

別紙

福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称：株式会社 マスネットワーク	所在地：長野県松本市巾上9-9
評価実施期間：平成30年7月1日～平成31年2月12日	
評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） 060802 060672 060972 050231	

2 福祉サービス事業者情報（平成30年12月現在）

事業所名： 尚和寮 特別養護老人ホーム (施設名)	種別：介護老人福祉施設 併設短期入所生活介護	
代表者氏名： 理事長 寺田 裕明 (管理者氏名) 寮長 黒岩 百里香	定員（利用人数）：入所30名 併設短期入所生活介護8名	
設置主体： 社会福祉法人 長野市社会事業協会 経営主体： 社会福祉法人 長野市社会事業協会	開設（指定）年月日： 昭和・平成 15年 2月 1日	
所在地：〒381-1221 長野県長野市松代町東条94番地1		
電話番号：026-278-2600	FAX番号：026-215-6033	
ホームページアドレス： http://nagano-shajikyo.or.jp/nsjk/syouwa/index		
職員数	常勤職員：24名（兼務4名含） 非常勤職員：8名	
専門職員	看護師 3名（兼務1名含） 看護師 2名	
	機能訓練指導員（兼務1名） 機能訓練指導員（兼務1名）	
	介護支援専門員 1名 介護員 4名	
	生活相談員 3名（兼務2名含） 介護補助員 1名	
	介護員 15名	
	管理栄養士（兼務1名）	
施設・設備 の概要	(居室数) (設備等) 浴室（温泉、特殊浴槽） 理容室 食堂 機能訓練室 静養室 家族室 相談室 集会室 談話コーナー テラス	

3 理念・基本方針

<p>[基本理念] 長野市社会事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切にし、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるよう、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます。</p> <p>[基本的視点]</p> <ul style="list-style-type: none">私たちは、利用者や家族の声を大切にし、利用者と対等な立場で信頼関係を築きます。私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するよう努めます。私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。

- ・ 私たちは、サービス内容の情報提供を行い、個人情報 を適正に取扱い、事業運営の透明性の確保に努めます。
- ・ 私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。

4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

☆利用者が、可能な限り居宅での生活に復帰できるよう、その有する能力に応じて各種サービスを提供し、日常生活上及び療養上の支援を行っています。

- ①包括的自立支援プログラムに基づいて利用者個々のケアチェックを行い、個別サービス計画を作成し日常生活全般（食事・入浴・排泄・整容等）に渡るサービス、心身機能の維持向上を図るための日常動作訓練を提供しています。
- ②内科（週2回）と精神科（月2回）の嘱託医による診察・定期健康診断及び看護師による健康相談・通院介助を実施して健康管理に努めています。
- ③31年度は、自立支援介護の視点から水分摂取を重点取り組みとしています。
- ④松代温泉を利用した入浴をゆっくり楽しんでいただけます。
- ⑤身体的状況・嗜好を配慮した家庭的な食事、郷土食・行事食・旬の食材を提供することにより季節を味わうことに努めています。衛生管理にも注意を払っています。
- ⑥長野県高齢者福祉事業協会の催す作品展に出品する等、各種クラブ活動（工作・絵画・カラオケ・体操）を通じ、生きがい対策の促進を図っています。
- ⑦地域ボランティアの受入れ、各種団体及び保育園、学校等との交流を積極的に行っています。談話コーナーにおいてミニ演奏会も催します。
- ⑧家族を交えた行事（七夕レクリエーション、寮祭等）の開催を通じ、家族との絆の維持に努めています。

5 第三者評価の受審状況

受審回数（前回の受審時期）	今回初受審
---------------	-------

6 評価結果総評（利用者調査結果を含む）

◇特に良いと思う点

① 総合防災訓練の取組

尚和寮では、総合防災訓練を地域関係団体との応援協定により毎年秋に実施している。事前の打ち合わせ会を地域の複数の区長や役員、消防団、消防署、警察、自治体などの参加予定者が一同に会して実施している。施設からは、手順の確認や福祉避難所としての施設の役割を説明しており、災害時の備えとして有意義な機会ともなっている。

防災訓練では、重度化が進み介助を必要とする方、意思の表明が難しい方などへの対応として、全居室に掲示板を設置して避難の有無を確認する方法を採用している。この掲示板は、各居室に掲げられ、訓練時だけでなく非常時にも活用されるよう職員に加えて、防災訓練の参加者にも周知がされている。

応援協定、総合防災訓練など利用者の安全確保のための取組ではあるが、同時に福祉避難所として災害時の行政や地域自治会など関係団体との連携・協力について確認する場ともなっている。この関係、取組は施設、行政、地域住民に双方とっても有益な地域福祉向上の取組でもあり、優れている点である。

② 感染症への取組

感染症に対しては、現場の職員の意識が高く、看護師、栄養士とも連携して取り組んでいる。

感染症の施設内研修が計画的に2回実施され、施設外研修での復命はその都度、担当者により実施されている。さらに、朝会、職員間でのケアカンファレンスなど、利用者の状況に合わせた対応を話し合い、注意点なども共有している。また、感染予防の視点からの消毒薬や使い捨てのエプロンや手袋などの使用物品が使いやすいように個包装で用意され、薬品の作り方も同封され、慣れない職員でも戸惑わないように配慮されている。食堂でも、職員の手洗い場所には、注意喚起の掲示や消毒薬が置かれるなど、それぞれ関係する場所に掲示や注意点が置かれ、工夫されている。

サービスマニュアルにも、利用者の体調不良時の対応や、排泄物の取り扱いにおける感染予防と安全確保が記載されている。また、発生時や何かあれば主任や看護師に相談などの連携の体制整備がされている。

感染症は、いくら予防策を講じても、社会生活を営む上で発生は避けられない事ではあるが、予防対応策を職員で周知して取り組んでいる施設である。

◇特に改善する必要があると思う点

①職員間の意思統一と職員採用への工夫

当事業所は、職員間のコミュニケーションが良く、利用者を中心とした支援により、生活のリズムが取れるように職員で協力し、職員の勤務時間を変更する等により質の向上に努めている。しかし、職員間での思いが統一できていないことや会議で決定したことが実行できないなど、職員間での意識の差異を生じている状況が見受けられる。今後、職員への福祉サービスの質の向上への取組、周知のために組織として何ができるのか、会議の持ち方、あり方の工夫、職員の意見や意向を集約し、職員が参画した計画運営していく方法や手順等、さらに検討していく必要性を感じる。また、職員の人材確保が、社会情勢の昨今の中、必要な人材確保に繋がらず、在職職員に負担がかかっていることはやむを得ない一因となっている。しかし、嘱託職員から正規職員への採用への壁は厚く、職員が転職したり、処遇面での不安に繋がりやすい環境がうかがえる。職員が将来を見据えた将来像を描ける体制づくりや法人が目指す地域住民の需要に応えるべく施設に期待したい。

7 事業評価の結果（詳細）と講評

共通項目(別添1)

内容評価項目(別添2)

8 利用者調査の結果

聞き取り方式の場合(別添3-2)

