

(書式：高4 - 1)

岐阜県社協福祉サービス第三者評価事業

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 7

----- * 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：社会福祉法人岐阜県福祉事業団 特別養護老人ホーム県立寿楽苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 山本捷子	定員(利用人数)： 70名
所在地：岐阜市中2 - 470	TEL：058 - 239 - 8830

2 総 評

・中・長期計画を策定、「目標管理制度」を導入し、施設長以下全職員が一丸となって、質の高いサービス提供に努めている。中・長期計画は、人事管理、人材育成等にも反映され、かつ毎年見直しを実施され、年次計画についても、経営状況等現状分析から課題・問題点の把握、計画策定と一連のプロセスが確立されている。

・当事業所の基本方針の一つとして「利用者本位のサービスに努める」を掲げており、職員個人の名札の裏面に明記し、利用者の立場に立ったサービス提供に努めている。利用者や家族等からの要望についても毎年実施するCS調査等により把握する仕組みが整備されているほか、定期的に行っている自己評価、第三者評価や苦情解決等を目的に外部者のみで構成された「利用者の豊かな生活を守る委員会」において課題を明確にさせ、改善計画を策定し、福祉サービスの質の向上に向けて意欲的に取り組んでいる。

・「地域の拠点となるべく施設づくり、地域密着」を基本方針として、事業所機能の還元、地域との交流、連携を重視していることも特徴の一つとして挙げられる。「利用者も地域の住民の一人」であることを常に認識させるよう心掛けており、外出支援などを通して生活意欲の向上に努めているほか、中・長期計画に基づいた「ふれあいいきいきサロン」への参画、「ふるさと福祉村」の開村をはじめ、地域の事業所、大学と連携した「認知症ケア会議」、社会資源マップの作成、地域に向けた情報発信、積極的なボランティアの受け入れ、月1回開催する地域交流会等地域の福祉ニーズに基づく様々な取り組みを展開している。

・事業所内はいずれも適温が保たれ、ゆったりと明るい雰囲気の中で個々のサービスが提供され「事業所が利用者にとって在宅同様生活の場である」ことが体感できた。また、個別ケアを重視しており合理性、機能性を追求することなく利用者個々の身体状況に配慮し、一人ひとりに合わせた介護を実践していることが伺えた。個別サービス、安全管理等必要とされるすべてのマニュアルは整備され、かつ見直しも行われている。その際には、「現状とあっているか」「必要でないものはないか」など全職員(各担当)でチェックできる仕組み作りと、さらに一歩進めて、個々のサービスの標準化に向けマニュアルを細分化させ「標準的手順書」づくりを3大業務から取り組まれることを期待したい。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

岐阜県社協福祉サービス第三者評価事業運営委員会から高い評価を頂きましたが、「評価の目的は、より質の高いサービスへ改善していくことにある」との委員さんからのご助言を重く受け止めております。現状に満足すること無く、問題意識を持って更なる創意工夫をしていきたいと思っております。

また、ご利用者のお一人おひとりの声なき声、表しきれない思いをしっかりと受け止めて援助できるよう、専門職として知識や技術を向上させることは言うに及ばず、チーム力で援助を展開していけるようなシステムの充実を図ってまいります。

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・基本方針は、事業所概要書に記載されている。特に基本方針については、職員のネームプレート裏面にも記載されており、職員に関心と意識を持たせるよう工夫が見られる。 ・ パンフレットには、理念・基本方針は記載されていないが、「潤いのある暮らしづくり・温もりのある暮らしづくり・安心して住み続けられる地域づくり」と実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた簡潔で平易な文書が明記され、当事業所の使命と役割が反映されている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の理念、事業所の基本方針の職員への周知については、職員のネームプレートの裏面に基本方針を明記して携行させ、常に意識させようとしている。 ・ 年度初めに基本方針のなかから、用語の空白部を作り、クイズ方式で字埋めを行わせながら、理念や基本方針を学ばせる工夫も行っている。 	
-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、利用者全員で組織している苑内自治会(毎月1回開催、身体状況等により出席者は20名前後)や年1回開催される家族会等において説明、周知している。 ・ 利用者等への周知については、なかなか困難ではあるが、文字ばかりではなく、利用者へは絵の挿入、家族等には現場写真の活用など、直感的でより理解しやすいものへの転換など周知方法について工夫されたい。 	

