

(別紙)

第三者評価結果

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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉法人東風会は、「温かな雰囲気の中で安心して過ごせるよう支えていきます」という理念のもとに、「いつも笑顔を決やさず利用者様とともに笑い明るく楽しい職場作りに努めます」等、職員の行動規範となる3つの具体的な内容の基本方針を掲げている。これらの理念や基本方針はとても分かりやすい表現で法人の目指す方向を示しており、ホームページやパンフレットに明記している。また廊下や地域交流スペースにも掲げている。年度の早い時期に管理者会議や内部研修で施設長から職員に説明し、新入職員には入職時研修で説明しているが、利用者や家族に周知する取組はしていない。今後は、主要な行事等の折に利用者や家族に分かりやすく説明し、周知するようにしていきたい。</p>		

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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>施設長は栃木県老人福祉施設協議会21世紀委員会や大平町地域密着型サービス事業所連絡会、栃木市特養養護連絡協議会に出席して、社会福祉事業全体の動向や地域での福祉に対する需要の動向を把握している。また、施設の利用者数や待機者数等のデータも把握している。事業経営の安定のためにオムツ費用等のコスト分析にも取り組んでいるので、今後は、経営状況全体の推移に着目した分析・把握をすることが望まれる。</p>		
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・b・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は、人材不足の現状から、人材の確保や職員の離職防止対策が課題と認識しているが、職員の意見を吸い上げて改善策を検討したり、職員の意見を聞く場を設定したりするなどの具体的な取組は行っていない。今後は、組織体制や職員体制について現状分析を行い、職員の意見を聞いたり職員同士の検討の場を設定したりするなどの、改善に向けた組織的な取組が求められる。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画書に中期計画および長期計画が示されており、具体的な目標が列挙されている。しかし、その目標を達成するための体制や方法、年度毎の到達レベル等が明確になっているとは言えない。今後は、年度別の工程の概略を示すなど、年度毎の事業計画に落とし込み、目標に対する達成度を評価し必要に応じて計画を見直しできるような、より具体的な内容にしていくことや、そのために必要な収支計画の策定が望まれる。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画の内容を含む具体的な事業内容となっている。また単年度の収支計画についても、費目毎に詳細に積み上げて作成されている。今後は、各ユニットの年度目標を組み込むことや、可能な限り目標とするレベルについて数値化するなどして、年度末に職員が実施状況のふり返りを行い易いものとするのが望まれる。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>年間行事計画は職員の意見を反映して策定しており、各行事の実施後に職員による評価も行っているが、その他の事業計画の策定と評価・見直しは主に施設長が行っている。単年度の事業計画は年度当初の管理者会議で説明しており、事業計画書は各ユニットに配付されている。しかし、職員アンケートでは職員の意向を反映したり理解を深めたりする取組が不十分と回答しているので、今後は、行事計画以外の事業計画についても、関係職員の参画や意見の集約・反映ができる仕組みをつくり、実施状況の把握や評価・見直しについて、職員や利用者の意見を取り込むことが求められる。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>正面玄関に事業計画書ファイルを置いて、利用者や家族が手に取ることができるようにしている。ホームページには年間行事計画が示されており、各ユニットにカラー刷りの行事のお知らせが掲示されているが、行事計画の周知にとどまっており、事業計画の主な内容について、利用者や家族に向けて分かりやすい資料を作成して説明するなどの取組はしていない。今後は事業計画の主な内容についてわかりやすく周知し、理解を促すための取組が求められる。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上のために、ユニット会議や各委員会活動によって実施状況のチェックや見直しをする体制となっているが、参加しているのは幹部職員に留まっている。また、年2回、職員が利用者への対応等を「自己評価表」に記入し、施設長に提出・面談するしくみはあるが、職員との面談ができていないなど、施設全体で組織的にPDCAサイクルを継続して実施する体制が十分機能しているとは言えない。本年度に第三者評価を受審しているので、今後は、質の向上を図るための全体的な組織づくりや自己評価の定期的な実施をしていただきたい。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>各委員会活動やユニット会議によって実施状況のチェックや見直しをしているが、課題を文書化し、職員間で共有して改善策を話し合う等の組織的な体制が十分に機能しているとは言えない。自己評価の結果から抽出した課題をまとめ、職員参画のもとで改善計画を立て、実施していくことが必要である。</p>		

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・b・c
<p><コメント></p> <p>就業規則や事業計画に施設長の責任と権限が明記されているものの、会議や研修において表明して周知することはしていない。また職員アンケートでも多くの職員が伝えられていないと回答している。施設長は、施設をリードする立場として、年度当初の職員会議等で自らの役割と責任を明らかにし、職員に理解されるよう取り組んでいただきたい。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、栃木市特養養護連絡協議会や栃木県社会福祉法人経営者協議会等の研修会に積極的に参加して遵守すべき法令等の理解を図っている。しかし、職員に対して遵守すべき法令等を周知する具体的な取組は弱いと認識している。今後は、関連法令について継続的な把握に努めるとともに、職員に周知し遵守するための具体的な取組が望まれる。</p>		

