってサービス提供にあたる姿勢が伺えた。 ・新任者に対しては、接遇研修を実施し、教育に努めている。
レクリエーション
6 クラブ活動など多彩な活動の場が用意され、利用者の意向に沿った余暇活動を支援している。
評価結果 A ・個々の利用者のニーズ、要介護度に合わせて、料理・書道・音楽クラブなどがあり、利用者への参加を呼びかけ本人の生活意欲の向上につなげている。
居室への持ち込み
7 防災上の支障や他人への迷惑のない限り、好みの装飾品等を居室に持ち込める。
評価結果 B ・居室内のへの持ち込みは自由であり、家庭で身近にあったものや使用していたものをそのまま利用することも可能である。

服装や整容の支援

8 利用者の好みに合った服装や整容を支援している。

評価結果 B

- ・ 整髪については、毎月 1 回と年末年始に職員と一緒に実施している。
- ・ 利用者の服については、季節ごとに家族を介して入れ替えを行っている。更衣の際には、可能な限り利用者の要望を確認している。
- ・ クラブ活動の一つとして化粧療法を取り入れ実践している。

総合評価 B

- ・ 明るい雰囲気の中で、職員が利用者に接していることが確認できた。廊下等の掲示スペースには、クラブ活動の成果が展示され、近隣施設の行事案内が数多く見られた。
- ・ 居室への持ち込み、服装や整容についても適切に対応されている。
- ・ 当事業所は、重度の利用者が多く入所されており、個々の職員の向上心も高いと思われるので、生活意欲の向上に向けて、それぞれもう一つ、ランクアップしたケアを期待したい。

健康の維持管理

定期健康診断の支援

9 年 2 回以上、健康診断や医師の指導が受けられるよう支援している。

評価結果 A

- ・常勤医師が配置され、週 1 回回診を実施している。また、各エリアにソーシャルワーカーが配置され精神面のケアにあたっている。

身体状態の変化や異常の早期発見に対応

10 利用者個々の身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるよう、全職員が注意しており、重度化や入院を防ぐ努力をしている。また、そのサインを記録している。

評価結果 A

- ・利用者個々の性格や表現方法により「異常サイン」の出し方が違うので、それに対応するため緊急救命マニュアルを作成している。日々の変化については、日誌等に漏れなく記入している。
- ・事業所内研修の実施や事業所外研修に積極的に参加し、技能の向上に努めている。

服薬管理

11 利用者に対する服薬管理を適切に行っている。

評価結果 A

- ・常勤医師の指示により適切に投薬され、服薬管理も適切に行われている。また、投薬時には、利用者が投薬終了まで職員が付き添い確認している。

口腔ケア

12 歯科医師、歯科衛生士や看護師の指導のもとに口腔ケアを行っている。

評価結果 B

- ・歯科医師、歯科衛生士による定期的な口腔ケアを実施している。ただし、自立を基本とし、利用者個々で口腔ケアを行っているが、拒否される方や重度の利用者へのケア等をこまめに実施することが必要である。

医療機関との連携

13 内科、外科、精神科、歯科等医療機関との連携がとれ、必要なときに適切な措置を講じることができる。

評価結果 A

- ・日中・夜間を問わず各主治医との連絡、処置が可能な体制となっている。現在、看護師の夜間勤務実施に向けて検討している。

総合評価 A

- ・約20㎡ある大きな医務室と常勤医師の存在は、利用者や職員に安心感を持たせている。服薬管理も適切に実施され、緊急救命マニュアルや精神的なケアも充実している。
- ・重度の利用者が多く、口腔ケアと夜間の看護師の配置が課題である。

食 事

利用者に応じた食事

14 利用者の好みや身体状況に応じた食事が提供されている。

例・メニューが選択できる。・治療食の選択 ・ご飯とパンの選択

評価結果 B

- ・栄養士・ワーカー・寮母等で検討し献立を作成。利用者の状況に合わせて、すみやかに食事を変更できる仕組みとなっている。
- ・当事業所では、利用者からパン食が好まれており、週2回程度、パン食を取り入れている。
- ・選択食は取り入れておらず、検討中である。

メニューの工夫

15 利用者の希望調査や残さい調査を行い、メニューに反映している。

評価結果 A

- ・利用者一人ひとりにアンケートを行い、メニューに反映させている。特に、利用者の誕生日には好みの食事を提供している。
- ・残菜は、好き嫌いではなく残量として個々の状況を把握している。

食事の雰囲気作り

16 食器や盛りつけの工夫、季節感の演出、音楽を流すなど食事をおいしくかつ楽しく食べるための雰囲気作りをしている。

評価結果 B

- ・食堂では、職員が選定した童謡、民謡、軍歌などを流し、楽しい雰囲気のなかで食事を提供している。また、時折、食堂以外の場所で食事を提供するなど楽しく食事を取ることに努めている。
- ・季節や旬にあわせて食事を提供したり、正月などは食器にも気配りを行っている。

適温提供

17 温かいもの、冷たいものを適温で提供している。

評価結果 A

- ・2台の温冷配膳車を活用し、かつ適温で食事を提供できるよう直前に盛りつけを行っている。また、配膳後も必要に応じて温め直すなどの配慮を実施している。

食事介助

18 利用者の状況やペースに合わせた食事介助をしている。

評価結果 A

- ・身体状況にあわせて、食事形態やペースを配慮して食事を提供している。特に重度の利用者には、会話を交えながらできるだけゆっくと食事介助を行い、食事を提供している。

