

横浜市福祉サービス第三者評価 評価票（弥生苑）

評価領域Ⅰ 利用者本人の尊重		P 1
評価分類Ⅰ－１	利用者本位の理念	1
Ⅰ－２	利用者のニーズを正しく把握した個別援助計画の作成	1
Ⅰ－３	利用者の状況の変化に応じた適切なサービス提供の実施	3
Ⅰ－４	快適な施設空間の確保	3
Ⅰ－５	苦情解決体制	7
評価領域Ⅱ サービスの実施内容		P 8
評価分類Ⅱ－１	入退所時の対応	8
Ⅱ－２	利用者本位のサービス提供	8
Ⅱ－３	余暇・生活内容の自由な選択	11
Ⅱ－４	機能回復・寝たきり防止等への支援	12
Ⅱ－５	健康管理	13
Ⅱ－６	プライバシーの保護・人権の擁護（身体拘束廃止への取り組み等）	14
Ⅱ－７	利用者家族との交流・連携	16
評価領域Ⅲ 地域支援機能		P 17
評価分類Ⅲ－１	施設の専門性を活かした地域の人達に対する相談・サービスの提供	17
評価領域Ⅳ 開かれた運営		P 18
評価分類Ⅳ－１	施設の地域開放・地域コミュニティへの働きかけ	18
Ⅳ－２	サービス内容等に関する情報提供	18
Ⅳ－３	福祉に関する普及・啓発・ボランティア活動等の促進	19
評価領域Ⅴ 人材育成・援助技術の向上		P 20
評価分類Ⅴ－１	職員の人材育成	20
Ⅴ－２	職員の援助技術の向上・一貫性	21
Ⅴ－３	職員のモチベーション維持	22
評価領域Ⅵ 経営管理		P 23
評価分類Ⅵ－１	経営における社会的責任	23
Ⅵ－２	施設長のリーダーシップ・主任の役割等	24
Ⅵ－３	効率的な運営	25

評価領域 I 利用者本人の尊重

評価分類 I - 1 利用者本位の理念

評価項目 I - 1 - (1)

施設の理念や基本方針が利用者本人を尊重したものとなっており、全職員が基本方針を理解し、実践しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	A
	<input type="radio"/> 施設の理念や基本方針が利用者本人を尊重したものになっている。	
	<input type="radio"/> 全職員が理念や基本方針を理解している。	
	<input type="radio"/> サービスの実施内容は、施設の理念や基本方針に則している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念に「やさしさ、おもいやり、ふれあいを大切に高齢者の豊かな生活を築いていくことを目標とします」ということを掲げ、さらに、事業所運営方針や「職員倫理綱領」の中でも、利用者本人の尊重を明記している。 ・利用者や職員がよく見える4箇所（入り口、会議室、2階と3階フロア）に、理念が掲示されているほか、朝礼時に復唱している。 ・これらの理念・運営方針等を具現化するために、小グループ担当制で利用者に接している。また、利用者本人調査や家族アンケートでも、サービスは施設の理念や基本方針に則していると述べられている。 <p>その他の工夫事例： 職員は名札の中に、法人理念を記載したものを入れ、常に確認できるようにしている。</p>		

評価分類 I - 2 利用者のニーズを正しく把握した個別援助計画の作成

評価項目 I - 2 - (1)

利用者及び家族に面接し、利用者ニーズを正しく押さえたうえで、解決すべき課題の把握（アセスメント）を行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	<input type="radio"/> アセスメントにあたり所定の様式により利用者一人一人の身体状況・生活状況を把握し具体的に明記している。	
	<input checked="" type="radio"/> アセスメントにあたり、必ず本人及び家族と面接している。	
	<input type="radio"/> アセスメントに複数の職員が参加している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは包括的自立支援プログラムの「ケアチェック表（食事・水分摂取、排泄、入浴・清拭、洗面・更衣等、基本動作・リハビリ等、医療・健康、心理・社会面等）」により、身体状況・生活状況を把握し、細部にわたり明記されている。 △介護支援専門員（ケアマネジャー）が入所前の情報に施設での「ケアチェック表」からの情報を加えて、問題点や解決すべき課題等を明らかにしたうえで、最初アセスメントでは、家族や本人と面談し説明している。その後は、家族の都合や本人の身体状況等から、全てのアセスメント時に必ずしも面接が出来ていない場合もある。 ・利用者のアセスメントは、介護支援専門員、生活相談員、看護師、介護職、栄養士等が参加するサービス担当者会議の中で実施している。 <p>その他の工夫事例： 入居後1ヶ月にもサービス担当者会議（介護支援専門員、生活相談員、看護師、介護職、栄養士、その他必要な職種）を開き、利用者の課題を再点検している。</p>		

評価項目 I-2-(2)

個別援助計画の内容は、利用者（代弁者も含む）の合意が得られているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	B
	○	
	×	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常、利用者や家族から意向を聴き取るとともに、サービス担当者会議での計画の作成・見直しに関するカンファレンス（ケアプラン会議）には、出来る限り家族等が参加し意向を計画に反映させている。ただ、カンファレンスが夜間に開催されるため、利用者・家族は参加には消極的であるが、アンケートでは満足度が高い。 ・サービス計画の作成や見直し時には、家族等と面接を行い説明や同意を得ている。その計画書を利用者、家族等に交付している。 <p>△利用者の家族等への情報提供は面談が中心となっているため、定期的(月1回を目安)に情報提供を行っているというまでには至っていない。</p>		

※ 以下の項目においても、「代弁者」の範囲は、家族や後見人またはそれに準ずる者を指すこととする。

評価項目 I-2-(3)

利用者の状況に応じて個別援助計画の作成・見直しを行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	B→A
	→○	
	→○	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「施設サービス計画書」の中では、長期目標（12ヶ月）、短期目標（3～6ヶ月）が明示している。 ・サービス計画の見直しに関する要件に基づいて見直しを行っている。 ・計画の作成に関するカンファレンスはサービス担当者会議で行われ、介護支援専門員、生活相談員、看護師、介護職、管理栄養士、その他必要な職種が参加している。 <p>なお、見直しの場合は、内容により看護師が参加しない場合もある。計画の全面的な見直しが必要でなく、部分的の場合は介護職が参加するミニカンファレンスを開く場合もある。サービス計画の見直しに関する要件として、 {①要介護状態の区分変更があった場合②事故が起きたあと、状態が変化した場合③病院から退院したときに、医師の意見書に基づいた見直しを行う④定期的見直しは入居後1ヶ月、3ヶ月経過したときに行う。状態変化が激しい場合は6ヶ月ごとに行う。⑤必要と認めたととき、随時行う}とサービス提供基準書に明確に定めている。</p>		

評価項目 I-2-(4)

個別援助計画について、施設職員以外の専門家等の助言を受けているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	A
	○	
B	アドバイスしてもらえる外部の専門家を持っている。	
C	アドバイスしてもらえる外部の専門家を持っていない。	

<確認内容> ◇歯科衛生士および音楽療法士によるボランティア活動や外部協力者としての外科医師の助言がある。 ・施設職員以外の専門家としては、歯科衛生士、外科医師のほか、音楽療養士による回想や情緒安定等への助言・指導を受けている。 ・専門家からの助言や、その効果や本人の反応等をもて個別援助計画に反映させている。	
--	--

評価分類 I - 3 利用者の状況の変化に応じた適切なサービス提供の実施

評価項目 I - 3 - (1)

個別援助計画にそって、適切なサービス提供が実施され、実施状況に関する評価・改善がなされているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	B→A
	○ 利用者のペースに合わせた柔軟なサービス提供を実施している。	
	→○ サービス提供の実施状況に関する評価が定期的（頻度は利用者の心身状況に応じて個別に規定）に行われ、適切な見直しや改善が行われている。	
○ 利用者（利用者の合意を得ることが難しい場合は代弁者）の意向を把握し、意向を反映させた改善が行われている。		
B	職員の対応の結果や利用者の反応などを記録している。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> ・職員や施設の都合でなく利用者のペースに合わせたサービスに努めている。例えば、食事時間の弾力性、食事の取りおきも約2時間するほか、消灯時間も自由である。 ・個々の利用者の1日の流れについて、的確に把握するまでには至っていない。なお、利用者からのサービス提供実施に関する評価を含めてアンケートを実施中である。「施設サービス計画書（1）、（2）」の中で設定した期間における見直しは実施されている。 ・利用者の意見を出来る限り取り入れ、反映させたサービスに心がけている。事例としては、特浴では、複数介助者が関わることによる慌しさを解消し、ゆっくり・ゆとりある入浴のためにマンツーマン対応に変更している。また、希望された場合には、同性介助も取り入れている。		

評価分類 I - 4 快適な施設空間の確保

評価項目 I - 4 - (1)