総合評価	A
<ul style="list-style-type: none"> ・ 理念・基本方針については、事業所の概要書に明記されるとともに職員のネームプレート裏面にも明記され、常時携行し、確認することにより周知・徹底が図られている。また、パンフレットにも、よりわかりやすく事業所の目的が記載され、対外的にも周知されるよう工夫されている。 ・ 利用者と家族等については、苑内自治会、家族会等において、周知されているが、その際、絵や現場写真などを活用したより理解しやすいものを作成、使用するなどさらに工夫されることを期待したい。 	

- 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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画については、平成15年4月に策定されており、毎年見直しを行っている。 ・毎年度の事業計画についても、中・長期計画を踏まえ、かつ現状分析のもと課題・問題点を明らかにして問題解決に向けた具体的な内容となっている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「目標管理制度」を導入し、その取り組みを通して、施設長、全職員が一丸となって取り組むシステムが確立されている。 	
-2(2)	計画が職員や利用者に周知されている。
<p>評価結果 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年次計画は、毎月開催される 職員会議兼研修会 役職会 担当者会議などの機会を通して、職員に周知している。 ・利用者等へは、苑内掲示板をはじめ苑内自治会、家族会等を通して周知に努めているが、理解を得るためもう一歩工夫が欲しい。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成15年に中・長期計画が策定され、この計画をもとに全職員参加により、年次計画を策定している。中・長期計画については、策定以降毎年見直しが行われ、年次計画についても現状分析を行い、課題・問題点を把握し問題解決に向けた具体的な内容となっている。 ・「目標管理制度」を導入しており、全職員が一丸となって取り組むシステムも確立している。 ・計画の職員への周知についても、毎月開催される各階層の会議等を通して周知されている。利用者等への周知については、苑内掲示板、苑内自治会、家族会等を通して周知しているが、やや不十分な感が見られる。事業所(入所者)の性格上困難ではあるが、前項目の理念、基本方針の周知とともにもう一工夫されることを期待したい。 	
---	--

- 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"> ・職務分掌表、職能定義書、職務基準表のなかで管理者の責任が明確にされている。 ・「目標管理制度」を導入・実施しており、施設長自身も目標を設定していることでより責任の度合いを認識されていることが確認できる。 ・職能定義書は、考課の基準表としても活用されている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等については、職員に対して内部・外部研修への参加を奨励することでより理解させるよう努めている。 ・特に交通安全については、年2回警察署に依頼して実施する交通安全講習の開催や飲酒運転撲滅のためのステッカーの作成・貼布など法令遵守による事故撲滅対策を講じている。 ・福祉に関する法令規則の遵守・理解については、規則等が多岐にわたることからリスト化にあたっては、分類整理を行い、だれもが活用できるリストを作成されたい。 	
- 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"> ・面接調査のいたるところで施設長自ら先頭に立ってリーダーシップを発揮していることが感じられた。 ・平成11年11月には外部者のみで構成・設置された「利用者の豊かな生活を守る委員会」においては、サービスの評価・苦情処理等目的としており、この委員会を中心に迅速な対応を諮るため施設長、管理者層がサービスの質の向上に向けて取り組んでいる。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務分掌表、職能定義書、職務基準表のなかで施設長及び管理者層の責任が明確にされ、施設長自ら先頭に立ってリーダーシップを発揮されていることが伺える。 ・「目標管理制度」の策定以来、施設長、管理者層それぞれ目標を設定しており、責任の度合いを認識されている。 ・平成11年に設置された「利用者の豊かな生活を守る委員会」においては、当事業所の福祉サービスの質の向上に向けて、施設長、管理者が意欲的に取り組んでいることも評価できる。 ・法令等を理解するための取り組みについては、内部研修の実施や外部研修への参加等に取り組まれているが、多岐にわたる福祉に関する規則等のリストを作成し、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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ C S 調査の実施をはじめ、関係情報誌、研修会等から情報やデータの収集に努めている。また、調査結果や収集した情報は計画のなかで反映している。 	
-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"> ・ 利用者の推移、毎年の経営状況の共有化、各種会議を通じたコスト意識の強化等経営状況の分析と課題の把握についての取り組みは確認することができた。 ・ 改善すべき課題については、本評価事業の評価項目について自己評価のなかでは、確認することができなかった。 	
-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"> ・ 県指定の公認会計士に監査をはじめ、県関係部局、当該福祉事務所の監査及び内部監査を実施。外部・内部監査での課題を受け止め経営改善に努めている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年実施する C S 調査をはじめ、様々な媒体、研修会の参加等により、情報の収集と課題の把握に努め、中・長期計画、年次計画等に反映させている。 ・ 各種会議を通して、利用者の推移や経営状況の共有化、コスト意識の強化に努め、コスト削減、無駄を省く取り組みの必要性の周知と具体的取り組みについて、管理層自ら実践している。 	
---	--