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・b・㉔
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上のために、ユニット会議その他の会議や各委員会で出された課題を管理者会議に上げて議論する体制となっている。施設長は今回第三者評価の受審をするなど、福祉サービスの質の向上に努めている。しかし職員アンケートによれば、施設長と職員との間にコミュニケーションが不足していると思われる意見もあるので、施設長は職員の意見に耳を傾け、福祉サービスの質の向上のために今後更なるリーダーシップの発揮が求められる。</p>		
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・b・㉔
<p><コメント></p> <p>施設長は自ら労務管理を行い、就業状況を把握している。経営の改善や業務の効率化に向けた効果的な人員配置や、職員の働きやすい環境整備の必要性を認識しているが、職員アンケート結果によればそのために必要な指導力が発揮されているとは言えない。業務の実効性の向上に向けて、人事、労務等を踏まえた現状分析を行い、職員全体で効果的な事業運営を目指して取り組むよう、指導力を発揮することが求められる。</p>		

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・b・㉔
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に、必要な専門職や職員体制が明記されている。しかし人材が不足しており計画どおりの人員体制が取られていないので、人材確保・育成に速やかに取り組み、計画に沿った人員体制となるよう、更なる取組が求められる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>職員・準職員賃金規定があり、職能等級別標準職務表が整備されている。昇進・昇格に関する基準は定められていないが、中期計画に職員のキャリアアップ制度や人事考課制度の導入が計画されていて、今年度の事業計画では、人事考課制度の導入を予定している。今後各制度の導入について、職員の納得性の高い制度の構築・運用を期待したい。</p>		
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組んでいる。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>職員の勤務管理は主任が実施しており、時間外労働や夜勤などの就業状況は施設長も把握・管理している。有給休暇の取得については出来るだけ職員の希望に応じて与えている。職員の</p>		

<p>ストレスチェックについては、法人として年1回、外部の専門機関に委託して実施している。施設長は職員にリフレッシュ休暇の取得を勧めたり、面談を行ったりするなど職員の心身の健康に配慮しているが、職員アンケートからはストレスを抱えている職員もいることが窺えるので、更に職員の意見に耳を傾け、働きやすい職場づくりに取り組むことが求められる。</p>		
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>		
17	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>一昨年度は「面談シート」を利用した上司と職員との面談を実施した。昨年度はこれを発展させ、職員一人ひとりが目標とその取組み内容を「目標管理シート」に記入して提出する目標管理を実施した。ただし本年度はまだ面談も目標管理も取り組んでいない。目標の設定、進捗状況の確認、目標達成度の確認等について、上司や施設長が職員との面接を通じたコミュニケーションを十分に取り、職員の育成とモチベーションを高める取組を期待したい。</p>		
18	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画に、職員の教育・研修に関する計画があり、その計画にもとづき研修が実施されている。しかし、中期計画に示された職員の教育・研修に関する基本方針には、組織が必要とする職員の知識・技術や専門資格について具体的な目標が明記されていないので、今後はこれらの具体的な目標を明記し、それに向けた体系的な計画を策定することが望ましい。</p>		
19	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>内部研修は、充実した内容の研修が実施されているが、受講者数が毎回5名程度となっている。外部研修は、新人研修と目的別研修に職員が参加している。しかし、現状では職員一人ひとりについて必要な研修の機会が確保されているとは言えない。今後は、個別の職員の知識・技術水準や研修履歴を把握し、職員一人ひとりが必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修の場に参加できるよう配慮することが求められる。</p>		
<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。</p>		
20	<p>Ⅱ-2-(4)-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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>当施設は新設されたばかりであったため、実習生の受け入れは行って来なかった。今後は、実習生等の受け入れに関する基本姿勢を明文化し、受け入れ体制の整備や各種マニュアルを作成して、福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に積極的に協力をするとともに、人材発掘の機会とすることが望まれる。</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・b・ ㉔
<p><コメント></p> <p>施設はホームページやパンフレットを利用し、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容を分かりやすく公表している。また法人のホームページには、収支計算書、貸借対照表、事業活動計算書等の事業活動に関する計算書類が公開されている。しかし、施設の事業計画、予算、事業報告等の情報や苦情内容に関する情報等は公表していない。今後はこれらの内容や第三者評価の受審の結果の概要等をホームページやパンフレット等で公表することが望まれる。</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・ ㉕ ・c
<p><コメント></p> <p>施設における給与計算・経理等の事務処理は法人が一括して実施しており、法人の各種規程に則り専任の事務担当者が行っている。これらの処理に関して、法人として外部専門家に依頼し定期的にチェックを受けているが、本基準における外部監査には当たらない。</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・ ㉖ ・c
<p><コメント></p> <p>事業所の中期計画に掲げる「地域の拠点を目指し、地域貢献活動を実施する」を目標に、地域住民から選ばれる事業所づくりに努めている。地域密着型サービスなので、2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、自治会長や民生委員、地域包括支援センター職員、隣接する大平東小学校長、警察官などが参加し、これらの関係者を通して地域との交流が広がりつつある。自治会からは敬老会への招待があり、地域から入所している利用者が参加している。事業所の駐車場を利用して秋祭りを開催したときには、案内のチラシを町内に回覧してもらい、大平東小学校でも配ってもらって、多くの地域住民や小学生が祭りに参加してくれた。このほか、大平東小学校では飲料缶のプルトップを収集して車椅子を寄付してくれるなどの交流事例がある。</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。	a・ ㉗ ・c
<p><コメント></p> <p>事業所独自の「ボランティア受け入れマニュアル」等は策定されておらず、受け入れの方針も定まっていないが、同じ法人が運営する「特別養護老人ホーム幸寿苑」のマニュアルを援用し、生活相談員が受け入れ窓口になって、いくつかのボランティア団体が歌や演奏、踊りなどを披露するために訪問してくれるほか、毎月、数名の傾聴ボランティアが訪れ、利用者の話し相手になってくれている。また、大平東小学校の福祉教育に協力して小学生の訪問を受け入れ</p>		

