

福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

名 称	公益社団法人福岡県社会福祉士会		
所 在 地	福岡市博多区博多駅前3-9-12		
T E L	092-483-2944	F A X	092-483-3037
評 価 調 査 者 登 録 番 号	16-a00044 19-b00139		

【福祉サービス施設・事業所基本情報】

◆経営法人・設置主体

法 人 名 称	しゃかいふくしほうじん ふくいんかい		
	社会福祉法人 福音会		
法 人 の 代 表 者 名	りじちょう あさの よしのぶ	設 立 年 月 日	平成17年10月28日
	理事長 浅野 嘉延		

◆施設・事業所

施 設 名 称	とくべつようごろうじんほーむ とばた		施 設 種 別	特別養護 老人ホーム
	特別養護老人ホームとばた			
施 設 所 在 地	〒804－0081 福岡県北九州市戸畑区千防一丁目1番6号			
施 設 長 名	おおの たけし	開 設 年 月 日	平成19年5月1日	
	大野 剛			
T E L	093-873-5115	F A X	093-873-5121	
E メ ー ル ア ド レ ス	info@fureainosato-tobata.jp			
ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	https://www.fureainosato-tobata.jp/			
定 員 (利 用 人 数)	70名（現員 70 (名) 世帯） ※該当を○で囲む			
職 員 数	常勤職員：50名		非常勤職員：39名	
専 門 職 員 (名 称 名)	介護福祉士 39名	実務者研修 1名	初任者研修 3名	
	ヘルパー2級 5名	管理栄養士 3名	管理栄養士パート 1名	
	社会福祉主事 1名	看護師 15名	理学療法士 1名	
介護パート20名	看護パート 9名	調理パート 6名	清掃パート 3名	

施設・設備の概要	(居室数) 70	(設備等) トイレ 70 共同トイレ 15	調理室・倉庫各 1
	一般浴槽 8 臥床機械浴槽 2	座位式機械浴槽 2	機能訓練室 1

◆施設・事業所の理念・基本方針

理 念	私達は、高齢者と障害者の尊厳を守り、利用者の選択によるサービスの提供をおこない自立を支援します。 また、地域福祉のネットワークの一員として 福祉のまちづくりに力をつくします。
基 本 方 針	一人ひとりをたいせつに 1. 一人ひとりがその人らしい生活をおくれるように支援します。 2. 尊厳ある生活ができるように、身体的・精神的拘束ゼロを目指します。 3. 利用者の自己選択・自己決定に基づいた利用者本位のサービスを提供します。 4. 利用者が選択できるよう情報提供・情報開示をおこないます。 5. 地域の福祉事業者などとの連携を深めると共に専門性を活かした情報発信・人材育成に努めます。

◆施設・事業所の特徴的な取組

○周囲に公共施設があり、市街地の恵まれた環境の中にあります。特別養護老人ホームは複合施設のひとつとしてあり、地域の福祉施設として運営されています。地域での福祉ニーズに応えるために関係機関との福祉研修会で意見交換がされています。 ○利用者に対して、手厚い職員配置を行っています。個室を基本とした利用者のプライバシーを尊重した運営がされています。 ○専門職員配置として医師、看護師、介護職員、理学療法士、管理栄養士、生活相談員を配置して、利用者の生活を支援し、安心した生活と環境を提供しています。 ○利用者の楽しみとなる食事を心がけ、陶器の器を使用し、旬の食材が使われています。利用者の嗜好調査を行い、利用者の希望に合う美味しい選択メニューが提供されています。 ○全個室でトイレと洗面台が設置されています。プライバシーを尊重した排泄支援がされています。他の利用者との交流が共有スペースで行われ、四季に応じた行事が行われています。利用者の様々な個別相談に相談員が丁寧に対応されています。

◆第三者評価の受審状況

評価実施期間	契 約 日	令和6年12月1日
	訪 問 調 査 日	令和7年3月10日、11日
	評価結果確定日	令和7年4月16日
受審回数（前回の受審時期）		今回の受審：3回目（前回 令和2年度）