快適な生活が営まれるような住環境（清潔さ、採光、換気、照明、バリアフリー等）への配慮がなされているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	A
	○ 共有スペース、個人のスペースとも、常に清潔に保たれている。	
	○ 共有スペース、個人のスペースとも、換気、温度、湿度、採光、照明等が適切であるよう調整している。	
○ 利用者の身体状況に応じバリアフリーに配慮した施設内環境となっている。		
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> ・居室担当が、居室清掃、居室利用者の車椅子の清掃等を実施し、清掃委託業者が共用スペースを清掃（2回/週）する方式をとっている。また、自立可能な利用者が室内清掃を手伝うこともある。 ただ、居室に清掃点検表の設置までには至っていない。 ・空調は集中管理をしているが、部屋でも個別対応が可能である。2人部屋、4人部屋では、寒暖についての個人の受け止め方が様々であるが、着衣や寝具等で調整し問題は生じていない。換気、採光、照明についても、利用者から、特段の改善要望はでていない。 照明については、暗いことによる不安や転倒防止の面で、特に注意を図っており、暗がりになる場所はない。 冷暖房の切り替えは、例年5月下旬に行っている。夏場は設定温度を27～28度としているが、利用者の重度化に伴う就寝時の寒さ対策面や社会的な指針等を受けて、前年より設定温度を幾分高めることを検討している。 ・建物設計時からバリアフリー化を図っているが、日常の中で、利用者からみてバリアフリーが必要な場合は、直している。例えば、事故防止委員会の提案により、手すりの金具にカバーを付けるほか、中庭に出る段差の解消等である。食堂から中庭回廊へ出るところは、緑色の傾斜台を敷いて車いすで出入りしやすくしてある。		

評価項目 I-4-2)

個人の生活が確保されるような施設面での工夫・取り組みを行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	→○ 共有スペース、個人スペースとも個人のプライバシーは守られている。	
	○ 個人のスペースには、スペースの許す範囲で個人のなじみの家具や備品等が持ち込める。	
	○ 家族や友人との面会等が自由にできるスペースが確保されている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> ・2人部屋14室、4人部屋14室の居室内のベッド付近はカーテンで仕切れることが可能で、居室内トイレはアコーディオン式扉になっており、視覚的に周囲と遮断される工夫がされている。 ・「重要事項説明書」の付属文書の施設利用の留意事項の中で、持込制限として、他の利用者に迷惑のかかる物や施設運営に支障をきたすものについて、断る旨の表現があるが、利用者のなじみのものを持ち込みは情緒的な効果等もあることから歓迎しており、仏壇やタンスを持ち込んで利用している利用者もいる。 ・廊下の各所にソファや窓側に作り付けのベンチがあり、一人になれる場所が確保されている。家族の面会や他の人に聞かれたくない会話等をする場所としては、ロビーのほか、申し込めば会議室や相談室等を提供し便宜を図っている。		

評価項目 I-4-3)

衛生管理や感染症対策が適切に行われているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	B
	○ マニュアルは職員参加により定期的（内容により異なるが、最低年1回を目安）に見直しを行っている。	
	○ 感染症に罹患した個々の利用者について、対応方法や配慮事項を、利用者の介護や食事づくりに関わる全職種の職員（非常勤職員を含む）が共有している。	
	× マニュアルの内容を、全職種の職員（非常勤職員を含む）が共有するため、定期的（採用時に1回、採用後は最低年1回）な研修の実施等の具体策を講じている。	
B	衛生管理、感染症防止に関するマニュアルがある。	
C	衛生管理、感染症防止に関するマニュアルがなく、取り組みが不十分である。	
<確認内容> ◇「感染症対応マニュアル」および調理委託先業者の「衛生マニュアル」がある。 ・衛生管理、感染症防止に関するマニュアルがある。マニュアルの見直しは役職者会議を中心に行われている。調理が外部委託のため、委託業者の「大型調理施設衛生管理マニュアル」等について点検しているが、施設側で積極的に指導・監督をするまでにはいたっていない。 ・「感染症マニュアル」では、対策の要点として ①感染させないこと ②職員が感染症の媒介者にならないこと ③発症させないこと ④発症を早期に発見し適切な治療を行うことを冒頭に明記し、具体的に感染症患者・利用者観察のポイント、感染経路にも触れ、さらに予防策として手洗い・うがい等の励行から予防接種など細かく記述されているので、これをもとに、予防や対策等についての取り組み（会議での呼びかけ・掲示板を活用した注意喚起等）は十分に行っている。特に感染症については、毎年違うので見直し、各種の会議等を通じて早期に伝達している。 ・予防や対策等は、会議等を通じての伝達に止まり、全職種の職員が情報や対策を共有するための、定期的な研修の実施等までにはいたっていない。また、委託業者の職員への周知・研修等については、委託業者に任せている。		

評価項目 I-4-(4)

事故防止のための取り組みを行っているか（ヒヤリハット事例を含む）。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	B→A
	○ 事故の内容、対応内容の記録に基づき、原因の分析が行われ、施設、設備、業務等の改善に反映されている。	
	→○ 事故防止のためのマニュアル、チェックリスト等により、施設、設備等の安全性やサービス内容を定期的（頻度は設備やサービス内容等によって個別に規定）にチェックし改善している。	
○ 事故防止のための委員会を設置したり、事故防止のための責任者（リスクマネージャー）を定めるなど、事故に対する組織的対応が行われている。		
B	事故防止のためのチェックリストや事故防止・事故対応マニュアル等がある。 事故の内容、対応内容が記録されている。	
C	事故防止マニュアル、事故対応マニュアル等がなく、取り組みが不十分である。	
<p><確認内容></p> <p>◇「事故対応マニュアル」がある。</p> <p>事故防止のための基本的事項として、①常に危機意識をもち、業務に当たる ②利用者最優先の介護の徹底 ③利用者の生活・尊厳を支援する意識 ④円滑なコミュニケーションとインフォームド・コンセントに考慮 ⑤記録は正確かつ丁寧に記載し、チェックを行うことが明記してあり、「事故」と「ヒヤリハット」の区分を明確にすることで、事故防止に対する意識の高揚を図っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「事故対応マニュアル」ファイルの中に、事故の内容、対応内容が記録されている。 ・介護事故の防止をはかるために「事故防止委員会要綱」が設けられており、事故防止委員会は月1回以上開催と明記され、月1回定期的に開かれている。その中で事故防止に役立つ情報の収集、対策の検討及び推進等が議論されている。 ・リスクマネージャーは、事故防止委員の中から管理者である統括事業課長が選任され、日常業務の中で苑内を巡回し、施設設備・サービスの点検を行っている。 		

評価項目 I-4-(5)

災害発生時の対応体制が確立しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	B
	○ 防災マニュアル等に基づき、避難訓練・防災訓練等を定期的（最低年2回）に行っている。	
	○ 災害時に利用者に必要な準備（食糧・物資の備蓄など）をしている。	
× 災害発生時に利用者の状況を家族等に速やかに知らせるしくみができている。		
B	防災に関するマニュアル等がある。	
C	防災マニュアル等が作成されておらず、取り組みが不十分である。	
<p><確認内容></p> <p>◇「防災用マニュアル」がある。ファイルには、「緊急時連絡先一覧」、「弥生苑職員緊急連絡網」もある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災委員会が年に5回開催され、防災訓練計画の立案、訓練反省、自主点検等を行っている。 訓練としては、防災訓練6回、消防署指導の下での夜間想定避難訓練2回のほか、地震対策訓練を1回行っている。 ・災害時での備えとしては、食糧が利用者・職員向けに143名分の3日分のほか、毛布などを備蓄している。 <p>△職員の緊急連絡網が寮母室に貼られているが、災害発生時に利用者の状況を直ちに家族等に知らせる仕組みは、出来ていない。早急に取り組むべき課題と認識している。</p> <p>その他の工夫事例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自家発電機を購入し、定期的にメンテナンスもされている。 ・消防署指導の下、防災訓練の内容をレベル区分3つに分けて、より実践的に実施している。 ・地域応援協定として、災害時における在宅要援護者のための特別避難場所の協力に関する協定を区と結んでいる。 ・施設面での夜間警備は、1週間のうち6日はシルバー人材派遣に委託、1日は事務所職員が対応をしている。 		

評価分類 I - 5 苦情解決体制

評価項目 I - 5 - (1)

利用者(利用者本人の合意を得ることが困難な場合は代弁者) や家族がサービスについての要望や苦情を訴えやすい仕組みになっているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	A→B
	→× 第三者的な委員がおり、直接苦情を申し立てることができる。	
	○ 利用者及び利用者家族に対して、意見箱・懇談会・アンケート等で進んで要望や苦情を聴いている。	
	○ 権利擁護機関など他機関の苦情解決窓口を紹介している。	
B	要望・苦情を受け付ける担当者が決まっており、事前に利用者や家族に説明されている。	
C	要望・苦情の受付窓口が明確にされていないなど、取り組みが不十分である。	
<p><確認内容></p> <p>◇苦情受付担当は生活相談員である。「重要事項説明書」にも記載され、利用者・家族等に説明されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者的な委員には、弁護士がなっており、ロビーに氏名が明示されているが、連絡先などが明示されていない。今までに直接苦情申し立ての事例はない。 ・意見箱が3箇所設置されているほか、家族や来所者からのアンケート（無記名でも可）でも、意見・要望等を自由に記入できるように、スペースを割いている。 ・「重要事項説明書」には神奈川県、横浜市、神奈川国民健康保険団体連合会国保連の窓口でも受け付けている旨、記載されている。また、エレベーター横の掲示板にはかながわ福祉サービス運営適正化委員会のポスターが貼られている。 <p>その他の工夫事例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付責任者と苦情解決責任者を別に設け、早期に解決できるようにしている。苦情受付と解決の記録は、書式が違っているが、一つのファイルに併せて綴じ込まれ、プロセスが分かるようになっている。 		