<p>ている。ボランティアの活動状況については、事業所のホームページで紹介している。今後はボランティアの受け入れについての基本方針やボランティアに対する注意事項なども明示したマニュアルを策定し、体制を整えることが望まれる。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活上必要となる各種医療機関や警察署、消防署、行政機関、地域包括支援センター、居宅介護事業所等の電話番号簿は事務所に備えられているが、社会資源と連携を図るためにその機能別や設置目的別に分類した内容のものは事務所にも各ユニットにも備えられていない。実際には近在の福祉関係事業者と連絡を取り、秋祭りに障害者施設から出店があったり、生け花クラブの講師を紹介してもらったりして連携を図っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長が栃木県社会福祉協議会主催の出前講座の講師として、小学校で介護の話をしたほか、小学校や高校で車椅子体験教室の講師も務めている。隣接する大平東小学校の福祉教育に協力しており、各学年が授業の一環として事業所を訪れ、利用者も子どもと交流することを楽しみにしている。本体施設「特別養護老人ホーム幸寿苑」が続けてきた小学校との交流関係を引き継ぎ、たかしまの郷でも継続して取り組んでいる評価できる取り組みである。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>地域交流スペース（多目的ホール）を地域住民に貸し出すほかは、現在のところ地域ニーズにもとづく公益的な活動は行っていない。今は事業所を知ってもらうために、さまざまな機会を捉えて顔つなぎをしている段階にとどまっている。今後は運営推進会議などを利用して地域の実情を聴取し、地域交流スペースを利用した認知症講座や地域の高齢者のサロン、健康教室、子ども食堂といった公益的な活動を検討していただきたい。</p>		

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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所の運営方針に「入居者お一人おひとりの意思及び人格を尊重し、常に相手の立場に立って考え行動します。」を掲げ、昼礼で復唱し職員に周知するほか、内部研修の機会に施設長が</p>		

<p>説明している。日頃のケアでは利用者が自尊心を保ち続けられるように、自立した生活の支援に取り組んでいる。さらなる共通理解をめざして学習会や事例を挙げた検討会などを実施し、職員の意識の向上を図ることが期待される。</p>		
29	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>サービス提供におけるプライバシー保護についてのマニュアルや規程は作られておらず、標準的実施方法の確立も出来ていないため、利用者のプライバシー保護は、職員同士の申し合わせあるいは職員個人の対応に任されている。利用者にはそれぞれ個室があり、居室やトイレのドアを閉めてケアをすることや、広報誌やホームページで写真を掲載する場合は本人と家族にあらかじめ承諾を得るなどプライバシーに配慮した取り扱いをしている。</p> <p>新人職員の研修では事業所の「利用者の人格を尊重する」という運営方針を説明するとともに、身体拘束防止や高齢者虐待防止等をテーマに選ぶなど、利用者の権利擁護の意識向上に努めている。選挙の際は施設内での不在者投票の便宜を図っており、10月の衆議院選挙では希望する6名が投票を行った。また、預金通帳の管理や現金出納については、本人と家族の同意の下に行っている。</p>		
<p>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。</p>		
30	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>事業所の情報は法人のホームページに掲載されており、基本的な情報の他に、スナップ写真を多用した行事やユニットでの催しものの報告が公開されている。法人の理念と事業所の運営方針を記載し、事業所の設備や部屋割りなどのイラストを載せたパンフレットが用意されているが、パンフレットは見学者や利用希望者にのみ配付していて、公共施設等に設置するなどによる一般市民への配付はしていない。</p>		
31	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>入所が決まれば「契約書」と「重要事項説明書」並びに「料金表」、「入苑のご案内」を示して説明し契約を結んでいる。契約者は利用者本人であり、本人が署名するが、難しければ家族等の代理人が署名している。契約に際しては「所持金の取り扱いに関する覚書」「所持金等の保管に関する合意書」「肖像権・個人情報の使用に関する同意について」「個人情報に関する同意書」「終末期の看取り等についての意向確認書」についても説明し、同意の有無を確認している。また、重要事項の説明の中で、「事故発生時や緊急時の対応」や「苦情受付について」も知らせている。示される資料が多く、利用者に対しては必ずしも分かり易く説明出来ているとは言えないが、家族アンケートによれば、多くの家族が説明は分かり易かったと答えている。利用者に何か変化があれば家族に知らせ、必要に応じて説明や確認をして、家族との連絡を緊密にとって事業所での介護サービスについて周知に努めている。</p>		
32	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>