【評価結果】

1 総 評

(1) 特に評価の高い点

1 利用者本位の施設運営

○「利用者の尊厳」を守る福祉サービス充実を目指して、職員配置を基準以上に配置しています。法人全体のケアサービス責任者会議では毎回、理念、基本方針等について検討し、職員に意識付を図っています。

○理念・基本方針を実現する個人情報・プライバシー保護の職員研修を行っています。地域貢献として全部門の協力を得て、介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修を実施しています。

2 経営課題に向けた取り組み

○経営課題である設備設置や人材確保について職員と検討し、利用者の自己決定を尊重した支援について職員会議や責任者会議で定期的に協議しています。

○職員の労働環境を改善するために職員配置を考えて、夜勤専門職員を5名配置し、職員全体の夜勤回数の減少や負担軽減が行われています。

3 ケアサービスの質の向上に向けて

○サービス改善委員会で検討した改善点として、家族からの要望を受けて、感染防止で制限が多かった面会方法や時間を長くしています。

○家族アンケート（意見）を実施し、集計結果を各ユニットで検討し、改善策を検討・実施しています。サービス改善委員会の資料で職員が取り組む課題の共有化がされています。

○詳細な介護マニュアルが整備され、職員個人の知識や技術、経験差を問わず、利用者に提供するサービスの質を継続しています。

4 職員の育成体制

○職員の育成を重視し、正職員、準職員にも一人あたり12,000円の研修費を毎年、予算計上して充実した育成体制があります。また、新人の育成記録があり、公平な施設外の研修参加の機会があります。職員との個別面談で希望による研修計画と確認がされ、資格取得支援もされています。

(2) 改善を求められる点

1 地域との交流について

○地域との交流について、中・長期計画や年度の事業計画に基本姿勢が出されています。利用者の介護度が高くなり、外出や地域での交流機会が少ない傾向があります。利用者の希望に応じた花見等の外出機会や地域交流機会を作られることを期待します。

2 施設長の役割・責任等の表明について

○施設長の役割と責任を表明する機会として、サービス責任者会議やリーダー会議の場で示しています。災害時や事故の際の施設長の権限委譲について、口頭で伝えられていますが、マニュアルなど文章で明記されることを期待します。

3 事業計画の利用者、家族への周知

○利用者や家族への事業計画周知は主にホームページや資料配布で行っています。参加型での説明会で利用者や家族等の意見を聞く機会を持たれることを期待します。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

この度、第三者評価を受けるにあたり、調査員の方々には膨大な関係資料を一つひとつ丁寧に調査していただき、心より感謝申し上げます。

施設の開所から18年を迎えるにあたり、施設の経営理念や基本方針が運営に十分反映されているか、入居者一人ひとりのニーズに柔軟に対応できているか、必要な書類や記録が整備されているかなど、客観的な視点から評価していただくことができました。

今回いただきました評価結果を真摯に受け止め、施設の在り方や今後進むべき方向性を明確にし、それらの実現に向けて職員一同更なる努力をしていく所存です。

今後とも、入居者はもとより、ご家族や地域の方々にも信頼され、スタッフにとっては働きやすい施設をめざして努力していきたいと思います。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果（別添）

【共通評価項目による評価結果】

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

項 目			評価	コメント
1	I-1-1 (1) -①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	○理念、基本方針はパンフレットやホームページに記載、職員名札に記載されています。朝礼で理念などを唱和しています。 ○利用者と家族には入所時に内容を説明しています。職員に定期的にアンケートを取り周知状況を把握しています。 ○法人全体のケアサービス責任者会議にて毎回、理念等について職員に意識付けを図っています。 ○「尊厳の遵守」については、個人情報・プライバシー保護研修にて研修を行い、地域福祉に関して、全部門の協力を得て介護職員初任者研修、介護福祉士実務者研修を実施しています

