

# 福祉サービス第三者評価の結果

平成29年 5月12日 提出(評価機関→推進委員会)



## 1 施設・事業所情報

### (1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	特別養護老人ホーム 緑青園		種別	介護老人福祉施設		
代表者氏名 (管理者)	施設長 成田 和博		開設年月日	昭和56年4月1日		
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人 緑風会		定員	75名	利用人数	75名
所在地	〒036-0141 青森県平川市沖館和田84番地					
連絡先電話	0172-44-7588	FAX電話	0172-44-7589			
ホームページアドレス	<a href="http://ryokufu.or.jp/">http://ryokufu.or.jp/</a>					
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数	受審履歴				
	1	平成26年度(受審機関:青森県社会福祉士会)				

### (2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

理念 基本方針	<基本理念> 利用者様へ、地域そして職場へ 一、感謝、思いやり 二、自己実現 三、信頼、尊重、協働	
	<行動方針> 1、わたくし達は、つねに健康で明るい社会づくりをめざし、使命と誇りをもって行動することを誓います。 2、わたくし達は、ともに人格と知恵を高め、誠意と情熱をもって行動することを誓います。 3、わたくし達は、さらに相互信頼の精神に立ち、役割と責任をもって行動することを誓います。	
サービス内容 (事業内容)		施設の主な行事
1、日常生活全般(排泄、入浴、食事、リハビリ、離床、家族との連携、環境整備、地域交流・連携) 2、短期入所生活介護、通所介護(併設) 3、ボランティア、体験学習、施設実習の受入れ 4、介護教室		万年青大学、さくら花見、三十三観音様巡り、田植え見学、七夕まつり、平川ねぶた合同運行、墓参り、盆踊り&花火大会、りんご収穫体験、紅葉見学、クリスマス会、もちつき大会、年越し会食、初詣、豆まき、ひな祭り、四半期毎の誕生会、近隣教育機関との交流会、クラブ活動、各種慰問、外出行事等

<p>その他、特徴的な取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設のお風呂は、機械浴を除き全館が<b>源泉かけ流しの温泉(おもと温泉)</b>となっています。温泉は施設の利用者のほか、必要に応じて近隣の住民などにも解放されています。</li> <li>○ 施設配置人員が法的に求められる最低基準を上回り、利用者処遇もさることながら地域の催事にも積極的に参加しています。社会資源としても小中高、専門学校、大学などからの施設見学、体験学習、施設実習の受入れを積極的に行っています。時期によってはほぼ毎日の外部来訪が確認できます。</li> <li>○ <b>福祉避難所</b>を設置するなど、公共的な活動にも精力的に取り組んでいます。</li> <li>○ 非常災害時に、緑青園を含め各関連施設を解放する体制があり、地域の防災拠点としても注力されています。非常時、ライフラインが復旧するまでの<b>備蓄</b>や、電源設備を必要としない暖房設備(<b>石油ストーブ</b>)を設置するなど 設備的な工夫も視えます。</li> <li>○ 独自に<b>給仕システム</b>を備えており、自施設の食事はもちろん、関連施設にも提供できる体制となっています。食事は<b>地元の食材</b>が使用され、季節に応じた<b>旬の食材</b>がメニューに並びます。多彩な行事には<b>特別献立</b>(行事食)が提供され、食に対するクオリティの高さが際立ちます。また、利用者の状態や疾患により、食形態の工夫がなされています。</li> <li>○ 利用者の嗜好に配慮した取組として、毎週木曜日に開催される<b>木曜茶屋</b>で、<b>選択食</b>のほか、希望によってはアルコールの提供も可能となっています。また、喫煙室を設けるなど多様な嗜好への配慮がなされています。</li> </ul>		
居室概要		居室以外の施設設備の概要	
<p>・個室8室(19.85㎡)、2人部屋5室(20.65㎡)、4人部屋18室(30㎡)</p>		<p>・源泉掛け流しの温泉設備※おもと温泉</p>	
<p>居室は採光に配慮され、室温も常時一定に保たれている。</p>		<p>(大浴場2、個浴1、特別浴1)</p>	
<p>各居室、廊下には加湿器、大型プラズマクラスター設置。</p>		<p>・家族宿泊設備      ・自衛消防隊および消防設備</p>	
職員の配置			
職種		人数	
園長(管理者)	常勤 1	介護支援専門員	常勤 1
嘱託医(内科)	非常勤 3	機能訓練指導員	常勤 1
看護職員	常勤 7	管理栄養士	常勤 1
介護職員	常勤 29	調理員	常勤 18 非常勤 1
介助員	常勤 8 非常勤 3	事務員	常勤 5 嘱託 1