- 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"> ・中・長期計画に沿った人事管理体制の整備を図っており、年度毎に事業所の目標を立てている。 ・職員雇用において、効率的な人事管理を実施するための具体的なプランを作成中である。 	
-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"> ・平成14年度から人事考課制度を導入、フィードバック面接を実施している。考課基準を明確に提示しており、職員にも周知されている。 ・人事考課内容については、見直しを行い、より良い制度にする意向を示している。 	
-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面談を年3回実施しており、意向を把握している。また、各部署において、リーダーが職員の意向の把握を常時行い、改善に努めている。 ・労基法第24条、第36条協定等は職員間と締結され、超勤時間、年次有給休暇の取得などについて問題は見られなかった。 	
-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 B</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福利厚生センターに加入している。また、医療費について事業所独自の負担制度を設けている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各職員に対しては業務管理シートにより具体的目標の設定や指導により、人材育成に努めている。職員一人ひとりについて、質の向上をめざした研修計画を立てて実施している。 ・管理職、リーダーについては、県福祉事業団の研修体系があり、参加することにより当階層の質的強化にも努めている。 	

-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 A

- ・研修を受けた職員が研修内容を職員会議に続いて実施している職員研修の場で発表(復命研修)する取り組みを実践しているほか、研修のアンケートを行い、研修計画の見直しを行っている。
- ・職員の個別教育システムとして、業務管理シートを活用しているが、現在内容の見直しを行っている。

総合評価 A

- ・中・長期計画に沿った人事管理の整備を図っており、かつ職員雇用においても効率的な人事管理を実施するためのプランを作成中である。
- ・職員に考課基準を明確に提示しており、客観的に人事考課を実施している。考課内容については、その内容の見直しを行い、より良い制度にする意向が確認できた。また、フィードバック面接も実施している。
- ・常時各部署リーダーが職員の意向を把握しており、改善に努めるとともに、年3回の就業状況や就業に関する面談を実施している。
- ・業務管理シートの活用による人材育成や管理層、職員層毎に個別の研修体系を設定しており、質の向上に向けた取り組みを実践している。

- 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"> ・事故防止マニュアル、事故対応マニュアル及びヒヤリハット等を職員に周知し、活用することにより利用者の安全確保に努めている。 	
-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"> ・ヒヤリハット集を作成、分析を基に年間報告書を作成、全職員に共有化を図り実践している。 	

<p>総合評価 A</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止マニュアル、事故対応マニュアル、ヒヤリハット集の周知と活用により、利用者の安全確保に努めている。 ・夜間の震災等を想定した避難訓練の実施や災害発生に対する利用者の心理的動揺によって起こる事故対策のための職員の模擬訓練等の実施についても検討されたい。 	