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

2	I-2-1 (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	○ケアサービス責任者会議で社会福祉事業全体の動向、経営状況、中長期計画の比較、「年齢別人口」及び「高齢社会白書」等のデータを基に将来的利用者数の予測に努めています。 ○北九州市の「地域福祉計画」や「中間見直し強化プラン」などを参考に福祉に関する動向の把握を行っています。 ○定期的なコスト分析、利用率、物価、人材について、ケアサービス責任者会議で分析が行われています。
3	I-2-1 (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	○経営課題である設備設置や人材確保について検討し、利用者の自己決定の支援について職員会議や責任者会議で定期的に協議しています。 ○労働環境の改善として職員配置や夜勤等について改善が行われています。 ○夜勤での専門職員を5名配置し、職員全体の夜勤回数の減少や負担軽減が行われています。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (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) -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	○職員意見を参考にした中・長期計画が策定され、数値目標が立てられています。定期的に福祉サービスの質の向上を目的に職員研修などが策定されています。 ○人材育成では職員の経験にあわせて、研修単位の取得が数値で説明がされています。 ○事業計画の進捗状況はサービス責任者会議で点検されています。中・長期計画は定期的に責任者会議で点検がされ、見直しが行われています。
5	I-3-1 (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	○事業運営などで中・長期計画の内容が単年度計画に反映しています。機械等の施設整備の目標で修正の事情があれば、運営責任者による検討がされています。 ○具体的な数値の設定と各年度での修正などが、3ヶ月ごとに開催するケアサービス責任者会議で検討され修正がされています。

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	○事業計画の進捗状況の把握は、ケアサービス責任者会議などで検討されています。3ヶ月毎に進捗状況が確認され、理事会に報告されています。 ○事業計画等の職員周知はユニット会議などで伝えられています。
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。	b	○利用者や家族への事業計画周知は主にホームページや資料配布で行っています。 ○事業計画説明で家族会や利用者参加型の機会がありません。参加できる機会があると、利用者や家族に向けた理解しやすい資料の作成や工夫が必要になると思われます。 ○入所説明の機会以外に事業計画や報告会など参加型で家族等の意見を聞く機会を持たれることを期待します。

I－4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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	○施設内で取り組む福祉サービス質の向上は法人の各委員会で検討し、実施されている。内容はケアサービス責任者会議やリーダー会議で検討されています。 ○提供されるサービス内容で委員会での検討。責任者である委員長によるチェックがされています。 ○各委員会・リーダー会議でのPDCA、サービスの評価の取組、体制整備は9委員会あります。 ○評価結果は分析され、再検討される仕組みがあります。
9	I－4－（1）－②	評価結果にもとづき組織として取り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	○評価結果の課題分析で職員意見や利用者家族の意見を取り入れています。 ○今年度、サービス改善委員会で検討した改善点として、家族からの要望を受けて、制限が多かった面会方法や時間を長くしています。 ○家族アンケート（意見）を実施し、集計結果を各ユニットで検討し、改善策を検討・実施しています。 ○サービス改善委員会の資料で職員が取り組む課題の共有化がされています。