## 2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 平成26年度受審の第三者評価から得られた内容を有効に活用し、先回受審時の改善提案について<b>全件の対応</b>が確認できました。また、対応した内容について、実用的で継続的な体制となり、運用されていることを現地で確認しました。</li> <li>○ <b>基本理念が事業運営とリンク</b>しており、その取組について多方面で確認できます。また、その理念をホームページやパンフレット、広報誌でお知らせすることで、施設の取組に理解が得られるよう図っています。</li> <li>○ 事業計画について、職員のみならず利用者・家族への<b>周知が徹底</b>されていることが確認できます。また、事業報告書は、利用者、事業内容、地域との関わりなどが網羅された内容になっており、月別、日別に至るまで緻密に分析できます。次年度の事業計画ともよく<b>整合性</b>がとれており、単年度ビジョンにおける完成度は高く評価できます。</li> <li>○ 質の向上に向けた取組として、<b>第三者評価の受審、オンブズマン</b>の導入はもとより、積極的な内外研修の実施、参加や研鑽に対する姿勢は高く評価できます。内部研修について、受講者に<b>アンケート</b>を実施することで習熟具合や研修に対する評価も分析されており、常に改善を考えながら取組まれています。</li> <li>○ リスクマネジメントに対して、予測されるリスク、再発リスク、突発的なリスクの多方面からのアプローチが展開されており、リスク報告書、ヒヤリハット報告書等の帳票を用いて有用なリスクコントロールが実践されています。</li> <li>○ ケアマネジメントプロセスが上手く業務と連動しており、PDCAのサイクルが実践されており、<b>法令遵守</b>に則した事業運営が展開されていることを確認しました。</li> </ul>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中長期事業計画の策定を確認しました。次のステップとして中長期のビジョンを達成するため、具体的に単年度ごとの数値目標、取組や対策、資金使途等を盛り込まれてみてはいかがでしょうか。</li> <li>○ 職員一人ひとりの育成に向けて人事考課や面接が行われておりますが、今回の自己評価結果報告書から、職員間で意識に差があることが窺えます。意識付けの工夫されてみてはいかがでしょうか。</li> <li>○ 自施設のPRポイントを表出するためのツール(ホームページ、パンフレットなど)の整備は評価できます。今後は、スタッフが自施設の売りや得意点(緑青園では当たり前でも他施設ではできていない事項)を認識、浸透させる取組を考えてみては如何でしょうか。管理職と現業スタッフでの引出し幅に差異を感じる場面がありました。</li> <li>○ 記録の管理方法について事業所で策定された規程やマニュアルを職員へ周知されることを期待します。</li> </ul>

## 3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>今回の目的である、平成26年度受審の際に提案や助言を受けた項目について、達成することを2年間取り組んでまいりました。評価委員の皆さまには細部にわたり現場や書類確認、面接をされ改善されていることが認められ成果を得られたと思います。また、サービスの質の向上の為に事業所内での研修や外部研修への積極的な参加と振り返りまでのプロセスについて高い評価を得ました。今後も質の高いサービスを維持・向上するように計画的に実践して参ります。今回、助言等を受けた事項については施設運営に活かし次回の評価に向けて取り組みたいと思います。委員の皆さま、多くの助言や励ましの言葉をありがとうございました。</p>
--