- 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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「地域の拠点となるべく施設づくり、地域密着」を基本方針の一つとして掲げ、「ふるさと福祉村」の拠点事業所としての取り組みや事業所外の掲示板による行事等の紹介など地域との結びつきを高めている。 ・利用者を外出させることにより利用者も地域の住民の一人であることを常に認識させるよう心掛けている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・併設事業所等との協働による介護教室、総合相談の実施や月 1 回事業所において地域のニーズに基づく地域交流会等を開催し、事業所機能の還元に努めている。 ・広報面においても自治会や併設の在宅介護支援センターの広報誌を活用し、地域に向けた情報発信を行っている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営方針の一環としてボランティアを積極的に受け入れ、マニュアルにより職員の意識の統一を図っている。 ・ボランティア講演会を近隣の知的障害者更生施設と共催で年 5 回開催し、正しい理解と普及にも努めるほか、年度末に反省会を開催し、ボランティアの意見を取り入れるなど事業所におけるボランティア活動について積極的に取り組んでいる。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要な関係機関や団体のマップの作成や職員へのボランティアの一覧表の配布により、情報を共有している。 	
-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"> ・併設の在宅介護支援センターの地域ケア会議をはじめ、近隣事業所、大学との連携による「認知症ケア会議」の開催、民生委員協議会、リハビリテーション協会等関連機関、団体と定期的に連携の機会を確保し、課題等について検討を行っている。 	

-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関連各種団体との連携、民生委員等との定期的会議、総合相談事業所の窓口を通してニーズ把握に努めている。 ・併設の在宅介護支援センターの取り組みの中で、具体的な福祉ニーズの把握にも努めている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画のなかでニーズに基づいた「ふるさと福祉村」、「介護教室」、「ふれあいいいききサロン」への参加等事業の実施と「共生型グループホーム」等の実施に向けた検討を行っている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「地域の拠点となるべく施設づくり、地域密着」を基本方針の一つに掲げ、地域との結びつきを重視し、地域の社会資源マップの作成、地域に向けた情報発信や月1回開催する地域交流会において事業所機能を還元している。また、外出活動を通して利用者も地域の会員であることを心掛けている。 ・関連各種団体、民生委員、近隣事業所・大学等との連携を深め地域の福祉ニーズを把握し、中・長期計画に沿って、「ふれあいいいききサロン」への参画や「ふるさと福祉村」の立ち上げ等具体的に事業を展開するほか、「共生型グループホーム」等の実施も計画している。 ・ボランティア活動の受け入れも経営方針の一つに位置づけ、職員にもマニュアルやボランティア情報を共有させ、近隣の知的障害者更生施設と共催でボランティア講演会を実施するなど積極的に取り組んでいることが伺えた。 	
---	--

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"> ・「利用者本意のサービスに努める」は基本方針の一つであり、職員個人の名札の裏面に明記され、常に意識してサービス提供に努めている。 ・身体拘束については、「促進委員会」を設置し、積極的に取り組んでいる。 	
-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方針、マニュアルが整備され、職員に周知徹底させ、これに基づいてサービス提供に努めている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回のCS調査をはじめ、「アロエ会議（食事に関する満足度を充足するための会議）」、嗜好調査、苑内自治会や家族会等を通して、利用者等の要望を集約し、それに基づきサービス提供につなげている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内2カ所に設置された「投書箱」や毎月実施する「なんでも相談(相談者の一人である民生委員等相談者の顔写真が貼布してある)」などの取り組みを通して利用者等への周知を図り、気軽に相談や意見を述べやすい環境づくりに努めている。 	

-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"> ・苦情解決責任者・担当者、第三者委員の設置や相談日当日にも利用者に説明を行うなど苦情解決に向けた仕組みは整備されている。ただし、苦情解決責任者・担当者、第三者委員の掲示が事務所前廊下の掲示板上に掲示しており、利用者、家族等にとってわかりやすいものとなっていない。事業所玄関スペースへの掲示に切り替え、第三者委員の連絡先も明記されたい。 	
-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 A</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が整備され迅速に対応している。要件によっては、各フロアで確認しあうなどの工夫を凝らしている。 ・必要に応じて民生委員、大学教授等の第三者委員によるメンタルケアも実施している。 	