評価項目 I - 5 - (2)

要望や苦情等を受けて、迅速に対応できる仕組みになっているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	A
	○ 第三者的な委員を交えての対応がなされている。	
	○ 施設単独で解決困難な場合を想定し、外部の権利擁護機関や相談機関との連携体制がつくられている。	
	○ 要望や苦情の内容と解決策が会議等を通じて職員に周知、理解されている。	
	○ 過去の苦情・トラブルや要望のデータを蓄積・整理し、解決に活かしている。	
B	要望や苦情を受け付け対応するためのマニュアル等文書化されたものがある。	
C	マニュアル等文書化されたものが整備されておらず取り組みが不十分である。	
<p><確認内容></p> <p>◇「苦情対応マニュアル」がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者的な委員がおり、第三者的な委員を交えて対応するような苦情事例は今までなかったが、その体制はある。 ・横浜市社会福祉協議会のあんしんセンターをはじめ、区などの外部機関との連携はできている。 ・要望や苦情の内容と解決策の伝達には、受付と解決担当者のルートから、関係部署への連絡や周知を図っている。 ・過去の苦情や要望は、その記録内容をファイリングしており、再発防止や発生時の解決に活かしている。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情や要望については、申し送りで伝達し、各部署のノートに記載し、その内容を全職員が確認する仕組みになっている。 		

評価分類 I - 6 特に配慮が必要な利用者への取り組み（医療対応含む）

評価項目 I - 6 - (1)

特に配慮が必要な利用者（認知症高齢者を含む）に対して、個々の障害に合わせた介護を適切に行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 個別ケア計画を作成する際に、実際の対応を想定して具体的な計画を立てている。	
	→○ 各利用者の課題（認知症高齢者の場合は問題行動等）の内容が職員間で情報共有されている。	
○ 特に配慮が必要な利用者への介護方法について、定期的（頻度は各利用者の心身状況に応じて個別に規定）に職種間（施設内の医療関係者等、その障害に係る専門職を含む）でカンファレンスを行っている。		
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・新しい入所者に対しては、医務室にいる看護師・医師が課題を整理し、その後、暫く注意深く観察を行い、課題の漏れがないかチェックを行っている。その後、特に配慮が必要な利用者には、実際の対応を想定して、具体的な個別ケア計画を立案している。 ・医療と介護間の情報の共有については、医務室で整理された課題の内容や注意点・特記事項を、介護職員間で確認している。 ・特に配慮が必要な利用者への介護方法については、医療関係者が出席のカンファレンスで、個別ケア計画の効果等をフィードバックし、適切な個別ケア計画に向けて対応している。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者の難しい行動については、担当者間や各部署で意見交換を図るほか、見守りでの応援や解決方法を探すなど、組織的に対応する取り組みが行われている。 		

評価項目 I - 6 - (2)

医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切な対応を行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 医療依存度の高い利用者（例：経管栄養、酸素療法、カテーテル、気管切開、インシュリン注射等を要する者。以下同じ）も受け入れており、医療職種が参加して定期的（頻度は各利用者の心身状況に応じて個別に規定）にケアカンファレンスを行っている。	
	→○ 医療依存度の高い利用者も受け入れており、当該利用者に関する対応マニュアルが整備されている。	
→○ 医療依存度の高い利用者も受け入れており、医療記録と介護記録が互いの内容を踏まえて記載されている。		
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、医療依存度の高い利用者は、胃瘻4名、ストマ1名、カテーテル1名、常時吸引器使用1名、インシュリン注射3名、鼻腔栄養2名、褥創1名である。 ・医師が月に6～7日勤務し、医療依存度の高い利用者も受け入れている。「サービス提供基準書」に経管栄養、胃瘻について手順を定めている。利用者に対しての個別対応マニュアルは、状況に応じて医務室を中心に作られている。 ・医療と介護記録については、医務室と寮母室の各セクションで記入している。必要な情報は交換するほか、申し送りなどで報告している。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、土・日曜日でも勤務している。不在となる夜間でもオンコールによる体制をとっている。 ・女性の膀胱留置カテーテルなどは、全ての利用者の施設医務室での処置が可能となっている。 		

評価領域Ⅱ サービスの実施内容

評価分類Ⅱ－1 入退所時の対応

評価項目Ⅱ－1－(1)

入退所検討委員会の運営は適切か。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	× 入退所検討委員会の委員に、施設外の第三者を加えている。	
	○ 入退所検討委員会に係る記録が適切に整備されている。	
	○ 入退所検討委員会の内容を、本人や家族に公開している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <p>△「入退所委員会要綱」第4条(9)には、第三者委員を構成メンバーとしている。しかし、前任者が転居したあと、後任がまだ決まっていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「入退所検討委員会」は毎月開催され、①状況確認、②順位決定、③入所判定がきちんと記録・保存されている。「退所者ケース記録」ファイルに全退所者の関連書類が一括保存されていて、最後の日までの状況がわかるようになっている。また、「入退所委員会要綱」第6条(議事録に協議・決定の内容を記録する)と定めてある。 ・入所順の問合せがあるほかは、まだ公開請求の事例はない。問合せにはいつでも対応するようにしている。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「入退所委員会要綱」第8条に入所順位決定の基準を定めて公正を図っている。 		

評価項目Ⅱ－1－(2)

介護者の時間や都合に合わせて入退所時間などを決められるか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	A
	○ 入退所の曜日は介護者の都合に合わせてられる。	
	○ 入退所の時間は介護者の都合に合わせてられる。	
	○ 介護者に入退所の希望日時をあらかじめ聞くようにしている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・土日祝日を含み、どの曜日にも入退所できる。受け入れ時に立ち会う看護師も土日出勤する体制を組んでいる。 ・夕方17時までなら、何時でも対応できる。 ・事前に本人、家族と連絡をとって入退所をいつにするかを決めている。 		

評価分類Ⅱ－2 利用者本位のサービス提供

[食事]

評価項目Ⅱ－2－(1)

食事を楽しめるような工夫を行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 行事食やバイキング方式を実施するなど、食事メニューに利用者が楽しめるような変化をもたせている。	
	○ 四季折々の花を飾るなど季節感のある飾りつけや、音楽を流すなどの演出をしている。	
	→○ 家庭的な雰囲気が感じられるような食器等を使用している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	

<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・行事委員会が中心になって、「行事献立食」を詳しく作っている。クリスマスや毎月の誕生日などは行事食となっている。掲示してあるメニューも日本語表現の献立（刻み昆布の煮物など）が多くわかりやすい。「誕生日&食事一覧表」に利用者別に食形態も記録してある。誕生日祝膳には紅白の祝箸袋もつけて華やかな演出をしている。 ・2階は四季の草花が見える中庭に面した食堂である。吹き抜けもあって開放的で明るい。今年の干支〔亥〕と書かれた大きなタペストリーも掛けてある。 ・陶器や磁器ではないが、温かみのある柄の食器が使われている。またこまめに食器を入れ替えて、茶渋などの汚れのない清潔な食器にしている。なお、湯呑みは個人で選んだものが使われている。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行事委員会が中心になって、「手作りおやつ」で身体的効果（手指のリハビリ）、精神的効果（自分の手で作り食べる喜び）をあげている。 ・個人の持ち込みでの晩酌は自由である。また、月2回「晩酌の日」は、アルコール類やジュースがでる（有料）。 	
--	--

評価項目Ⅱ－2－(2)

個々の利用者の心身状態に合わせた食事介助を行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	× テーブル、椅子、食器などが各利用者の身体にあっているかを定期的（個別ケア計画の見直しの時期毎を目安）に見直している。	
	○ 利用者個人のペースに合わせ、食事時間をずらすことができる。	
	○ 個々の利用者が、自分のペースで時間をかけて食事をとれている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <p>△利用者の食べ方に合わせて、介助テーブルを使ったりしているが、定期的な観察・見直しまでには至っていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「サービス提供基準書」（食事）に“その人のペースに合わせて”となっている。（目安時間：2時間） 通院外出などで遅くなった場合は、外食を勧めたりして柔軟に対応している。 ・早く食べ始める人もいる。食べ終わるとそれぞれが出て行く。遅くまで食事介助を受けている人もある。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事介助は一対一で行っている。同時に複数の利用者の食事介助はしていないように、「サービス提供基準書」に定めている。 		