評価機関	名 称	公益社団法人 青森県社会福祉士会
	所 在 地	青森市中央3丁目20番30号
	事業所との契約日	平成28年9月7日
	評価実施期間	平成28年11月24日～29年1月20日
	事業所への 評価結果の報告	平成29年3月27日

## 第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。  
※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

#### Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<コメント> 理念や行動指針について、玄関、ホール等に額装して掲示しています。またパンフレット、事業計画書、重要事項説明書等の印刷物にも記載しています。さらに、職員は、理念や行動指針を朝のミーティングで唱和していることから、本調査時に聞き取りをした職員代表の二人からも、即座に唱和できるなどの浸透具合が確認できました。 施設として、理念などを、利用者、地域、そして職場へ積極的に発信していることが窺えました。また、職員の誠実さが、態度や仕事ぶりから伝わってきました。		

#### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> 平川市の高齢者福祉の拠点として、昭和56年の特別養護老人ホーム開設以来、在宅サービスや認知症ケア、看取り支援にも積極的に取り組んでいます。また、盆踊り・花火大会には地元商工会やボランティアの協力を得て開催されており、介護教室など地域交流の機会を提供し続けています。 地震等の自然災害に備え、福祉避難所の指定を受け、住民の一時避難にも対応しています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
<コメント> 園長から、施設運営の方向転換と人材育成を中心に展開されている様子を伺いました。「これまで拡大路線でやってきた結果、現場が大変だとの認識に立ち、組織の充実や質の向上に今後の方向を定めていく」としています。職員採用で最優先するのは学歴や資格よりもやる気を重視すること。人材育成を重視するため、階層別の研修体系の導入をスタートさせています。 今回、調査員が第三者評価事業の説明のため、家族協議会に参加しました。より多くの家族が参加できるような協議会の運営や取り組みに期待します。		

#### Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	Ⅰ-3-(1)-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
<コメント> 平成27年6月18日付けの緑青園中期行動計画(H27～H30)が提示されました。平成26年度の第三者評価時に調査員から助言した内容が盛り込まれたものとなっています。 今後の中・長期計画の策定に当たって、計画全体の概要、年次計画、目標、取組、資金使途等が明確にされた、よりよい計画になるよう期待します。		
5	Ⅰ-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<コメント> 中長期の視点に立った、計画になっています。 次期中期計画は、計画、目標、取組等、単年度ごとに区切り作成されることを期待します。また、次期計画を作成するにあたって、単年度ごとに実行可能な内容、数値目標、具体的成果等を設定し、実施状況の評価が行えることが望ましいです。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt;  平成28年度の事業計画書は、印刷製本され、職員に配布されています。  各部所は、年度末に事業計画書の実施状況の評価と見直しに取り組んでいます。また、その記録を回覧し園内で共有されているのを確認しました。社会の動向、組織の状況、利用者や地域のニーズ等の変化に対応できるよう、日ごろから職員の感性を磨くためのスキルアップ研修の受講を期待します。</p>			
7	I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
<p>&lt;コメント&gt;  利用者アンケートの集計結果によると、「施設の事業内容や行事予定など事業計画について、職員からお知らせを受けているか」との質問に対して利用者の6割が「ある」と回答しています。さらに、家族アンケート集計結果では、96.4%の家族が「事業計画を知っている」と答えています。園内にも大きく行事予定表が掲げられ、利用者の目に触れるような工夫がみられました。行事後の写真が、解説付きで壁に掲示されていました。また、華道クラブの活動紹介では、制作した方の氏名を大きな名札で表示しており、利用者一人ひとりが大切にされていることが窺われました。</p>			

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

			第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p>&lt;コメント&gt;  第三者評価は、今回が2回目の受審です。利用者や家族への第三者評価事前アンケート、職員による自己評価について、積極的に取り組まれた様子が伺えます。  職員の身だしなみについて、リーフレットが作成されており、基準がきちんと示されていました。</p>			
9	I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<p>&lt;コメント&gt;  前回の第三者評価で中・長期計画の策定について未整備のものがありませんでした。今回の評価時には、策定されました。事業計画について、各セッションごとに当年度の反省と課題を話し合い、記録にまとめ、園内で回覧し、全体で共有している様子を資料で確認できました。</p>			

