

福祉サービス第三者評価結果報告書

【受審事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム 寿里苑
運営法人名称	社会福祉法人 博光福祉会
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	理事長 桐山 博 施設長 中村 きょう子
定員（利用人数）	140名（140名）
事業所所在地	〒586-0094 大阪府河内長野市小山田町448番地の2
電話番号	0721-52-3888
FAX番号	0721-52-3899
ホームページアドレス	http://www.julien.or.jp
電子メールアドレス	julien@julien.or.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 総務企画部 第三者評価室	
大阪府認証番号	270002	
評価実施期間	平成28年2月17日～平成28年5月9日	
評価結果決定年月日	特別コース 第2回 平成28年5月9日	
評価調査者氏名（役割）	1301A001 (運営管理委員)	()
	0401A128 (専門職委員)	()
	1301A005 (専門職委員)	()
	()	()

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有 ・ 無
---------------------	-------

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

■昭和61年に開設され30年目に入った歴史をもつ5階建施設です。入所定員140名、ショートステイ定員20名で、1階にデイサービス、共有浴室、事務所、面会室があり、2階～4階が特養、5階は地域交流スペース、ボランティア控え室、の配置です。居室状況は個室20室、二人部屋10室、三人部屋4室、四人部屋22室となっています。

■河内長野市北西部、緑豊かな丘の上に位置し近隣に住吉神社、市立障がい者福祉施設、老人病院、学校給食センター、市民グラウンド等があり、福祉ゾーンの立地環境となっています。

■法人経営理念に沿って、「『夢・笑顔・ふれあい』があたりまえ」の思いをかかげ、全ての人に「やさしい施設」をめざして日頃から取り組んでいます。ヒヤリング時、利用者の表情からまた職員の対応から、その思いが素直に伝わってくるような状況でした。建物内外の環境も配慮され、29年を過ぎた施設とは感じられない清潔感、雰囲気は漂う中、ゆったりとした生活時間を利用者が満喫されています。

特に評価の高い点

■基本方針の徹底と、サービスの質の向上に対する意欲的な取り組み

管理者は、法人の中核施設としての強い認識を幹部職員と共有し、全職員へ社会人・職業人の姿勢について徹底した教育を行っています。また接遇の基本である笑顔・丁寧・親切な対応を定着させています。

管理者は自らの経験を踏まえて、各委員会をリードするとともに、一方では若い職員の提案を採用するなど、職員のモチベーションアップを図りながらサービスの質の向上が達成できるシステムづくりを積極的に推進しています。

■多職種が協働して経口摂取継続支援

協力歯科医院と歯科衛生士・理学療法士・看護師・介護職が協働し週1回嚥下評価を行っています。また水分のとりみの種類を調整し、利用者個々人の嚥下状態にあったものを準備、安全な水分摂取に施設全体で取り組んでいます。

改善を求められる点

■外部監査導入の取り組み

外部監査が未実施ですが、法人運営の透明性の確保、適切な財務管理や会計処理などのために、有効な活用が期待されます。

■記録と情報の共有について

各部署の会議で決定した取り組み事項は、口頭で伝達されている部分があります。また手書きのノートが複数あり、それらを通じて周知や伝達を行っています。しかし色々な取り組みを実施する中でどうしても記録から漏れ、伝達が不十分となる恐れがあります。漏れないように情報を記録して周知し、合わせて職員が確認したかどうかをフォローするような仕組みを作ることで、共有化を進めていくことが求められます。

第三者評価に対する事業者のコメント

平成23年に初めて受審し、今回2度目の受審でした。受審の度に事前の書類準備はかなり大変ではあるものの、評価の中で施設側が当たり前と思い取り組んできた内容が施設独自の周りにはない取り組みと高く評価していただいた点も多く、職員達のモチベーションアップに繋がりました。また、評価いただいた内容については、更に良いものと出来るよう取り組んでいきたいと思うと同時に、不足部分についても具体的に示していただき、今後の施設運営にとってプラスとなる受審であったと感じています。

評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	評 価 結 果
-------------	---------

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	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>■法人の理念に「ナンバーワンの施設づくりを目指して、質の高い介護を提供し地域住民と共々に生きる施設として貢献する」と明記しています。併せて、社会に貢献できる最高の職員づくりに努めて、「笑顔ある生活」「夢のある地域づくり」を目標としています。職員には日常業務に活用できる職員手帳を携行させて理念、基本方針の周知を徹底しています。利用者や家族にはホームページをはじめフロアに掲示して周知に努めています。</p>	

I-2 事業計画の策定	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>■中長期計画は主任会議等で検討し、中期、長期それぞれに具体的な目標を掲げて各会議で周知しています。また、年度の事業計画にも反映させており、課題別に11部門の委員会です毎月事業の進捗状況を確認し課題対応を検討・実施しています。利用者や家族には会報誌に掲載したり、フロアに掲示するなど周知に努めています。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a

評価機関コメント

■管理者は法人内でモデルとなるような運営と人材育成に熱意を持ち、社会人としての礼儀はもとより、優れた応接を基本とした職員教育を徹底して行っています。また、管理者は経験を生かして現場の状況を的確に把握しています。そして、適時、注意喚起や共有すべき情報は、各フロアの職員室に掲示して全職員に徹底した周知を図っています。管理者は幹部職員と共に、職員とのコミュニケーションに配慮し、職員のモチベーションの高揚に努めています。また、リーダーシップを発揮し、法人の中核施設として人材を輩出しています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握		
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	c
評価機関コメント		
<p>■法人会議で法改正、制度改定等の情報を共有し、経営分析や地域対策、その他課題を検討しています。また、施設においては、主任会議や事務局会議で経営実態と対策を協議して各会議で全職員に周知しています。</p> <p>■外部監査は未実施ですが、法人運営の透明性の確保、適切な財務管理や会計処理など有効に活用できますので、外部監査の導入が求められます。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成		
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
Ⅱ-2-(2)-②	職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
Ⅱ-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a
Ⅱ-2-(3)-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。	b
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-①	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	a
評価機関コメント		
<p>■中長期計画には、法人内で最も歴史のある施設として、モデル的運営と人材輩出を役割と考えて、人材育成を重点課題として明示しています。また年度の事業計画に反映させ着実に推進しています。具体的には管理者をはじめ幹部職員は、全職員とのコミュニケーションに心掛けて、職員の自己評価や人事考課制度を活用して個人の課題と目標設定など能力の開発を行っています。さらに研修の成果を職員自らの実践目標と定めて取り組んでおり、現場に根差した研修となっています。</p> <p>■福利厚生は親睦会を中心に催しを行っています。また職員が休憩時間等に利用できるようにカイロプラクターを常駐配置して、心身が癒せる室を設けています。</p> <p>■実習生を積極的に受け入れており、各フロア担当者がプログラムに沿って実施しています。</p>		

II-3 安全管理		
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a
II-3-(1)-③	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a
評価機関コメント		
<p>■事故防止対策は万全を期しており、「事故発生時・感染症マニュアル」に基づき職員に強い認識が浸透しています。ヒヤリハット報告書が各フロアで集約され、情報を共有できるシステムとなっていて、職員に注意喚起をしています。また、事故防止委員会で事故の検証や改善に向けて取り組み、勉強会を実施しています。</p> <p>■避難訓練は職員数の少ない夜間を想定して年2回実施しています。</p>		

II-4 地域との交流と連携		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
II-4-(1)-③	ボランティア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
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	b
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b
評価機関コメント		
<p>■地域防災訓練に参加したり、地域行事に職員を派遣するなど、地域交流を長い年月継続してきた成果として近隣ボランティア数が約200名にも及んでいます。また、河内長野市施設部会で共通の課題を検討し連携して取り組んでいます。認知症徘徊高齢者を市内の施設が連携して、見守りをする取り組みを行っています。地域ケア会議に参画して介護に関するノウハウを提供しています。民生委員・児童委員協議会に施設内の交流スペースを提供し、交流を図っています。更に一層積極的に地域ニーズの把握を行い、地域の方々と協働した福祉事業の展開が期待されます。</p>		