[入浴]

評価項目Ⅱ－2－(3)

入浴や清拭は、安全かつ適切に行われているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	× 入浴日以外でも、利用者の希望により毎日でも入浴やシャワー浴、清拭ができる。	
	○ 介助員の体制は、身体状況に応じて安全性を確保できるよう個別に対策を講じている。	
	→○ ひとりの利用者の入浴に係る一連の介助を、介助に携わる職員が連携し、互いの状況を把握して行っている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <p>△浴場がデイサービスとの共用のため、週2回以上はむずかしい。入浴日は、午前・午後の区分で一人ひとりの都合に合わせてゆっくり入浴してもらっている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴の案内から、終わって居室へ送るところまで、一人の職員がマンツーマンで個別に対応している。 ・「サービス提供基準書」（入浴）に一般浴、機械浴、清拭・部分浴に分けて手順がきちんと決められている。マンツーマンの方式でこの手順を実施している。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特浴では、入浴有無だけでなく、爪切り、耳掃除と細かく区分して記録し、確認している。 ・週2回が入浴日であり、自立の人で週4回入っている人もいる。 		

評価項目Ⅱ－２－(4)

入浴に関して、利用者の自尊心やプライバシーに配慮した介護が行われているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	○ 脱衣は必ず、ドアやカーテンを閉めた浴室内の脱衣所で行われている。	
	× 希望があれば個別入浴（他利用者と一緒ではなくひとりでの入浴）に対応している。	
	○ 利用者の希望により、同性職員による入浴介助を選択できる。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<確認内容> ・脱衣場の入り口はかぎ型に折れていて、外部からの視界を遮る構造である。さらに、使用中は、目隠し用つい立を立てて入り口も見えなくしている。 ・3階休憩室に家庭用浴槽があり、がん末期の利用者に使ってもらったことがあるが、現在は人力的には難しい。 ・男性でも女性でも対応できる体制がある。現在、短期入所の男性が利用している。		

[排泄]

評価項目Ⅱ－２－(5)

安易におむつやポータブルトイレを使用せず、排泄の自立を促しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	× トイレ誘導は、個々人の排泄リズムに応じた時間間隔で行っている。	
	× 排泄の自立を促す個別ケア計画がたてられている。	
	○ 尿意や便意のある利用者には、おむつを使ってもトイレやポータブルトイレで排泄するよう誘導している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<確認内容> △日中は3時間毎の定時介助となっている。「排泄チェック表」には、介助する時間が色別表示してある。 △各利用者の「施設サービス計画書(1)、(2)」にまでは記録はしていないが、職員の話し合いの結果、トイレ便器に踏み台を用意して、排泄が楽にできるようにした事例がある。また、尿道カテーテルを通院処置から、施設内嘱託医の処置に変えた事例もある。 ・ナースコールなどには、すぐ対応してトイレ誘導を行っている。		

評価項目Ⅱ－２－(6)

排泄に関して、利用者の自尊心やプライバシーに配慮した介護が行われているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	→○ プライバシーに配慮し、トイレのいくつかはドア式としている。	
	○ ベッドでのおむつ交換時やポータブルトイレ使用時には、周囲のカーテン等を必ず閉めている。	
	○ 利用者の希望により、同性職員による排泄介助を選択できる。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<確認内容> ・2、3階のトイレはアコーデオンカーテン式である。1階職員用トイレはドア式で、利用者も使うことができる。 ・「サービス提供基準書ベッドでの介助(おむつ交換)」に詳しく決めてある。非常勤職員も常勤職員の指示を受けて実行している。 ・現在、女性2名の同性介助利用がある。		

評価項目Ⅱ－２－(7)

(特養のみ) ターミナルケアを利用者の希望に応じて行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 施設として、本人・家族の意思を尊重しつつ可能な限り対応する方針を明示している。	
	○ 施設での看取りが可能であるかは、個々の利用者について医師に相談の上、判断している。	
	→○ 利用者の介護に関わる全職種の職員（非常勤職員を含む）が看取りの経過や精神的ケアへの配慮などを理解するよう、研修などを行っている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ターミナルケア基準書」があり、理念、目的などを明確に定めている。この手順書は介護、医務、推進室に配布してある。 ・医師の判断は看護記録に記録してある。方針については、医師、家族、職員で話し合っ確認している。 ・横浜産生病院の医師を講師に迎えて、職員に「ターミナルケアの講演」を行っている。また、県保険医協会の研修「終末期医療と終末期介護」に職員3名が参加している。 		

評価分類Ⅱ－３ 余暇・生活内容の自由な選択

評価項目Ⅱ－３－(1)

主体的な生活や余暇活動が保証されているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	→○ 各利用者が希望により、身体状況に応じた作業等を行える。	
	○ 行事やイベントの計画づくりに利用者が参加している。	
	○ 各利用者に個別に外出する機会を確保している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・エプロン、タオルたたみや下膳時残菜の水切り仕分け作業をやってもらっている。利用者も入った「中庭改善委員」で花を作ったこともある。クラブ活動には、書道、美術、生花などがある。 ・夏祭りの屋台で出すメニューや催し物の希望を聞いて、取り入れている。 ・近くの若葉台団地敬老会や地域作品展へ出かけている。年1回は2名ずつ家族も一緒にレストランで外食をする。中庭の回廊は車いすで散歩もできる。また、入居者が自分でタクシーを呼んで外出する事例もある。 		

評価項目Ⅱ－３－(2)

利用者の嗜好に応じた選択の自由が保障されているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	→○ 個人用テレビが設置できる。	
	○ 新聞や雑誌は、希望があれば個人購読ができる。	
	○ 髪型や服装を、利用者が自分の好みで選択できる。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・希望者にコイン式テレビ（90分100円）を貸し出している。 ・一般紙（読売、毎日、神奈川）やスポーツ紙（報知、日刊など）が個別に購読されている。雑誌購読の人もいる。 ・2つの美容院が訪問美容を行っている。利用者は自分の好みの美容院を選んで、洗髪、染髪、パーマなどを受けてもらっている。男性には、定期的の理容ボランティアが来てくれる（有料）。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・誕生日には、職員によるお化粧サービスがある。 		

評価項目Ⅱ－3－(3)

預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理されているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	○ 預かり金は利用者の希望に応じて、柔軟にいつでも出し入れできる。	
	○ 預かり金の金額は、各利用者の希望や必要性に沿っている。	
	× 利用者や家族から求められなくても、定期的（月1回以上）に出納状況を書面で報告している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「重要事項説明書」に“申し出、必要に応じて出し入れできる旨”明記されている。出納は「個別預金通帳記録」、「現金出納帳（月分）」に記録し、扱者捺印がある。また、各領収書と施設長まで捺印承認した「預金払戻し請求書コピー」も綴じてある。毎週火曜日に信用金庫の出張サービスを利用している。 ・食費など月極めの支出のほか、美容費などの支出も、その都度出納帳に記帳してある。 <p>△「弥生苑入所者預り金取扱」（“概ね4半期毎に報告する”）の定めに従い、3ヶ月ごとに利用者・家族に残額を報告しているが、毎月報告するまでには至っていない。</p> <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族から預金残高確認の問合せがあれば、その都度対応している。 ・「弥生苑入所者預り金取扱」第4条（保管責任者）に預かった預金通帳と届出印鑑は別々の職員が保管・管理するよう定めてあり、確実に実行している。預金払い出し請求書はコピーに担当者から理事長まで照査、承認印があり、内部牽制が機能している。 		

評価分類Ⅱ－4 機能回復・寝たきり防止等への支援

評価項目Ⅱ－4－(1)

(特養のみ) 個別プログラムを作成し、計画的に十分な訓練を実施しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	× 機能訓練指導員が専任で配置されている。	
	○ 個別プログラムの作成及び見直しにあたっては、関連する複数職種間でケース検討を実施している。	
	○ 機能訓練の成果を評価した結果を、次のプログラムに反映させている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <p>△機能訓練指導員は専任ではなく、看護師が兼務している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「施設サービス計画書」への反映まではできていないが、介護・医務で検討して実施している事例がある。例として、拘縮改善マッサージ、寝たきり予防、おむつにならない排泄などがある。 ・歩行器歩行の能力評価の事例がある。 		

評価項目Ⅱ－4－(2)

機能訓練室以外の場所でも日常生活動作能力向上のプログラムを行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 日常生活の中での機能訓練についての課題や方法を、個別ケア計画に明示している。	
	○ 日々のレクリエーションの中に日常生活動作能力向上のためのプログラムを取り入れている。	
	→○ 機能訓練は専門職員のみで行うものではないことが全職種の共通認識とされるよう、具体策を講じている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	

<確認内容> ・歯科衛生士による口腔状況診断を実施し、評価表を作成している。また、職員への指導も行っている。 ・音楽療法士のボランティア活動を受け入れて実施している。 ・義歯の手入れ方法など歯科衛生士の指導内容は寮母室のボードに貼り出すほか、スタッフ会議で報告して、情報の共有をしている。	
---	--