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<コメント> 管理者の役割と責任について、事業計画や広報紙をとおして職員に周知されています。また、施設内の朝礼や会議の場でも表明し、周知を図っています。			
11	Ⅱ-1-(1)-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。	a
<コメント> 管理者は、自ら研修に参加し朝礼などで講話するほか、職員も外部研修へ多数派遣されています。法令遵守について、外部から講師を招くなどして内部研修も行われていました。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 管理者は、会議や内部研修を行うほか、サービスの質の向上に向け委員会を設置しています。また、外部研修へ多くの職員を派遣し、第三者評価も継続して受審しています。			
13	Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 各種会議などをとおして、毎月の収入、稼働率等の数値管理や分析が行われ、業務の効率化や経営改善に向けた取り組みが行われています。 財務部門では、月1回公認会計士による財務諸表の確認と助言・指導を受けています。			

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<コメント> 法人内に人材育成委員会・研修委員会を設置し、資格取得の促進や職員の資質向上を図る取り組みが行われています。また、新任・中堅・リーダーといった階層別に育成計画があり、それに沿って研修が組まれるなどサービスの質を確保するための取り組みが行われています。			
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
<コメント> 「期待する職員像等」について、基本理念や行動指針、職員心得等に示されています。人事考課規程に基づく人事考課を年2回実施し、その中で面接も行われ、目標設定や育成が図られています。 人事に関する基準の明確化、周知を図ることで、職員のモチベーションがより上がることを期待します。			
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
<コメント> 職員から自己申告書の提出と面接により意向の把握に務め、各部所長から管理職層への報告がされています。また、年2回定期的に健康診断と腰痛検診を実施、年に1度長期の休暇(5日～7日間程度)が取れるリフレッシュ休暇制度を設けています。			

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt; 階層別に獲得すべきスキル等の目標が示されています。また、個別の目標も人事考課や面接等とおして立てられ、確認されています。今回の自己評価結果報告書から、職員間で意識に差があることが窺えます。意識付けの工夫されてみてはいかがでしょうか。</p>			
18	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。	a
<p>&lt;コメント&gt; 研修計画が定められているほか、法人に人材育成委員会・研修委員会が設置されており、資格取得講座や内部研修を企画・実施しています。</p>			
19	Ⅱ-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 研修計画に基づき、職員一人ひとりが年に1回、外部研修に参加できるよう図っています。また、内部研修において、階層別研修や伝達講習も行われています。</p>			
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
20	Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 実習生受け入れに関するマニュアルが整備され、各実習ごとにプログラムも策定されています。特に専門職養成のための実習では、実習が段階を踏んで進められるよう日ごとにプログラムが策定されています。</p>			

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	Ⅱ-3-(1)-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。	a
<p>&lt;コメント&gt; 事業所情報のほか、オンブズマン活動、財務状況についてホームページ上で公開しています。園だより、事業計画・報告等は、法人内部、利用者家族、自治会長、民生・児童委員、後援会会員、近隣学校等に配布されています。</p>			
22	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。	a
<p>&lt;コメント&gt; 毎月所長会議などを行い、経営状況を把握・分析しています。また、毎月、公認会計士事務所の担当者が会計伝票・財務諸表を確認し、助言指導を行っています。</p>			

### Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

			第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt; 法人の理念や事業計画に明示されているとおり、地域内の様々な団体と交流を図っています。幼稚園・保育所、小・中・高校、専門学校、大学との相互交流、婦人会、各種サークルによる慰問、園内クラブ活動への外部講師受入等、多種多様な取組をしています。夏の花火大会では1,000名超の地域からの参加があります。</p>			
24	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
<p>&lt;コメント&gt; 年度末に開催しているボランティアと感謝の集いには300名を超える関係者が集まるなど、年間をとおして、かなりのボランティアを受け入れています。また、長年、近隣の小・中・高校の体験実習などに協力してきた実績もあります。ボランティアの受け入れや学校教育への協力など、長年先駆的な取り組みをされてきたことは高く評価できます。 今後、体験実習、ボランティア等受入のためのマニュアル作成を期待します。</p>			
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	Ⅱ-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a