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		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(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。	a
Ⅲ-1-(1)-②	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。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	b
Ⅲ-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。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b
Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(4)-①	サービスに関する記録の開示を行っている。	a
評価機関コメント		
<p>■ 基本的運営理念に、「ご利用いただく方々に信頼される最上の施設・質の高い介護を提供します」を掲げ、利用者を尊重した介護サービスを提供する姿勢が明確になっています。利用者の人権擁護についても指針を制定、法令順守に努めており、プライバシー保護も含めて各種マニュアルに反映されています。</p> <p>■ 利用者満足度の取り組みは、職員一人一人による施設自己評価を行い、担当の委員会が分析を実施し、より質の高いサービス提供につなげています。また利用者との個人面談により要望などの聞き取りも実施しています。</p> <p>■ 苦情・要望については、回答はプライバシーに配慮した内容で施設内に掲示するとともに、ホームページにも掲載されています。申し出から解決までのプロセスも記録され保管されています。</p> <p>■ 提供サービスの記録開示については、個人情報保護規程に定め、重要事項説明書にも記載、利用者にも説明されており、記録を開示する体制が整備されています。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(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。	a
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
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。	a
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	家族との連携を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。	a
Ⅲ-2-(4)-②	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
Ⅲ-2-(4)-③	嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-④	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑥	居室及び共有空間は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑦	食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑧	入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑨	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑩	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑪	リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑫	レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑬	認知症高齢者については、行動・心理症状（BPSD）がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑭	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
評価機関コメント		
<p>■施設サービスについて、施設自己評価表に基づき、「QOL職員資質向上委員会」が中心となって評価を実施、分析した結果をパーセントでまとめて、施設自己評価報告書を作成、職員全体で行う全体会議にて周知しています。改善への取り組みは、内容により各専門担当部署・委員会にて進めていく仕組みになっています。</p> <p>■利用者のサービス提供の記録は、パソコンネットワークで共有し、連絡ノートも活用してタイムリーな情報共有ができる仕組みとなっています。</p> <p>■ケアカンファレンスは部門横断で実施し、他業種の参加のもと連携が図られています。家族との連携も各種行事への参加を呼びかけたり、また機関誌「ふれあいの鐘」を活用して、利用者の近況を担当職員が一人ずつ書いて送付しています。</p> <p>■身体拘束については、実施しないことを前提に身体拘束廃止委員会において取り組まれ、平成18年より行われていません。</p> <p>■嗜好品については原則自由となっています。近隣への外出、希望者による一泊旅行も職員、家族、ボランティアによる協力体制で行われています。</p> <p>■食事については、入所時に好みを聞き取り、その後は嗜好調査を実施して、美味しく楽しみながら食べられる取り組みを行っています。メニューが選択でき、朝食はモーニング形式で手作りのパンを提供しており、特別食も計画しています。食事制限のある利用者へは配慮がなされています。</p> <p>■リハビリテーションチームと看護・介護チームのスタッフが話し合い、情報を共有して、目標の設定、リハビリテーションの実施、評価をしています。また、トイレ補助具を使用するなど排泄の自立に工夫をしています。</p> <p>■レクリエーションにおいては、専門のセラピストが配置され、利用者のニーズにあった個別のプログラムが実施されています。また、多種類のメニューが用意されています。</p> <p>■認知症認定医との連携があり、定期的に相談・助言をもらっています。事例の検討も3～4カ月に1回開催されています。寝たきり予防については、利用者への離床計画・実施・記録を適切に行っています。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-3-(3)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a
評価機関コメント		
<p>■利用希望者に対する情報提供にあたっては、宿泊旅行のDVDを活用する等の工夫をしています。平成27年7月から入所選考会に第三者委員が参加され、適切に行われています。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定		
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
Ⅲ-4-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
評価機関コメント		
<p>■担当のケアマネジャーが定期的にサービス計画書を策定し、実施計画が適切に行われています。また、定期的にサービス実施計画の評価・見直しがなされています。意識レベル・意欲が低下している利用者の生活歴を考慮し、ドッグセラピーを行った結果、利用者のADLが向上した事例があります。</p>		

評価細目の第三者評価結果(府社協独自基準)

判 断 基 準 項 目	評価結果
-------------	------

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-2 人材の確保・養成	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
Ⅱ-2-(3)-④ 専門資格取得の促進が行われている。	a
評価機関コメント	
<p>■中長期計画に介護福祉士の有資格者数の目標を定めています。介護職員が働きながら資格取得が可能となる支援体制を強化しています。これまでの経済的支援(資格取得助成金支給制度)に加えて、受験意欲と合格率を高めるために、受験対策講習会を開催して細やかなサポートを行っています。</p>	

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	
Ⅲ-1-(5) 情報開示が適切に行われている。	
Ⅲ-1-(5)-① 情報開示を行っている。(対象：利用者・家族も含む世間一般)	a
評価機関コメント	
<p>■事業計画・事業報告や収支決算などが、ホームページに掲載され、自由に閲覧できるように事務所窓口に置かれています。また苦情・相談についても、プライバシーに配慮された内容で施設内に掲示するとともに、ホームページに掲載されています。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービスが行われている。	
Ⅲ-2-(4)-⑤ 利用者が購入する物品代などを施設が立て替えている場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑮ 給食に関する衛生管理が適切に実施されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑯ 利用者の栄養ケア・マネジメントが適切に実施されている。	a
評価機関コメント	
<p>■利用者の申し出により買い物希望があった場合、購入金額が高額の時には家族へ必ず連絡を行い、事前に承諾を得ています。</p>	

Ⅲ-5 看護・医療サービスの取り組み

Ⅲ-5-(1) 看護・医療の体制が整備されている。

Ⅲ-5-(1)-① 看護・医療の体制が整備されている。	a
Ⅲ-5-(1)-② 看護・医療の責任体制が明確にされている。	a
Ⅲ-5-(1)-③ 治療方針の説明と同意が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(1)-④ 入院時の対応が適切に行われている。	a

Ⅲ-5-(2) 利用者の健康管理が適切に行われている。

Ⅲ-5-(2)-① 水分管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-② 服薬管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-③ 褥瘡の予防・治療が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-④ 胃ろう・カテーテル等の管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-⑤ 感染症予防が適切に行われている。	a

評価機関コメント

■内科・精神科・歯科の各科の担当医師が配置されています。医師・看護師の連携は良好です。情報は朝礼の時に介護スタッフに伝達し周知されています。平成24年に認定特定行為業務従事者、口腔内喀痰吸引実施者の研修を13名が受講しており、その職員を夜勤帯に必ず配置して安全面の配慮をしています。病態の変化があった場合、医師が家族に説明し家族の意向を確認しています。看取りの対応者の受け入れに関しては、介護職員の研修を実施しています。

■協力歯科医師との協働で、看護師・理学療法士を含めた嚥下評価を月1回実施しています。配薬ミスを起こさないように、利用者の名前を読み上げるシステムが徹底されています。褥瘡ステージⅡ～Ⅲの利用者が治癒した経過記録を確認しています。疥癬は過去15年間発生ゼロであり、ノロウィルス、インフルエンザの罹患患者もかなり少数です。感染対策と現場での予防対策が徹底されています。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム寿里苑の利用者
調査対象者数	入居者140名（うち回答可能な方70名）
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム寿里苑を現在利用されている入居者140名（うち回答可能な方70名）を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、46名の方から回答がありました。（回答率66%）

満足度の高い項目として、

- (1) ●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
については、90%以上の方が「はい」と回答
- (2) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」
●「職員に声を掛けやすい」
●「健康管理や医療面、安全面について安心である」
●「支援の方法については、あなたや家族と相談しながら決めている」
については、80%以上の方が「はい」と回答
- (3) ホームの総合的な満足度は、「大変満足」と「満足」を合わせると76%（「どちらかと言えば満足」を合わせると100%）

という結果になっています。

* 別紙報告書

利用者代理人への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム寿里苑の利用者代理人
調査対象者数	137名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム寿里苑を現在利用している入居者の代理人137名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、95名から回答がありました。（回答率69%）

満足度の高い項目として、

- (1) ●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
については、90%以上の方が「はい」と回答
- (2) ●「職員に声を掛けやすい」
●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」
については、80%以上の方が「はい」と回答
- (3) ●「職員は、本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」
については、76%の方が「はい」と回答
- (4) ホームの総合的な満足度は、「大変満足」と「満足」を合わせると86%（「どちらかと言えば満足」を合わせると97%）

という結果になっています。

* 別紙報告書

過去1年の利用者代理人への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム寿里苑を過去1年間に利用を終了した利用者代理人
調査対象者数	30名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム寿里苑を過去1年間に利用を終了した方の代理人30名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、24名から回答がありました。（回答率80％）

