

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総 合 評 価

| | | | |
|-------|----------------|------|---------|
| 受診施設名 | ケアハウスグリーンビラ夜久野 | 施設種別 | 軽費老人ホーム |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 | | |

令和3年4月21日

| | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 総 評 | <p>社会福祉法人仙人福祉事業会は、平成7年4月に特別養護老人ホーム、デイサービス、ケアハウス、在宅会議支援センターを、以前中学校があった場所に開設されました。敷地内には、雨天対応のゲートボール場や福祉センターがあり、地域住民が気軽に行けるようになっています。</p> <p>ケアハウスグリーンビラ夜久野は、定員15名で運営されています。すべて個室となっており、居室には鍵がかかるようになっており、職員が訪問する際も各居室のインターフォンを押して訪問するなど、プライバシーが確保されています。</p> <p>利用者の意見を重視されており、居室のトイレには温水洗浄便座を設置することや、なかなか買い物に行くことができない入所者の要望を受けて、移動販売車に施設に来てもらうように調整をされました。</p> <p>施設内は過ごしやすいように、マッサージチェアやマージャン台が設置されています。また、浴室も開放的で、脱衣室の床は滑りにくい材質になっているなど、工夫がされています。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>○福利厚生</p> <p>職員の休憩場所には、畳やこたつ、ソファ、無料Wi-Fi等を完備し、休憩時間を有効に活用できるよう整備されています。休暇に関しても、誕生日休暇やボランティア休暇等の特別休暇があり、家庭の事情等で休まなければならない際にも有給休暇を取りやすい環境となっています。</p> <p>○地域貢献</p> <p>施設の場所が、以前の中学校があった場所ということもあり、地域住民の馴染んだ場所となっています。敷地内には、雨や雪の日でもできるように屋根付きのゲートボール場があり、ゲートボールを楽しまれた住民の方がお茶を飲みに立ち寄られることがあるなど、開かれた施設となっています。また、法人内の職員が、依頼内容によって分担し、地域に出向いて介護講座の開催や認知症カフェを開くなど、地域に対して積極的に活動されています。</p> <p>○個別計画書の作成</p> <p>入所前にアセスメントを行い、個別計画書を作成されています。また、月1回のケアハウス会議において、すべての利用者に関して評価を行い、施設長や管理者も利用者の状態を把握されています。状態の変化があった際には、個別計画書の見直しをされています。</p> |

| | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>特に改善が 望まれる点(※)</p> | <p>○人事考課 法人が職員に対して求める職員像や必要な資格などはキャリアパスで職員に周知されています。しかし、昇進や昇格にあたっての基準や評価方法が明確ではありません。現在の長期計画において、人事考課の実施が目標として挙げられているため、確実に実施されることが望めます。</p> <p>○利用終了後の相談窓口の設置 ケアハウスの利用者がご自宅に戻られることや病院・他施設に移られることはありますが、退所された後も馴染んだ施設の職員に対して相談したいと思われる利用者や家族がおられます。その思いに応えられるよう、ケアハウスとしての相談窓口を明記されることが望めます。</p> <p>○アンケート結果 年1回、利用者満足度アンケートを実施されています。その結果についてはケアハウス会議や管理者会議で検討が行われ、今後のサービス向上のために活用されていることは確認できました。しかし、利用者に対しては、利用者懇談会で口頭による報告をしているのみで、書面を用いて説明されていませんでした。今後は、わかりやすいような形式で公開されてはいかがでしょうか。</p> |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

〔様式9－2〕

【共通評価基準】

評価結果対比シート

| | |
|-------|----------------|
| 受診施設名 | ケアハウスグリーンピラ夜久野 |
| 施設種別 | 軽費老人ホーム |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |
| 訪問調査日 | 2020年3月8日 |