<p>総合評価 A</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・「利用者本意のサービスに努める」は、基本方針の一つであり、職員個人の名札の裏面に明記するなど常に心掛けてサービス提供にあたっている。 ・利用者のプライバシーの保護については、マニュアルが整備され、年1回のCS調査や「アロエ会議」等を通して利用者のサービス提供についての満足度を高める取り組みも進めている。 ・利用者からの相談、意見、苦情解決については、マニュアルが整備されるとともに迅速な対応に努め、事業所内2カ所の「投書箱」の設置や第三者委員によるメンタルケアにも取り組んでいる。特に、毎月実施している「なんでも相談」においては、相談者の顔写真を貼布するなど工夫を凝らし、相談者の顔が見える、気軽に相談できる仕組みを整備している。 ・苦情解決事業の責任者・担当者、第三者委員等の掲示場所については、玄関に掲示しなおすことと連絡先を明記す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"> 平成 11 年度から自己評価、第三者評価を実施し、サービス内容について定期的に評価を行う体制は整備されている。特に本年度から、利用者本位のサービス提供と質の向上をめざして「QC活動」に取り組む姿勢は評価できる。 「QC活動」のプロセスを確立して「P-D-C-A」サイクルを用いた質の向上とサークル活動での成果を期待したい。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> リーダー会議、チーフ会議等で評価結果に基づき取り組むべき課題は明確となるようシステム化されている。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 評価結果により課題を明確にして、課題に対する改善策を立てて実施している。 	
-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"> 援助マニュアル、事故防止マニュアル、感染予防マニュアル等各種マニュアルは整備され、マニュアルに基づいて安全・安心なサービス提供に努めており、職員研修で全職員により見直しも実施している。 マニュアルは整備されているが、一歩進めて職員個々のサービスの標準化に向けて「QC活動」において、「標準の手順書」づくりを 3 大業務から取り組まれない。 	
-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"> 必要とされるマニュアルはすべて整備され、見直しも年 1 回実施し、周知徹底が図られている。 マニュアルの見直しにあたっては、「現状と合致しているか。」「必要とないものはないか。」など全職員(各担当)でチェックする仕組みを確立されたい。あわせて、マニュアルを細分化し「標準の手順書」づくりも実施されたい。 	

-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス実施の記録については、記録の取り方についての研修を実施するなど、記録内容にバラツキがないよう統一した記入方法が整備され、利用者一人ひとり適切に記録されている。 	
-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についての規程、マニュアルが整備され、各フロアのリーダー・チーフによる記録の管理体制が確立され、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"> 利用者個々の状況等に関する情報については、日誌・連絡ノート等を活用し共有化されている。 「記録での確認」を全関係職員が確実に把握(読んだか)したかのチェックを行い、より一層の共有化に努められたい。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> 自己評価、第三者評価を実施し、サービス内容について定期的に評価を行い、課題を明確にさせ、改善計画・改善策を策定・実施する体制は整備され、本年度から利用者本位のサービス提供と質の向上をめざした「QC活動」に取り組む姿勢は評価できる。同活動のプロセスを確立して「P-D-C-A」サイクルを用いた質の向上とサークル活動での成果を期待したい。 個々のサービス提供にあたり必要なマニュアルは整備され、見直しも定期的に行われている。その際には、「現状と合っているか」、「必要でないものはないか」など全職員(各担当)でチェックできる仕組みを確立されたい。さらに一歩進めて、個々のサービスの標準化に向けて、マニュアルを細分化した「標準的手順書」づくりを「QC活動」のなかで3大業務から取り組まれることを期待したい。 利用者の記録については、規程、マニュアルが整備され、適切に管理されている。また、記録の取り方についても研修を行い、統一した記入方法が整備されているとともに利用者個々の情報も職員間で共有化されている。 	
---	--

- 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"> ・事業所入所予定者の体験入所等を実施し、利用希望者に対してサービス選択についての必要な情報を提供している。 	
-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"> ・サービスの開始にあたっては、利用予定者の事前訪問や同意を得るまでの記録が書面に残され、かつ行政の意見を取り入れ同意を得ている。 	
-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"> ・サービス終了時には、利用者や家族に対して、相談方法等についてアドバイスを行っている。また、必要に応じて事業所の変更や家庭への移行について文書を渡す体制が整備され、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"> ・サービスの開始にあたっては、利用予定者等の体験入所やサービス選択について必要な情報が提供され、説明から同意を得るまでの記録が書面で残されている。 ・サービス終了時には、利用者や家族に対して相談方法等のアドバイスを行うほか、事業所の変更、家庭への移行について利用者と家族の意向に沿い、サービスの継続性に配慮した対応がなされている。 	
--	--