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。				
10	Ⅱ-1-1 (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。	b	○施設長の役割と責任を表明する機会として、サービス責任者会議やリーダー会議の場で表明しています。 ○災害時や事故の際の施設長の権限委譲について、口頭で伝えられていますが、マニュアルなどに明記されることを期待します。
11	Ⅱ-1-1 (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	○法令など遵守する姿勢は施設内でのサービス責任者会議、リーダー会議、ユニット会議で示し、職員研修で伝えています。 ○施設長は研修などで遵守すべき法令等を職員に周知しています。法人で法令遵守責任者（事務長）を置くなど、体制を築いています
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
12	Ⅱ-1-1 (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	○法人の福祉サービスの質の向上について、サービス改善委員会や教育委員会、職員研修委員会、改善委員会で検討しています。職員意見や利用者意見を活かして、改善に取り組んでいます。 ○職員研修では家族アンケートなどを参考に面会の体制の改善が行われています。 ○福祉サービス向上のため、各種委員会や職員用意見箱を参考にサービス向上に努めています。
13	Ⅱ-1-1 (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	○施設長は経営改善やサービスの質の向上に向けて各員会の機能を高めています。 ○業務改善を目標に夜間職員増など人員配置を考え、労働環境の改善が進められています。 ○職員育成等について、「研修体制の充実や人材育成と設備の改善」「古い設備の改善」等を考えた予算的処置や権限の委任を行っています。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-1 (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) -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	○理念や基本方針に人材育成の姿勢が示されています。 ○職員の労働環境改善に向けて、職員比率を高め質の向上を図っています。育児休業取得後の職場復帰でも高い比率を占めています。 ○法人で地域で無料の初任者資格研修や実務者研修を提供するなどして、福祉人材の確保を進めています。
15	Ⅱ-2-1 (1) -②	総合的な人事管理が行われている。	a	○法人が求める「期待する職員像」が基本方針や事業計画に示されています。「期待する職員像」を下に人事基準が定められており、職員用掲示板に示されています。 ○能力開発（育成）を図るために目標管理制度、教育・研修制度があり、職員にキャリアパスや職員配置について説明がされています。 ○職務の異動に関する基準や処遇、昇任・昇格基準、給与基準、福利厚生などが個別面接などで示されています。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
16	Ⅱ-2-1 (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	○施設長は各フロアリーダーやサービス責任者等から就業状況を確認しており、月1回の年休利用などを進めています。 ○個別の職員面接の外に職員用意見箱を用いて、各自の就労の状況を把握しています。 ○職員の時間外労働の時間の把握や育児、介護、看護休暇の取得で時間単位利用を進めています。法人では子の看護休暇で対象の子を法を上回る中学就学まで拡大しています。

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。	a	○理念等に表示された「期待する職員像」を明確にし、研修等を通じて周知しています。 ○人材育成の方法で新任職員研修の際に自己評価と他者評価制度を用いて、知識とスキルの習得状況を確認しています。 ○職員の質の向上のために年度当初、中間面接、年度末面接を行い状況把握を行い、各職員の目標と目標達成状況の把握を行っています。
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	○基本方針に基づき、利用者の尊厳や「思いやり」を重視した施設づくりを目指しています。 ○職員が自己評価を行う外に法人教育委員会では中堅職員の育成を目的に、定期的に研修内容やカリキュラムの点検を行っています。 ○基本方針に必要とされる専門技術の基準が示されています。教育委員会による段階別の育成のカリキュラムで技術支援がされています。
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	○施設長や管理者層は正職員と準職員の資格や技術水準を把握しています。法人では準職員を含めて一人当たり12,000円の研修予算を組んでいます。 ○内部研修では12項目中、6項目を必修としています。また、新任職員は15項目必修としていて、全職員の研修機会を設け、一定レベルの技術習得を図っています。 ○職員育成の指導担当者の育成とマニュアル作成を行い、資格取得等の支援（介護福祉士、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、介護支援専門員等）を行っています。
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	○本法人と大学法人との歴史的な経緯があり、福祉施設への大学実習生受け入れの姿勢が示されています。 ○大学等と事前協議を行い、専門職種に配慮したプログラムが組まれています。実習指導者の育成に力を注ぎ、必要な指導者研修を終了させています。 ○実習生指導担当者は、社会福祉士相談援助実習指導者講習会、介護福祉士実習指導者講習会の修了者を担当者としています。