9 第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント（別添4）

平成 31 年 2 月 28 日記載

法人の理念、基本方針をはじめとして、施設の経営・運営課題等を全職員に周知し、意識付けを行い、解決に向かい意思統一を図ることの難しさと歯痒さを実感しました。リーダー層と一般職員特に臨時職員の認識の乖離が今回の受審により表面化したことに受審効果を感じます。まずは、「周知」を喫緊の最大の課題と捉えます。

地道に取り組んできた防災訓練・感染症対策に関して高評価をいただきましたことは今まで行ってきた支援に対し労われた感があります。

ターミナル期において積極的な治療ではなく、本人らしい生活を最優先した看取り介護を推奨して参りましたが、今回の受審において改めてグリーフケアの重要性を認識いたしました。今後は積極的にグリーフケアに取り組んで参ります。

利用者の満足度調査の結果を真摯に受け止め、今回の受審で表面化した諸々の課題を整理し課題解決に努力いたします。

全職員参画のもと足並みを揃えて経営・運営に取り組み、更なる利用者様のサービス向上に努めて参ります。

社会福祉法人 長野市社会事業協会
特別養護老人ホーム 尚和寮
寮長 黒岩 百里香

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別：

特別養護老人ホーム

事業所名：

尚和寮特別養護老人ホーム

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「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に向けた取組みの余地がある状態
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念・基本方針が明文化され周知が図られている。	b)	■	1 理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	○法人の理念・基本的視点策定がされ、職員は年度初めに読み合わせを行い、理念・基本的視点の周知に努めている。理念・基本方針は、施設のサービスに対する姿勢を示し、行動規範となっている。○施設内には、理念・基本的視点の掲示がされているが、家族や利用者への分かりやすい説明や家族会での説明する機会はない。今後、理念・基本的視点は、施設の姿勢を示すものでもあり、実施するサービスへの信頼や安心を高めるため、今後、十分な周知への取組に期待したい。
					■	2 理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
					■	3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
					■	4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
					□	5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
					■	6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
I	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b)	■	7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	○施設の長期的視野に立ち、併設する居宅介護支援事業所と連携し、地域の高齢率、単身世帯の状況や福祉ニーズや潜在的利用者の把握に努めている。法人とともに施設経営や地域の各種福祉計画の動向などの把握や分析を行い、さらなる利用者への良質、安全なサービス提供に努めることに期待したい。	
					□	8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。		
					□	9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。		
					■	10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。		
		(2) 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	■	11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。		○現状の経営状況を踏まえ、今後の介護保険改正を考慮し、法人は「あり方会議」を施設内に設置している。施設の経営の在り方について、法人職員と施設の職員を中心に現状の経営面や施設機能の多様化、そのための経費などを含め、今後の方向性を検討している。より良い経営を目指した方針と、方針に伴う全職員の理解や参画による具体的な取組に期待したい。
					■	12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。		
					□	13 経営環境や改善すべき課題について、職員に周知している。		
					■	14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
I	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b)	■	15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	○中・長期計画は、法人の中・長期総合計画として策定されている。5年ごとに計画の見直しを行い、毎年、理事長ヒアリングにて、中・長期計画の進捗状況などの報告を行っている。当施設の経営課題に対し、長期的な視野に立ち、現状報告と今後の制度改正の趣旨などについても必要な人員配置面での経営への影響などを毎月報告・相談している。しかし、職員体制には結びつかず、今後の経営課題や解決には課題が残っている。		
					□	16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。			
					□	17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。			
					■	18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。			
				b)	■	19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。		○単年度の事業計画は、主な運営方針、運営重点項目、事業内容、保健衛生、災害対策の分野から策定されている。それにもとづく具体的な支援体制が各種策定され実行性のある計画ができています。しかし、職員の中・長期計画・単年度計画の認識が薄く、今後、職員の意見の集約、職員の参画した計画の作成などへの工夫が望まれる。	
						■			20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。
						■			21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。
						■			22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
I	3	(2) 事業計画が適切に策定されている。	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/>	23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	○次年度の計画のために、事業計画の見直しを各部署・係会で行い職員参加のもと、職員会で反省会をし、予算計画とともに法人の理事長ヒアリングに合わせて職員の意見を集約し、現状課題を含め、報告をしている。職員は、事業計画策定に対する理解は薄く、会議の持ち方の工夫、事業計画策定の取組の方法や手順、さらに職員の意見・意向の反映した事業計画作成、周知に努め、さらなる理解を促す取組に期待したい。	
					<input type="checkbox"/>	24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。		
					<input type="checkbox"/>	27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。		
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b)	<input type="checkbox"/>	28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。		○行事計画は、利用者家族の出席を促す観点や出欠席の把握のために家族会を利用し、説明し配布している。施設の事業計画の方針や利用者に関わる主な内容についても、施設運営に理解を求めため、分かりやすい説明を行う機会や資料等今後の取組に期待したい。
					<input checked="" type="checkbox"/>	29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。		
					<input type="checkbox"/>	30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。		
					<input type="checkbox"/>	31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
I	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(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。	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。	b)	<input type="checkbox"/>	32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	○福祉サービスの質の向上に対し、各委員会が設置され質の向上に向け計画、実施に向けた取組は見られたが、組織的に施設の質の評価に対する取組が不足していると思われる。今後、第三者評価結果等にもとづき、全体の課題の把握、分析、組織としての計画、実施、評価等の取組に期待したい。	
				<input type="checkbox"/>	33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C:Check）を行う体制が整備されている。			
				<input checked="" type="checkbox"/>	34 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。			
				<input type="checkbox"/>	35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。			
			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。	c)	<input type="checkbox"/>	36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。		○第三者評価は今回初めての受審である。今後、結果をもとに課題の明確化、文書化により職員参画での改善計画などPDCAサイクルに則った取組に期待したい。
				<input type="checkbox"/>	37 職員間で課題の共有化が図られている。			
				<input type="checkbox"/>	38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。			
				<input type="checkbox"/>	39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。			
				<input type="checkbox"/>	40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅱ 組織の 運営管理	1 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	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。	b)	■ 41	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	○施設長は、全職員に対し、年度初めに、職員会にて施設の方針や施設長の取組について説明している。また、職務分掌があり、施設長の役割が明文化されている。今後、組織内の広報誌の作成予定もあり施設長の役割・責任の表明、さらに有事の際の施設長不在時の権限委任などの明文化が求められる。	
					□ 42	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。		
					■ 43	管理者は、自らの役割と責任を含む職掌分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。		
					■ 44	平常時のみならず、有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。		
			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)	■ 45	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。		○施設長は、法令遵守について、管理者会や高齢者福祉事業協会などで研修参加している。施設内においては、毎月個人情報、身体拘束、ハラスメントなどを含め、研修計画を策定し、読み合わせなどにより、法令順守の研修に取り組んでいる。また、日々の生活の中で社会人として守るべき交通規則や倫理等に配慮し対応している。
				■ 46	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。			
				■ 47	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。			
				■ 48	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
Ⅱ	1	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	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。	b)	■	49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	○利用者の苦情は、迅速に対応するもの、苦情として法人に上げていくものを確認し、利用者説明や謝罪をし、職員会で検討している。日々の言葉遣いなど職員間で留意した対応を心掛けている。 ○福祉サービスの質の課題は、提案型研修として法人に提案し、研修を行う取組がある。また、毎年、職員の研修を計画し、毎月定期的に研修に取り組み、研修の充実に努めている。 ○施設全体として、サービスの質の評価により、課題を明確にし、職員とともに改善策に向けた取組が望まれる。そのために、会議の在り方・持ち方、さらに職員の意見・意向の把握等、組織的に取り組むことで効果的な計画の実行等指導力への発揮に繋がると思われる。
					■	50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	
					■	51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
					■	52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	
					■	53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b)	■	54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	○施設長は、施設の運営に必要な人員配置に努めているが、人材の確保ができず、今後の課題になっている。また、職員の働きやすい環境については、働き方改革により、有給休暇の取得を法人として奨励している。 ○経営改善や将来を見据えた質の高いサービスに向けて、施設内に同様な意識を形成していくための取組には、一般職員との意識の差が感じられる。今後の施設運営に対し、組織内で職員の意見を反映した質の高いサービスへの取組に期待したい。
					■	55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	
					■	56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
					■	57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