満足度の高い項目として、

- (1) ●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
については、全員の方（100％）が「はい」と回答
- (2) ●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員に声を掛けやすい」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」
については、90％以上の方が「はい」と回答
- (3) ●「職員は、本人の意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」
●「本人は、職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」
●「本人は、生き生きとした生活を送れている（他人との関わりや、レクリエーション、趣味のクラブなどの楽しみごとで）」
については、80％以上の方が「はい」と回答
- (4) ホームの総合的な満足度は、「大変満足」と「満足」を合わせると92％（「どちらかと言えば満足」を合わせると96％）

という結果になっています。

* 別紙報告書

寿里苑 評価調査報告書(詳細版) Version 4.02版対応

○評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		1 回目 評価	自 己 評 価	第 三 者 評 価	観 察	ヒ ア 長	ヒ ア 幹	ヒ ア 職	事 例	ア ン ケ ー ト	判断の理由・備考	ステップアップのための 課題・提案
1	I-1-(1)-①	a	a	a							○ b)理念が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。	
	○ a)理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。											
	理念が明文化されている。										ホームページ 職員手帳	ホームページ、職員手帳等に法人の理念が明示されており、法人が目指す方針が明確に示されています。
2	I-1-(1)-②	a	a	a							○ b)基本方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。	
	○ a)基本方針は、法人の理念との整合性が確保されている。											
	理念に基づく基本方針が明文化されている。										ホームページ 職員手帳 事業計画	○ a)基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 法人の理念・基本方針に基づき、施設としての運営方針が事業計画や広報誌等に明示されています。
3	I-1-(2)-①	a	a	a							○ b)理念や基本方針を会議や研修において説明している。	
	○ a)理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。											
	理念や基本方針が職員に周知されている。										職員手帳 事業計画	○ a)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。 全職員が携行し常に理念や基本方針を原点として業務の遂行ができるように、職員と協議して工夫を加えた職員手帳を作成をするなど、その周知に努力しています。

4	I-1-(2)-②	a	a	a	〇〇〇	書類・記録の名称	○ ①理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する、より理解しやすいような工夫を行っている。	
					○ ②理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。			
					○ ③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。			
					b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている a)①～③を3つ全て満たしている			
	ホームぺージ 会報誌 パンフレット 掲示物					各フロアーに掲示したり、家族会で確認したり、広報誌等で周知しています。		
5	I-2-(1)-①	a+	a	a+	〇〇〇	書類・記録の名称	○ 必①経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画が策定されている。	中長期計画は中期、長期に分けて方針が明確に示されています。更に細分化した項目について、実施年度やチャレンジ目標を明示して、そこへ向かって全職員が協働するような仕組みを作ることで、より一層の意欲の高揚が期待されます。
					○ 必②中・長期計画な予算(収支計画)が策定されている。			
					○ ③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。			
					○ ④実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。			
					○ ⑤中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。			
					○ ⑥中・長期計画に基づく取組を行っている。			
					○ ⑦中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。			
					b) 必(①または②)を2つ中1つ以上+③～⑦を5つ中1つ以上満たしている a) 必を2つ全て+③～⑦を5つ中3つ以上満たしている a+) 必を2つ全て+③～⑦を5つ全て満たしている			
	中長期計画は、主任会議で検討を行い策定しています。また、策定のために各委員会等を活用して職員参画を進めています。							

6	I-2-(1)-②	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 書類・記録の名称	<input type="checkbox"/> 必①事業計画には、中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。	事業計画は職員が参画して策定されています。事業計画の中の重点施策において、より具体的に強化する事業を明記し、全職員の取り組みを管理者が中間に助言、年度末には評価を行うような仕組みが望まれます。そしてそのことを通じて、全職員が達成感等を共有し、さらなる参画意欲とチャレンジ精神の高揚につながっていくことを期待します。
	中長期計画書 事業計画 各会議記録				<input type="checkbox"/> ②事業計画は、実行可能かどうか、数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。 <input type="checkbox"/> ③事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 <input type="checkbox"/> ④中・長期の収支計画の内容を反映した事業計画(または単年度予算)が立てられている。 <input type="checkbox"/> ⑤実効性のある年度予算が立てられている。		
7	I-2-(2)-①	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 書類・記録の名称	<input type="checkbox"/> b)職員の意見を聞いた上で計画が策定されている。(中・長期/単年度のいずれかだけでも可)	
	事業計画 各会議記録				<input type="checkbox"/> a)年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 <input type="checkbox"/> a)評価の結果に基づいて各計画の見直しを行っている。 <input type="checkbox"/> a)一連の過程が一部の職員だけで行われていない。		
8	I-2-(2)-②	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 書類・記録の名称	<input type="checkbox"/> b)各計画を会議や研修において説明している。	
	事業計画 各会議記録				<input type="checkbox"/> a)各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。 <input type="checkbox"/> a)各計画の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
					全体会議で周知しており、各委員会で事業への取り組みや、実施に向けて協議、検討を行っています。		

9	I-2-(2)-③	a	b	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○	①利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。	
	事業計画が利用者等に周知されている。				広報誌 行事案内	○	②各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。		
						b) ①～②を2つ中、1つ満たしている	a) ①～②を2つ全て満たしている		
						行事や取り組み事項を、適時、会報誌やフロアに掲示しています。家族会等でも確認しています。			
10	I-3-(1)-①	a+	a+	a+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○	①管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。	
	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。				施設長文面 広報誌	○	②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、明確化されている。		
						○	③管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。		
						b) ①～③を3つ中、1つ満たしている	a) ①～③を3つ中、2つ満たしている	a+) ①～③を3つ全て満たしている	
全体会議や事務局会議で管理者として方針を打ち出しています。また全職員に徹底するため「施設長文面」を各フロアの職員室に掲示して明確に表明しています。									
11	I-3-(1)-②	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○	①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。	
	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。				コンプライアンスルール書 綴 研修報告	○	②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、リスト化する等の取組を行っている。		
						○	③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。		
						b) ①～③を3つ中、1つ以上満たしている	a) ①～③を3つ全て満たしている		
社会福祉協議会、河内長野市施設協議会等の、会議、研修で得た情報を職員に周知しています。									

12	I-3-(2)-①	a+	a+	a+	○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	施設長文面 委員会会議記 録	○ ①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。	○ ②管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り込めるため の具体的な取組を行っている。	○ ③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。	○ ④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。	b)①～④を4つ中、1つ以上満たしている a) ①～④を4つ中、3つ満たしている a+)①～④を4つ全て満たしている	管理者は日々の現場状況を把握して、主任と連携しながら各委員会に課題を提示す るなどタイムリーな対応に努めています。管理者は介護福祉士資格取得を奨励して、 受験者のために、講座を開催して自ら講師を務め、職員の資質向上を図っています。
	I-3-(2)-②				a+			a+					

○評価対象Ⅱ 組織の運営管理

14	II-1-(1)-①	a	a	a+	書類・記録の名称	○	b)社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握している。	
	理事会資料 研修報告書				○	b)利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。		
事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。						○	a)把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。	
	○					a+)福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。		
管理者研修や法人内会議、地域の街づくり協議会等でニーズ把握に努めています。								
15	II-1-(1)-②	a	a	a	書類・記録の名称	○	b)定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
	事務局会議記録 主任会議記録				○	a)改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。		
経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。						○	a)経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	
	管理者は法人の経営方針を受けて、事務長、各フロア主任と密に連携して目標達成に努めており、課題が生じた時は明確に指示、指導しています。							
16	II-1-(1)-③	c	c	c	書類・記録の名称	×	①狭義の外部監査を実施している。	社会福祉法人に強く求められている運営の透明性の観点から、外部監査の導入の検討が求められます。
					×	②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基づいて、経営改善を実施している。(狭義の外部監査と広義の外部監査のいずれによるものでも評価)		
外部監査が実施されている。						×	☆①狭義の外部監査を毎年実施している。	
	b)①～②を2つ中、1つ満たしている a)①～②を2つ全て満たしている a+)aをクリアした上で、☆①を満たしている							
法人本部として、外部監査は実施しないという方針です。								

17	II-2-(1)-(1)	a	a	a	○	書類・記録の名称	○	b)必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。
	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。				○	b)社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。		
					○	a)プランに基づいた人事管理が実施されている。		
					有資格者の配置を考慮し、介護福祉士の取得助成金制度を設けたり、講習会を開催して取得促進を図っています。			
18	II-2-(1)-(2)	a	a	a	○	書類・記録の名称	○	b)人事考課の目的や効果を正しく理解している。
	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。				○	b)年に1回以上、基準に基づく評価(自己評価レベルでも可)を行っている。		
					○	a)考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。		
					キャリアプランアンケートと人事考課を連動させながら、しっかりとフィードバックされています。			
19	II-2-(2)-(1)	a	a	a	○	書類・記録の名称	○	必①職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。
	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。				○	②把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。		
					○	③分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。		
					○	④改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。		
					○	⑤定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		
					×	⑥希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。		
					b)必を1つ満たしている a)必を1つ+②～⑥を5つ中、4つ以上満たしている a+)必を1つ+②～⑥を5つ全て満たしている			
					管理者は日頃から職員とのコミュニケーションに努めており、全職員に給与明細を手渡すなど会話の機会を作っています。幹部職員が委員会に出席して状況把握や課題対応などの検討が行われています。			