評価項目Ⅱ-4-(5)

寝たきり防止・離床のための取り組みが適切に実施されているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	○ 生活リズムをつくるため、どうしても困難な利用者以外は、日中は寝間着から着替えている。	
	○ どうしても困難な利用者以外は、食事はベッドから離れて食堂やリビングでとっている。	
	× じょくそうを予防するための対策が適切に実施されている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<確認内容> ◇「サービス提供基準書（褥創のケア）」があり、各部署に配布されている。離床、体位交換、清潔、水分補給などの留意点が記述してある。褥創予防のために、居室入り口に“次の体位交換時間”を示す小看板を吊るして、実施漏れを防いでいる。 ・ベッドで食事を摂る人1名以外は、全員離床できている。 ・1名以外は全員食堂で食事を摂っている。 △食事の30分前に食堂に集まっている利用者がある。健康体操の時間であるが、実施されていないこともある。 また、「一日の流れ」の中にレクや娯楽時間のプログラムがない。		

評価項目Ⅱ-4-(6)

利用者ごとに身体状況に応じた福祉用具などを適切に提供しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	○ 車椅子等は、利用者に対応できるように、複数種類を用意している。	
	○ 福祉用具の利用にあたっては、本人に使い方を分かりやすく説明している。	
	× 福祉用具の利用開始後、本人の自立に役立っているかがモニタリングされている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<確認内容> ・標準型のほかに、ハイバック式やリクライニング式の車いすもある。個人所有も1～2台ある。 ・肩が回らず、ハンドリムも車輪も回せない人の車いすを前ハンドル式に変更した際、説明、練習を繰り返した事例がある。 △本人からの訴えか職員の感覚的判断で具合いを見ている。周期的なモニタリングや記録までには至っていない。		

評価分類Ⅱ-5 健康管理

評価項目Ⅱ-5-(1)

日常の健康状態の把握が適切に行われているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 個々の利用者に必要な頻度のバイタルチェックの結果を、全利用者について漏れがなく記録している。	
	○ 血圧や体重の測定頻度は一律ではなく、個々の利用者の身体状況に応じて定めている。	
	→○ 各利用者の健康管理データの一元化がなされ、健康管理に係る記録が関係職種間（最低限、医師、看護師及び介護職）で互いの内容を踏まえた記載となっている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	

<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「バイタル表」があり、体重、体温、などの計測データが個人別に記録されている。 ・体重測定は月1回となっているが、高血圧の人は毎日、1日2回血圧測定をして柔軟に対応している。 ・看護記録と介護記録はそれぞれの部署で記録・管理している。内容は申し送りで報告することで情報共有化をしている。また、利用者に変化がある場合はその都度、メモや口頭で職員個々に連絡している。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎週1回歯科医の往診を歯科診療台がある部屋で行っている。
--

評価項目Ⅱ－5－(2)

服薬の誤りがないよう対策を講じているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 誤薬がないよう二重チェックの仕組みをつくっている。	
	→○ 服薬内容・方法が個人別に記載され、関係職員に共有されるための具体策が講じられている。	
	○ 薬は、利用者ごとに、服薬回別に仕分けして管理している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「与薬チェック表」があり、準備・確認・与薬をチェックする欄にチェックするようになっている。看護師が食後に巡回して、薬を配り、開封、服薬介助、空袋回収まで一貫して行っている。その後、介護職員が服薬有無を口頭で確認している。 ・薬局から出されたクスリの内容（説明書）をコピーして医務から介護に回している。 ・薬は医務室の小引き出しに朝（赤）昼（黄）夕（青）眠前（黒）の色をつけて仕分けし保管してある。当日分は同色の個人別小トレイに分けて出している。 		

評価分類Ⅱ－6 プライバシーの保護・人権の擁護（身体拘束廃止への取り組み等）

評価項目Ⅱ－6－(1)

個人情報に関する守秘義務の取り扱いが適切になされているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 職員及び実習生から個別に誓約書などをとっている。	
	→○ 個人情報に係る重要書類は、使用しないときには常に鍵のかかる場所へ保管している。	
	○ 個人情報を事例検討や研修に使用する場合は、不必要な情報は削除するなどの配慮をしている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は常勤、非常勤共に「誓約書」、ボランティア「守秘義務に関する同意書」、実習生「入所者のプライバシー保守に関する誓約書」が署名捺印の上、保管してある。派遣元の学校の様式のものもファイルしてある。退職者の誓約書も保存してある。 ・ケースファイルなどの個人情報は事務室、寮母室内の鍵のかかるキャビネットに保管されている。 ・まず、「職員倫理綱領」に個人の尊重を明示し、「個人情報保護に関する基本方針」と「個人情報管理規定」に方法、手段が決めてある。 ・1階の「利用者掲示板」に「個人情報保護の取り組み」を掲示し、窓口担当者氏名を明示している。ほかに、適正化委員会のポスターも掲示してある。 		

評価項目Ⅱ－6－(2)

身体拘束の廃止について明確な対応策が講じられているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	次の全てに該当する。 緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を廃止することとし、利用者の介護に関わる全職種の職員（非常勤職員を含む）へ周知するための具体策を講じている。
	→○	身体拘束廃止に向けた委員会を立ち上げ、定期的に拘束等の状況について確認し、対応策を講じている。
	○	利用者とその家族に対して、身体拘束廃止に向けて積極的に説明し、理解を求めている。
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	B→A
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「契約書」第7条、および「重要事項説明書」付属文書4に、それぞれ“止むを得ない場合以外は身体拘束、行動制限を行わない”と明示してある。さらに、心理・精神面まで対象を拡大した「心身拘束防止要綱」では、対象となる具体的な行為を定義してある。居室では、4点柵をしないように、ベッド位置を変えたり、マットをフロアに下ろすなどの工夫をしている。 ・委員会は役職者会議の中で開催して話し合い、要否判断をしている。議事録は「身体拘束」と「行動抑制」に分けてファイルしてある。また、現場から提起があった場合は、その都度会議を開いている。 ・「契約書」および「重要事項説明書」の中で説明している。本人、家族の署名捺印もある。 <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・鼻腔経管のチューブ引き抜き行動には、拘束せず抱き枕を使って改善した成功例もある。 		

評価項目Ⅱ－6－(3)

利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄、虐待などが行われない具体策が講じられているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	次の全てに該当する。 不適切な行為が行われないよう守るべき規範・倫理等を明文化したものを、利用者の介護に関わる全職種の職員（非常勤職員を含む）へ周知するための具体策を講じている。
	→○	職員の意識啓発のため、定期的（採用時1回、採用後は最低年1回）に人権擁護に係る研修等を実施している。
	→○	不適切な行為が行われないよう、職員間で互いの介護方法が適切であるかを確認しあう機会を確保している。（例：人権擁護に係る施設内研修で互いに助言する機会がある。）
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	B→A
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「職員倫理綱領」が定めてあり、職員会議で話している。インターネットから、記事をコピーして掲示している。 ・職員会議の中で、職員研修「人権擁護について」（18年9月）やスライドによる「高齢者虐待防止法について」（19年5月）を実施している。また、日本高齢者虐待防止学会横浜大会へ職員を参加させている。 ・他施設事例の新聞切り抜きを職員が自分で掲示したり、また、それについて議論している。 		

評価項目Ⅱ－6－(4)

必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用支援を行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	次の全てに該当する。 成年後見制度等の利用に備え、家族が健在な利用者に対しても必要に応じて制度について情報提供している。
	→○	成年後見制度等の利用について個別に相談に応じるとともに、必要に応じて利用手続の支援を行っている。
	→○	成年後見制度等について、実際の利用につなげるための外部関係機関との連携体制がとれている。
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	B→A
C	上記のような取り組みが行われていない。	

<確認内容> ・玄関ホール掲示板に「成年後見制度について」を掲示してある。 ・福祉推進室の相談員の担当になっている。相談員は家族担当として、日常も家族と話し合っている。 ・福祉推進室の相談員の担当になっている。利用事例はまだ出ていない。

評価分類Ⅱ－７ 利用者家族との交流・連携

評価項目Ⅱ－７－(1)

家族との交流機会を積極的に設けているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	次のに全てに該当する。
	×	特養 家族が参観・参画・協力する施設の行事を定期的（4半期に1回以上）に開催している。
		老健 家族懇談会や家族を対象とした介護教室を定期的（年1回以上）に開催している。
	○	各利用者の家族と、個別面談等の機会を設けている。
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	B
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<確認内容> ・フロアケアから小グループ単位の介護に移行したため、全体行事は夏祭りだけになった。その他は各グループで誕生会、お節句、などを企画・実行することになっている。フロアの共有スペースに大型ボードがあり、予定を貼り出してある。 △家族対象の介護教室は開いていない。デイサービスでは、年2回開いている。 ・看取り、医療依存度が高くなった場合や転倒防止などで、家族を呼んで話し合った事例がある。話し合いの内容はケース記録に記録している。		