Ⅱ	2 福祉人材の確保・育成	(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。	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。	b)	■	58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	○必要な福祉人材の基本的な考え方や人材育成に関する方針は、法人として確立している。 しかし、人材の確保には、計画的に補充ができておらず、効果的な人材配置になっていない。様々な法人の人材育成制度は人材育成担当が中心に策定されているが、今後の人材確保には、採用の在り方や見直しなどを含め、さらなる取組の工夫が必要と思われる。		
					■	59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。			
					□	60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。			
					□	61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。			
				② 総合的な人事管理が行われている。	b)	■		62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	○期待する職員像は、法人として定められている。さらに、職階別に求められる資質が示され果たすべき役割が明示されている。しかし、職員の充足が難しい昨今、当法人として、嘱託職員から正規職員への登用は難しく、意欲ある職員が転職してしまう等、将来の姿を描きにくく、今後の課題と考えられる。 ○人事基準は、法人として定められているが職員への周知等の工夫が求められる。人事基準にもとづく、職務に関する成果や貢献度については、評価票、基準が明確に示されておらず評価しにくい状況にある。また、職員の意見、意向の把握は人事ヒアリングにより職員の意向を聞く仕組みがあるが、質の向上や経営課題への取組には職員との意識に差が感じられる。
					■	63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。			
					□	64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。			
					■	65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。			
					■	66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。			
					□	67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
Ⅱ	2	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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組んでいる。	b)	■	68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	○職員の就業状況の意向の把握や労務管理は、職員ヒアリング表を法人に提出・把握し、労務管理を行っている。 ○職員の心身の健康や安全確保については、法人として、心の健康づくり計画がありストレスチェックの実施があり、相談ルートとして直接専任カウンセラーに相談できる仕組みもあり、職員には年間の相談スケジュールなどが周知されいつでも相談できる体制がある。 また、日常では、主任、次長、施設長等が窓口となり相談をする体制がある。 ○ワークライフバランスに配慮した取組は、働き方改革の推進があるが、職員の人材確保には課題があり具体的な改善や計画には至っておらず、組織としての課題がある。		
					■	69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。			
					■	70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。			
					■	71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。			
					■	72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。			
					■	73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。			
					□	74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。			
	□	75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。							
			(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b)	■		76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	○職員一人ひとりの育成に向けた取組は、今年から目標管理制度が始まり、施設目標が示され、職員一人ひとりの目標を立てている。さらに、施設長との中間面接などを行い、進捗状況を確認していく取組があるが、目標管理制度が開始されたばかりであり、目標水準等の結果が確認できない状況でもある。 ○目標管理制度にもとづき 資格取得に取り組む職員もおり、意欲的に将来を見据え自己啓発支援要綱活用の職員の姿も見られ、今後、さらなる積極的な取組に期待したい。
						■		77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	
						■		78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	
						■		79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	
						■		80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅱ	2	(3)	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。	b)	■	81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	○職員の教育・研修の基本方針は「期待する職員像」にも示されている。法人として人材育成プログラムが研修体系として策定されている。専門別、職階別、新人職員等、計画があるがすべての職員対象にはなっていない。研修体系がすべての職員別に行える体制づくりが望まれる。また、内部研修なども職場内研修として計画されているが職員が参画した研修内容の見直し意見等反映した計画作成が望まれる。	
					■	82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、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いる。		
					■	83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。		
					■	84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。		
					■	85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。		
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	■	86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。		○新任職員の研修は、OJTとして、サービスマニュアル、事業計画により行われている。担当職員が指導を行い、体験学習、職務を通しての研修を行っている。法人として、職階、職種、階層別に求められる水準にもとづき研修実施している。職員の意向や意見なども反映した外部研修などへの参加や内容の検討なども今後期待したい。
					■	87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。		
					■	88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。		
					■	89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。		
					■	90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
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。	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。	b)	<input type="checkbox"/>	91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	○「実習の心構え」の作成をしている。しかし、実習受け入れマニュアルには、実習生の福祉サービスに関わる研修・教育への協力は、施設の社会的責務であることを明示することが望まれる。さらに、実習受け入れの手順や利用者、職員への事前説明、また、オリエンテーション実施項目などが記載されていることが望まれる。 ○実習指導者は指導者研修を受けた職員を中心に、実習先の学校と連携し効果的な実習が行えるようにプログラム作成に努めている。
					<input type="checkbox"/>	92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	94 指導者に対する研修を実施している。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	
	3 運営の 透明性の 確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	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)	<input checked="" type="checkbox"/>	96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	○施設の運営の透明性は、法人のホームページがあり、施設のサービスの内容、事業計画、事業報告を公開している。また、苦情対応についてもホームページに掲載し、施設運営の透明性の確保に努めている。今後、広報誌の発行の予定もあり、さらなる地域への発信に期待したい。
					<input checked="" type="checkbox"/>	97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	
					<input type="checkbox"/>	100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
II	3	(1)	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)	■ 101	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。	○施設の事務、経理取引等については、法人として規定に則り行われ、内部監査は定期的の実施されている。外部監査は法人として公認会計士が行っているが今後、職員への透明性・理解・周知などの工夫が求められる。
					■ 102	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	
					■ 103	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	
					■ 104	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	
					■ 105	外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	
					■ 106	外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	
	4 地域との交流、 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b)	■ 107	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	○地域との関わり方については、法人基本理念、基本的視点に明示、事業計画の冒頭に記載し、年度初めの職員会にて確認している。 ○毎年秋の尚和寮祭への地域の方の来所、お菓子販売などに地域の業者が来所、また、希望に応じての買い物の外出支援や外出支援の有償サービスも活用している。 ○利用者の重度化に伴い、老人会など地域の行事に参加される利用者が減少しており、地域との交流に対して、併設事業所との連携や情報提供などの工夫が期待される。
					□ 108	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	
					■ 109	利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	
					■ 110	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	
					■ 111	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
Ⅱ	4	(1)	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。	b)	■	112	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	○ボランティア受け入れのマニュアルを今年度策定し、基本姿勢、受け入れ記録や事前説明資料などの体制が担当者を中心に整備されている。 ○中高生の職場体験、小学生や保育園との交流など実施している。食堂で定期的に楽器の演奏を行うグループや傾聴ボランティアなどが活動している。 ○地域の学校教育への協力についての基本姿勢の明文化、策定したマニュアルの全職員への周知も望まれる。	
					□	113	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。		
					■	114	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。		
					■	115	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。		
					■	116	学校教育への協力を行っている。		
			(2) 関係機関との連携が確保されている。	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。	b)	■	117	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	○地域の関係機関・団体について、事務室や介護職員室に掲示や連絡先を備えている。また、利用者個々のファイルには、家族の緊急連絡先や主治医、歯科医、かかりつけ医などの必要な情報がまとめられている。 ○地域の関係機関や団体の情報について、敷地内のデイサービスや居宅支援事業所とも連携し、併設事業所内での情報の共有化にも努めている。 ○利用者に対してより良いサービスを行い、地域社会において役割を果たすという視点から、関係機関との連携や情報を共有し、地域の実情に合わせたサービスの検討も期待される。
						■	118	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	
						■	119	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	
						■	120	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	
						■	121	地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅱ	4	(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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)	■ 122	福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	○市の福祉避難所として指定され、地域の区長、消防団、市の消防関係者、駐在所などが参加する防災訓練打ち合わせ会において、福祉避難所の役割についても説明している。また、この打ち合わせ会は、地域の防災における関係者が顔を合わせる貴重な機会であり、災害への備えとして、地域においては重要な役割を担っている。 ○地域有志の楽器演奏のグループが、定期的に施設の食堂で演奏会を実施している。これは、地域の方にとっても生きがいに繋がり、そして地域の高齢者の様子や介護の現状を知っていただく機会にもなり、双方に有益な機会となっている。	
				■ 123	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。			
				■ 124	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。			
				■ 125	災害時の地域における役割等について確認がなされている。			