<p><コメント></p> <p>事業所開設3年目であり、他の施設や家庭への移行の事例はほとんどない。病院入院の際は、看護師がサマリーを用意して病院に説明している。今後、家庭や病院以外の施設等への移行を踏まえ、引き継ぐ内容を検討して文書様式を作成しておくことが望ましい。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者本人への満足度調査といった取り組みはないが、行事の内容を決めるときには利用者の意向を聞くことにしている。また、入所時と年1回、個別的に食についての嗜好調査を行って食事の改善に役立てている。事業所では今後定期的に家族アンケートを実施し、家族の意見を聴取して運営に反映させたいと考えている。</p>		
<p>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。</p>		
34	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>特養「幸寿苑」から引き継いだ「苦情解決マニュアル」をそのまま利用しているが、事業所独自のマニュアルは策定していない。重要事項説明書に苦情解決責任者（施設長）、苦情受付窓口（生活相談員）、第三者委員（民生委員2名）、受付時間、行政等の苦情受付機関を表示して利用者と家族に知らせている。必ずしも苦情受付のルートを介して寄せられるわけではないが、家族から職員への口頭でのクレームや文書による申し入れなどがあり、記録した上で対処している。クレーム内容と解決結果については苦情を申し入れた本人や職員に周知されているが、一般の利用者や家族には公表されていない。公表の手続き等を組み込んだ、事業所独自の苦情解決マニュアルの策定が求められる。</p>		
35	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>相談対応マニュアル等は策定されていないが、利用者からの意見・要望はさまざまな機会を通して聞き取っている。聞き取りには利用者の居室（個室）や入浴時の個別対応の時などの機会がある。夕食後の夜の時間を有効に利用することや、意向聴取や相談のためだけでなく、職員と利用者の個別の雑談の時間がもっとあってもいいのではないか、という意向が家族アンケートからは窺える。</p> <p>施設長はサービスの向上のためには利用者や家族からの苦情や意見は大切であると考えており、意見箱を玄関に設置しているが利用されることはほとんどない。利用者や家族が人に見られないで意見書を投入することが出来るように設置場所などを検討したいとしている。</p>		
36	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者から聞き取った意向や相談事項は出来るだけ対応したいとしており、ケアに関することは迅速に対応しているが、職員の人員の関係や安全面での懸念が先立ち、取り組めないこと</p>		

もある。利用者の意向や趣味・嗜好の反映について、施設長と現場職員の間で認識の相違が見られるため、日頃からの話し合いの積み重ねが求められる。また、利用者から個別に出された意向や相談事は、その利用者への個別の対応にとどまらず他の利用者や業務全般に波及する内容かもしれないとの認識に立ち、全体会議の場で取り上げ、検討することも望まれる。

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。

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・ b ・c
----	---	----------------

<コメント>

事故発生時の対応と安全確保についての「事故対応マニュアル」が策定されている。事故報告書、ヒヤリハット報告書にはその時の状況、状態について職員が詳しく記入しており、毎月の事故防止委員会で事故やヒヤリハットの報告を分析検討し再発防止に取り組んでいる。委員会で検討した結果をユットリーダーが申し送りノートに記載し、特に重要な事項にはマーカーをつけ注意を促し職員全員が確認し共有している。服薬の誤薬が数件あったため、その改善策として薬の袋に朝用一赤、昼用一緑、夜用一青の線を描き、服用時には必ず名前を確認し、薬を飲み終えるまで利用者のそばを離れず見守りをする対応を徹底している。居室での転倒防止センサーマットの設置場所は、職員が利用者の行動を観察した結果を参考に決めている。

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・ b ・c
----	--	----------------

<コメント>

「感染症予防マニュアル」を作成しており、看護師が担当して定期的に感染症予防の内部研修を行っている。感染症対策委員会で看護師から感染症予防について説明を受けた各ユニットリーダーが職員に説明し、申し送りノートにも記載して周知するようにしている。手洗い方法のイラストが玄関に掲示され、ノロウイルス対応のマニュアルと処置用具を各ユニットの所定の場所に設置してすぐに対応できるようにしている。夏場の食中毒予防のために食事の提供時間を制限する注意を文書にして知らせている。インフルエンザ対策のため、11月から職員全員にマスク着用を義務付け、玄関に訪問者用の消毒薬とマスクを用意している。利用者と職員は嘱託医からインフルエンザの予防接種を受けている。

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やっている。	a・ b ・c
----	--	----------------