20	II-2-(2)-②	a	a	a	○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○ b)何らかの福利厚生事業を行っている。	福利厚生事業の周知に努めています。職員のためにカイロプラクティック施術者が常駐しており、無料で疲れを癒し、心身ともにリラックスできるようにしています。
	職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。				○ <input type="checkbox"/> a)職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。			
					○ <input type="checkbox"/> a)職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、解決に向けた体制が整備されている。			
					福利厚生事業の周知に努めています。職員のためにカイロプラクティック施術者が常駐しており、無料で疲れを癒し、心身ともにリラックスできるようにしています。			
21	II-2-(3)-①	a	a	a	○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○ b)組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。	職員である前に社会人としての基本教育・研修が必要であるなど、方針を事業計画に明示しています。
	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。				○ <input type="checkbox"/> a)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、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。			
					職員である前に社会人としての基本教育・研修が必要であるなど、方針を事業計画に明示しています。			
22	II-2-(3)-②	b	a	a	○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○ b)職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。	各会議で必要に合わせてミニ研修を行っています。新人研修やキャリアアップ研修の終了時には個人目標を設定させて評価を与えるなど、個人研修の実効性を高めています。
	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。				○ <input type="checkbox"/> a)個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。			
					○ <input type="checkbox"/> a)策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。			
					各会議で必要に合わせてミニ研修を行っています。新人研修やキャリアアップ研修の終了時には個人目標を設定させて評価を与えるなど、個人研修の実効性を高めています。			

23	II-2-(3)-③	b	b	b	書類・記録の名称	○	b)研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。	個人別研修台帳を作成して、面談を行い、幹部職員と共に、年度目標を設定します。年度末に達成度を確認して、評価と課題を次年度の目標とします。このサイクルが定着すれば一層職員のスキルアップが期待できます。
	定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。				研修報告書	○	b)研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。	
					全体会議記録	○	b)報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。	
						×	a)評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。	
						×	a)評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。	
全体会議等で研修の伝達をしおり、報告レポートも作成されています。								
24	II-2-(3)-④	a	a	a	書類・記録の名称	○	b)資格取得のための勉強会の場所を提供する等、専門資格取得のための配慮を行なっている。	
	資格取得助成金支給規定				○	a)資格取得のための勉強会の開催や金銭的補助(受験料の負担等)を行う等、専門資格取得を積極的に支援している。		
					介護福祉士資格取得事前講習会を開催して、個人のキャリアアップと意欲を高めています。			
25	II-2-(4)-①	a	a	a	書類・記録の名称	○	①実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化している。	実習生受け入れマニュアル
	実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。				○	②実習生の受け入れについて、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。		
					○	③受け入れにあたっては、学校との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。		
					○	④実習指導者に対する研修を実施している。		
					○	⑤実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。		
					○	⑥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。		
					○	⑦社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。		
					b)①～⑦を7つ中、4つ以上満たしている a)①～⑦を7つ中、6つ以上満たしている			
	実習生受け入れ担当者が中心となって各フロアと調整して、プログラムに沿って適切に指導しています。							

26	II-3-(1)-①	a	a	a	○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○ ①管理者は利用者の安全確保の取組について、マネジメントを行っている。	
	○ ②利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置している。							
	○ ③担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。							
	○ ④検討会には、現場の職員が参加している。							
	○ ⑤事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。							
	○ ⑥リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。							
	b)①～⑥を6つ中、2つ以上満たしている a)①～⑥を6つ全て満たしている							
	各フロア単位でヒヤリハット情報を朝礼で報告するとともに、全職員が情報を共有して日々の事故防止に進めています。また、事故防止委員会で事故の検証と安全確保を検討する体制が整備されています。							
27	II-3-(1)-②	a	a	a	○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/>	書類・記録の名称	○ ①立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。	
	○ ②災害時の対応体制が決められている。							
	○ ③利用者および職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。							
	○ ④食料や備品類など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。							
	○ ⑤避難訓練を年に2回以上(内1回以上は消防署の立ち会い)行っている。							
	○ ⑥警察や自治会などと連携して訓練したり、人手の手薄な夜間を想定した訓練を行うなど、訓練の実施にあたり施設独自の工夫がみられる。							
	b)①～⑥を6つ中、3つ以上満たしている a)①～⑥を6つ全て満たしている							
	避難訓練は夜間を想定して年2回行われており、近隣のボランティアの協力を得られるよう調整を進めています。また地域防災訓練には積極的に連携しています。							

28	II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a+	a+	a+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 書類・記録の名称 事故発生防止マニュアル 委員会議記録	<input type="checkbox"/> b)利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。 <input type="checkbox"/> a)収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。 <input type="checkbox"/> a)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。 <input type="checkbox"/> a)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。 <input type="checkbox"/> a+)ここ数年間を比べて、事故が減少傾向にあるなど、取り組みが成果をあげている。 <input type="checkbox"/> a+)事故防止の取り組みにあたり、利用者の行動を過度に制限していない。 月例の事故防止委員会で事故の検証と対策を検討して、研修などを通して職員の資質向上を図り、利用者の快適な生活の提供を推進しています。	
29	II-4-(1)-① 利用者と地域とのかわりを大切にしている。	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 書類・記録の名称 行事報告書 街づくり協議会資料 ボランティア活動報告書	<input type="checkbox"/> ①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。 <input type="checkbox"/> ②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。 <input type="checkbox"/> ③利用者が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援助を行う体制が整っている。 <input type="checkbox"/> ④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。 <input type="checkbox"/> ⑤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。 b)①～⑤を5つ中、2つ以上満たしている a)①～⑤を5つ中、4つ以上満たしている 地域に開かれた施設として活動を継続した結果が、地域ボランティア200名となっています。地域行事にも職員を派遣するなど積極的な交流が行われています。	
30	II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 書類・記録の名称 市介護相談員会議報告 交流スペース使用状況表 街づくり協議会資料	<input type="checkbox"/> ①介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 <input type="checkbox"/> ②介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、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。 <input type="checkbox"/> ③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。 b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている a)①～③を3つ全て満たしている 地域住民の介護相談を受けており、また地域ケア会議に参加し様々な情報を提供しています。更に、施設内地域交流スペースを地域に開放しています。	

31	II-4-(1)-③	a	a	a	○	ボランティア受け入れマニュアル ボランティア活動報告書	○	b)ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。	地域の多くのボランティアを受け入れ、グループ別に継続した活動を行っています。
	書類・記録の名称				○		a)ボランティア受け入れについて、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。		
	○				a)ボランティアに対して必要な研修を行っている。				
	○								
32	II-4-(2)-①	a	a	a	○	掲示物	○	b)個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。	各フロアで必要な社会資源を掲示しています。また在宅部門との連携が行われています。
	書類・記録の名称				○		a)職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。		
	○								
33	II-4-(2)-②	a	a	a	○	河内長野市施設部会報告書	○	b)関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	市の徘徊高齢者SOSネットワーク会議や施設連絡協議会に参画して役割を果たしています。
	書類・記録の名称				○		b)地域に適切な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。		
	○				a)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積極的に行っている。				
	○								
34	II-4-(3)-①	b	b	b	○	街づくり協議会資料	×	①関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	関係機関等と連携して役割を果たしていますが、具体的なニーズ把握に至る活動はしていません。民生委員・児童委員とのつながりがありますが、積極的な連携にまでは至っていません。
	書類・記録の名称				×		②民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
	○				③地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。				
	○				b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている				
	○				a)①～③を3つ中、2つ以上満たしている				

35	II-4-(3)-②	b	b	b	〇〇〇	○	①把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。	
	書類・記録の名称				×	②把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。		
	ホームページ				b)①～②を2つ中、1つ満たしている			
	中長期計画				a)①～②を2つ全て満たしている			
施設ケアのサービス向上には努めてきましたが、より積極的にニーズ把握を進めて地域住民と協働した事業展開が望まれます。								