- 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 A</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、アセスメントシートの見直し、新しいシートを活用している。 	
-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 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントに基づき、利用者一人ひとりについてサービス提供上の課題を明示している。 	
-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、利用者一人ひとりに対して、サービス担当者会議を定期的開催し、検討している。家族等にも説明と同意を得るなど適切に作成されている。 	
-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"> ・ サービス計画の見直しは定期的実施している。利用者の状況が変化した場合についても速やかにサービス計画の見直しを行っている。 	

<p>総合評価 A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントからサービス計画の策定、計画に基づくサービス提供まで利用者一人ひとりに対して適切に実施されている。 ・ 利用者の身体状況や生活状況を適切に把握するためアセスメントシートの見直しを実施しているほか、サービス計画についても定期的な見直しを実施されている。また、利用者の状況の変化に応じて速やかな計画の見直しが可能となっている。
--

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 ・アセスメントからサービス計画作成までの研修を継続的に実施している。 ・独自のフェイスシートを作成し、利用者一人ひとりの意向と身体状況を把握した上で、個々の状況に応じた自立支援を実施している。
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 ・アセスメントにより利用者の課題を明確にし、利用者の立場に立って個々のサービス計画を作成している。 ・認知症高齢者については、認知症に配慮したアセスメントシートの使用や地域の事業所、大学と連携し「認知症ケア研究会」を設置し、サービス計画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 ・フロア会議録、処遇記録はサービス計画に沿って日々のサービスを明記し、課題を確認できる仕組みになっており、利用者の個々の課題については、職員が十分配慮し、意識しながら取り組んでいる。 ・フロア会議を定期的開催し、課題の検討、確認を行っている。

総合評価 A ・利用者の自立支援については、研修の実施や独自のフェイスシートを活用し、職員が生活支援の観点で個々の課題について十分配慮し、意識しながら取り組んでいる。 ・認知症高齢者に対しては、専用のアセスメントシートの使用や「認知症ケア研究会」を設置し、サービス計画作成に生かしている。

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 A ・ 利用者の外出については、地域(自治会・小学校区)の行事について情報提供を行い、要望に応えられるよう配慮している。 ・ 外出の際には、介護度・認知症の別なく、残存機能を生かして、生活意欲の向上につながるよう気持ちを支えることにも配慮ができています。
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 ・ 職員研修や「マナー委員会(接遇に関する委員会)」の取り組み等で職員に周知させている。 ・ 利用者への対応に関して、利用者尊重についての職員アンケートを実施している。その中で、職員間での会話時の声の大きさや利用者を見下ろしたり、職員が利用者に対して優位に立つような態度を事例として取り上げ、職員意識の向上につなげている。
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 ・ 個々の利用者の趣味、要望、要介護度に合わせ音楽療法や学習療法を取り入れたり、野菜づくり、花壇作り、おやつ作り等多彩な活動を用意している。 ・ 例えば、寝たきりの利用者の体位変換を行う際など、非言語的な接し方の中で、日常のサービス提供を活性化しようという考え方に着目できる。
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 A ・ 在宅と同様の生活空間を作りあげてことを契約時に説明し、できるだけなじみのものを持ち込むよう勤めている。 ・ まれに利用者と家族間に、意識のズレが見られる場合がある。

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 A

- ・サービスの中心は個別重視であることを周知徹底しており、近隣スーパーや美容室の利用、地域の衣料店への出張小売りの依頼、実施など利用者の要望に応えられる取り組みを実施している。

総合評価 A

- ・職員研修、「マナー委員会」等により職員が利用者を尊重し、かつ明るく接していることが伺える。
- ・事業所が利用者にとって在宅に近い生活の場であることを願い、居室への持ち込みに配慮している。
- ・個別ケアを重視し、認知症等の別なく外出機会を確保し、音楽療法・学習療法の取り入れ、クラブ活動の提供や近隣スーパーへの買い物、出張小売りなど利用者の要望にできるかぎり応えられるよう取り組んでいる。
- ・ボランティアの協力を得て、利用者のこれまでの歩みなどを聞き、冊子にまとめるなど精神面にも配慮した取り組みを検討されてはと考える。

