

[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	養護老人ホーム満寿園	施設種別	養護老人ホーム
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和4年7月13日

総 評	<p>養護老人ホーム満寿園は、昭和34年3月に奥丹後養老施設組合が養老院として事業を開始した後、老人福祉法施行により養護老人ホームとなり、平成16年3月社会福祉法人あしぎぬ福祉会設立時に運営を移管された歴史のある施設です。</p> <p>「その人の思いを受入れ、安心して過ごせる、あたたかみのある施設を目指します」、「自立を支援します」、「地域に貢献します」の3つの経営理念のもとに、様々な理由から家庭での生活が困難な方々に対して、より家庭的な雰囲気を感じてもらえるように生活環境を整え、畑仕事や収穫・実食・販売、雑巾やたわしの寄付、地域清掃などを一緒に行うことを通して地域のなかで役割を持って過ごしてもらえるように職員一丸となって支援されています。</p> <p>養護老人ホームに入所されている利用者の場合、その特性から生活の場を地域や他施設へ移行することが少ないため、入所期間の長期化とともに今後は加齢等による身体機能の低下も想定されます。利用者支援において施設職員に求められる力量が増える状況のなか、施設では接遇や介護技術の向上に力を入れて取り組まれているところです。</p> <p>今後さらに地域の拠点として充実した活動が展開されること、また、利用者の豊かな生活を願い、下記のアドバイスをさせていただきます。</p>
-----	--

特に良かった点(※)

**○計画的な事業運営**

中・長期計画は、人材育成や利用者支援、地域貢献に関する内容とともに経営目標となる人件費率や期末残高収益額等の具体的数値をも盛り込み、評価が行いやすいように策定しています。また、中・長期計画に基づいた単年度事業計画をより具体的に、取り組みやすい内容で策定しています。計画実施後は、半期の振り返りと年度末の見直しを行い、PDCAサイクルに基づいて組織的に事業運営を行っています。

**○職員への支援の充実**

職員の心身の健康と安全の確保に関して、腰痛予防のサポーターやコルセット購入時に申請により法人が一部費用を補助する仕組みがあります。また、職員間のコミュニケーション促進のため、年代別や子育て世代等に分かれての職員同士の交流会を開催しています。そしてコロナ禍で交流が制限されるなか、社内報「えん」を作成し、職員の様々な一面が見えるような記事を掲載することで法人内他事業所の職員の顔が分かる工夫をしています。

**○地域とのつながり**

コロナ禍でサロン活動やイベントが中止となり地域との直接的な交流が難しいなかでも、満寿園菜園でとれた野菜の無人販売や利用者が作成した雑巾やアクリルたわしの地域文化祭への寄付、施設独自に近隣の清掃活動を行う等、これまでの活動に替えて実施できる活動の検討を行いながら、地域とのつながりを維持できるように取り組んでいます。また、利用者の買い物ニーズに応えるため、移動スーパーに施設へ来てもらう等の社会資源活用も柔軟に行っています。

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○組織的に福祉サービスの質を評価する仕組み 定期的に第三者評価を受診していますが、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして年1回以上の自己評価が行えていません。第三者評価基準のチェックシートを活用する等して年1回以上の自己評価が行えるよう検討をお願いします。</p> <p>○苦情や相談の収集及び解決結果等の公表 これまで設置していた意見箱は、投書がないため取り下げられていますが、利用者等が気づいた時に匿名で意見を申し出できる方法として、意見箱設置に代わる意見収集の仕組みや職員が利用者アウトリーチして意見を収集する方法等もご検討下さい。また、苦情内容と対応方法や解決の結果等はファイルに挟入して玄関に設置されていますが、施設に來られた方以外にも利用を検討されている方等が随時閲覧できるようにホームページや広報誌等へ掲載されることを提案いたします。</p> <p>○福祉サービス実施に対する評価・記録 福祉サービス実施計画を作成し、実施状況を「ケアプランチェック表」等に日々記録していますが、モニタリング・評価に関する記録が不十分でした。福祉サービス実施計画とサービス実施状況に対する評価や見直しをされた経過が明確に分かるように記録の整備をお願いします。</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	養護老人ホーム満寿園
施設種別	養護老人ホーム
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	令和4年4月22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、基本方針は、事業計画書や事業報告書、法人パンフレット、広報誌、ホームページ、事業所内の掲示を通して、利用者や職員、地域住民に周知を図っています。特に職員に関しては、事業所内研修、法人内研修、各種会議での確認を徹底しており、欠席者には回覧などで周知を図っています。