<コメント>

医療機関や行政他関係機関の一覧が電話口に掲示されています。また、必要に応じて病院、薬剤師、理学療法士等ともカンファレンス等を行い連携しています。  
民生委員からの相談に応じたり、地域のケア会議等にも職員を派遣しています。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	Ⅱ-4-(3)-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
----	-----------	---------------------------	---

<コメント>

行政から福祉避難所の指定を受け、現に避難してくる人もいました。小・中・高校と連携し、長年体験実習を受け入れてきたほか、学校へ出向き、認知症サポーター養成研修を行っています。行政が行う各種協議会委員や審査会委員、外部講師や外部委員にも職員を多数派遣しています。

27	Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
----	-----------	--------------------------------	---

<コメント>

家族介護者の負担軽減のため、地域で介護教室や体操教室、交流・相談の場としてコミュニティカフェを開催しています。また、低所得利用者のため減免制度も実施しています。広域的な活動として、東日本大震災の義援金として10回送金を行っています。



## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<コメント> 理念及び基本方針に明示されています。その意識付けと定着を図るために、朝礼で唱和する取組が行われています。朝礼の都度、司会者より「理念を意識するように」と声かけを行ない、唱和が単なる反復ではないことも啓発されています。 また、身体拘束や認知症などの研修においても、利用者の尊厳という視点をもって行われています。			
29	Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<コメント> 利用者のプライバシー、個人情報等について、介護マニュアルやプライバシーポリシーに明示されています。その周知について、新人研修、現任者については毎年4月に研修会を開催しています。 新人は、採用時にプライバシー(個人情報保護)に関する誓約書の取り交わしが行われています。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
30	Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<コメント> ホームページやパンフレットなどの情報発信ツールが整備されています。行政や関係機関にパンフレットを配布し、設置されていることを確認しました。また、問い合わせや施設見学にも柔軟に対応しています。(一日)体験利用ができる仕組みも整備され、情報発信、開示における積極性が顕著にみられます。			
31	Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
<コメント> サービス開始時に重要事項説明書が活用され、利用者、家族双方が施設の概要を容易に知り得る書式を整備しています。利用者アンケートから、説明が解りやすいものであったことが数値として確認できました。			
32	Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
<コメント> サービスの変更について、事前に退所先となる事業所やケアマネジャーへ情報提供を行うことで、サービスが途切れないよう配慮しています。また、特別養護老人ホームでありながらも在宅復帰についての視点も怠ることなく、本年は2名の在宅復帰が実績として確認できました。在宅復帰を行うにあたって、自宅の生活環境アセスメントのため、訪問をはじめとして、お試し外泊(試行的退所)やフォーマル、インフォーマルサービスの提案にも施設主導で取り組まれていることを確認しました。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<コメント> 定期的にオンブズマンの訪問による聞き取り確認や、福祉サービス第三者評価による外部機関による評価やアンケートを有効活用し、その内容をサービス向上に反映させています。			
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<コメント> 相談、苦情マニュアルが整備され、重要事項説明書や施設内の掲示にも取組のフローチャートが明示されています。また第三者委員、苦情受付窓口、苦情解決責任者が掲示されることで相談、苦情の申し出先や責任所在が明確となっており、受付処理票などの書式から客観的にも取組を確認できます。			