評価項目Ⅱ－７－(2)

面会に来られない家族にも、利用者の状況を知らせているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○	次のに全てに該当する。
	→×	広報誌等を定期的（年1回以上）に発行し、利用者や施設の様子を家族に知らせている。
		利用者や施設の様子について、面会に来られない家族にも、電話や手紙等で定期的（個別ケア計画の見直しの時期毎を目安）に報告している。
→○	状況に応じて施設職員が家族宅を訪問できるような体制がとられている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	B
C	上記のような取り組みが行われていない。	
<確認内容> ・広報誌「ハーモニー」を年4回発行している。 △「施設サービス計画書」は、見直し・改定版にも家族の署名捺印がある。面会に来ない家族は、身寄りのないケースも含めて、約1割あるが、定期的な連絡・報告のシステムにはなっていない。 ・相談員が自宅の環境を見に行ったり、居室担当職員が衣類、はきものなどをとりに自宅訪問することがある。		

評価領域Ⅲ 地域支援機能

評価分類Ⅲ－１ 施設の専門性を活かした地域の人達に対する相談・サービスの提供

評価項目Ⅲ－１－(1)

地域の福祉ニーズを把握するための取り組みを行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	→○ 地域の人達との交流の中で、施設に対する要望を把握するための具体策を講じている。	
	× 地域の人達に対する相談事業を通じて把握している。	
	○ 必要に応じて関係機関や他施設と検討会・研究会等を行っている(または参加している)。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設主催の行事(納涼祭)や地元のボランティア参加、ボランティア感謝の集いなどを通じて、地域の福祉ニーズを把握している。 △施設独自の相談事業企画はまだなく、地域の福祉ニーズを把握するような取り組みまでには至っていない。 ・同一区内の施設で開催する検討会・研究会に参加のほか、当施設での勉強会・研修会に他施設の方を招いている場合もある。また、毎月1回(第1金曜日)近隣の施設長の集まりを持ち、情報交換を続けている。 		

評価項目Ⅲ－１－(2)

地域の福祉ニーズに応じて施設の専門性を活かしたサービスを提供しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	× 地域の人達の保健福祉に関する相談事業を行っている。	
	○ 地域生活を支援するため在宅サービス(通所・短期入所・訪問)を提供している。	
	× 地域の人達に向けて保健福祉に関する講習・研修会を開催している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> △近接地域の人たちに対する保健福祉に関する相談事業は開催してはいない。 ・同一法人での介護支援センター「あけぼの会」で、通所介護(デイサービス)、短期入所介護(ショートステイ)、居宅介護支援(ケアマネジメント)事業をおこなっている。 △講習・研修会も開催するまでに至っていない。 		

評価項目Ⅲ－１－(3)

相談内容に応じて関係諸機関・団体との連携ができる体制になっているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	○ 必要な関係機関・地域の団体等をリスト化する等により情報を職員が共有している。	
	× 関係機関・団体等との関わり方をマニュアル等で明確化している。	
	→○ 関係機関との連携の担当者が決められており、日常的な連携ができています。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政、医療機関、地域包括支援センターなどの関係機関・地域の団体等の名簿がパソコンで管理されていて、必要に応じて取り出せるようになっている。 △関係機関・団体等との関わりは、担当者が通常業務として行っていることから、組織的にマニュアルをつくり、明確化を図ることまでにはいたっていない。 ・関係機関・地域の団体等と連携の担当者は、関わる内容により施設長、統合課長、生活相談員に決められており、日常的な連携はできている。 		

評価領域Ⅳ 開かれた運営

評価分類Ⅳ－１ 施設の地域開放・地域コミュニティへの働きかけ

評価項目Ⅳ－１－(1)

地域への施設に対する理解促進のための取り組みを行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	A
	○ 施設の行事に地域の人達を招待している。	
	○ 自治会・町内会、学校、ボランティアグループ等と協力して行事を行うなど、地域の団体、機関と定期的（年1回以上）、計画的に交流を図っている。	
	○ 施設での作業等に地域の人達がボランティアとして参加してもらうための呼びかけを行っている。	
○ 地域への施設開放や備品等の貸し出しを行っている。		
B	Aの中でいずれか2つは該当する。	
C	Aの中で1つ該当する、または全く行っていない。	
<確認内容> ・夏の納涼祭等では、学校、地域の関係者、ボランティアグループ等を招待している。 ・近隣の学校やボランティアグループとも交流を図り、実習や小・中学生の福祉体験等を積極的に受け入れている。 ・ボランティアの募集は、旭区社協のボランティアセンターを中心に行っている。 ・地域の行事（野球、老人レクリエーション等）にグラウンドを貸し出すほか、地域の行事の際に、テント等を貸し出している。		

評価項目Ⅳ－１－(2)

利用者と地域との交流により、利用者の生活の充実と地域の理解を深めているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	A
	○ 地域の文化・レクリエーション施設、商店・飲食店等を利用している。	
	○ 利用者が希望したときには、地域の行事や活動に参加できるように具体的に配慮している。	
○ 地域の情報を収集し、利用者に提供している。		
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> ・近隣のズーラシア動物園、若葉台団地の商店街や三ツ境駅付近の買い物施設のほか、ファミリーレストランに出かけることがある。 ・利用者や家族を通じて希望があり医務等の承認ができれば、近隣の学校行事等のほか、地域の高齢者と子どもたちが触れ合う『孫子老の会』等にも参加している。 ・自治会に加盟しており、自治会会議への参加や施設理事である町内会長等を通じて地域行事の情報が得られているので、利用者の関心がありそうな情報は掲示板等を利用し提供している。		

評価分類Ⅳ－２ サービス内容等に関する情報提供

評価項目Ⅳ－２－(1)

将来の利用者が関心のある事項についてわかりやすく情報を提供しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 施設のパフレット・広報誌・ホームページ等により、地域や関係機関に随時、情報提供をしている。	
	○ 外部の情報提供媒体からの取材等に対して施設の情報を提供している。	
→○ 施設として、すすんでサービス内容の詳細、料金、職員体制等、必要な情報を提供している。		
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	

<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年4回の広報誌「ハーモニー」は町内会長等に配布するほか、関係機関にも送付している。広報誌では施設サービス内容、行事、ボランティア紹介、利用者のクラブ活動等が掲載されている。 ・特に取材制限はしていない、依頼があれば主に施設長が取材に応じる体制をとっている。施設行事（歯科技工士の活動）が新聞に報道されたこともある。 ・玄関ホールの掲示板に料金などの記載のある「重要事項説明書」が貼り出してある。広報誌でも利用者に必要な情報は提供している。 <p>その他の工夫事例： 重要事項説明書のサービスに関わる料金については、各種料金が説明されている。</p>

評価項目Ⅳ－2－(2)

利用希望者の問い合わせや見学に対応しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	A
	○ 施設の基本方針や利用条件・サービス内容等についての問い合わせに対しては、常時対応できるようになっている。	
	○ 利用希望者に見学ができることを案内している。	
	○ 利用者に影響を与えない範囲で、曜日や時間は見学希望者の都合に対応している。	
B	施設の基本方針や利用条件・サービス内容等についてパンフレット等の資料や文書に基づいて説明している。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設概要、利用条件、サービス内容等の問い合わせに対しては、ケアマネージャーと生活相談員が担当で、パンフレット等に基づいて説明している。併せて利用希望者に見学ができる旨、案内している。 ・問い合わせにたいしては生活相談員が担当しているが、いないときでも他の職員が対応できる体制ができています。 ・見学は、希望者の都合にあわせ昼間の時間帯のほか、休日でも応じている。見学に当たってはパンフレット等での説明のほか、施設の共用部分を中心に案内している。 <p>その他の工夫事例： ・電話対応マニュアルがあり、失礼のないような対応に組織的に心がけ、訓練している。</p>		

評価分類Ⅳ－3 福祉に関する普及・啓発・ボランティア活動等の促進

評価項目Ⅳ－3－(1)

ボランティアの受け入れを積極的に行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	A
	○ 受け入れにあたり、あらかじめ職員や利用者に趣旨を説明している。	
	○ 受け入れの担当者が決められており、受け入れ時の記録が整備されている。	
	○ ボランティアの意見や指摘事項を施設運営に反映させている。	
B	受け入れのためのマニュアル等があり、それに基づき施設の方針、利用者への配慮等を十分説明している。	
C	受け入れのためのマニュアル等がなく、取り組みが不十分である。	