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. 経営状況の分析を半期、通期で行っており、月1回の経営会議、管理者会議などで稼働率や収支分析を行っています。また常に研修会に参加したり、ワムネット、全国老人福祉施設協議会、京都府老人福祉施設協議会ネット等のホームページの閲覧を通して最新の情報取得に努めています。  
3. 経営会議、管理者会議、主任者会議等各種会議において毎月の収支、稼働率とその要因を分析し、情報共有しています。経営会議では、経営状況の課題や改善点を検討しています。2022年度は課題に対する改善策として、コロナ禍でも実施可能な地域の清掃活動や野菜作り・無人販売などを具体化して取り組んでいます。

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. 中期計画(3年)、長期計画(10年)を策定し、事業計画に組み込んでいます。養護老人ホームは行政による措置入所が中心となるため、自助努力が難しい状況ですが、人件費率(65%以内)、収益率(2%以上)確保など目標は明確にし、毎年見直しを行っています。  
5. 中・長期計画に基づき、事業所ごとに単年度計画を作成しており、収支計画、予算計画共に見直しをしています。利用者のニーズや環境の変化を考慮し、中間報告などを取り入れて、実施状況を常に評価しています。  
6. 単年度計画は、介護、調理、医務等の各部署で会議を行った後、事業所全体で意見集約を行い、作成しています。見直しは、法人内でフロー図にして時期や期間などの手順を定め、半期・通期での実施報告や意見集約を行い、職員にも内容を周知徹底しています。  
7. 利用者に対して施設長、生活相談員から朝の体操(朝礼)時に事業計画を説明しています。また、コロナ禍では開催できていませんが、通常は家族会の総会でも説明しています。事業計画に基づく取組や催し・イベントは、ポスターに掲示するなどして分かりやすく周知しています。

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-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。	B	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. 事業所のサービス向上につなげるため、利用者に対する満足度調査を行い、改善に向けた取組と評価を行っていますが、年に1回以上の自己評価を行うための評価基準を定めていません。  
9. 各部署で満足度調査や事業計画などに対する評価を行い、結果を全体会議で報告しています。また、前回の第三者評価でのアドバイスなども考慮し、改善点や課題を明確にしています。改善点や課題には優先順位をつけて、改善策を盛り込んだ次年度の事業計画を作成しています。

**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. 管理者は職務分掌に役割と責任を明示し、各種会議や研修において職員に対して表明しています。平時だけではなく災害時にもマニュアル内に管理者の役割、責任を明記し、権限委任についても明確にしています。

11. 管理者は、介護保険サービス事業に係る集団指導、京都府老人福祉施設協議会施設長会、法人全体研修などに出席し、遵守すべき法令の把握を行っています。また、新人職員はもちろんのこと、一般の職員に対しても年1回以上法令順守に関する研修会を実施しています。法人内で法令順守委員会を組織しており、関係法令をまとめたものはいつでも誰でも閲覧できます。

12. 管理者は、福祉サービスの質の現状について各種会議への参加にて定期的、継続的に評価・分析を行っています。課題に対する研修や勉強会を設けたり、職員が希望する研修を組むなどして改善に向けて職員と共に取り組んでいます。

13. 管理者は自ら経営の改善を図る取組を行っています。財源の一部管理を部署に委譲することにより、利用者支援を行う職員の利便性向上、経営に関する意識の向上を図っています。また、空床期間を把握して収益状況のチェック・改善に取り組み、同時に意識改革も行っています。

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。	A	A
	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り組んでいる。	A	A

[自由記述欄]