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

- ・月1回定期的に往診を実施している。異常がある場合は、その都度受診できるよう医療機関と連携が取れている。
- ・担当職員が、利用者個々の状況を把握しており、不眠、興奮状態など過剰な投与がなされないよう気配りしている。

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

- ・利用者の健康状態が把握され、看護職員と介護職員が連携し、それぞれの専門性を生かして異常のサインの早期発見や原因の見極めに努めている。
- ・研修等により緊急時の適切な対応の強化を図っている。

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

- ・服薬については、観察のもと医療機関との連絡を密にするよう徹底している。
- ・利用者個々に「薬ノート」を作成しており、すべての職員が投薬状況が把握できる仕組みになっている。

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

- ・歯科衛生士、看護師による口腔ケアの重要性についての説明や指導を受け、食堂でのうがいや利用者個々に合った歯ブラシを用いて、口腔ケアに取り組んでいる。
- ・歯磨きをしなくても平気な利用者が多い。重度の利用者も含めて口腔ケアをこまめに実施されるよう期待したい。

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

- ・近隣の医療機関のほか、セカンドオピニオンとも連携内容・方法について具体的な取り決めを行い、適切な措置が講じられるよう支援を受けている。

総合評価 A

- ・月1回の定期的な往診や非常時の受診については近隣病院を主に、それ以外にも内科、外科等の医療機関と具体的な取り決めを行い、必要なとき適切な措置が講じられるよう連携が取れている。
- ・利用者の健康状態が把握され、身体状況の変化や異常のサインの早期発見に努めている。
- ・利用者個々に「薬ノート」を作成しており、服薬管理も適切に実施されている。
- ・口腔ケアについては、必要性を感じない利用者も多いようだが、地道な実施を期待する。

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 A

- ・ 厨房職員にも利用者個々の情報が共有化され、その日の主菜、ご飯・パン食の変更等利用者個々の嗜好・要望への対応が行われている。
- ・ バイキングや選択食の日を設けるなど変化をもたせている。

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

- ・ 残菜調査は毎食実施し、嗜好調査についても年1回行っている。
- ・ 利用者の要望に応え、楽しく食事を取ってもらうことなどを目的とした「アロエ会議」を開催し、メニューに反映されている。

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 A

- ・ 食堂を常に清潔に保ち、季節の花を飾るなど、ゆったりとした雰囲気の中で食事ができるよう配慮している。
- ・ 食事提供の際には、利用者の目前で配膳、盛りつけや同メニューで中身を数種類用意(例えば、「外から見たらどれも同じオムライスなのだけど」というように)する工夫も行っている。
- ・ 利用者の希望に応じて食堂の座席の位置を変更したり、介助する職員の声の大きさや声かけ内容、振動に配慮するなど気持ちよく食事を摂るための心配りがある。

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

- ・ 厨房と食堂が近接しており、スープが冷めないうちに食事を提供することが可能。
- ・ ご飯、汁物はその場でつけて提供するほか、ミニキッチン、電子レンジ、保温ジャー、保温食器を活用し、適温提供に努めている。

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

- ・利用者個々の身体状況を把握し、時間差対応や食事摂取量に配慮し、個別の食器や自助具を用いて介助している。
- ・液体がこぼれないようジェリーの使用など調理面での工夫やその人のペースにあわせて食事ができるよう声かけを行ったり、後かたづけについても食べている利用者に配慮している。

総合評価 A

- ・「アロエ会議」や嗜好調査等によりメニューを工夫し、利用者の好みに合わせた食事がゆったりとした雰囲気の中なかで提供されている。
- ・座席の位置の変更などの心配りをはじめ、個々の身体状況、ペースにあわせて食事介助を行っている。
- ・食事提供の際には、主菜やご飯・パン食の変更等利用者の要望に対応するとともに同メニューでの中身の工夫、適温提供などで食が進むよう心掛けている。

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

- ・入浴日以外の入浴については、できる範囲で対応している。
- ・誘導の仕方、声かけ、利用者の羞恥心などの課題について職員の認識があり、課題解決に向けた取り組みが期待される。
- ・夜間入浴については、多くの事業所で人員配置の面から対応が困難とされている。本事業所が率先して、工夫を凝らされることを期待したい。