○評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

36	Ⅲ-1-(1)-①	a	a	a	○	法人経営理念 基本的経営理念 身体拘束廃止に関する指針 事業計画 身体拘束・廃止委員会録	○	b)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ている。	
	○				a)利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。				
							○	a)利用者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。	
							○	a)身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。	
								利用者を尊重したサービス計画を経営・運営理念に掲げ、法人としての姿勢を明確にしています。各担当委員会を設置、利用者の尊重、基本的人権の研修を実施し、職員の意識やサービスの向上を図っています。	
37	Ⅲ-1-(1)-②	a	a	a	○	事業計画 利用者権利擁護指針 重要事項説明書 新人研修資料	○	b)利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。	プライバシー保護の指針について、見直しが期待されます。
	○				a)利用者の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、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。				
							○	a)規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。	
								プライバシー保護について指針を制定しサービスを提供しています。職員研修について、計画を策定しその計画に沿って研修が行われています。	
38	Ⅲ-1-(2)-①	b	b	b	○	家族会総会 QOL職員資質向上委員会録 施設自己評価表 ケアプラン 全体会議録 フロア会議録	○	①利用者満足に関する調査を定期的に行っている。	家族会総会や納涼大会、敬老祝賀会、誕生会など家族が参加する行事が多く開催されています。開催の場を活用し参加者の意見を聞くことが望まれます。また検討会議には利用者の参画が望まれます。
	△				②利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。				
							○	③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。	
							○	④利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、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。	
							○	⑤分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。	
								b)①～⑤を5つ中、3つ以上満たしている a)①～⑤を5つ全て満たしている	
								家族会総会にて、家族、利用者を含め意見等を聞く機会があるものの、聞き取りが十分でない状況です。職員による施設自己評価は専門委員会を設置して分析と改善を行い、取り組みはしっかりとできています。	

42	Ⅲ-1-(4)-①	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small><書類・記録の名称></small>	<input type="checkbox"/> b)利用者や家族(代理人)からの求めに応じて介護記録を開示している。(又は開示を行ったことがある。)	開示方法の規定、方針は定期的な見直しを期待されます。
	個人情報保護規定・方針 個人情報に関する同意書 重要事項説明書				<input type="checkbox"/> a)利用者・家族(代理人)から情報の開示を求められた場合に関する方法(明確な基準やルール)を定めている。 <input type="checkbox"/> a+)開示を請求する際の方法をあらかじめ利用者・家族に説明している。 <input checked="" type="checkbox"/> a+)開示方法を定期的に見直している。		
43	Ⅲ-1-(5)-①	a+	a+	a+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small><書類・記録の名称></small>	<input type="checkbox"/> b)広報誌やホームページ、掲示板等があり活用されている。	事務所に閲覧できるよう置かれていますが、自由にご覧くださいます。表示をすることが期待されます。
	ホームページ 掲示物 事業計画書 事業報告書 決算報告書 重要事項説明書				<input type="checkbox"/> a)事業計画書・事業報告書、収支決算書等の概要が掲示されている。 <input type="checkbox"/> a)請求があれば、事業計画書、事業報告書、収支決算書などを閲覧できる。 <input type="checkbox"/> a)出された苦情・意見とその回答を掲示している。(プライバシーに配慮した上で) <input type="checkbox"/> a+)事業計画書・事業報告書等が(請求しなくても)自由に閲覧できる。		
44	Ⅲ-2-(1)-①	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small><書類・記録の名称></small>	<input type="checkbox"/> b)評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	事業計画で担当部署、担当者が明記されています。職員による施設自己評価を行いQOL職員資質向上委員会で分析、次のステップの全体会議で水平展開をしています。施設自己評価は年一回定期的に実施、第三者評価も二回目となっています。
	事業計画書 QOL職員資質向上委員会録 施設自己評価表 全体会議録				<input type="checkbox"/> a)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"/> a)評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。		

48	Ⅲ-2-(3)-①	a	a	a	○ ○ ○ ○	○	①サービス実施計画の実施後の利用者の状態の推移、満足度、変更の必要性等が記録されている。	
	○				②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などの工夫をしている。			
	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。				ケアプラン ケアチェック表 全体会議録 カンファレンス 記録の書き方 ケース記録	b)①～②を2つ中、1つ以上満たしている a)①～②を2つ全て満たしている	ケース記録記載について、入職時から「自分ノート」に先ず書き、上司の確認と指導によりOKが出てから、パソコンへの情報入力をする仕組みを定めています。また他の記録の書き方は記入見本例を作成し、適切な記入ができるように取り組みがされています。	
49	Ⅲ-2-(3)-②	a	a	a	○ ○ ○ ○	○	①記録管理の責任者が設置されている。	職員の理解度の把握をアンケート方式で行っていますが、参加、不参加者の様式が同一となっています。別々にすることが期待されます。
	○				②利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。			
	利用者に関する記録の管理体制が確立している。				個人情報保護 規定・方針 個人情報に関する同意書 重要事項説明書 全体会議録 勉強会参加者 確認アンケート	○ ○ ○ ○ ○ b)①～⑤を5つ中、3つ以上満たしている a)①～⑤を5つ全て満たしている	③利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 ④記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ⑤職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。 記録の管理・開示の仕組みについて、規定を定めています。勉強会や研修後のフォローとしてアンケート方式で理解度を把握しています。	
50	Ⅲ-2-(3)-③	a	a	a	○ ○ ○ ○	○	①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。	引継は、看護師同席し書面での引継が主ですが、口答引継を極力なくすることが期待されます。
	○				②情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。			
	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。				全体会議 介護記録 ケアカンファレンス ケアチェック要約表 重要事項ノート 連絡ノート「会議・業務・引継」	○ ○ ○ b)①～③を3つ中、1つ以上満たしている a)①～③の3つ中、①②を含む2つ以上を満たしている	③パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。 パソコンによるネットワークについては基本部分が構築され、部門横断で共有化されています。また手書き部分でも各種連絡ノートによる共有ができています。	

51	Ⅲ-2-(4)-①	a+	a+	a+	○	○	○	○	○	○	○	<p>家族との連携を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。</p> <p>家族への情報提供を面談にて行うべく来所を依頼してもなかなか来訪されないなか、機関紙に利用者担当職員によるコメント掲載など、色々伝える手法を工夫されています。今後とも継続することが期待されます。</p>		
	書類・記録の名称								○	b) 何らかの方法で家族へ情報を提供している。				
									○	b) 長期にわたって家族の面会がない場合、家族に対して来所を働きかけている。				
									○	a) 面会時間を設けている場合は、その時間設定の理由が利用者本位のもので、各家族の事情に応じた柔軟な配慮がある。				
									○	a) 利用者の普段の様子を定期的(3ヶ月に1回程度)に家族へ伝えている。				
									○	a) ケアプランを定期的(少なくとも12ヶ月に1回程度)に家族へ伝えている。				
									○	a) 担当者や責任者が誰であるかを家族に紹介している。				
									○	a+) 家族が気軽に訪問でき、訪問時に居心地よく過ごせるような雰囲気づくりが大切なことが職員間で共有化されるとともに、雰囲気づくりに取り組んでいる。				
									○	a+) 家族集団(家族会等)との定期的な懇談の機会を設けている。				
								○	a+) なかなか面会に来ないなど疎遠な家族(代理人)に対して、個々の利用者の具体的な日常生活の状況を定期的(6ヶ月に1回以上)に伝えている。					
								<p>家族会総会をはじめ、家族や関係者が参加できる諸行事を企画・開催し、参加案内文書の送付により来所を働きかけています。</p> <p>担当職員が個々の利用者の近況を、家族に送付する機関紙に一人ずつ手書きでコメント記載し、報告しています。</p>						
52	Ⅲ-2-(4)-②	a+	a+	a+	○	○	○	○	○	○	<p>身体拘束「ゼロ」が継続しているなか、対策委員会のマンネリ化しない運営が期待されます。</p>			
	書類・記録の名称								○	b) 身体拘束を行わないことを原則としていることが、運営規定、重要事項説明書、契約書等に明記されている。				
									○	b) 身体拘束をせざるを得ないケースについて、三要件(切迫性、非代替性、一時性)を満たした上で、これを記録に残している。				
									○	b) 検討の結果、三要件を満たし身体拘束をせざるを得ないと判断したケースについては、利用者・家族に説明し、所定の様式で同意を得ている。				
									○	b) 身体拘束廃止に関する外部の研修会や勉強会に参加している。				
									○	a) 身体拘束の廃止に向けた具体的な取り組みを行っている。				
									○	a+) aで求める廃止に向けた具体的取り組みについて、望ましい成果となって表れた事例がある。				
									○	a+) 身体拘束(11項目)だけでなく、いわゆるスピーチロックなども含めた行動制限全般について、廃止に向けた具体的な取り組みを行っている。				
								<p>平成18年以降身体拘束がありません。発生していない現状でも身体拘束・廃止委員会にて常に廃止に向け、環境改善や事例による勉強会を開催するなどの取り組みが行われています。その成果の現れが身体拘束ゼロの継続となっています。</p>						