14. きょうと福祉人材認証制度の上位認証を取得し、人材育成に関する具体的な計画の策定と年度毎に採用目標・採用計画を立て、必要な福祉人材の確保に努めています。毎月実施する管理者会議にて、各事業所における必要職員数および現状について報告し、法人内で共有しています。

15. 法人の理念・基本方針に基づき「求められる職員像」を明確にするとともに、職員にも周知しています。また、キャリアパスを作成し、人事基準や職員処遇の水準についても明確にしています。年1回の人事考課による面接と、年2回管理者による面接で、職員の意見や意向の把握に努め、職員が自ら将来の姿を描くことができるような仕組みづくりを法人として整備しています。

16. 有休休暇取得状況や時間外労働のデータを管理者会議で共有し、管理者と職員が双方に把握しています。職員の心身の健康と安全の確保に関しては衛生委員会で検討しており、職員が腰痛予防のサポーターやコルセットを購入する際に、法人が購入費用の一部を補助する仕組みがあります。職員間のコミュニケーションが図りやすくなるよう、年代別や子育て世代等の同じような環境にある職員同士の交流会も計画しています。社内報「えん」では、職員の様々な一面が見えるような記事を掲載し、法人内の職員の顔が分かりやすくなるような工夫も行っています。

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。	A	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
	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。	B	B	

[自由記述欄]

17. 法人の理念・基本方針に基づき「求められる職員像」を明確にするとともに、職員への周知を図っています。全職員が各自で目標設定をし、管理者による中間面接、年度末面接と、年1回の人事考課による面接で職員の目標達成度の確認を行っています。キャリアパスにて、将来を見据えた資格取得計画や研修計画も明示し、職員の目標設定にも活用しています。

18. キャリアパスに基づく「研修会年間予定表」を作成し、初任者、中堅、管理者等の人材育成に取り組んでいます。総務部で職員の研修後の報告書などの意見を確し、研修内容やカリキュラムの評価を行い、次年度の年間研修計画を策定しています。

19. 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況などを把握するとともに、キャリアパスを基に経験年数別、職域に応じた指定研修を実施しています。新任職員については、法人で定める1年間の新任職員研修計画に加えて事業所独自でも研修を行い、個別のOJTに取り組んでいます。

20. 満寿園実習受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢を明確にしています。実習指導者を配置し、実習生受入れの際には養成校と相談の上で個別の実習プログラムを準備していますが、実習生の専門職種の特性に配慮した事業所独自の実習プログラムは作成していません。

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
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、広報誌（年3回発行）等に理念、基本方針、事業内容等を掲載するとともに、事業報告書、決算報告書等を公開しています。広報誌等の印刷物は弥栄町内に回覧しています。第三者評価受診については広報誌にその旨の記載をしていますが、受診結果の公表はしていません。苦情相談の内容については、まとめたものを玄関に設置する公開情報ファイルに挟み込む形で公表としています。

22. 事務、経理、取引等に関するルールを経理規程にて明記し、職員がいつでも法人のネットワークを有するパソコン内で閲覧できるようにしています。毎月、外部の専門家による会計指導等を受け、適正な経営・運営のための取り組みを行っています。

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
	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	
	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。	B	B	

[自由記述欄]

23. 地域との関わりについては、理念及び基本方針に明文化しています。コロナ禍で地域との直接的な交流が難しい状況の中、地域とのつながりを保つために満寿園菜園でとれた野菜の無人販売、利用者が作成した雑巾やアクリルたわしの地域の文化祭への寄付、近隣の清掃活動の実施等を行っています。利用者の買い物ニーズに応える為、施設への訪問販売を依頼するなど、社会資源の活用も行っていきます。

24. 「ボランティア受け入れマニュアル」にボランティア受入れに関する基本姿勢や学校教育などへの協力を明文化しています。ボランティア受入れ時にはオリエンテーションを実施し、活動中の利用者との交流の仕方などの説明や研修を行っています。2021年度は、施設内で使用する包丁研ぎのボランティアを受入れています。

25. 関係機関、公共機関などのリストを作成し、職員・利用者が閲覧できるようにしています。京丹後市サービス事業者連絡協議会、ユニットin京都、徘徊SOSネットワークなどに加入し、地域・関係機関などの共通の問題に対して解決に向けて協働に努めています。