I 福祉サービスの基本方針と組織

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|---------|-------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-1 理念・基本方針 | I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | 1 | ① | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 1. 法人理念、3つの「や」（「やさしさ」「やすらぎ」「やわらぎ」）をモットーにし、パンフレットやホームページ、施設の玄関等に掲示しています。全職員に周知するとともに、具体的な行動目標として事業方針にも記載しています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|---------|---------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-2 経営状況の把握 | I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | 2 | 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 | a |
| | | 3 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 2. 旧夜久野町内の民生委員と年1回会議を行い、地域の情勢や福祉に関するニーズを把握しています。管理者会議において、毎月の稼働率を各事業ごとに把握して、事業展開を理事会等で検討しています。 | | | | | | |
| 3. 年6回開催する理事会や年4回開催する評議員会において、長期計画や人事関係などを話し合い、共有しています。また、理事会で話し合われた内容に関しては、管理者会議で各事業所の管理者に周知され、管理者会議終了後にケアハウスの職員に伝達しています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----|---------|-------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-3 事業計画の策定 | 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 | 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 | a |
| | | 5 | 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 | a |
| | I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | 6 | 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 | a |
| | | 7 | ② | 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | a | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 4. 3年度を1期として長期計画を策定しています。長期計画推進会議を年2回開催しています。長期計画書には、計画策定の趣旨や法人理念を基にした実効性の確保、各事業の収支実績、稼働率をはじめとした目標などを明記しています。管理者会議で、長期目標の達成状況を確認し、必要に応じて見直しを行っています。 | | | | | | |
| 5. 毎年、長期計画を反映した事業方針を策定しています。法人理念に沿った基本方針や運営方針を定め、それらを具体的な取り組み内容として明記しています。法人内の会議や各委員会の内容も明記し、意思決定のプロセスを明示しています。 | | | | | | |
| 6. 月1回、施設長や管理者も参加してケアハウス会議を行い、事業方針等を話し合っています。そこで話し合った内容は、管理者会議で報告しています。 | | | | | | |
| 7. 月1回の利用者懇談会で、事業方針の説明を行う機会を確保しています。また、利用者の意見を吸い上げ、希望に沿ったサービスを提供しています。今年度からは、買い物はしたいとの希望に応えるため、移動販売の調整を行いました。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|---------|--------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| 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 | 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 |
| | | 9 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 8. 年2回、自主点検を基にした自己評価を行う仕組みが確認できました。その結果を月1回のケアハウス会議で分析し検討しています。しかし、第三者評価の前回の受診が5年前のため、定期的に受診していません。 | | | | | | |
| 9. ケアハウス会議で、課題を話し合い、対応方法を検討しています。事業方針についても、ケアハウス会議の中で、実施状況や課題についての検討を行い、その内容を管理者会議にあげ、次年度の事業方針に反映させています。 | | | | | | |