<コメント>

夜間想定も含めて年2回避難訓練のプリントを配布して避難訓練をしている。「防災マニュアル」があり緊急連絡網も掲示されている。栄養士と相談して備蓄リストを作って食品等を備蓄し、防災機器の定期点検も行っている。消火器やAEDの使い方の指導も受けている。消防署からの注意点の改善や避難時に使用するスロープの置き場の検討、職員から出された避難訓練の反省点の取り組み、地域住民への緊急時の協力要請等、現実に即した避難方法と防災訓練の検討が求められる。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
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・b・㉔
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的实施方法は策定されていないが、利用者個人個人の「24時間シート」が作成されており、職員はその内容に従って個別ケアを実施している。個別対応の基本となるケアの実施方法については、オムツに関する研修が実施されていたり、ユニットによっては入浴方法や注意事項が文書化されていたりしているが、ユニットや職員によっては基本的なケアの実施に違いが見られるため、事業所としての「サービスの標準的实施方法」を策定することが望まれる。事業所開設当初に作成された「新規職員向け研修資料」の内容を土台にし、職員が話し合って共通認識を図りながら策定を進めることが望まれる。</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。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>標準的实施方法が策定されていないため、見直しの仕組みや時期等の取り決めもない。今後、標準的实施方法の策定過程では、見直しの時期、見直しの方法、見直しの責任者または部署等も定めることが求められる。また、日頃のケアが、策定された標準的实施方法に基づいて実施されているかを施設として確認するための仕組みを整備することも求められる。</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。		
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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>「宮城県方式のアセスメント」を利用して151項目にわたる情報を収集し、ケアマネージャー（生活相談員兼務）とリーダーが相談しながら、ケアプラン策定のための課題検討用紙に落とし込んで個別介護計画を策定している。一方で、認知症介護研究・研修東京センターの「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」の中から「私の姿と気持ちシート」を用いて、担当職員が利用者から介護への願いややりたいこと、医療や終末期ケアについての意向や要望を聞き取り、必要な介護と留意事項のシートにまとめ、その後、個別の24時間シートを作成して、実際のケアを実施する手順を定めている。この間、家族からも本人の生活歴や職歴、趣味・嗜好なども聴取して個別介護計画に反映させている。</p> <p>日頃のケアが個別介護計画に即して実施されているかをチェックする仕組みとしては、毎月利用者担当職員とケアマネージャーによるモニタリングを実施する手法が確立されている。</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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>入所後1ヶ月半を目途に個別介護計画を作成し、毎月ケアの効果についてモニタリングを実施した上で、管理者会議とユニット会議を通して課題を検討して半年ごとに個別介護計画の見直しを行っている。計画の見直しに伴い、利用者それぞれの「24時間シート」の見直しもし</p>		

<p>ている。転倒骨折や病気などで入院したり、状況に大きな変化があったりしたときには、リーダーを中心にユニット会議で検討してケアの実施の変更を決めており、必要に応じて個別介護計画が見直されている。</p> <p>アセスメントに始まる一連の個別介護計画策定と計画見直しの手順については、「個別介護計画策定マニュアル」などを定め、文書化しておくことが望まれる。</p>		
<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。</p>		
44	<p>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、職員間で共有化されている。</p>	a・ ④ ・c
<p><コメント></p> <p>利用者個人の日々の状態は各ユニットに設置されているパソコン内の個人記録に入力されている。勤務の交代時にはパソコンの記録を確認することが第一義的に行うことになっている。各ユニットでは「申し送りノート」が用意されていて、家族からの連絡事項や通院の結果、服薬変更のこと、ケアの変更のことなどが記載されており、読んだ職員は確認のサインをして周知を図っている。この中から利用者個人についての必要事項はパソコン内の個人記録に引き写されている。パソコン上の記録は施設内ネットワークを介して、施設長、生活相談員、別のユニットの職員も読むことが出来、情報の共有がなされている。個別記録の記述内容が、標準化されておらず、職員によってまちまちであるという課題があるため、今後、記述についての研修や個別職員への教育が望まれる。</p>		
45	<p>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。</p>	a・ ④ ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の個人情報の保護については入所時に説明し、情報や介護記録の取り扱いについて同意を得ている。日々の利用者の状態の記録はパソコンに打ち込むことになっており、パスワードが設定され記載内容にアクセス出来る人は限定されている。しかし、「文書管理規程」は特養「幸寿苑」のものを援用しており、内容が十分とは言えないため、電磁的文書の取り扱い等も含めた事業所独自の規程を定めることが求められる。また、職員アンケートからは、個人情報保護や情報管理についての研修等が不十分であるとの結果が窺えるので、改善が求められる。</p>		

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
<p>A-1-(1) 生活支援の基本</p>		
A①	<p>A-1-(1)-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。</p>	a・ ④ ・c
<p><コメント></p> <p>個別の「24時間シート」で利用者の1日の過ごし方や生活リズムを把握し支援している。また、利用者の希望調査や「私の姿と気持ちシート」の作成を通して利用者の要望を理解している。利用者には生け花やペン習字、書道のクラブ活動への参加を促したり、職員と利用者との会話によって取り組むようになった和紙の作品作りや、入所前から書いていた日記を再び書き始めたり、新聞を毎日読んだりするようになった利用者もいる。家族との外食や、職員と家族と共にあしががフラワーパークに出かけるという企画も実施している。利用者は、毎月訪問す</p>		