26. 地域交流スペースなどを活用して、毎月認知症カフェを開催しています。認知症カフェの機会等を活用して、地域住民との交流や、脱水予防などのテーマで地域住民の生活に役立つ研修や情報提供を行っています。福祉避難所として京丹後市と協定を結んでいます。

27. 空床に対して住宅確保要配慮者が利用可能な受入れ体制を整え、京丹後市と契約を結び、虐待事例や生活困窮者が緊急短期入所として利用できる環境を整えています。民生児童委員等との定期的に会議は行えていません。

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。	B	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	A

[自由記述欄]

28. 理念・基本方針や運営規定、業務マニュアルに利用者を尊重した福祉サービスの提供を行うことを明記し、ケース会議や全体会議で振り返りや検討を行っています。守秘義務及び倫理規程も策定しています。基本的人権への配慮については、法人内で人権への配慮や「身体拘束ゼロ」などの虐待防止に関する研修を実施しています。また、職員アンケートにて不適切なケアの改善に向けて取り組んでいます。

29. 「プライバシー保護に関するマニュアル」を職員室に設置し、「プライバシーの保護」の研修を実施しています。2021年度に利用者からプライバシーに関する意見が出たため、2022度は朝礼でプライバシーに配慮に関する唱和を行い職員の意識改善に取り組んでいます。また、改善が図れているかどうかを生活相談員が利用者を確認しています。成年後見制度等の利用が必要な場合は、生活相談員から利用者や家族等に説明し、対応しています。不適切な事案が発生した場合には、苦情解決の流れに沿って対応しています。

30. 法人各事業所のサービスを記載したパンフレットを見学者や関係者に配付している他、市役所の分局に設置しています。パンフレットは写真や図などを用いて分かりやすく作成しています。希望に応じて施設見学や体験入所も対応しています。ホームページや入所のしおりは変更があれば適宜見直ししています。

31. 入所にあたっては「入園のご案内」を基に説明を行い、同意を得た上で受入れしています。一般的な入所の際には「契約書」、「身元引受書」、「看取り介護についての同意書」を取り交わし、介護保険サービスを利用される場合には「利用契約」と「重要事項説明書」の説明・同意を得て受入れしています。意思決定が困難な利用者の場合は、施設の特性上、京丹後市役所の担当者に立ち会ってもらいます。

32. 施設の特性上、他福祉施設や家庭へ移行される方は少なく、20年間で3名程度です。2021年度に自宅へ帰られた利用者が1名ありましたが、京丹後市担当課と連携し、地区民生児童委員へ協力依頼を行いました。退所後困った時の相談窓口として生活相談員が担当者することを説明し、よりよい支援の一覧を作成して配付しました。福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎ文書としては、毎年京丹後市担当課へ報告する際に使用する「老人ホーム入所者状況報告書」や看護サマリー、食事箋を用いています。



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-(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。	A	A
		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	B
	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。	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	B
		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。	A	B

[自由記述欄]

33. 毎年1回満足度調査を行い、担当者が調査結果をまとめています。全職員が調査結果を確認し、すぐ改善することと次年度計画での取組を協議し、改善に取り組んでいます。すぐに改善できることは標語にして昼ミーティングで唱和することにより意識付けを行っています。利用者に対して個別に話を聞く機会を設け、通常年1回開催する家族総会を家族との交流と利用者満足把握の意見交換の機会として活用しています。

34. 苦情解決の仕組みを整備し、苦情解決責任者を施設長、苦情受付担当者を生活相談員とし、第三者委員も設置しています。苦情解決の仕組みは入所時に説明し、流れをまとめた資料を施設内に掲示しています。苦情内容は「苦情受付書」に記載し、苦情対応委員会で検討しています。個人情報に配慮した上で、施設玄関に設置する公開情報ファイルに綴じる形で公表していますが、ホームページや広報誌には掲載していません。匿名で苦情等を申し出しやすい工夫として、以前は意見箱を設置していましたが、投書が無いため現在は設置していません。