35	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;  施設の相談苦情受付窓口のほか、定期的なオンブズマンの訪問による聞き取り、第三者委員、関係機関(平川市介護保険係、青森県国民健康保険団体連合会等)の相談苦情窓口を設定し、申し出先が選択できる体制を整備しています。申し出先は施設内の掲示のほか、重要事項説明書にも明記され、利用者、家族への説明もされていることから周知されている事を確認しました。そのほか、ケアスタッフを各居室ごとに配置することで、利用者との関係性にも配慮しています。</p>			
36	Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a
<p>&lt;コメント&gt;  相談、苦情が発生した場合、苦情マニュアルに沿って迅速に対応しています。会議や研修で再発防止策を周知することで、同じ事案を作らないようにシステムが構築されています。</p>			
<p>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。</p>			
37	Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  リスクマネジメントについて、日常的なサービス提供から吸い上げられた事案を業務リスク報告書、ヒヤリハット報告書にまとめ、段階的に対応する体制を確認できました。  ①予防機能として、棟会議で予測されるリスクに対して事例検討会を開催し、リスクへの備えがされていました。  ②再発防止機能として、ヒヤリハット報告を基に検討された再発防止策について、業務申送り帳を整備し周知を図っています。  ③突発的な事案(ニュースや話題の事案)への対応として、毎月1回(第4木曜日午後)ケア会議にて、自施設で起こった場合の対応等を内部研修として検討していました。システム体制として申し分ない取組として評価できます。</p>			
38	Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  健康マニュアルに感染症対策が明示されています。また、感染症対策委員会が組織され、毎月、委員会活動及び内部研修会が開催されています。感染症対策委員会では、感染に有用とされる対策(インフルエンザ時期の消毒液など)を上申し、実際に購入するなど業務に直結した取組である事が確認できました。</p>			
39	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;  起こりうる災害を予測した上で、地域の消防団と連携し、河川氾濫避難訓練を行うなどの取組が確認できました。また、台風等の際には夜勤者以外に施設に待機職員を当直させるなどの処置を講じ、利用者の安全確保に配慮が視えます。</p>			

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

			第三者評価結果
<p>Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。</p>			
40	Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;  業務を行うために必要な手順、方法が記載された職員業務マニュアルが整備し、全職員に配布をしています。新人職員研修や現任者において、日常的に職員業務マニュアルを再確認するなど、実際の運用も確認できます。</p>			
41	Ⅲ-2-(1)-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。	b
<p>&lt;コメント&gt;  毎年、マニュアル検討委員会によって各種マニュアルを改訂しています。現状に則したマニュアルとなっていることも確認できました。今後、どの部分がどのように変わったのかが、確認できるように改訂履歴なども記載されることを期待します。</p>			
<p>Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</p>			
42	Ⅲ-2-(2)-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。	a

<p>&lt;コメント&gt;          利用開始にあたって、施設ケアマネジャーが自宅などを事前に訪問し、アセスメント及び利用者、家族の意向を確認した上で暫定ケアプランが策定されています。また、入所後も2週間程度で暫定計画の見直しが行われ、利用者の心身状態、意向等を総合的に組み入れたケアプランが策定されています。          ケアマネジメントプロセスが定着し、ケアプランの質も確立されています。</p>			
43	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。	a
<p>&lt;コメント&gt;          担当スタッフが、ケアチェック表を活用し再アセスメントを行なった上で、カンファレンスを開催していることを確認しました。ケアプランも利用者ごとに有効期間を設定するなど、個別性に配慮した内容となっています。          ケアマネジメントプロセスに合致しており、コンプライアンス上においても問題ありません。</p>			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-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、職員間で共有化している。	a
<p>&lt;コメント&gt;          施設独自に介護支援システム(ほのぼの)を導入しています。入力方式が定められていることから記載方法も統一されています。利用者のケース記録もケアプランに策定された項目が重点的に記載され、適切な運用が視えます。一般状態やタイムリーなできごとについて、介護員日誌、朝・夕の申し送りで伝達され、職員間で共有する仕組みもあり、実際に機能していることが確認できました。</p>			
45	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>&lt;コメント&gt;          個別に利用者の記録をファイルにて識別管理でしています。運用に関して、個人情報利用同意書を利用者、家族に説明の上、同意を得ていることが確認できました。また、記録の保管・廃棄等に関する規程も整備され体制を確立しています。          今後は、記録の管理運用について、周知を図るための内部研修の機会、取組等を期待します。</p>			