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

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	○ホームページやワムネット（福祉情報）による事業内容である社会福祉法人現況報告や事業計画、事業報告や財務諸表等が公開されています。 ○第三者評価や福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、苦情の公表がされています。 ○地域に向けて、建物2階に地域交流スペースを設置し、地域マンション理事会の会場を提供しています。研修会などその他の活動の地域支援を行っています。
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	○事務や経理に関するルールを経理規定で明確にしています。各職員の役割と権限が明確にされています。職員は研修等を通じて内容が周知されています。 ○施設は毎月、法人税理士による月次決算等の定期的な点検を受けています。 ○公正な取引と透明性を社会福祉法人基準による財務状況が公表されています。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-（1） 連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。	b	○地域との交流について、中・長期計画や年度の事業計画に基本姿勢が出されています。 ○関係職員が区役所で地域福祉研究会に参加しています。戸畑山笠などに参加したり、保育所との交流がされています。 ○地域に向けた社会福祉初任者研修や実務者研修を無料で提供しています。 ○利用者の介護度が高くなり、外出や地域での交流機会が少ない傾向です。花見等の機会に地域交流機会を作られることを期待します。
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	○ボランティア受け入れの姿勢が中・長期計画や事業計画にあります。地元大学のボランティアとの交流が行われています。 ○看護師によるボランティアがあり、洗濯物のかたづけなどがされています。 ○ボランティア受け入れマニュアルがあり、利用者守秘義務などについて誓約書がとられています。
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	○サービス責任者を中心に地域の関係機関の情報を集積しています。職員は戸畑地域ケア研究会の運営委員として参加し、関係機関とのつながりを持ち、社会資源の共有をしています。 ○定期的にケアマネジャーと相談員で情報共有と情報共有を行っています。 ○関係機関との情報交換や医療機関等でのアフターケアに対する支援体制の維持がされています。
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	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	○行政を中心に地域の連絡会議が開催されています。警察署、戸畑区役所、戸畑区社会福祉協議会、地域包括支援センター、戸畑区医師会、その他の機関が参加して、地域の福祉ニーズを把握し、老人会などで介護保険の無料講演会などを行っています。 ○北九州市徘徊高齢者等一時保護業務の受託を検討し、申し出ています。
27	Ⅱ-4-（3）-②	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	○市営の高齢者及び障がい者住宅に安心できる生活を支えるために相談員を派遣しています。 ○家族の介護をされている方や家族の介護をされる予定の方等に「介護職員初任者研修」及び「介護福祉士実務者研修」を「無料」で開催しています。 ○「老いを支える北九州家族の会」の会員として活動し、浅生地区連絡調整会議に参加して、地域の福祉ニーズを把握しています。

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。				
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	○基本方針、利用者尊重のサービス提供については、毎年事業計画に掲げ、事業報告で評価し、役職員、組織全体で共通理解の取組を行っています。 ○基本方針を職員は週1回唱和しています。また、自己チェック、他者(上司)チェックを定期的に行っています。 ○接遇マナー、プライバシー研修を行っています。
29	Ⅲ-1-（1）-②	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	○プライバシー保護の規程を整備しています。 ○詳細な介護マニュアルを策定し、各マニュアルはプライバシーを配慮しています。 ○利用者の居室はトイレ付個室、1ユニットは10人で生活の場にふさわしい環境を提供しています。

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	○選択に必要な情報はパンフレット、ホームページにて提供しています。 ○利用希望者、見学者に具体的、詳細に説明しています。また、利用希望者の心身状況を確認し、本人の状態に合わせた施設を紹介しています。 ○情報は見直しを行い、最新の情報を提供しています。
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	○入居時の説明書類は、日常生活に関する具体的内容、留意事項などを詳細に記載し、わかりやすく説明しています。 ○本人が説明を受け、契約を締結することが困難な場合は家族に、家族が困難な場合は成年後見制度利用を必須としています。
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	○サービス内容の変更を行う場合は、利用者や家族の意向を踏まえ利用者、家族などの同意のもと書面にて行っています。 ○施設の性格上在宅、家庭への移行はなく、病院、療養型などへの移行の際は、移行機関に詳細な情報を提供しています。 ○入院後の居室の取扱いについて家族などに書面にて説明しています。

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	○利用者、家族アンケート調査を年１回実施し、課題を抽出しています。結果は関係者(利用者、家族、職員)に報告し、受付ホールに掲示、ホームページにて公表しています。 ○各フロアに意見箱を設置し、週１回収しています。出た意見に対応し、受付ホールに１か月掲示しています。 ○意見などについては調査し、サービス改善委員会において分析・検討後、各会議にて職員に周知しています。
----	-----------	---------------------------------	---	--