<p><確認内容></p> <p>◇「ボランティアの対応マニュアル」があり、施設が求めているボランティアについての説明を行うとともに、1日～2日に及ぶ研修を行っている。その研修内容は、理念、運営方針、守秘義務、利用者への理解、留意点、気が付いたことや意見・要望の対応方等である。ボランティアには、「ボランティアのしおり」が配布される。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各フロアから出る「ボランティア活動支援室」メンバーにより、事前説明は行われている。 ・「ボランティア活動支援室」では、担当責任者、ボランティアコーディネーターが明確にされている。受け入れ記録は「ボランティア活動支援日誌」および「報告書」に記入されている。他に「計画書」も別途作成されている。 ・「ボランティア活動支援日誌」および「報告書」で意見、指摘事項を吸い上げる仕組みである。車いすの修理・整備の提案の事例がある。 <p>ボランティア参加システムは、個人、団体ともにボランティア登録を行い、研修を受けた後に、活動を始めることになっている。なお、昨年度の登録状況は、団体が18団体（延べ226日）、個人が29名（延べ293日）である。</p> <p>ボランティア内容は、利用者の生活の場での活動（シーツ交換、話し相手、洗濯たたみ・仕分け、介護手伝い、縫い物等）、クラブ活動の指導および補助（生け花、習字等）、専門的な技術を生かした活動（理髪・美容・車いす修理等）である。</p> <p>その他の工夫事例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア感謝の集いを開いている。今後も継続し、さらに発展させたい意向である。 ・ボランティア専用の部屋もあり、ロッカー、湯茶セット、テーブル・椅子、パソコンなども用意してある。 	
---	--

評価項目Ⅳ－3－(2)

実習生の受け入れを適切に行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	A
	○ 受け入れにあたり、あらかじめ職員や利用者へ趣旨を説明している。	
	○ 受け入れの担当者が決められており、受け入れ時の記録が整備されている。	
○ 実習目的に応じた効果的な実習が行われるためにプログラム等を工夫している。		
B 受け入れのためのマニュアル等があり、それに基づき施設の方針、利用者への配慮等を十分説明している。		
C 受け入れのためのマニュアル等がなく、取り組みが不十分である。		
<p><確認内容></p> <p>◇「施設実習生対応マニュアル」があり、実習初日にオリエンテーションが行われ、施設の方針、利用者への配慮等を説明している。ボードに実習先名を記すことになっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受け入れに関しての組織（生活介護室・福祉推進室）と指導者（3名）ならびに担当者（1名）が決まっており、その者から事前に職員や利用者へ趣旨説明が行われている。 ・受け入れ時の記録は、実習日誌に記録されている。 <p>平成18年度の実績は140人（ホームヘルパー9人、介護福祉士121人、教員課程10人）である。最近は、経済動向ならびに介護の労働環境の悪化の影響をうけて、実習者の数は減少気味と述べている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習目的ごとに効果的な実習を行うために、出身組織と相談し、実習指導者等が実習プログラムを実習生に配布している。さらに、実習反省として活動記録や感想等を聴き取り、次の実習に向けて検討する仕組みがある。 		

評価領域Ⅴ 人材育成・援助技術の向上

評価分類Ⅴ－1 職員の人材育成

評価項目Ⅴ－1－(1)

施設の理念や方針を実現するために必要な人材の確保・育成に取り組んでいるか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ サービスを遂行する上で十分な人材構成であるかをチェックし、必要な人材の補充を逐次行っている。	
	→○ 人材育成の計画が策定されている。	
	○ 専門資格取得や新たな知識や技術の修得など、個々の職員の資質向上に向けた目標を毎年定め、達成度の評価が行われている。	
B Aの中でいずれか1つは該当する。		
C 上記のいずれにも該当しない。		

<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務量と働く職員の稼働時間とを照合して判断している。また、職員が自分だけで仕事を抱え込まないように話し合っている。職員の残業時間は、月30時間になる人もあるが、大体10時間程度に収まっている。 ・「平成19年度事業計画」において、“人材（財）育成”を明示し、“階層別の役割要件の明確化”、“職員一人ひとりの目標設定と取り組みの指導・支援”を挙げている。 ・「人事考課要綱」の中に「ステップアップシート」がある。このシートで、目標テーマ、能力開発目標の達成水準、相互評価（自己・上司）、啓発目標（上位等級へのチャレンジ）設定という系統的な項目を一人ひとりが設定している。 	
---	--

評価項目 V-1-2

職員・非常勤職員の研修体制が確立しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	B
	○ 内部研修や外部の研修会・大会等に、職員・非常勤職員とも必要な職員が受講できる。	
	○ 研修した成果を職場で生かすための工夫がされている。	
	× 研修の成果を評価して研修内容を常に見直している。	
B	個々の職員の研修ニーズにも配慮した施設としての研修計画を作成している。	
C	施設としての研修計画を作成しておらず、取り組みが不十分である。	
<p><確認内容></p> <p>◇平成19年度は職員が中心になりストレスマネジメントに注力している。横浜市社協研修「援助職のもえつき予防とストレスケア」に3名が参加し、苑内研修として非常勤、派遣職員も含めた全職員に「福祉施設のリスクマネジメント」を実施している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤、非常勤を問わず誰でも研修に参加できる。基本的には出張扱いで交通費も同様に支給される。 ・「事故防止」などは、すぐ職員会議で発表して、受講結果を共有するようにしている。 <p>△復命書や研修報告書が常に作成される状態までには至っていない。</p>		

評価項目 V-1-3

非常勤職員等にも日常指導を行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	B→A
	○ 業務にあたっては職員と非常勤職員の組み合わせなどの配慮をしている。	
	○ 非常勤職員に対し、職員と同様に資質向上への取り組みを行っている。	
	→○ 非常勤の指導担当者が定められ職員間のコミュニケーションが図られている。	
B	非常勤職員にもわかりやすい業務マニュアルが作成、周知されている。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <p>◇非常勤職員にはマニュアル原典といえる「サービス提供基準書」は配布していない。代わりに、各フロア毎にガイドラインを作成して指導している。例として、“利用者の食事前後の注意”などがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各介護グループの居室担当は複数担当制になっている。その中で常勤・非常勤が混在する編成方式をとっている。 ・研修、職員会議などへの参加は平等に行っている。 ・編成チームはグループの指導者が指導しており、チーム内では、非常勤職員も同じ扱いである。 		

評価分類 V-2 職員の援助技術の向上・一貫性

評価項目 V-2-1

職員のスキルの段階にあわせて計画的に職員の援助技術の向上に取り組んでいるか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	○ 職員参加により、定期的（年1回以上）に、個々の職員の援助技術についての評価を行っている。	
	→○ 工夫・改善した良いサービス事例をもとに、一層のサービス向上を目指した会議・勉強会が開かれている。	
	→○ 必要に応じて外部から援助技術の評価・指導等を受ける仕組みがある。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	

<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「人事考課要綱」のほかに、モデル経験年数や対応職位など職能資格を定義した「職能資格等級要綱」および課業（単位作業）別に難易度を設定した「課業一覧表」がある。これらに基づき目標達成度を評価する時に、「ステップアップシート」で技術評価も行っている。 ・病院医師を招いて近隣施設と合同講演会（「ターミナルケア」）を開催した事例がある。 ・契約している損保会社のリスクマネジメント担当者から、全国の危険な介護例の説明を受けて参考にしている。

評価項目 V-2-2)

施設内の援助・支援の一貫性を確保するための取り組みを行っているか

判断基準		評価 (A・B・C)
A	Bに該当したうえで、次の全てに該当する。	B→A
	→○ マニュアルを、職員の話し合いにより定期的（業務内容により異なるが、最低年1回を目安）に見直している。	
	○ 個別の利用者の援助・支援に必要な情報が記録され、職員間で共有化されている。	
	○ 各部門の業務分担や責任の所在を明確にしており、部門間の会議を定期的（月1回を目安）に開催している。	
B	日常のサービス全般についてのわかりやすいマニュアル（基準書・手引書・手順書等）がある。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<p><確認内容></p> <p>◇「サービス提供基準書」、「ターミナルケア基準書」のほか、各種マニュアルが豊富にある。マニュアルには、“何故そうするのか”を理解するための“留意点”が数多く盛り込まれている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全てのマニュアルを定期的に見直すまでには至っていないが、「感染症マニュアル」は年1度必ず見直している。役職者が問題・課題を持ち寄って討議する手法で実施している。 ・変化があった場合、医務からは「Fバイタルチェック」表に記入して、各フロア介護職に知らせている。寮母室では、掲示ボードに手書きのメモを貼り出している。各メモには、読んだ職員のサインがある。 ・「課業一覧表」に各業務が規定してある。各部門の役職者で構成する役職者会議は月2回開催している。 		

評価分類 V-3 職員のモチベーション維持

評価項目 V-3-1)

本人の適性・経験・能力に応じた役割を与えやりがいや満足度を高めているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	→○ 経験・能力や習熟度に応じた役割が期待水準として明文化されている。	
	○ 利用者の状況に応じ自主的に判断できるように、現場の職員に可能な限り権限を委譲し、責任を明確化している。	
	○ 職員から業務改善の提案を募ったり、意見を聴取するためのアンケートなどを実施している。	
	○ 個別の面接・調査等により、職員の満足度・要望などを把握している。	
B	Aの中でいずれか2つは該当する。	
C	Aの中で1つ該当する、または全く行っていない。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「職能資格等級要綱」（「職能資格フレーム」）に職能資格を定義し、モデル経験年数と対応する職位がわかるようになっている。また、「課業一覧表」では期待水準を達成するまでの難易度を設定してある。 ・フロア単位のケアを複数の小グループ制に分け、各グループリーダーを中心に介護業務を実施するように変更している。 ・職員の9割が参加し、施設の良いところと課題について「KJ法」により“見えるかたち”にしている。 ・毎期末に人事考課のフィードバック面接を行う時に、職員の満足度・要望を聞いている。理事長も賞与面接の際に職員と話し合っている。 		