				■ 126	多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。			
			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。	b)	□ 127	福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。		○地域の民生委員が定期的に訪れており、様々な課題に関して情報交換や相談を受けている。また、市の民生委員の視察も受け入れている。 ○地域交流会を実施しているが、これにもとづく事業所独自の公益的な事業、活動にまでは至っておらず、今後の検討課題としている。
				■ 128	民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。			
				■ 129	地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。			
				□ 130	関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。			
				□ 131	把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。			
				□ 132	把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)			
Ⅲ 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) 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。	b)	■ 133	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	○法人理念、尚和寮運営方針にも利用者尊重の姿勢を明示し、「職員行動規範（基本姿勢）」を策定し、年度初めの職員会で職員に配布し、確認している。 ○職員行動規範には、最初に身体拘束に関する姿勢を明示し、身体拘束を実施する場合の手順を年度当初の職員会にて再確認している。また、身体拘束に関する研修も計画的に実施されている。 ○サービスの標準的実施方法の見直しにおいて、利用者尊重の姿勢が反映されることが望まれる。		
					■ 134	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。			
					■ 135	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。			
					■ 136	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。			
					■ 137	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。			
				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。	b)	■ 138		利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	○虐待防止、身体拘束関連、個人情報等の利用者の権利擁護に関する研修が年間計画に沿って実施されている。 ○利用者の排せつや入浴等生活場面におけるプライバシー保護について、業務手順、サービスマニュアルの中で、設備や施設構造上に配慮が必要なポイントが記載され、新人職員には業務の中でマニュアルに則って指導されている。 ○利用者のプライバシー保護と権利擁護に配慮したサービス提供に関して、支援の場面における明確化が求められる。
					■ 139	利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。			
					■ 140	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。			
					■ 141	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。			
					■ 142	利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。			
					■ 143	規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。			
					■ 144	不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)				
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。	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。	b)	■	145	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	○事業所紹介のパンフレットは、事務室にて毎年見直して、印刷を外部に発注して作成している。また、地域包括支援センター、協力医療機関などに置いている。 ○希望者は見学が可能である。また、ショートステイや併設のデイサービスを活用し、体験してから入所する入居者もおられる。 ○パンフレットは併設の事業所合同であり、基本理念、基本的視点の掲載、利用者視点の情報になっているのか、再検討が望まれる。		
					■	146	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。			
					■	147	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。			
					■	148	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。			
					■	149	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。			
			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。	b)	■	150	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。		○利用者の入所検討及び入退所時の対応、契約の担当者は、生活相談員の担当としている。 ○意思決定が困難な利用者への配慮については、適正な説明、運用に努めているが、ルールの策定や文書化なども期待される。	
					■	151	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。			
					■	152	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。			
					■	153	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。			
					□	154	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。			
			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。	b)	■	155	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変更や不利益が生じないように配慮されている。			○担当者を明示し、サービスの継続性に配慮して対応している。また、契約書、重要事項説明書に担当者や相談窓口が明示されている。 ○事業所変更時やサービスの変更時における手順、家族への説明や引継ぎ文書などの策定が望まれる。さらに、利用者、家族の意向を踏まえ、相談を希望した場合の対応、取組も福祉サービスの質の向上、継続性への配慮から期待される。
					□	156	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。			
					■	157	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。			
					□	158	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	1	(3) 利用者満足の上昇に努めている。	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 <input type="checkbox"/> 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 161 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 <input type="checkbox"/> 162 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 163 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	<p>○利用者懇談会はないが、家族交流会が年に1回開催され、家族も日常的に来所しており、意見や要望を職員にその都度伝えている。</p> <p>○利用者に対する担当職員が決まっているが、担当に関係なく利用者は職員に想いを話している様子が、介護記録からも読み取れ、また、利用者調査の聞き取りでも多数聞かれている。</p> <p>○利用者満足に関する定期的な調査や検討会議など組織的な取組が期待される。</p>
		(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 164 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 165 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、資料を利用者等に配布し説明している。 <input type="checkbox"/> 166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 <input checked="" type="checkbox"/> 168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 <input checked="" type="checkbox"/> 170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	<p>○法人の苦情解決に関する規程が策定、事業所の玄関と介護職員室前に苦情解決体制のポスターが掲示、体制が整備されている。苦情解決における第三者委員の委員会は、法人全体で実施され、年度毎の苦情内容と結果の件数は法人ホームページ上に公表されている。</p> <p>○事業所では職員会にて、苦情解決結果と対応の報告、対応方法等研修が実施されている。</p> <p>○苦情解決の記録様式や報告を見直し、利用者保護の視点から、申し出た利用者等に不利にならないような配慮の文書化が望まれる。また、利用者、家族が申し出しやすい工夫も期待される。</p> <p>○利用者保護の視点と同時に、福祉サービスの質の向上に向けた取組の一環として、事業所内での職員への周知が求められる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅲ	1	(4)	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。	b)	<input type="checkbox"/>	171 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している。	○個室の利用者は居室、または相談室等の意見を述べやすい環境が確保されている。 ○契約書、重要事項説明書が玄関に掲示され、相談窓口、担当者が明記されているが、読みやすい工夫が望まれる。 ○利用者が相談、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説明した文書を作成し、文書の配布や掲示する取組が望まれる。	
					<input checked="" type="checkbox"/>	172 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。		
					<input checked="" type="checkbox"/>	173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。		
			b)	<input checked="" type="checkbox"/>	174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	○意見箱は設置していないが、日々の支援の中で直接聞き取りに努めている。 ○聞き取りの中から、内容に応じて主任やその日の日勤責任者が相談や意見の記録用紙に記入している。マニュアルとしては定めていないが、苦情解決の手順に従って、対応している。相談や意見から、利用者のサービス実施計画に反映するなどの対応に努めている。 ○利用者からの相談、意見等への対応マニュアルを整備、さらにサービスの改善に繋げる仕組みや姿勢の明示も望まれる。		
					<input checked="" type="checkbox"/>			175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。
					<input checked="" type="checkbox"/>			176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
			<input type="checkbox"/>	177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。				
			<input checked="" type="checkbox"/>	178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。				
			<input checked="" type="checkbox"/>	179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
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。	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。	b)	■ 180	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	○事故防止対策委員会が組織され、毎月の職員会でヒヤリハット報告書の内容が報告され、年間の分析（月ごとの発生件数、場所、時間、発生分類の件数とグラフ表示）が、翌年度初めの職員会で報告されている。分析から、業務手順の見直しを実施している。 ○安全管理（緊急時対応）を5月に、事故防止の研修を全職員参加で年に2回に実施している。 ○リスクマネジメント体制に関して、職員内での確実な周知と管理者のリーダーシップが期待される。	
					■ 181	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。		
					■ 182	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。		
					■ 183	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。		
					■ 184	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。		
					■ 185	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。		
			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)	■ 186	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。		○感染症の研修が年に2回、計画的に全職員を対象に実施されている。 ○看護師は、夜間はオンコールの体制であり、マニュアル等が整備されている。また、感染予防の視点から、嘔吐物の対応物品が、食堂、トイレ、介護職員室等にマニュアルとわかりやすい説明書と共に用意されている。 ○感染症対応マニュアルとして、全職員に分かりやすいように、関係する場所に説明書きが置かれており、看護師により定期的に見直しがされている。さらに、必要に応じて、看護師との連携などの体制が整備されている。
					■ 187	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。		
					■ 188	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。		
					■ 189	感染症の予防策が適切に講じられている。		
					■ 190	感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。		
■ 191	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。							