<p>る傾聴ボランティアとの会話や、隣接する大平東小学校の子どもとの交流会で楽しい時間を過している。利用者が雑巾を縫って小学校にプレゼントもしている。今後もコミュニケーションをはかりながら利用者一人ひとりのやりたいことを見つけ、毎日の過ごし方や支援方法の充実を図るため、更に検討していただきたい。</p>		
A②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	非該当
<p><コメント></p>		
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	非該当
<p><コメント></p>		
A④	A-1-(1)-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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>職員は利用者の思いを日々の会話から感じ把握出来るように心がけている。意思の疎通が困難な利用者には、必ず声かけしながら目や表情を観察して何をしてほしいか何に困っているかをくみ取っている。ユニットリーダーは職員の利用者への接し方や会話を観察し、食事介助時に職員の説明の言葉が小さいため利用者が聞き取りにくいことや声かけが少ないことなどを把握し、ユニット会議で言葉かけや対応の仕方の統一について話合ったり、申し送りノートや口頭で職員に気づかせたりしている。聴力が衰えた利用者や全盲の利用者もおり、利用者と職員のコミュニケーションの大切さを理解し、方法を身につけるためにも定期的な接遇研修の実施が望まれる。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
A⑤	A-1-(2)-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。	a・ c
<p><コメント></p> <p>身体拘束防止についての内部研修を行っており「身体拘束防止マニュアル」も整備されている。利用者の身体に「痣（内出血）」を見つけた場合には、発見から24時間さかのぼって1時間ごとの介護の内容と支援者を記録し、痣が発生した原因要素を解明する取り組みを始めている。経管栄養の管抜去防止のため、家族の了解を得て手にミトンをしている利用者が複数いる。飲み込みが出来るまでの回復が見られた事例では、看護師から家族へ経口での食事にリスクが伴うことを説明した上でミトンを外すことができている。今後「身体拘束ゼロ」の実現をめざして、毎月の身体拘束委員会で身体拘束や虐待の防止について定期的に検討し、ケアの工夫に取り組むことを期待したい。</p>		

A-2 環境の整備

	第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮	

A⑥	A-2-(1)-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・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>リビングの基調色がユニットごとに赤、グリーン、ベージュと決められている。ユニットの入り口には花の鉢植えや広報誌が置かれ、生花クラブの生け花が食堂のテーブルやテレビの横に飾られている。壁の飾り付けは少なくすっきりした明るい空間である。リビングは居間と食堂の部分に分かれており、利用者の大分部が食堂で過ごしていて、ソファの置かれた居間で過ごす利用者は少ない。対面式キッチンで職員は食事を用意しながら利用者を見守っている。</p> <p>廊下は広く利用者が作成した和紙の額飾りが多く掛けてある。施設には多目的ホールがあり地域交流やクラブ活動に使用されている。中庭が2箇所あるが今のところ植栽はされておらず洗濯用の物干し場となっている。多目的ホールの前が駐車場を兼ねた広場になっていてお祭りやイベントに利用されている。</p> <p>居室はドアの開口が大きくて面積も広く、全ての居室には掃き出し窓が造られている。洗面台とベッド、エアコンが設置され、リビングの色調に合わせたカーテンがついている。居室にはそれぞれ「〇丁目▽番地」という住所が付いており、ユニットごとに字体を工夫した職員手作りの木の表札が、車椅子の目の高さに合わせて掛かっている。利用者の意向により表札は名字だけの場合とフルネームの場合がある。居室にはタンスや透明の衣装ケースが置いてあるが小物や飾り物などはあまり飾られていない。利用者が自分の部屋として豊かな暮らし方が出来るように、家族に対し今まで使用していたものや思い出の品を持ち込むことを要請している。</p> <p>利用者自身では難しい居室や洗面台などの清掃に心配りをし、清潔で居心地の良い居室の環境作りをお願いしたい。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	A-3-(1)-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・ ⑦ ・c
<p><コメント></p> <p>各ユニットにある3方向から介助出来る個浴と、ユニットが共同で使用し寝たまま入浴できる特殊浴槽があり、利用者の状態に応じて使い分けている。利用者の名前の付いている籠に着替えや軟膏などを用意して、職員が対一か2人対応で3、4日ごとに入浴している。看護師がバイタルチェックをして入浴が難しいと判断した場合は清拭で対応している。季節の菖蒲湯やゆず湯も実施している。個々の利用者の注意点や接し方、方法などの入浴の手引きが24時間シートに記入されており、ユニットによっては入浴時の注意点を一覧表にしたものを用意して情報の共有を図り、統一した共通のケアで利用者の心身の状況に合わせてゆっくりと入浴できるよう支援している。</p>		
A⑧	A-3-(1)-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・ ⑧ ・c
<p><コメント></p> <p>各ユニットに3か所のトイレがあり分かりやすくマークがついている。排泄が自立している</p>		