Ⅱ 組織の運営管理

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----|---------|-----------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-1 管理者の責任と リーダーシップ | Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | 10 | 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 | a |
| | | 11 | 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 | a |
| | Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | 12 | 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 | a |
| | | 13 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 10. 管理者の役割と責任については組織規程や職員業務分掌に明記しています。ケアハウス会議や利用者懇談会で管理者として役割を表明しています。災害時などの管理者が不在の場合は管理者補佐が役割を代行しています。 11. 法人内研修で施設長が倫理・法令順守の研修を行っています。京都府社会福祉協議会が主催する研修等に参加し、遵守すべき法令の把握に努めています。関係法令集一覧を全職員が閲覧できるようにしています。 12. 利用者ごとに個別計画書を作成し、管理者の参加するケアハウス会議において利用者の状況をアセスメントし、共有しています。職員研修計画書によって、職員の研修の内容を把握しています。 13. 必要時に開催する経営会議や年1回の管理者会議で、事業所別稼働率等一覧表などを基にして、分析、検討しています。ケアハウスの職員は管理者を含め3名と少数のため、非常勤職員の確保など職員配置を常時検討しています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----|---------|------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成 | 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 | 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 | a |
| | | 15 | ② | 総合的な人事管理が行われている。 | b | b |
| | Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | 16 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 14. 長期計画において、介護支援専門員など有資格者を段階的に増やすように目標を立てています。管理者は介護福祉士の養成課程がある高校の講師をしており、実習を受け入れることによって、人材育成を行うとともに、人材の確保を行っています。 15. キャリアパスを定め、法人理念に基づいた職員に求められる能力や必要な研修等を職員に周知しています。年2回職員面談を行っています。しかし、昇進や昇格に関する基準が明らかではなく、人事考課も行っていない。 16. 有給休暇の取得状況を一覧表にし、有給休暇の取得状況や時間外労働の確認を行い、職員の就業状況を把握しています。ミネラルウォーターの自由飲水や職員食給食を250円に減額、誕生日休暇、扶養手当とは別に18歳までの就学児1子につき2,000円の子育て応援手当の支給、3日間を上限としたボランティア休暇などの福利厚生を実施しています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----|---------|-------------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成 | Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | 17 | ① | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | b | a |
| | | 18 | 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 | a |
| | | 19 | 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 | a |
| | 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 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 17. 職員一人ひとりが振り返りシートに目標設定を作成し、半期ごとに自己評価による見直しを行っています。その際、上司が面談し、目標達成の確認を行っています。 18. 人材育成計画書に期待する職員像を明示しています。職員個別の研修計画があり、専門技術研修や資格取得支援研修等を実施しています。 19. 研修計画書をもとに階層別研修や職種別研修、テーマ別研修を実施しています。研修の開催案内は書面回覧や掲示しています。 20. 実習生受け入れ基本マニュアル、実習生等受け入れ規程を整備し、実習生の年間計画書をもとに実習生を受け入れています。企画部長が実習指導者に対して研修や実習指導者連絡協議会に参加しています。福祉人材育成の一環として、兵庫県の県立高校にケアハウスの管理者を講師として派遣しています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|---------|----------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| 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 | 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 |
| | | 22 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 21. ホームページや広報誌に法人理念や基本方針、事業計画、事業報告、決算報告等を公開しています。地域に向けて、広報誌等も配布しています。しかし、2015年度以降の当該事業所としての第三者評価の受診がありません。 | | | | | | |
| 22. 経理規定に基づき、月1回税理士が財務等を確認し、アドバイスを受けています。年2回法人内監査を実施しています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----|---------|----------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献 | Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | 23 | 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 | a |
| | | 24 | 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 | a |
| | Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | 25 | 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 | a |
| | Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 26 | 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 | a |
| | | 27 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 23. 夜久野未来まちづくり協議会に参画し、公民館での出前講座や認知症カフェを行っています。また、地域住民に福祉車両の貸し出しを行っています。山間地であり近隣にスーパー等がないため、週2回移動販売車の訪問があり、利用者は買い物を楽しまれています。 | | | | | | |
| 24. ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢を明文化しています。職員がボランティアで地域の行事等にも積極的に参加しています。特別休暇として、3日間を上限としたボランティア休暇を設けています。 | | | | | | |
| 25. 社会資源をリスト化した資料をファイリングし、利用者共有スペースに閲覧できるように備え置きしています。 | | | | | | |
| 26. 中学校跡地であるため敷地内にゲートボール場や集会スペースがあり、地域住民との交流が多くあります。福祉避難所として指定も受けています。 | | | | | | |
| 27. 3つの地域ごとに年1回、民生児童委員との会合を行い、福祉ニーズの把握に努めています。小学校へ学芸会の参加や催しの披露で児童の訪問など地域交流の機会もあります。 | | | | | | |