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅲ	1	(5)	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。	b)	■	192 災害時の対応体制が決められている。	○防災計画を整備し、地元の区長、消防署、消防団、駐在所等の協力、参加を得て、敷地内の併設事業所と合同の避難訓練を実施している。事前の打ち合わせ会、事後の職員会での反省も実施され、記録されている。 ○担当者を決めて、備蓄リストが作成、食料、備品が準備されている。 ○法人として、大規模災害時の事業継続計画（BCP）が策定され、水害、地震等の職員出勤基準も定められている。 ○職員の安否確認方法として、連絡網が担当者により策定、職員の入替えごとに修正され、抜き打ちの連絡網の訓練が実施、記録されている。 ○大規模災害時の初動時の対応や行動基準の全職員への周知、さらに定期的な訓練の実施により対策の問題点の把握や見直しが望まれる。	
					■	193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。		
					■	194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。		
					■	195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。		
					■	196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。		
	2 福祉サービスの質の確保	(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。	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。	b)	□	197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○標準的な実施方法として年度ごとのサービスマニュアルが1冊にまとめられ、新人職員の研修に活用が予定され、介護職員室に置かれている。 ○標準的な実施方法において、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢の明示の視点からの見直しが望まれる。 ○標準的な実施方法は、目次作成など使いやすいような工夫、見直しが望まれる。
						□	198 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	
						■	199 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	
						■	200 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
Ⅲ	2	(1)	② 標準的な実施方法について見直しをする	b)	■ 201	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	○標準的な実施方法については、必要に応じてさらに年度ごとに見直しがされているが、策定日または修正した日付が記載されておらず、組織的な見直しが望まれる。 ○標準的な実施方法について、定期的に検証し、必要な見直しを組織的に行うための仕組みを定め、手順の明示が望まれる。	
					■ 202	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的 に実施されている。		
					■ 203	検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の 内容が必要に応じて反映されている。		
					■ 204	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案 が反映されるような仕組みになっている。		
					■ 205	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。		○アセスメント手法が確立され、手順が 明記され、計画的にケアカンファレンス も実施されている。パソコンのネット ワークシステムを活用して介護、医療、 栄養と記録を共有しており、部門を横断 して様々な職種の関係職員との協議もさ れている。サービス実施計画に対する実 施記録も、月ごとにまとめられて、評価 がされている。 ○褥瘡の事例、看取りの事例、入退院の 事例などサービス実施計画策定責任者の 介護支援専門員を中心に、介護員、 看護師、栄養士など連携して、それぞ れの立場からアセスメントを実施し、計 画を作成して、取り組んでいる。 ○利用者の希望やニーズを適切に反映し た内容となっているのか、具体的なニ ーズが明示されているのか、日々の記録 との関連からの見直しも福祉サービスの 質の向上に結びつくものと期待される。
					■ 206	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施 されている。		
					■ 207	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっ ては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に 関する協議を実施している。		
					■ 208	福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的 なニーズが明示されている。		
	■ 209	福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断した さまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外 の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手 順を定めて実施している。						
	■ 210	福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われて いることを確認する仕組みが構築され、機能している。						
	■ 211	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適 切な福祉サービスの提供が行われている。						
(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。	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。	b)	■ 205	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。			
				■ 206	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施 されている。			
				■ 207	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっ ては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に 関する協議を実施している。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	2	(2)	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。	b)	<p>■ 212 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</p> <p>■ 213 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>□ 214 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p> <p>■ 215 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。</p>	<p>○福祉サービス実施計画の評価、見直しは手順に沿って、組織的に実施されている。</p> <p>○入退院時など緊急に変更する場合は、定期的な見直しの手順に沿って実施してきたが、手順の策定が望まれる。</p> <p>○福祉サービス実施計画の評価・見直しにおいて、標準的な実施方法に反映すべき事項等を定期的な検討とその手順を明示し、福祉サービスの質の向上に結びつけるよう活用されたい。</p>
		(3) 福祉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。	b)	<p>■ 216 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>■ 217 サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</p> <p>■ 218 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。</p> <p>■ 219 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>■ 220 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>□ 221 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	2	(3)	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<p>■ 222 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。</p> <p>■ 223 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。</p> <p>■ 224 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>■ 225 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。</p> <p>■ 227 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</p>	<p>○法人の個人情報保護規程、法令遵守規程により記録の管理体制が整備されている。</p> <p>○個人情報についての研修も全職員を対象として、実施されている。また、職員は個人情報等に関して誓約書を施設長宛に提出しており、不適切な利用や漏洩に対する対応も明記されている。</p> <p>○家族、利用者に対しては、入所時に契約書、重要事項説明書に沿って、説明している。また、個人情報保護と合わせて、情報開示についても記録の保管期間、開示方法が明記されている。</p> <p>○利用者に関する記録の保管等に関する規定、情報開示の観点からの職員への周知が期待される。</p>