利用者は見守りに対応し、介助が必要な利用者はトイレに移動介助し、意思表示が難しい利用者に対しては行動や様子を見てトイレに誘導し排泄の介助をしている。個別の排泄介助方法は24時間シートに記載しており、排泄チェック表で確認しトイレ誘導をしている。昼間はリハビリパンツでも夜はオムツの利用者には排泄パターンを見てオムツ交換し、夜間にポータブルトイレを使用している利用者が、場所が分かるようにと居室を明るくする対応をしている。

「排泄マニュアル」があり、内部研修も行ってパッドの使用方法や使用量について勉強している。排泄会議の中で利用者に合った排泄の方法を検討し、なるべくオムツを使わずトイレで排泄できるよう自立支援をしている。ただし、排泄パターンの把握が不十分であったり、介助方法の統一ができていなかったりする課題があり、職員のさらなるスキルアップに期待したい。

A⑨	A-3-(1)-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・ ⑥ ・c
----	-------------------------------------	----------------

<コメント>
廊下が広く、車椅子を利用していても自力で操車できる場合は自分で移動するようにしている。移動介助や手引き歩行が必要な利用者は職員がゆっくりと移動を支援している。トイレが終わったらブザーを押して職員に知らせることを説明し、歯磨きなど出来ることは利用者自身でもらっている。申し送りノートや日誌で利用者の状況を共有し、ユニットごとに見直しを行い、移動の自立だけではなく、利用者自身が出来ることは自分で行うように支援している。

A-3-(2) 食生活

A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・ ⑥ ・c
----	---------------------------------	----------------

<コメント>
外部の委託業者が施設の厨房で調理を行い、各ユニットでご飯と粥を炊き、汁物を栄養士の指示書のみで職員が作っている。今年になり委託業者の変更があり、選択食やバイキング食の提供について話し合いをし、おやつバイキングの実施を可能にしている。現場職員からの要望もあり、給食会議の嗜好調査で把握した利用者の好みをメニューに反映することや食事の量、小鉢の種類が改善されつつある。各ユニット会議で話し合っ利用者に参加できるお鍋やすき焼きなどを行い、クリスマスの特別メニューにはちらし寿司やお刺身等を提供するなど、利用者が楽しく食事が出来るように取り組んでいる。給食ノートに残量を記入して栄養士や調理員との情報交換を行っており、栄養士がユニットの食事場を観察することもある。今後もさらに、利用者の意向に沿って食事をおいしく食べられるような工夫を行いたいと考えている。

A⑪	A-3-(2)-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・ ⑥ ・c
----	---	----------------

<コメント>
食事の内容は栄養面に配慮し薄味で食事形態も刻みやとろみ付けなど、利用者の状況に合った食事を提供している。全介助や一部介助の利用者には職員がその人に合った無理のないペースで食べられるよう介助している。食事中に休まず大きな声を発する利用者に対しても職員が落ち着いた対応で介助し、他の利用者も静かに食事をしていた。朝起きるのが遅くなる利用者は無理に起こさず、時間をずらして朝食が食べられるようにしている。
水分チェック表で利用者の水分摂取量を把握し、水分補給を管理している。

A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>夕食後に歯磨きや口のすすぎが出来る利用者は自力で行なっている。介助が必要な利用者は口の状態を観察して職員が口腔ケアをしている。義歯は各居室の洗面台に置いてあるケースに入れて衛生管理をしているが、口腔ケア全般について職員によるチェックは不十分である。</p> <p>口腔ケアマニュアルは出来ておらず研修もしていない。今後、歯科医師による口腔衛生について指導を受ける研修を予定しているが、衛生面や介護状態の進行、生活機能の低下の抑制のためにも口腔ケアの必要性を認識し早急な対策が望まれる。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・㉕・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡予防のために、職員はオムツ交換時や入浴時に利用者の褥瘡のある部分や出来かけている場所を注意深く観察している。オムツの当て方や入浴方法、体位の交換、食事の介助方法等、職員同士が話し合った内容を看護師に相談して褥瘡ケアの指導を受けている。栄養面においてもリーダーと看護師、栄養士が食事の内容を検討し、補助食品を追加したりして身体的状況の把握と改善を進めている。毎月の褥瘡委員会で看護師から現状の説明があり、利用者ごとの褥瘡のリスク評価や褥瘡の処置、普段のスキンケアについて検討している。日常のケアにおいてはハイリスクの利用者の観察を丁寧に行い、経過記録や看護記録に残し毎月の会議で確認し、褥瘡の悪化防止や完治をめざして取り組んでいる。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	A-3-(4)-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。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>経管栄養や喀痰吸引については、現在、研修を受けて資格を有する介護職員がおらず、もっぱら看護師が担当しており、措置経過は看護記録に付けている。今後は経管栄養対応や喀痰吸引を必要とする利用者の入所が増えると見込まれるため、介護職員を計画的に研修に参加させ、資格を取らせることも検討する必要がある。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・㉕・c
<p><コメント></p> <p>機能訓練指導員を兼ねている看護師が個別の機能訓練計画を作成し、自立支援的な生活訓練（日常的な動作、両下肢の上げ下げ、トイレや食堂への歩行、食事のとりわけ、洗濯物たたみ）等をしている。ユニットごとに訓練計画が一覧表になっており、職員が見守りながら毎日の訓練状況を確認している。利用者の状態の変化により内容を検討し個別の機能訓練計画の見直しもしている。レクリエーションや趣味活動、行事においても利用者の主体的な機能訓練が行われるような工夫が望まれる。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		