53	Ⅲ-2-(4)-③	a+	a+	a	○	①嗜好品の自由について、施設として「基本的に認める」という方針がある。	職員、ボランティアなど利用者の希望通りいかない場合も想定されますが、現在の対応の継続が期待されます。利用者の個人的な申し出による旅行や帰省への対応の検討が期待されます。
	○				②何らかの嗜好品を楽しむことができる。(③に該当するような例外を除いて)		
	○				③医療的な面などから嗜好品の自由な摂取が難しい場合の対応が適切である。(事例で判断)		
	○				④利用者の希望による外出について、施設として「可能な限り対応する」という方針が存在する。		
	○				⑤何らかの外出の機会がある。(ある程度集団的な対応でも可。ただし通院は除く)		
	○				⑥利用者の外出希望に対応できるよう、必要な時には職員やボランティア等介助を行える体制が整備されている。(体制整備を尋ねる項目)		
	○				⑦利用者の希望に応じた「近隣へのちょっとした外出」が日常的に実施されている。		
	△				⑧利用者個々の個別的な希望に応じた外出の事例がある。		
	b)①～⑧を8つ中、2つ以上満たしている						
	a)①～⑧を8つ中、5つ以上満たしている						
a+) ①～⑧を8つ全て満たしている							
利用者を思いやる対応を経営理念で掲げており、職員・ボランティアが協力して、外出や色々な行事の運営・参加が行われています。							

54	Ⅲ-2-(4)-(4) 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。(施設で金銭管理を行なっている場合)	a	a+	a+	<input type="checkbox"/> ○ ○ ○ <small><書類・記録の名称></small>	○ b) 金銭管理の援助が必要な利用者に対し、希望に応じて管理できる体制を整備している。(要規定)	<p>金銭の利用者自身による管理が行われていますが、保管方法については利用者の判断と なっています。将来的には施設として鍵のかかる保管場所の確保が期待されます。</p>
					○ b) 利用者預かり金の管理の責任者及びその補助者を定め、通帳と印鑑は別の職員が管理している。		
					○ b) 預かり金の収支状況は、管理者により定期的に(毎月)点検されている。		
					○ a) 必要な場合には、成年後見制度の利用も視野に入れた検討を行っている。		
					○ a) 預かり金の払出しにあたっては、引き渡す職員以外の職員の立会いのもとに金銭授受が行われ、利用者の受領の確認がなされている。		
					○ a) 預かり金の収支状況を定期的に利用者(必要に応じて家族又は後見人)に連絡している。(半年に1回以上を想定)		
					○ a+) 利用者が現金を持つことの意義(危険性も含めて)を職員間で共有化している。		
					○+ a+) 金銭の自己管理を一時的に禁止することなく、利用者自身による金銭管理(状態により全額でなく日々の小遣い程度でも)の可能性を個々の利用者ごとに検討している。		
					○ a+) 自己管理が可能な利用者のために、管理に必要な保管場所等の確保等の配慮(例えばベッド周囲に個人で金銭管理ができるための環境整備)がなされている。		
○+ a+) 金銭の自己管理が困難な利用者であっても、買い物等の際の支払いを全て施設側でしてしまうのではなく、その場で利用者にお金を渡して支払ってもらうなど、「自分で支払う」場面づくりに取り組んでいる。							
<p>金銭管理について要領を定め、管理者によるチェックが適切に行われています。家族、成年後見人に支払明細、残高を定期的に知らせています。日常の買い物も利用者にて支払う場面づくりが行われています。</p>							

55	Ⅲ-2-(4)-⑤	a+	a+	a+	○	重要事項説明書 入所者所持金等管理取扱要領 届け出書 フロア会議録	○	b) 物品を購入する際は、必要に応じて家族等へ報告し了解を得ている。	利用者が出す購入希望の場合、家族への連絡方法が事前に説明されており、連絡承諾を得ています。日常の買い物も曜日を設定し、同行ボランティアの活用が行われています。
	○				a) 立て替え払いを行った際の家族等への請求書には、支払明細が分かりやすく記載されている。				
	○				a+) 利用者が現金を持つことの意義(危険性も含めて)を職員間で共有化している。				
	○				a+) 金銭の自己管理を一律的に禁止することなく、利用者自身による金銭管理(状態により全額でなく日々の小遣い程度でも)の可能性を個々の利用者ごとに検討している。				
	○				a+) 自己管理が可能な利用者のために、管理に必要な保管場所等の確保等の配慮(例えばベッド周囲に個人で金銭管理ができるための環境整備)がなされている。				
	○				a+) 金銭の自己管理が困難な利用者であっても、買い物等の際の支払いを全て施設側でしてしまうのではなく、その場で利用者にお金を渡して支払ってもらうなど、「自分で支払う」場面づくりに取り組んでいる。				
	利用者が出す購入希望の場合、家族への連絡方法が事前に説明されており、連絡承諾を得ています。日常の買い物も曜日を設定し、同行ボランティアの活用が行われています。								

56	Ⅲ-2-(4)-⑥	a+	a+	a+	〇〇〇	〇	b) バリアフリーについて、一部不便を感じるが概ね配慮されている。	完全分煙について、 現在喫煙される方が居 られませんが、喫煙室 を定めています。 少人数単位での居 住・生活においては、限 られたスペースで、でき うる限りの対応、努力 がなされています。今 後とも継続していくこと が期待されます。
	<書類・記録の名称>				〇	b) ベッド周辺のプライバシーに配慮されている。		
	〇				b) 居室やトイレなど、必要な場所にナースコールが設置され、正常に作動する。			
	〇				b) (限界はあるが) 基本的に私物の持ち込みが自由であることを伝えている。			
	〇				b) タバコを吸わない利用者に対して分煙の配慮(その他の分煙)がなされている。(健康増進法)			
	〇				a) 居住や共用空間について、車いす等による移動がスムーズに行えるようなスペースの確保に配慮されている。			
	〇				a) 共用空間(トイレなど)のプライバシーに配慮されている。			
	〇				a) 完全分煙が実現されている。(健康増進法)			
	〇-				a+) ユニット式に少人数単位の居住空間で生活できるように工夫している。			
	〇				a+) 利用者が一人になったり、気のあった利用者同士で自由に過ごせるような居場所を確保している。			
	〇				a+) 利用者が使用する設備・備品の利便性とバリアフリーに配慮されている。			
	〇				a+) 快適な生活空間の整備に配慮されている。(採光、彩色、静寂、自然、空調、インテリア、絵画等)			
開設から30年目に入ったとは思えない清潔感が漂っています。随所にくつろぎの場を設ける工夫がなされ、利用者仲間がゆったりとした日常時間を過ごされています。おだやかさが伝わってきます。ナースコールをPHSと連動されており、事務所にいなくても情報が伝わる方法をとられています。								