35. 職員は、日頃から利用者の様子を気に掛けて言葉掛けを行い、必要に応じて個室や空きスペースを利用して話を聞くなど、相談しやすい環境を整えています。しかし、相談の際に複数の方法や相談相手を自由に選べることを分かりやすく説明した文書の作成は行っていません。

36. 日頃職員が気づいたことは「気づきノート」に記載したり、ケース会議で共有して支援に活かしています。相談や意見に対しては、苦情解決の流れに基づき月1回開催する苦情対応委員会で解決策を検討し対応していますが、相談や意見の対応に特化したマニュアルは整備していません。

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-(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している。	A	A

[自由記述欄]

37. 事故・ヒヤリハット委員会を設置し、報告された事故などの改善策や予防策を毎月協議しています。緊急時対応フロー図で事故発生時の対応や手順を定め、マニュアルは年1回見直ししています。緊急時は、現場対応を看護師中心に行い、家族や医療機関への連絡は施設長、又は主任（生活相談員）が行います。また、年1回救命講習を開催し、全職員が受講しています。事業所は京丹後市から「救マーク」認定を受けています。

38. 感染予防対策委員会を設置し、法人全体の感染症対応マニュアルを整備しています。また事業所独自にも細かなマニュアルを整備し、年1回と随時の見直しを行っています。コロナ禍では、近隣の感染症発生状況や濃厚接触者等が発生する度に新型コロナ感染予防会議を開催し、対応策を協議しています。法人で開催される年2回の感染症対策研修に加えて、事業所独自に嘔吐処理や手洗い、食中毒の研修も実施し、職員の対応力向上に努めています。

39. 災害時対応マニュアルを整備し、年2回火災や土砂災害を想定した訓練を実施しています。訓練のうち1回は地域住民にも参加してもらっていますが、2020・2021年度は新型コロナ感染症対策のため案内のみの対応としました。緊急連絡メールソフトの整備により緊急時には職員にメールが一斉送信され、クリックすることで安否確認ができる体制を整えています。備蓄は1週間分を保管し、栄養士が管理をしています。

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
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	B
		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。	A	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。	A	B
	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、職員間で共有化している。	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. 福祉サービスの標準的な実施方法として介護業務マニュアルを整備し、マニュアルには利用者の尊重やプライバシー保護等に関する姿勢を記載しています。2021年度の振り返りで介護技術全般に課題があると分析し、2022年度は介護技術の標準化を図るために事業所内で介護技術を一つずつ研修する予定ですが、日常的に標準的な実施方法にもとづいてサービスが実施されているかどうかを確認する仕組みはありません。

41. 介護業務マニュアル等は年1回年度末に見直ししています。マニュアルの検証・見直しは、施設長や職員参画のもとで行っています。

42. 計画作成担当者を福祉サービス実施計画策定の責任者として設置し、年1回アセスメントを実施しています。アセスメントは、支援員や看護師、栄養士と協議した上で行います。福祉サービス実施計画は、処遇計画と介護保険の利用計画の様式を統一し、容易に管理できるようにしました。サービス実施状況は、「ケアプランチェック表」に記録しています。支援困難ケースへの対応については、京丹後市担当課に相談しています。

43. 福祉サービス実施計画の作成手順やモニタリング、見直し時期は手順を定め、計画内容は年1回見直ししていますが、一部手順と実践の差異や評価に関する記録に不足があります。計画内容の変更等は、毎日のミーティングで職員に共有し、業務日誌で申し送りしています。

44. パソコンの記録ソフトを用いて日々の記録を行い、毎日のミーティングでの申し送りしています。また、全体会議、ケース会議で管理者や生活相談員、看護師、栄養士などと必要事項を共有しています。サービス実施計画に基づくサービスは、「ケアプランチェック表・モニタリング表」に記録することで把握しています。

45. 記録管理責任者は総務部長とし、「個人情報管理規程」に利用者の記録や保管、保存、廃棄、情報提供について明記しています。記録の管理方法は、年1回実施する法令遵守研修で職員に周知し、SNS使用時の情報の取扱いについても注意喚起しています。個人情報の取扱いについて、入所時に利用者等に説明し、同意を得ています。