A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>認知症ケアについてのマニュアルは作成されている。認知症の利用者への接し方や言葉使いなど気を付ける点を申し送りノートや日誌に記し、職員で共有して支援に活かしている。帰宅願望が強い利用者には気持ちが落ち着くまで静かに見守り、言葉のかけ方にも注意し、申し送りノートで本人の落ち着く場所や言葉のかけ方を周知し対応方法の統一を図っている。BPSD（周辺症状）のある利用者について、嘱託医や看護師、家族と相談して薬の調整をしたところ症状が緩和したということもある。認知症の症状や心理状態、行動パターン等について把握しケアに活かすために、今後、外部研修や内部研修を行って職員の認知症への理解を深めていただきたい。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	A-3-(7)-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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>利用者の健康チェックや健康管理は看護師が嘱託医と相談の上行っており、嘱託医の往診も定期的にある。利用者の体調変化や転倒があった時は看護師からの指示で職員が対応している。急変時の対応についてはフローチャートができており、看護師が嘱託医の判断のもと処置をしたり、状況により病院への搬送や救急搬送の手配をしたりする体制が整備されている。夜間には、隣接する特養幸寿苑とたかしまの郷の看護師が交代でオンコール対応を行っており、緊急時対応の判断を仰ぐことができる。看護師は緊急時対応の詳細なマニュアルを作成する必要があると考えている。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	A-3-(8)-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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>入所時に「終末期の看取り等についての意向確認書」で利用者と家族の終末期の対応方法についての意向を確認している。終末期に入り食事がとれなくなってきたら、医師の診断を仰いで家族に説明した上で終末期の対応について意向を再確認し、医師と看護師、職員で看取り計画書を作成して看取りケアを実施するという手順ができており、これまでに数例の看取りを行っている。</p> <p>ある事例では、終末期に入り利用者の状態の変化が速く、経験の乏しい職員には負担感が大きかったが、看護師が職員に対し対応の方法や接し方について適切な助言をし、家族にも丁寧に説明して、職員と家族が一体となって看取りをすることが出来た。また、利用者の「自宅に帰りたい」という願いを叶える支援をし、最期の数日を自宅で過ごし事業所に戻って息を引き取ったという事例もある。看取り後、家族や親戚は事業所の丁寧な対応を大変喜んでいたという。看取り後にはユニット会議で反省会を実施し、終末期ケアを初めて経験した職員に対する精神的ケアもしている。ユニットリーダーは看取りケアの実施が、職員の学びや成長の機会になっていると実感している。</p> <p>今後は終末期においての利用者や家族に対する理解や接し方について研修を行い、本人と家</p>		

族の希望に沿った終末期ケアが行える体制の充実を期待したい。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑱	A-4-(1)-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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者に会いに事業所を訪れる家族や親族が多く、評価の際に実施した家族アンケートの回収率も高いという結果から、家族の事業所に対する関心が高いと言える。各ユニットで月1回広報誌を発行し家族が参加出来る行事も知らせている。ケアプランの見直し時にはケアマネジャーを兼務する生活相談員が家族から意向や要望を聞くようにしている。職員は家族が訪問した際や行事の参加時に利用者の近況を報告し、家族からの要望を聞くなど利用者家族との関係を大切に連携して支援している。</p>		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A⑳	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	非該当
<p><コメント></p>		

様式

「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

事業所名	特別養護老人ホーム 幸寿苑 たけしの郷
------	---------------------

項目	評価結果に基づく現状分析 (平成 29 年度)	改善計画 (平成 29 年度 3 月末時点)	実施状況 (予定を含む) (平成 29 年 12 月 30 日時点)
職員一人ひとりのコミュニケーション不足	幹部職員だけでなく、全職員とのコミュニケーション不足であり、職場環境の改善が必要である。	職員一人一人と面談を実施し意見交換を行う。	1 実施済み ② 実施予定 30 (平成 29 年 3 月頃) 具体的には以下のとおりです。
標準的実施方法が策定されていない	ユニット間での介護方法の差異を解消するための標準的実施方法を策定されていない。	標準的実施方法を策定しユニット間での介護方法の差異を解消していく	1 実施済み ② 実施予定 (平成 30 年 4 月頃) 具体的には以下のとおりです。

サービス改善計画・実施状況の公表について (〇をつけてください。)

- 1 公表した (公表時期・公表方法 紙媒体で受付に設置)
- 2 公表する (公表予定時期・公表方法)



これから公表する事業所は公表後速やかに県社協あて御連絡ください。

※公表方法 : ホームページ、紙媒体で受付に設置