総合評価 A

- ・アンケート等による利用者の要望や季節感を取り入れたメニューを個々の身体状況、ペースにあわせて、楽しい雰囲気の中で食事を提供していることが伺える。
- ・適温での提供や食堂外での提供など工夫を凝らし、食が進むよう心掛けている。
- ・利用者の満足度も高まり、特別サービスで実施していたことが通常のものになってきており、継続した取り組みが必要となっている。

入 浴

希望に応じた入浴

19 入浴日以外でも、希望があれば入浴あるいはシャワー浴ができる。

評価結果 B

- ・ 9 割の利用者が介助浴を行っており、介助者教室が必要となってきた。入浴日以外でも入浴は可能である。入浴日以外は着替え、清拭を実施している。
- ・ ただし、職員配置の関係で夜間や時間外での対応が困難であることが課題となっている。

入浴に関する希望の把握

20 入浴に関して利用者の希望調査を行い反映している。

評価結果 B

- ・ 入浴に関する希望調査は実施していない。毎日入浴時間を確保しているので、希望時には対応が可能である。夜間入浴に関しては、夏季以外の実施について検討している。

身体状況に応じた入浴

21 身体状況に応じた入浴方法（形態）をとっている。

評価結果 A

- ・ 利用者の大半が介助浴を実施している。そのなかでは、個々の利用者の体調に合わせ、医師・看護師等と検討し、入浴介助を実施している。

総合評価 B

- ・ 重度の利用者が多く、利用者の大半が介助浴を実施している。
- ・ 夜間や時間外の入浴は可能であるが、限られた職員配置のなかで入浴を実施しており、利用者の希望に沿った入浴を提供するためには介助者の確保が課題となる。

排 泄

排泄状況の把握

22 利用者個々の排泄状況の記録をとって、健康管理に役立てている。

評価結果 A

- ・「オムツアンダー 0」を目標として掲げ、現在 30%に達しており、排泄の自立に努めている。
- ・水分を十分に補給したり、粉末の食物繊維を使用して排泄を促すなどの取り組みを進めている。3日以上排便がない場合などは速やかに医師・看護師に報告、適切な対応に努めている。

排泄介助

23 排泄介助が必要な利用者は、適時誘導している。

評価結果 A

- ・排泄介助が必要な利用者には適時誘導を行っている。また、個々の利用者の排泄リズムに合わせてポータブルトイレやトイレでの排泄を促している。

適切な補助具等の使用

24 おむつ、カバー、便器等は、利用者の状態に適したものを使用している。

評価結果 B

- ・個々の利用者に合わせて適切なサイズのおむつや様々なタイプの補助用具を準備している。
- ・家族等の要望やおむつ等排泄用具に対する意識の違いについて理解を促しながら、検討を重ねることが必要である。

排泄の衛生管理

25 便器等の清潔保持、排泄後の後始末など衛生面に配慮した支援を行っている。

評価結果 A

- ・カーテンの使用等利用者のプライバシーについては常に気を配っている。また、排泄後は速やかな清掃に努め、居室やトイレでは常時換気扇を使用している。

総合評価 A

- ・「オムツアンダー 0」を目標として、排泄用具など家族等と意識のギャップを感じながら介助をしている。
- ・プライバシーの確保に努めながら、個々の利用者に応じた排泄介助を実践できるよう、時間ごとのトイレ誘導や適切な水分補給など今後とも継続的な取り組みが必要である。

相談・要望・苦情への対応

相談・苦情受付の明示
26 相談・苦情を受け付ける窓口及び職員が明確であり、利用者及び家族にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。
評価結果 B ・全職員が窓口となり相談や苦情受付を実施している。 ・サービス検討委員会による検討、苦情箱の設置など苦情解決の取り組みを進めおり、利用者への周知を図っている。ただし、苦情解決責任者、担当者等の表記が小さく明示されているので、利用者及び家族等だれもがわかりやすく表示する必要がある。
第三者への相談機会の確保
27 利用者や家族が相談・苦情を第三者的立場の人に伝える機会を設けている。 例えば、ア。第三者を交えた家族会の開催、イ。外部相談員の配置、ウ。第三者による家族アンケートの実施
評価結果 A ・外部相談員の配置やサービス検討委員会により利用者や家族の相談・苦情について取り組みを行っている。事業所内での掲示場所の改善が必要である。
苦情への迅速な対応
28 利用者や家族等からの苦情に対して、速やかに対策案を検討して回答するとともに、サービス改善に繋げている。
評価結果 A ・サービス検討委員会において、検討サービス改善につなげている。原則として全職員が相談窓口となっており、速やかな対応を実施しているが、記録が確実に残せない場合もあり、記録書式を含めたマニュアル化を進め、さらに向上させる必要がある。

総合評価 A
・全職員が相談窓口となり速やかな対応ができている。外部相談員の配置サービス検討委員会の設置により、相談 ・要望・苦情を受け止めサービス改善につなげるなど取り組み姿勢は評価できる。マニュアル化するなど一歩進めた取り組みを期待したい。