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	○苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備しています。 ○苦情内容に関する経過や対応、解決策を申出者に報告しています。また、公表の可否を確認し、玄関ホール及びホームページに苦情対応報告者を掲示しています。
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	○相談員は、ほぼ毎日あいさつに利用者居室を訪問します。また受付を相談員が行い、家族面会の際に同席し意見、要望を聴取します。 ○個室の相談室が整備されています。
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	○相談、苦情の受付から対応、公表までのマニュアルを策定しています。 ○意見や要望、提案についても受付から対応、公表までの仕組みがあります。 ○意見や要望、提案を受けた後の経過、具体的な検討や対応、結果と説明を書面に記録しています。

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	○安全管理委員会を設置し、リスクマネジメント体制を整備しています。 ○事故対応マニュアルを策定し、定期的に評価、見直しを行っています。 ○事故報告、ヒヤリハット報告を収集、集計し、要因を分析しています。改善策、再発防止策の検討、実施に取り組んでいます。 ○事例については職員に周知し、定期的に研修を開催しています。
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	○感染症発生時の事業継続計画（BCP）を策定し、定期的に見直し、改定しています。 ○予防と安全対策を図るため感染症対策委員会を設置し、２か月ごとに開催しています。 ○感染症予防と発生時の対応マニュアルを策定し、年１回見直ししています。 ○感染症予防と衛生管理の研修を定期的に開催しています。

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	○地震発生時の事業継続計画（BCP）を策定し、定期的に見直し、改定しています。 ○地震防災計画、消防計画を策定しています。地震災害訓練は年1回、火災訓練は年2回（昼と夜）開催しています。 ○災害時の出勤基準、行動基準を策定しています。
----	-----------	----------------------------------	---	--

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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	○排泄、移乗、入浴、食事など支援業務ごとのマニュアルを策定しています。マニュアルには利用者のプライバシー保護や尊厳を守る内容が記載されています。 ○フロアリーダー、ユニットリーダーがOJT、指導を行っています。
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	○介護マニュアル（排泄、移乗、入浴、食事など）は、サービス改善委員会、排泄・褥瘡委員会、安全管理委員会などで検討し、改定しています。 ○利用者や職員などからの意見や提案を検証、見直しに反映しています。
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	○計画書には利用者の具体的なニーズを明示し、状況に応じた個別の支援計画を記載しています。 ○計画書策定のために定期的、適宜にアセスメントを実施しています。計画作成、更新、変更については各部門の担当者が内容を検討したうえで策定しています。 ○計画内容の実施状況は、毎日のケース記録、毎月の支援経過に記載しています。
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	○計画の見直しについて、組織的に見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の移行把握と同意を得るための手順を定め実施しています。 ○計画の定期的な評価、見直しについては、法令上の時期と必要に応じた際に実施しています。
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、職員間で共有化されている。	a	○パソコンで統一した様式により記録し、情報を共有しています。パソコンに入力された記録は、回覧し決裁を受ける仕組みとなっています。 ○パソコンはユニットごとに1台設置し、職員は個別パスワードで取り扱っています。
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。	a	○個人情報保護方針を策定し、個人情報を適切に管理しています。 ○教育委員会や研修会を開催し、職員周知、遵守を徹底しています。

【個別評価項目による評価結果】

A-1 生活支援の基本と権利擁護

【A-1-(1) 生活支援の基本】				
項 目			評価	コメント
46	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。	a	○利用者の意向を聴取し、新聞、テレビ番組、パソコン(メール、ユーチューブ、株取引)など、一人ひとりに応じた過ごし方ができるよう支援しています。 ○意思表示が困難な利用者には、行事参加の諾否や衣類の選択など意思表示しやすい場面を設け、サービスの選択につながるよう支援しています。
47	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
48	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
49	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	○利用者の興味、関心などを事前に把握し、コミュニケーションを図っています。 ○利用者の尊厳の尊重については接し方や言葉づかいを留意し、定期的に自己チェックを行い、振り返りや検討、研修を行っています。
【A-1-(2) 権利擁護】				
50	A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	○身体拘束委員会、虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を開催しています。定期的に研修を行い、利用者の権利擁護、虐待防止を職員に周知徹底しています。 ○身体拘束の事例はありません。身体拘束適正化のための指針を策定し、緊急やむを得ない場合の身体拘束マニュアル、届出書類などは準備しています。