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----|---------|-------------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| 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 | 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 | a |
| | | 29 | 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 | a |
| | 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 | 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 | a |
| | | 31 | 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 | a |
| | | 32 | ③ | 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b | b |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 28. 身体拘束・虐待防止委員会を月1回開催しています。利用者の尊重や基本的人権への配慮として、不適切なケアについても委員会で事案を取り上げ、対策等を検討しています。 | | | | | | |
| 29. 利用者のプライバシー保護・虐待防止規定、倫理規定を整備しています。倫理規定の行動指針も含めた研修会を年1回実施しています。また、ストレスマネジメント研修やコミュニケーション研修も行っています。 | | | | | | |
| 30. 市役所、支所に施設パンフレットを設置しています。施設パンフレットは文字の大きさにこだわり、写真等を加えわかりやすい様に工夫しています。施設見学に加え、体験入所も行っています。施設への問い合わせがあった場合は、共有できるように業務日誌に記録しています。 | | | | | | |
| 31. サービス開始時に利用者、家族などに、契約書、重要事項説明書、個人情報の使用に係る同意書の説明を行っています。難聴の方には、筆談などで分かりやすく説明しています。 | | | | | | |
| 32. 退所する際は利用状況の書面を移行機関などに渡し、引継ぎを行っていますが、サービス終了後の担当者や窓口の設置などを利用者、家族に伝える文書はありません。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|---------|------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。 | 33 | ① | 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b | a |
| | 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 | 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 | a |
| | | 35 | ② | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | b | a |
| | | 36 | 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。 | b | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 33. 月1回の利用者懇談会で利用者の声をくみ取っています。ケアハウス会議などで利用者の意見を反映できるように検討しています。年1回、利用者アンケートを実施し、円グラフなどを用いた「お食事アンケート集計結果表」を作成し、ケアハウス食堂に掲示しています。 | | | | | | |
| 34. 苦情受付書には状況把握、相談記録、処理経過、結果を明記し、利用者、家族にフィードバックしています。苦情内容、結果報告を廊下、玄関に掲示し公表しています。玄関に意見箱を設置しています。 | | | | | | |
| 35. 第三者委員、苦情解決窓口、相談員などを玄関などに掲示し、相談や意見ができる機会の提示をしています。また、月1回第三者委員が訪問し、利用者が相談できる体制をとっています。福祉センター相談室や会議室など意見を述べやすいスペースの確保を行っています。 | | | | | | |
| 36. 事後連絡用紙を用いて、相談や意見が上げれば記載し、情報共有する仕組みがあります。記録の方法や報告の手順は、文書取扱規定にて定めています。苦情等対応マニュアルで相談時の対応方法を定めています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----|---------|--------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス | 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 | 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 | a |
| | | 38 | 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 | a |
| | | 39 | 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 | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 37. リスクマネジメント委員会を月1回開催し、責任者の配置などを明確にしています。緊急時対応マニュアルを整備し、事故発生時の対応などを定め、職員に周知しています。ヒヤリ・ハットや事故報告書をもとに発生要因を分析、改善しています。 38. リスクマネジメント委員会の中に感染症対策委員が含まれ、月1回行っています。感染症対応マニュアルを作成し、定期的に看護師が研修を開催しています。コロナウイルスに対しては、施設長、看護師などが京都府の情報を得るなど、意識して行っています。 39. 非常災害時対応マニュアルを作成し、定期的に見直しています。職員緊急連絡網、管理者連絡網を作成し、早急な対応ができる体制を整備しています。夜間における緊急連絡フローチャートを宿直者が把握できる場所に掲示しています。備蓄品管理表の作成、管理は管理栄養士が行っています。福祉避難所の指定を受け、地域の方と一緒に消防訓練を行うなど、地域に必要な施設として位置づけています。 | | | | | | |

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評 価 細 目 | | 評価結果 | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----|---------|---------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| 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 | 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 | a |
| | | 41 | 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 | a |
| | 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 | ① | アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | b | a |
| | | 43 | ② | 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | b | a |
| | 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 | 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 | a |
| | | 45 | ② | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a | a |
| [自由記述欄] | | | | | | |
| 40. 業務マニュアルを策定し、標準的な実施方法や、プライバシー保護について文書化しています。定期的な研修を行い、職員への周知も図っています。設備や居住空間などでもプライバシーに配慮できています。 41. 利用者の状態については、月1回のケアハウス会議で確認を行い、職員の意見を反映して個別計画書の見直しを行っています。利用者からの意見は、利用者懇談会や日頃の関わりの中で確認しています。 42. 利用開始時に、日常生活動作能力調整票を作成し、利用者の状態を把握しています。情報をもとに月1回のケアハウス会議にて状況把握を行っています。個別計画書の作成は、管理者補佐兼相談員が実施し、利用者のニーズなども含め記載しています。 43. 月1回のケアハウス会議にて、個別計画書にもとづいて状況を把握し、職員で共有しています。状態が変われば適宜、個別計画書を見直しています。また、個別計画書は利用者のニーズを汲み取り作成しています。 44. 介護ソフトにて利用者日誌、業務内容を記載しています。事務などの連絡事項などは、施設共有サーバーにて管理し、全職員が把握できる環境を整えています。パソコンは事務所に設置しており、いつでも記録などを見ることができます。 45. 個人情報の使用に係る同意書を利用者、家族に説明し、同意を得ています。個人情報保護の管理について文書管理規定にて、記録管理の責任者、利用者の記録の保管、保存、廃棄などを明記しています。個人情報の取扱いについて研修を行い、職員に周知しています。 | | | | | | |