事業評価の結果（内容評価項目）

福祉サービス種別：特別養護老人ホーム
事業所名（施設名）：尚和寮特別養護老人ホーム

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
「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に向けた取組みの余地がある状態
「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	1 生活支援の基本と権利擁護	(1) 生活支援の基本	① 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。 <input checked="" type="checkbox"/> 2 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 3 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、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されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 4 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。 <input checked="" type="checkbox"/> 5 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。 <input checked="" type="checkbox"/> 6 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 7 利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。 <input checked="" type="checkbox"/> 8 利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。	<p>○生活歴、生活パターン、本人・家族の意向等を把握してアセスメントを行い、一人ひとりの生活に応じた生活となるよう努めている。 ○趣味趣向を図る援助の具体化、年間行事計画外の対応及び計画を担当する職員を決めてカラオケ、レクリエーション等を行っている。買物など個別対応で外出をしている。洗濯ものをたたむなどの役割を持てる工夫をしている。 ○長時間、離床困難な利用者には、心身の状況に合わせてテラスから中庭を見る、行事見学をする等して生活のリズムが整えられるよう支援している。 ○カンファレンス等で生活の見直しを行っているが、さらに利用者の生活の楽しみについて活動内容や実施方法の評価・見直しを行う取組に期待したい。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 9 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 10 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。 <input type="checkbox"/> 11 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 12 コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 13 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 14 利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。 <input checked="" type="checkbox"/> 15 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。	○利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションが取れるよう担当は、意識的に会話するよう努めている。 ○利用者の尊厳に配慮した接遇をするために接遇研修や話し合いを行っている。気になる言葉遣いがあった場合には注意をし合っている。利用者が話せる機会を設ける配慮や工夫、尊厳に配慮した接遇や言葉遣いが徹底できるさらなる取組が期待される。
		(2) 権利擁護	① 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。	c)	<input type="checkbox"/> 16 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。 <input type="checkbox"/> 17 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 18 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。 <input checked="" type="checkbox"/> 19 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 20 権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。 <input checked="" type="checkbox"/> 21 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。	○虐待防止、身体拘束に関する職員研修を計画的に行っている。 ○身体拘束に関する指針に沿い、緊急時やむを得ない身体拘束に関して、身体拘束について具体的な手続きと実施方法を明確にして、身体拘束解除に向けた取組をして実施記録、カンファレンスを行っている。毎月、身体拘束廃止委員会が開催され代表者会議で確認されている。 ○権利侵害の防止等のために利用者にも具体的な事例を提示、説明して周知し、虐待が発生した場合の対応方法・手順について、権利侵害と早期発見をするための取組等、利用者の尊重と権利擁護に関する取組内容を関係者に周知することが望まれる。
			○利用者の尊重と権利擁護は、福祉施設・事業所の使命・役割の基本であり、虐待等の権利侵害を防止することは法令で必須とされる事項です。よって、取組の重要性に鑑み、取組が十分でない場合には、「c」評価とします。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
	2 環境の整備	(1) 利用者の快適性への配慮	① 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)	■ 22	福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。	○空調設備、床暖房があり適温が保たれ、心身の状態に応じて加湿器等の利用をしている。清掃が行き届き、明るく清潔な環境となっている。 ○くつろげる空間には、新聞、雑誌などが用意されている。テーブル、椅子などの配置は、利用者の要望で随時変え、居心地良くなるよう対応している。 ○環境整備係は、施設内外の環境整備、福祉用具の点検などを計画的に取り組んでいる。 ○居室づくりは、馴染みの品、家族写真など本人の希望を聞きながら家族、担当職員が協力して行っている。音楽が好きな利用者には、カセットテープが聴けるよう配慮している。
				■ 23	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行っている。		
				■ 24	環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。		
				■ 25	利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援している。		
	3 生活支援	(1) 利用者の状況に応じた支援	① 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)	■ 26	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援（入浴介助、清拭、見守り、声かけ等）を行っている。	○安全・快適に入浴できるように手順、配慮する点などのサービスマニュアルがある。入浴前に早番が浴槽、浴室、更衣室などの安全確認をしている。入浴中は、リラックスして入浴が出来るよう音楽を流している。 ○入浴前に健康チェックを行い、意向を確認している。入浴は、タオル、つい立て、カーテンの利用をしてプライバシーを守り、同性介護に努めている。更衣室には看護師が立会い必要な処置を行い、利用者の身体状況を観察している。
				■ 27	安全・快適に入浴するための取組を行っている。		
				■ 28	入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。		
				■ 29	入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせて対応を工夫している。		
				■ 30	入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。		
				■ 31	入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。		
				■ 32	心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。		
■ 33	利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
				■	34 利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。	○入浴設備が併設事業所と一緒のために、入浴日以外の入浴が困難である。希望者に工夫をして支援しているが充分ではない。利用者の意向が反映出来る取組に期待したい。 ○入浴を拒否された場合は、時間、介護者を変える等している。体調により入浴できない時は清拭を行っている。感染症、意向等により入浴の順番を配慮している。心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法が出来るよう随時、検討している。
			■	35 利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。		
			■	36 利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。		
		② 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)	■	37 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る。	○排せつ支援は、随時・定時に行い、快適に過ごせるよう支援している。排せつの自立や方法等について利用者の状況を把握して検討・見直しをしている。 ○排せつの介助は、カーテンを引く等利用者のプライバシーに配慮し、トイレ利用時は、職員がトイレ終了時まで見守りをして安全確認をしている。 ○排せつ状況を記録して、看護師と情報共有を図り健康状態を確認している。 ○排せつ係は、紙おむつ等の検討をして個別に合った排せつ用品が利用できるように検討している。
			■	38 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。		
			■	39 トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。		
			■	40 排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。		
			■	41 排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。		
			■	42 排せつの自立のための働きかけをしている。		
			■	43 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。		
			■	44 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。		
			■	45 尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			③ 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)	<p>■ 46 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるように支援を行っている。</p> <p>■ 47 移動の自立に向けた働きかけをしている。</p> <p>■ 48 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。</p> <p>■ 49 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。</p> <p>■ 50 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。</p> <p>■ 51 利用者が移動しやすい環境を整えている。</p> <p>■ 52 移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。</p>	<p>○利用者の意向を大切にしながら移動できる目標の距離を決め、職員は声掛け、見守りをしながら自力で移動できるよう支援している。個別機能訓練計画、介護計画に反映させて検討している。</p> <p>○福祉機器、福祉用具は施設で用意している。購入時は、福祉用具事業者と相談して利用者の心身の状況にあった商品を選定している。</p> <p>○安全な移動介助、利用者の移動が出来るように利用者、職員の動線の環境を整えている。移動に介護が必要な利用者には出来る限り早く対応するよう努めている。</p>
		(2) 食生活	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a)	<p>■ 53 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。</p> <p>■ 54 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。</p> <p>■ 55 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。</p> <p>■ 56 食事を選択できるよう工夫している。</p>	<p>○年間食事計画が立てられ、食事がおいしく食べられる取組（行事食・季節に合った食事、代替食等）がされている。食事会議を2カ月ごとに実施して見直し、検討をしている。</p> <p>○食堂は明るく広い、壁に行事の写真、慰問された学校等からの便り、献立が掲示され、音楽や映像を流す等、食事をする環境に相応しい雰囲気づくりをしている。希望により家族や知人と一緒に食事ができるよう工夫をしている。</p> <p>○食中毒防止のために職員への衛生講習、検食、延食事間厳守などマニュアルにもとづき衛生管理が行われている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		② 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)	■	57 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。	○嚥下能力や栄養面に配慮した調理形態（主食、副食の形態の詳細な配慮、ソフト食、ミキサー食等）をして提供方法を工夫している。 ○利用者の心身の状況により負担が軽減できるよう、食事時間、食事ペース、食事をする場所等に配慮している。 ○食事時の事故発生の対応方法を定め、吸引器を食堂に置いている。職員は見守り、声掛け等を行い食事時の事故防止に努めている。 ○食事、水分摂取に関する状況を把握して、食事の提供、支援・介護方法を検討して見直し、栄養ケア計画に反映している。栄養ケアマネジメントを行い、一人ひとりの心身の状況に合わせた食事の提供が出来る取組を行っている。