A-2 環境の整備

【A-2-(1) 利用者の快適性への配慮】				
51	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	○居室は個室で、家具のレイアウトや持ち込みが自由にできます。個人の意向、好みの生活を尊重した過ごし方ができます。 ○1ユニット10人、小人数の特性を生かした家庭に近い生活の場になっています。

A-3 生活支援

【A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援】				
52	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	○入浴支援マニュアルがあり、利用者の心身の状況や意向を踏まえた入浴形態、方法により支援しています。 ○入浴は個浴で支援しています。
53	A-3-(1)-②	排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	○排泄ケアマニュアルがあり、排泄・褥瘡委員会で改善のため見直しています。 ○居室内トイレ、ポータブルトイレ、リハビリパンツ、昼と夜は変更など利用者の心身の状況に応じ支援しています。
54	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	○理学療法士を主に利用者の心身の状況、安全に配慮し移動しやすい環境を整えています。手すり、歩行器、車椅子などの利用だけでなく、ベットとトイレの間に椅子を置くなど動線を確保し、排泄と移動の自立に配慮しています。

【A-3-(2) 食生活】				
55	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	○陶器の食器を使用し、料理ごと盛り付けています。 ○旬の食材の仕入れ状況などを配慮し1週間ごとに献立を作成しています。 ○冬場のみですが刺身や鰯を提供しています。おやつはできるだけ手作りを提供しています。
56	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	○誤嚥・気道閉塞時対応マニュアルがあり、介護職員に周知しています。 ○栄養ケア計画は管理栄養士が関係職員と連携して作成しています。
57	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	○ユニットごとの個別口腔ケア一覧表に利用者一人ひとりの自立度に合わせた口腔ケア介助内容を記載しています。 ○毎食後と就寝時に口腔内チェックを行い、異常があれば歯科診療につなげています。
【A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア】				
58	A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a	○排泄・褥瘡委員会で褥瘡予防の対策を講じています。 ○褥瘡予防マニュアルがあり、介護職員に周知しています。
【A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養】				
59	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。		非該当
【A-3-(5) 機能訓練、介護予防】				
60	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	○理学療法士が利用者居室を訪問し、個別に訓練を行っています。 ○利用者の心身の状況に合わせた訓練プログラムを作成し、訓練内容は定期的に見直し、評価しています。
【A-3-(6) 認知症ケア】				
61	A-3-(6)-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	○認知症ケアマニュアルがあり、介護職員に周知しています。 ○毎月、ユニットごとに認知症介護実践リーダーによる認知症ケア会議を開催し対応を検討、支援に実践しています。
【A-3-(7) 急変時の対応】				
62	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	○緊急対応マニュアルを整備し、職員に周知しています。 ○看護師が、夜間緊急時に対応するオンコール体制を整備しています。
【A-3-(8) 終末期の対応】				
63	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	○看取り指針を策定し、終末期の対応についての方針、利用者が終末期を迎えた場合のケアの実施方法、実施体制を整備しています。 ○終末期における施設の対応やケアについて利用者や家族に詳細な説明を行い、看取りの契約を交わしています。 ○夜間専従の看護師配置など体制を整備しています。

A-4 家族等との連携

【A-4-（1）家族等との連携】				
64	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	○緊急時、必要時、主に相談員が家族へ連絡しています。 ○カンファレンス(3ヶ月・6ヶ月)の際、家族に出席を依頼しています。出席できない家族には、電話にて希望の確認や状況報告、今後の方向性の検討など行っています。 ○機能訓練や日常の様子を写真を郵送するなど個別に対応しています。

A-5 サービス提供体制

【A-5-（1）安定的・継続的なサービス提供体制】				
65	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