57	<p>Ⅲ-2-(4)-(7)</p> <p>食事は、楽しくゆとりを持ってできるように工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。</p>	a+	a+	a	<p>重要事項説明書 嗜好調査 食事箋 献立表 特別食計画表 ケアチェック要約表 ケアプラン 約束食事箋</p>	<p>○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><書類・記録の名称></p> <p>○ b)嗜好調査や残食調査、検食などの結果を踏まえて、食事メニューやご飯の炊き加減等に利用者の希望を取り入れている。</p> <p>○ b)食事時間は、家庭における食事の時間とできるだけ近い時間帯となっている。</p> <p>○ b)温かいものは温かく、冷たいものは冷たく食べられるように配慮されている。</p> <p>○ b)利用者に声かけを行い、安全に対する配慮がなされている。</p> <p>○ a)利用者の病態に応じて、医師の指示による治療食を提供できる。</p> <p>○ a)嚥下困難がある場合など、利用者の身体状況に合わせた適切な介助が行われている。</p> <p>○+ a)選択メニュー制を取り入れるなど、利用者が選択できるように配慮されている。</p> <p>○- a+)落ち着いたゆったり食事ができるような環境が整備されている。(採光、通風、温度、観葉植物、音楽、騒がしさ、施設側が意図する雰囲気づくりの妥当性と達成水準などで総合的に判断)</p> <p>△ a+)1対1の食事介助が実現されている。</p> <p>食事に対する取り組みは非常に素晴らしいものがあります。入所時に好みを把握し提供する配慮、選択できる献立、誕生会の特別食提供、朝食モーニングの実施等、施設全体での取り組みが行われています。モーニングのパンは購入品でなく、職員が焼いて提供し利用者から好評を得ています。</p>	<p>利用者が食事が終わり各自居室に戻られる時に、車いす対応の人は順番となり、一人で待つ場面が見受けられました。極力なくす努力が期待されます。</p> <p>食事介助の利用者への一対一の対応については、ボランティアの活用等の検討が期待されます。</p>
58	<p>Ⅲ-2-(4)-(8)</p> <p>入浴は、利用者が安心し安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。</p>	a	a	a	<p>ケアチェック要約表 ケアプラン 入浴チェック表 入浴確認表(週2回明示) バイタル表 新人研修資料</p>	<p>○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><書類・記録の名称></p> <p>○ b)入浴中および入浴待ちの間、プライバシーや羞恥心に配慮している。</p> <p>○ b)事前・事後の健康チェックが実施されている。</p> <p>○ a)利用者の身体状況に応じた入浴介助(見守り、チェアー浴、機械浴、発熱時の清拭など)が実施されている。</p> <p>○ a)サービスに反映させるため、利用者が希望する入浴形態(夜間入浴、個別入浴、湯の温度、湯につかっている時間など)を把握している。</p> <p>○ a+)見守りで入浴可能な者については、希望に応じて対応可能な入浴時間、入浴回数を増やす等の配慮が行われている。</p> <p>× a+)「a②」で把握した希望の入浴形態について、個々の希望に応じた高水準の取り組み事例がある。(医療的問題がある場合を除く)</p> <p>○ a+)夏場汗をかいた時や失便で汚れた時など、状況に応じて柔軟にシャワーを使用している。</p> <p>プライバシーや羞恥心に配慮し、曜日、時間帯に分けて入浴されています。また仕切りとしてカーテンを有効利用しています。</p>	<p>入所者140名の個々の希望を、少しずつ可能にする取り組みが期待されます。</p>

59	Ⅲ-2-(4)-⑨	a	a	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <書類・記録の名称> ケアチェック要約表 ケアプラン 月間排便確認表 新人研修資料 排尿便日誌 介護記録 オムツ集計表 フロア会議録	<input type="checkbox"/> b) 排泄介助時にプライバシーに対する配慮がなされている。 <input type="checkbox"/> a) 利用者の身体状況に応じた排泄介助が実施されている。 <input type="checkbox"/> a) 個々人の排泄パターンを把握したうえで、自立支援にむけた介助が行われている。 <input type="checkbox"/> a) 排便状況について看護職との情報連携が密になされ、排便コントロールも適切に実施されている。 <input checked="" type="checkbox"/> a+)「◎②」で求める「自立支援にむけた介助」が望ましい成果となって現れている事例がある。	利用者個々人の排泄パターンを把握する中、変化がみられた場合に職員間でトイレ誘導の時間、間隔を検討した上で利用者に強制しない範囲の対応に努めています。また紙パンツの種類の変更、パットでの対応等、快適さを考えた取り組みが行われています。	自立支援に向け、利用者には負担のかからない日々の対応は、今後とも継続し、利用者への快適なサービス提供が期待されます。
	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。							
60	Ⅲ-2-(4)-⑩	a+	a+	a+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <書類・記録の名称> ケアチェック要約表 ケアプラン ケアカンファレンス リハビリテーション計画表 緊急報告用紙	<input type="checkbox"/> b) 利用者に声かけを行い、安全に対する配慮がなされている。 <input type="checkbox"/> a) 個々の身体機能に適した介助を提供するため、個々の利用者の身体機能を把握している。 <input type="checkbox"/> a) 車いす等の移動用具について、利用者の身体・目的に適合するよう工夫している。 <input type="checkbox"/> a+)「a(2)」で求める「身体・目的に適合するよう工夫」について、理学療法士等の専門職からの助言を受けている。 <input type="checkbox"/> a+) よりよい移動・移乗の方法を習得するための研修等を行っている。 <input type="checkbox"/> a+) 利用者の状態が急変した場合など、介助・支援の内容が通常と異なる(又は注意を要する)場合に、情報をキャッチしてから関係職員へ情報を周知徹底するまでの体制が整備されている。	利用者の身体・目的に合う対応や工夫の検討に理学療法士が参画しています。緊急時の対応も看護師、医師と介護職が一体となって取り組み、緊急時の情報を伝えるための帳票を用いて伝達と周知が行われています。	
	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。							

61	Ⅲ-2-(4)-(11)	a+	a+	a+	○	①(専従又は専従に準じた)機能訓練指導員が配置され、機能回復訓練が行われている。	
	○				②利用者ごとに目標や計画等が作成され、その個別の実施記録がある。		
					○	③計画内容は定期的に評価・見直しが行われている。	
					○	④ 個々の利用者に応じたリハビリテーション計画などに基づき専門的な訓練が実施されている。	
					○	⑤目標設定や計画内容が、利用者の障害の程度や在宅での生活を考慮しながら、利用者や家族との話し合いのもとで作成されている。	
						b)①～⑤を5つ中、1つ以上満たしている a)①～⑤を5つ中、3つ以上満たしている a+)①～⑤を5つ全て満たしている	
						リハビリテーションチームと介護・看護スタッフが話し合い、情報を共有して、目標の設定、リハビリテーションの実施、評価をしています。トイレ補助具を使用するなど、排泄の自立に工夫しています。	
62	Ⅲ-2-(4)-(12)	a+	a+	a+	○	b)何らかのレクリエーションやクラブ活動等が実施されている。	
	○				a)メニューが多彩に用意されている。		
					○	a)利用者のニーズにあったメニューを提供している。	
					○	a+)専門のセラピストがおり、作成された個別の計画に基づいて活動している。	
						専門のセラピストが配置され、利用者のニーズにあった個別のプログラムがあります。また、多種類のメニューが用意されているのを記録から確認しました。	

63	Ⅲ-2-(4)-(13)	a+	a+	a+	○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	○ b) 生活環境(ソフト・ハード)の配慮をしている。(安全な環境)	
	<書類・記録の名称>				○ b) 落ち着ける場所が確保されている。		
	行動状況表、ケアプラン				○ b) 認知症の専門医との連携がある。(診断)		
					○ b) 行動障害のある認知症についての研修実績記録がある。		
					○ a) 行動・心理症状(BPSD)等がある利用者について、観察や記録によって原因究明に努めている。		
					○ a) 行動・心理症状(BPSD)等がある利用者への接遇・対応が適切である。		
					○ a) 個々人の身体的・精神的状況や生活歴などを把握し、サービスに活かしている。(アセスメント及びケアプランで判断)		
					○ a) 認知症介護実践研修(実践者研修・実践リーダー研修)を受講したり、認知症ケア専門士の資格を取得するなど、認知症及び認知症ケアの理解を深め専門性を高めるために努力している。		
					○+ a+) 認知症の専門医との連携がある。(助言・相談)		
					認知症認定医との連携があり、定期的に相談・助言をもらっています。事例の検討も3~4カ月に1回開催されています。		
64	Ⅲ-2-(4)-(14)	a+	a+	a+	○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	○ b) 何らかの離床対策が実施されている。	
	<書類・記録の名称>				○ a) 利用者の意欲と結びつけるように工夫している。		
	勉強会資料				○ a) 病状から離床できない利用者を除き、全員が離床できるように工夫している。		
					○ a+) 個々人にあつた離床(時間・方法)を行っている。		
					○ a+) 起こしたきりになっていない。		
					寝たきり予防については、利用者への離床計画・実施・記録を適切に行なっています。		