	■			58 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。		
	■			59 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。		
	■			60 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。		
	■			61 誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。		
	■			62 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。		
	■			63 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。		
	■			64 利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。		
		③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b)	■	65 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。	○口腔機能保持・改善のために、食後の歯磨き、嚥下体操等を行い、口腔内、口腔ケア、咀嚼嚥下等の状態を確認している。口腔ケア計画が立てられ見直しがされている。 ○定期的に歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受け口腔状態、咀嚼嚥下の機能をチェックしている。 ○定期的に歯科衛生士が訪問した際に、職員に対して指導・助言している。さらに口腔ケア、咀嚼嚥下に関する職員研修の実施が期待される。
	□			66 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。		
	■			67 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。		
	■			68 利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。		
	■			69 口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。		
	■			70 食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 褥瘡発生予防・ケア	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a)	<p>■ 71 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取組んでいる。</p> <p>■ 72 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。</p> <p>■ 73 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。</p> <p>■ 74 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。</p> <p>■ 75 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。</p> <p>■ 76 褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。</p>	<p>○看護師中心に褥瘡発生予防に関する実施方法（褥瘡危険要因確認票含む）、介護計画に反映する仕組みを確立し、予防のためにクッション、除圧マットレス等の利用、体位変換の支援を行っている。看護師は、褥瘡発生予防、発生後の対応等を職員に助言・指導を行っている。</p> <p>○褥瘡発生後は、褥瘡経過（評価）表にもとづき、看護師、介護職、栄養士等の関係職種が連携して取り組み、短期間で治癒に努めている。現在、対象者はいない。</p>
		(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	① 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。	b)	<p>■ 77 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。</p> <p>■ 78 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。</p> <p>■ 79 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。</p> <p>□ 80 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。</p> <p>■ 81 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。</p>	<p>○介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についてマニュアル化され、個別の計画が策定されている。</p> <p>○喀痰吸引・経管栄養の実施に関して医師の指示書のもとに実施状況が記録され、報告している。家族は同意書にて同意している。</p> <p>○介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の実施に関して看護師を中心に、職員研修を行っている。さらに介護職員に対する定期的な研修、チェック方式の検討などが望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(5) 機能訓練、介護予防	① 利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 82 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 83 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。 <input checked="" type="checkbox"/> 84 日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 85 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。 <input type="checkbox"/> 86 判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。	○看護師が機能訓練を担当して介護予防に努めている。立ち上がり、可動域訓練等の強化に努めている。 ○個別機能訓練計画を立て、評価・見直しを行い、一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防に繋がるよう努めている。 ○理学療法士等の専門職からの助言・指導、判断能力の低下などの症状、変化に対して専門職、医師・医療機関と連携して、必要な対応が出来る体制がさらに望まれる。
		(6) 認知症ケア	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 87 利用者一人ひとり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る。 <input checked="" type="checkbox"/> 88 あらゆる場面で、職員等は利用者配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 89 行動・心理症状（BPSD）がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 90 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 91 認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。 <input type="checkbox"/> 92 利用者一人ひとりの症状に合わせて、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。 <input checked="" type="checkbox"/> 93 医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状（BPSD）について分析を行い、支援内容を検討している。	○利用者一人ひとりの生活能力や機能、生活歴についてアセスメントをしている。 ○談話コーナーに落ち着いて過ごせる工夫、好きなこと、家族のことなどを傾聴して関わりが持てるよう配慮している。行動の制限をしないよう心掛けている。 ○行動・心理症状が見られる利用者には、観察・記録を行い症状の改善に向けて検討し、必要に応じて、看護師、主治医に相談・助言を受けている。 ○認知症ケアに関する外部研修に参加して復命している。認知症医療・ケア等について職員研修をさらにを行い、研修の学びを通して、利用者一人ひとりの認知症状に応じたケアの評価・見直し、検討を重ね、職員間で共有した取組に期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(7) 急変時の対応	① 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。	b)	<p>■ 94 利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取り組んでいる。</p> <p>■ 95 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。</p> <p>■ 96 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。</p> <p>□ 97 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。</p> <p>■ 98 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。</p> <p>■ 99 利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。</p>	<p>○体調の変化に気づいた場合（事故の場合、疾病の場合）の対応手順、医師、医療機関との連携体制がある。</p> <p>○看護師は、健康状態に関する記録をファイルして体調の変化や異変の兆候に気付いた場合に活用できるよう備えている。体調の変化の対応についても関係者に指導を行い職員に周知をしている。関係書類は職員が閲覧し、共有できるようにしている。</p> <p>○看護師により薬管理が行われ、服薬支援が行われている。服薬の内容が変わった場合は、看護師から薬の効果や副作用について都度、関係者に説明をしている。利用者の体調の変化に関する適切な対応がさらに取れるよう、高齢者の体調変化や病気、薬に関する知識等の職員研修も望まれる。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(8) 終末期の対応	① 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。	b)	<p>■ 100 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。</p> <p>■ 101 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。</p> <p>■ 102 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。</p> <p>■ 103 職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。</p> <p>■ 104 終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。</p> <p>■ 105 利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。</p>	<p>○利用者の容態に変化が生じた場合は、介護方針に関する確認を本人・家族にして同意を得る仕組みがある。終末期を迎えた場合は、本人・家族の希望に沿えるようその都度、確認をしている。</p> <p>○関係職員、医師、医療機関、関係者で連携体制を取り、看護看取り指針にもとづき終末期ケアを行っている。指針に示す看取り介護の流れに沿って、本人やご家族の死生観を大事にした取組が行われている。</p> <p>○「看取りの際の取組・振り返りの対応」は、マニュアル内では記載され、ご家族のグリーフケア、職員の振り返りができる場を設ける等、職員への精神面に配慮した支援体制に努めている。さらに「人生の最後の段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が示されたことから、さらなる看取り介護を深めた研修への取組が提案され、充実した体制づくりに努めている。</p>
	4 家族等との連携	(1) 家族等との連携	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a)	<p>■ 106 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。</p> <p>■ 107 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。</p> <p>■ 108 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。</p> <p>■ 109 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。</p> <p>■ 110 利用者と家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。</p>	<p>○事業・行事説明、家族からの意見要望を聞くために年1回家族会を行っている。行事等に合わせて家族が出席しやすいよう配慮した取組をしている。</p> <p>○家族に日常的に必要な連絡は、内容により相談員、看護師、担当者からしている。</p> <p>○年度初めに、担当者から状況報告、介護計画作成時に家族に確認をしている。必要に応じて家族面談を行い記録している。</p> <p>○外出希望時、外出行事に家族が同行できるよう家族に呼びかける等して家族との関わりを大切にして支援している。</p>