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 A

- ・入浴に関する希望調査は実施しており、結果を反映させているほか、日常的にも利用者の意向を聞いている。
- ・希望が多いときや変更希望がある場合には、職員配置増等で、できうる限り対応している。

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

- ・利用者個々の入浴方法等については、課題別研究（食事、入浴、排泄）の一つとして毎年研究している。
- ・特殊浴利用者が多いが、入浴の際の健康面のチェックを行い、身体状況の変化にも気を配っている。

総合評価 A

- ・入浴に関する希望調査の実施や身体状況に応じた入浴方法についても、3大業務の一つとして毎年研究を実施している。
- ・入浴希望の多い日の対応や時間外入浴については、職員増等でできる限り対応している。ただし、限られた職員配置のなかで夜間入浴の実施は困難となっている。
- ・心地良く一日のサイクルを送るためには、入浴が中心となることも考えられるので、希望に応じた入浴への取り組みに期待したい。

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

- ・ 利用者の健康管理に最も大切な介護(業務)という意識を全職員が共有している。
- ・ 排泄介助の際には、確実に記録し、状況を把握している。
- ・ 水分補給に関しては、便秘対策として起床時の塩水の摂取をはじめ、イオン(健康)飲料や紅茶などお茶以外の飲物を1日7回程度補給している。

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。
- ・ おむつ交換時において「手早くできる」という機能・合理性に視点を置いた集団ケアではなく、利用者一人ひとりにあった、一人ひとりのためにという個人ケアの考え方で介助している。
- ・ おむつ使用者でも、尿意、便意を訴えられた場合には、尿機やポータブルトイレ等での介助を促している。

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 A

- ・ 福祉用具係を設置し、おむつ、パットについての知識、取扱の研修を受講させ、職員研修で他の職員にも周知させている。
- ・ 個々の利用者に合わせておむつ(布、紙2種類)、パット(4種類)を組み合わせ使用している。また、利用者の身体に合わせて、踏み台を使用した排泄介助も実施している。

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

- ・ 消臭機の設置、消臭剤の使用、トイレの清潔、ポータブルトイレ使用後の速やかな洗浄等、衛生面への配慮がある。
- ・ 利用者の身体状況に無理のない範囲でトイレでの排泄を促し、おむつの量を減らす等の工夫をしている。

総合評価 A

- ・排泄(介助)は、利用者の健康管理に最も大切な業務という認識を全職員が共有し、排泄状況の把握に努め、適切に水分補給等を行っている。
- ・排泄介助においても、個別ケア重視の観点から、一人ひとりに合わせた介助を実施している。
- ・排泄の自立に向けて、できうる限りポータブルトイレ等の使用を促している。
- ・利用者個々にあった適切な補助具の使用や衛生管理についても常に気を配っている。
- ・認知症の人のために、トイレまでの廊下にテープでの道案内がされていた。(実習生のアイデアを取り込み実施)

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 A	
・相談窓口は全職員とし、相談・苦情の受付方法は電話、投函、相談窓口の3方法であることを周知させている。 あわせて、各フロア毎に担当者を定め、口頭で繰り返し伝えている。 ・相談や要望、苦情については、諸会議、処遇記録等で確認し合っている。	
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	
・月1回開設する「なんでも相談」における外部相談員や「利用者の豊かな生活をめざす委員会」により利用者や家族の相談・苦情についての取り組みを行い、相談機会を確保している。 ・外部相談員へのアプローチについては、様々な機会を通して確保している。	
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	
・利用者や家族等からの苦情に対しては、速やかに対応策を検討し、改善を全職員に周知徹底させサービス改善につなげている。 ・苦情等についてプライバシーに関わらない程度の公表を行っている。	

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。同時に、利用者等から寄せられた相談、要望、苦情については、処遇記録等で確認している。 ・「なんでも相談」の外部相談員の配置や「利用者の豊かな生活を守る委員会」の設置により、相談機会を確保している。 ・利用者や家族等からの相談・要望・苦情に対しては、速やかに対応し、サービス改善につなげている。	