65	Ⅲ-2-(4)-(15)	a	a	a	○	衛生管理マニュアル	○	b) 給食に関する衛生管理について、設備面及び取り扱い方法が適切である。	給食委託契約書、緊急時対応マニュアル、厨房衛生マニュアル、備蓄食品の管理も確実にこなわれていることを確認しています。
	<書類・記録の名称>				○		a) 衛生管理の方法について、必要に応じて検討や見直しが実施されている。		
	×				a+) 衛生管理に関して外部からの評価・認証を得ている。(HACCP等)				
66	Ⅲ-2-(4)-(16)	a+	a+	a+	○	栄養ケアマネジメント	○	b) 栄養ケア・マネジメントが手順どおり実施されている。	中・高リスクの利用者の栄養ケアマネジメント、モニタリングを適切に行なっており、事例検討会を実施し低リスクに改善した事例があります。
	<書類・記録の名称>				○		a) 栄養ケア計画のモニタリングが適切に行われている。		
	○				a+) 中・高リスクから低リスクに改善した事例が存在する。				
67	Ⅲ-3-(1)-(1)	a	a	a	○	ホームページ、見学受付簿、ビデオ	○	①見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	宿泊旅行のDVDを活用する等、工夫をしています。
	<書類・記録の名称>				○		②インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。		
	○				③理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。				
	○				④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。				
	b) ①～④を4つ中、2つ以上満たしている								
	a) ①～④を4つ全て満たしている								

68	Ⅲ-3-(1)-②	a	a	a	○	重要事項説明書 契約書	○	b)サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。
	○				b)サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。			
							○	b)利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。
							○-	a)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(例えば日常生活自立支援事業(旧:地域福祉権利擁護事業)の活用)を行っている。
							○-	a)重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように工夫している。
								サービス内容や重要事項説明書については、今後利用者に即した文字の大きさ、かな文字を使う等工夫を期待します。
69	Ⅲ-3-(2)-①	a	a	a	○		○	①他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、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。
	○				②サービス終了した後も、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。			
							○	③サービス終了時に、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。
								b)①~③を3つ中、1つ以上満たしている a)①~③を3つ全て満たしている
70	Ⅲ-3-(3)-①	a	a	a+	○	入所選考指針 及び会議録	○	a)入所選考指針に基づき入所選考委員会が設置され、指針に従って適切な受入れがなされている。
	○				a+)入所選考委員会には外部からの委員(例:第三者委員)が必ず参加している。			
								平成27年7月から第三者委員が参加し、適切に行われていることを議事録から確認しました。

71	Ⅲ-4-(1)-①	a	a	a	○	①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。
	○				②アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。	
	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	a	a	○	③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、アセスメントに関する協議を実施している。
					○	④利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。
					b)①~④を4つ中、3つ以上満たしている	
					a)①~④を4つ全て満たしている	
						利用者のニーズを明確にしてアセスメントが行なわれています。
72	Ⅲ-4-(2)-①	a	a	a	○	b)サービス実施計画策定の責任者を設置している。
	○				b)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。	
	サービス実施計画を適切に策定している。	a	a	a	○	a)サービス実施計画どおりに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るとともに、機能している。
					担当のケアマネジャーが定期的にサービス計画書を策定し、実施計画が適切に行なわれています。	
73	Ⅲ-4-(2)-②	a	a	a	○	①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。
	○				②見直しによって変更した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。	
	定期的サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	a	a	○	③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。
					b)①~③を3つとも、少しは実施している(多少、足りないところがあっても)	
					a)①~③を3つとも、概ね実施している	
						定期的サービス実施計画の評価・見直しが行なわれていることを確認しました。

75	Ⅲ-5-(1)-①	a+	a+	a+	○ <input type="checkbox"/> ○ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	夜間緊急時対応マニュアル	○ b) 専門職種の配置が適切である。(医師、看護師)	医療サービスは、担当医師が配置されているため、医師・看護師の連携は良好です。また、情報は朝礼の時に介護スタッフに伝達し周知されています。
	<書類・記録の名称>				○ b) 協力医療機関がある。			
	○ a) 担当スタッフが明確に示されている。							
	○ a) 専門職種との連携が充実している。(医師、療法士、管理栄養士、介護支援専門員、介護員等)							
	○ a) 利用者から収集した情報が各関係職員に周知されサービスとして反映されている。(要記録)							
	○ a) 個々の利用者に対する看護・医療サービスと介護サービスの目標が統一されている。							
	○ a) 様態急変や骨折、誤嚥等の突発的な事故に対する対応マニュアルがあり、必要に応じて訓練が行われている。(夜間時など医療スタッフが施設内にいない場合についても触れた、24時間対応の内容であること。)							
	○ a+) オンコールシステムにより、24時間医療スタッフとの連携がとれ、緊急時には夜中でも医療スタッフが駆けつける体制が整備されている。							
	76				Ⅲ-5-(1)-②		a	
<書類・記録の名称>		○ a) 医師の指示が確実に伝達され、実施されている。						
○ a) 医療サービス実施後の観察・検討・医師への報告が行われている。								
△ a+) 医療サービスの実施に関するマニュアルが作成されている。								

77	Ⅲ-5-(1)-③	a	a	a	○	b) 入所時に利用者や家族に対して病状や治療方針の説明を行っている。	病態や病状の変化があった場合には、医師が家族に説明を行い、意向を確認しています。看取りの対応者の受け入れに関しては、介護職員の研修を実施していることを確認しました。
	○				a) 入所時や退院時、ターミナル選択時など、大きく治療方針を決定する際には利用者・家族がケアカンファレンスに参加している。		
	○				a) 利用者・家族から請求があった場合には利用者のプライバシーに留意しながらカルテの開示を行っている。		
	○				a) 治療方針を変更する際には利用者・家族に対して病状や治療方針の説明を行っている。		
	△				a+) 対応の方針や手順が明文化されている。		
	△				a+) 適切に対応されており、過去1年以内に治療方針の説明・同意の不備が原因だと判断できる苦情が寄せられていない。		
	○				看取りの指針、看取り介護マニュアル		
78	Ⅲ-5-(1)-④	a+	a+	a+	○	b) 入院中の利用者のベッドを優先的に確保している。	利用者が入院したケースに対しては、必要に応じてカンファレンスに看護師が同席しています。
	○				a) 入院中の病状説明の際、家族からの希望があれば同席している。		
	○				a) 退院時の治療方針について医療機関と連携をとっている。		
	○				a) 入院中も利用者や家族からの相談を受けている。		
	○				a) 必要に応じて入院中の利用者の病状を把握している。		
	—				a+) 身寄りがない利用者が入院した場合など、必要な利用者に対して日常生活支援を行っている。		
	○				看護記録、入院時対応マニュアル		

81	Ⅲ-5-(2)-③	a	a+	a	○	b) 予防・治療のために有効な手段が行われている。	
	○				b) 入浴や清拭などによって清潔さを保ち、入浴時やオムツ交換時などに皮膚観察を行なっている。		
	○				b) 発赤(ステージⅠ)など皮膚の異常を発見した場合には、関係職員間で情報を共有した上で、治療に取り組んでいる。		
	○				a) 褥瘡発生のメカニズムや、予防・治療のために有効な手段を職員間で共有している。		
	×				a+) 過去1年以内に施設内で褥瘡が発生していない。		
	○				a+) 入所時や退院時にNPUAPステージ分類等の評価スケールを用いて評価している。		
	○				a+) 退院時、ステージⅡ～Ⅲ(NPUAPステージ分類)の方が治癒した事例がある。		
	褥瘡ステージⅡ～Ⅲの利用者が治癒した経過記録を確認しています。						
82	Ⅲ-5-(2)-④	a+	a	a+	○	b) 定期的な医師の診察を受けている。	
	○				a) 緊急時の対応マニュアルが存在する。		
	○				a) 感染予防が図られている。		
	○				a+) 対象となる利用者1人ひとりに対して個別に対応マニュアルを作成し、関係職員に周知して対応している。		
	マニュアルが整備されています。また胃ろう造設に対しては利用者、家族に同意を得ていることを確認しました。						

83	Ⅲ-5-(2)-⑤	a+	a+	a+	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	○ b) 手洗いうがいを励行している。	
	<small><書類・記録の名称></small>				○ b) 汚物や洗濯物の処理が適切に行われている。		
					○ b) 入浴時の感染症予防に配慮されている。		
					○ b) 外来者、職員などの外来感染症(源)予防に関する方針がある。		
					○ b) 換気が適切に実施されている。		
					○ b) 患者発生時の二次感染予防が適切に行われている。		
					○ b) 疥癬の対応についての知識を有している職員が1人以上存在する。		
					○ a) 予防対策と発生時の対応についてのマニュアルが作成されている。		
					○ a) 研修の徹底と感染症予防についての重要性が職員間で共有されている。		
					○ a+) 過去1年以内に集団発生がない。		
	疥癬は過去15年前に発生した後はゼロであり、ノロウィルス、インフルエンザの罹患患者もかなり少数の現状です。感染対策と現場での予防対策が徹底されています。						