利用者調査の結果

福祉サービス種別 **特別養護老人ホーム**

事業所名（施設名） **尚和寮特別養護老人ホーム**

1 調査概要

調査対象者	利用者本人		
調査方法	聞き取り方式		
利用者定員（人）（併設短期入所）	38人	調査対象者は、事前に施設側からインタビューに対して回答できる方を選定していただきました。特に、聞き取り訪問当日に利用者の介護度、利用年数、健康状態を事前資料としていただき、当日の体調や難聴、認知症等を伺った上でインタビューを実施いたしました。	
調査対象者数（人）	12人		
有効回答者数（人）	12人		
利用者定員に対する回答者割合（%）	32%		

2 利用者調査全体のコメント

利用者は、日々、忙しく働いている職員の姿に感謝して過ごしている様子が感じ取れます。そして利用者は、介護してもらっているのだからと我慢し、言いたいことも言えないでいる様子も感じ取れます。職員に話を聞いてもらうことで気持ちが豊かに穏やかに過ごせる利用者が多いことを感じます。職員が忙しい業務の中でも利用者の思いや理解に努める時間の工夫や方法なども考慮し、利用者のささやかな満足な気持ちの積み重ねが、利用者にとってのより充実した時間につながっているという様子が感じ取れます。今後も利用者の気持ちに寄り添った支援へのさらなる取り組みや対応に期待します。

3 利用者調査の結果

調査項目		実数			
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまらない)
問1	職員は、あなたに丁寧に接してくれますか。	10人 84%	1人 8%	1人 8%	0人 0%
職員の利用者への接し方は満足されている様子がうかがえます。訪問調査時の利用者の声掛けも、外部から見ても気持ちよい声掛け、丁寧さを感じます。個々に合わせたさらなる接し方が期待されます。					
問2	職員は、あなたの話をよく聞いてくれますか。	8人 67%	3人 25%	1人 8%	0人 0%
利用者は、いつも自分の話を聞いてほしい気持ちを持っているようでした。利用者は、職員が忙しく仕事をしていることを理解しながら、生活している様子がうかがえました。忙しい中でも利用者の話を聞く時間等の工夫や会話による気持ちの安定などへの支援も検討していきたい項目です。					
問3	職員は、あなたのプライバシー（他の人に知られたくないと思うこと）を守っていますか。	10人 84%	1人 8%	1人 8%	0人 0%
利用者へのプライバシーに配慮した対応が行われていることがうかがえる項目です。					
問4	支援やサービスの内容について、あなたや家族の話をよく聞き、一緒に考え、わかりやすく説明してくれましたか。	8人 66%	2人 17%	2人 17%	0人 0%
施設内の支援やサービスについては、利用者にとってわかりにくい間だと思われます。利用者が望む生活へのさらなる工夫が望まれます。					

調査項目		実数			
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまらない)
問5	職員は、あなたの生き立ちや趣味を理解してくれていますか。	10人 83%	0人 0%	2人 17%	0人 0%
利用者の生き立ちを知ることは、利用者を理解する近道です。利用者の望む生活、施設での生活がさらなる潤いのある生活になるよう、利用していけると良いと思います。					
問6	あなたの不満や要望を、遠慮なく職員に伝えることができ、職員はきちんと対応してくれますか。	6人 50%	4人 33%	2人 17%	0人 0%
利用者は職員が忙しく働いている様子に遠慮を感じている様子が見られます。見てもらっているのだからと我慢している様子も感じられます。					
問7	困ったことがあったとき、職員以外の人(役所や第三者委員など)に相談できることを、わかりやすく伝えてくれましたか。	6人 50%	1人 8%	3人 25%	2人 17%
第三者委員の理解は、分かりにくい面もありますが、市の相談員など外部の人に相談できることも少しずつ理解されている様子を感じます。					
問8	けがをしたり体調が悪くなったとき、職員はきちんと対応してくれますか。	10人 83%	2人 17%	0人 0%	0人 0%
利用者が体調の悪いときは、利用者の気持ちに不安なく対応できている様子が見えます。					
問9	けがをしたり体調が悪くなったとき、職員はあなたの家族にすぐに連絡してくれていますか。	11人 92%	1人 8%	0人 0%	0人 0%
利用者の家族に利用者の体調がよくないときは連絡し、家族の顔を見ることでさらなる安心に繋がっている様子を感じ取れます。					
問10	介護(支援)の方法などは、どの職員も同じように対応してもらえますか。	9人 75%	0人 0%	2人 17%	1人 8%
介護方法は、職員の対応に7割の人は満足に感じているようです。3割程度の利用者は、職員の支援方法に違いや不安感を感じるようです。今後のさらなる取り組みが望まれます。					
問11	あなたのサービス計画は、あなたの要望や願いが反映されたものとなっていますか。	6人 49%	2人 17%	2人 17%	2人 17%
サービス計画の理解は難しい面もあります。より具体的に利用者の目線に立った計画への工夫が必要かもしれません。					

調査項目		実数			
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまらない)
問12	施設内で、不快に思ったり、危ないと思う場所がありますか。	1人 8%	0人 0%	11人 92%	0人 0%
施設内の安全な環境に配慮した様子が見られます。					
問13	お風呂は楽しみですか。	9人 75%	1人 8%	2人 17%	0人 0%
入浴は利用者にとって楽しみの時間ですが、「いいえ」と答える利用者にとっての理由なども確認していきたい項目です。					
問14	ゆっくり入浴することはできますか。	9人 75%	0人 0%	3人 25%	0人 0%
問13同様の回答内容が見られます。もう少しゆっくり入浴を楽しみたい気持ちの表れでしょうか。					
問15	職員は、適切な時間にトイレに案内をしてくれますか。	11人 92%	0人 0%	0人 0%	1人 8%
適切なトイレ誘導に満足され、安心して過ごしているようです。					
問16	職員は移動するとき、あなたが不安を感じたりしないようにしてくれますか。	10人 83%	2人 17%	0人 0%	0人 0%
職員の介移動時への不安などなく安心して過ごしているようです。					
問17	食事はおいしく、食べやすいですか。	9人 75%	0人 0%	3人 25%	0人 0%
食事は利用者にとって楽しみの一つです。好き嫌いや食事の形態などに配慮した栄養士の姿もあり、さらなる食の楽しみに努めてほしいです。					

調査項目		実数			
コメント		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまらない)
問18	あなたにあった食事方法(調理方法、介助の方法等)になっていますか。	10人 83%	0人 0%	2人 17%	0人 0%
食事方法、介助への利用者の満足度は感じ取れますが、「いいえ」と答える利用者の気持ちにも個別対応に反映していきたい項目です。					
問19	食後や就寝前に、うがいや歯磨きなどをしていますか。あなた自身ではできない場合は、職員が手伝ってくれますか。	12人 100%	0人 0%	0人 0%	0人 0%
うがいや歯磨きの満足度はすべての利用者が満足と答えています。毎日しっかり口腔ケアに努めている様子を感じとれます。					
問20	床ずれができたり、体に赤くなったりかゆいところはありませんか。	4人 33%	0人 0%	8人 67%	0人 0%
皮膚トラブルがあったときは、しっかり対応している様子を感じられます。					
問21	職員は、家族等の要望をよく聞いて対応してくれますか。	10人 84%	1人 8%	1人 8%	0人 0%
職員と家族がきちんと話をしている姿を利用者も確認し対応に反映している様子が見られます。					