評価領域VI 経営管理

評価分類VI-1 経営における社会的責任

評価項目VI-1-(1)

事業者として守るべき、法・規範・倫理等を周知し実行しているか

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	A
	○ 組織及び職員が不正・不適切な行為を行わないよう守るべき法・規範・倫理等が明文化され職員に周知されている。	
	○ 経営・運営状況等の情報が積極的に公開されている。	
	○ 他施設等での不正・不適切な事案を題材とした研修を行い、それらの行為を行わないよう啓発している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> ・「職員倫理綱領」を定め、その前文には“個人の尊厳・人権の擁護およびノーマライゼーション“に基づいた倫理観を共有し、社会福祉法の精神に基づいたサービスの提供することを誓うこととし、その第1条には、“法令順守と信用の保持“を掲げている。職員等に対して諸会議等を通じて唱和するなど周知を図っている。さらに管理職には年度の事業計画の中で、“役職者一人ひとりの自覚・信頼・知識を養う“、“情報共有・課題解決“することを訓示している。 ・広報誌「ハーモニー」に会計報告書等が掲載されている。職員には会議等を通じて、年度予算、稼働率、新たな施設の進捗状況、理事会での主な決定事項等を報告している。 ・他施設での不正事案・他業種での他山の石になるような事案については、施設長が職場会議等での訓話のほか、新聞等の切り抜きをボードに貼り付けを行うなど、組織的な啓発活動に取り組んでいる。		

評価項目VI-1-(2)

ゴミ減量化・リサイクル・省エネルギーの促進、緑化の推進など環境に配慮しているか

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	○ ゴミ減量化・リサイクルのための取り組みを行っている。	
	○ 省エネルギーの促進・緑化の推進などの取り組みを行っている。	
	× 環境配慮の考え方が施設の方針や目標の中に位置づけられている。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> ・ごみの分別、ごみ総量の削減に努力している。特にオムツの総使用量の削減のために、こまめな排泄誘導のほか、減量効果がみられるオムツを求めて、業者からの助言を受けながら紙パットと布パンツで対応している。結果的に使用量は減少し、ごみ総量の減少に役立っている。今後も、継続して最大限の減量を目指していきたいとしている。 特に調理時の生ごみのほか、利用者が完食するよう献立段階とご飯の盛り付けの量をよく聞き取りしてから、出すなどの工夫を行っている。また、残ったもの水きりにも努めている。リサイクルできるゴミについては、積極的に提供している。 ・室温設定の見直しや照明の使い方等を努力しているが、過度の見直しは利用者の安全と健康に関わるので、厳しく実施が出来ないでいる。一方、事務室内部での消耗品やコピー機の使用法など、利用者に関係ないところでの無駄を省く取り組みがされている。敷地内の樹木等の適正な剪定と植生にこころがけている。 △できることから取り組んではいるものの、環境への配慮に関し、施設の方針や具体的な数値目標等を明確に掲げて、組み込むまでにはいたっていない。		

評価分類VI-2 施設長のリーダーシップ・主任の役割等

評価項目VI-2-(1)

施設の理念や基本方針等について職員に周知されているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	A
	○ 理念・基本方針を明文化したものを職員に配布している。	
	○ 職員に朝礼・会議等で周知し、理解を促すための説明をしている。	
	○ 理念・基本方針を職員が理解できているか、施設長が定期的（採用時1回、採用後は最低年1回）に点検している。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> ・職員の名札カードの裏に理念が表示してある。 ・年度計画や方針が掲載された「事業計画書」は、年度始めの職場会議で説明を行い、全職員に配布している。 ・施設長が、理解・基本方針等について職員の理解度を計る特別な機会を設けて点検はしていない。ただ、施設長が職員と接する機会（採用時に説明、毎月の職場会議、年2回の賞与時面接）や勤務態度を持って、施設長は理解度を計っている。		

評価項目VI-2-(2)

重要な意思決定にあたり、関係職員・利用者等から情報・意見を集めたり説明しているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B
	× 施設長は定期的（年1回以上を目安）に利用者（利用者本人の合意を得ることが困難な場合は代弁者）と接し、直接意見を聞いている。	
	○ 重要な意思決定（変更）について、職員及び利用者に目的・決定（変更）理由・経過等を十分に説明している。	
	○ 異なる職種・部門の職員による検討チームを編成し組織をあげて取り組むしくみがある。	
B	Aの中でいずれか1つは該当する。	
C	上記のいずれにも該当しない。	
<確認内容> △法人の理事長である施設長は、施設長代理的な統括事業課長に権限委譲を図っているため、時には施設巡視をするものの、利用者等と直接意見を聞く機会は少ない。利用者には、“若いしよくやってくれる”と言う人もある。 ・重要な意思決定・変更（年度計画・サービス内容の変更等）については、「役職者会議」で決めて、職員には職員全体会議で説明・報告をしている。利用者や家族等には、掲示板からの報告や広報誌等を活用し、説明している。 ・組織全体に関わる課題解決や新たな課題に向けて、横断的なプロジェクトチームが作られている。近年では、ターミナルケア、稼働率対策等があり、現在は受動喫煙問題、創立10周年行事について取り組んでいる。		

評価項目VI-2-(3)

主任クラスの職員がスーパーバイザーとしての役割を果たしているか

判断基準		評価 (A・B・C)
A	次の全てに該当する。	B→A
	→○ スーパーバイズのできる主任クラスを計画的に育成するプログラムがある。	
	○ 主任が個々の職員の業務状況を把握できるしくみが有効に機能している。	
	○ 主任は個々の職員の能力や経験にあわせた確な助言や指導を行っている。	
	→○ 主任は、個々の職員が精神的・肉体的に良好な状態で仕事に取り組めるよう、具体的な配慮を行っている。	
B	Aの中でいずれか2つは該当する。	
C	Aの中で1つ該当する、または全く行っていない。	

<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・全体の研修計画の中に、スーパーバイザーのできる主任クラスを計画的に育成するプログラムを現在作成中である。その一環として、介護職の管理職がスーパーバイザー研修を受講し、副主任をスーパーバイザーとして育てる研修を実施する予定である。 ・業務に関し、課業一覧表があり、セクション毎との業務権限が明確になっており、職員レベルでは、職能表に職務要件が決められている。 ・職務要件のほかに、年度目標記載の「ステップアップシート」があり、それらに基づいて主任を中心に能力や経験をみて助言や指導を行っている。 ・職員の体調管理を重視し、勤務変更も柔軟に対応している。 <p>主任のほかにフロアにグループリーダーがおり、グループで仕事受け持つ中で、悩みや心配事の相談にのるよう心がけている。横浜市社協研修「援助職のもえつき予防とストレスケア」に職員3名を参加させている。</p>	
--	--

評価分類VI-3 効率的な運営

評価項目VI-3-(1)

外部環境の変化等に対応し、理念や基本方針を実現するための取り組みを行っているか。

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○ 次の全てに該当する。	A
	○ 事業運営に影響のある情報（例：制度改正に関する情報、市場の動向）を収集・分析している。	
	○ 重要な情報は経営幹部や主要な職員間で共有するため会議等で議論し、重点改善課題として設定されている。	
B	○ 運営面での重要な改善課題について、職員に周知し、施設全体の取り組みとしている。	
C	Aの中でいずれか2つは該当する。	
<p><確認内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業運営に影響のある情報については、行政や区内の施設長会議、外部の有識者、ワムネット等から収集し、必要により管理者にも情報を流して、意見を聞いたりしている。 ・得られた情報の中で、特に重要な情報については、理事会や月1回開催の役職者会議等で施設運営への影響や対処方法について議論を行い、必要に応じて重点課題として調査や分析する場合もある。 ・重要な改善課題については、職員に周知し各委員会に振り分けて、対処方法を検討するなど施設全体の取り組みとしている。 		

評価項目VI-3-(2)

施設運営に関して、中長期的な計画や目標を策定しているか

判断基準		評価 (A・B・C)
A	○ 次の全てに該当する。	B
	× 中長期的な事業の方向性を定めた計画を作成している。	
	○ 次代の組織運営に備え、経営やサービスプロセスの新たなしくみを検討している。	
	○ 次代の施設運営に備え、経営幹部は計画的に後継者を育成している。	
B	○ 運営に関し、外部の機関や専門家などの意見を取り入れる努力をしている。	
C	Aの中でいずれか2つは該当する。	
<p><確認内容></p> <p>△法人や施設の長期的なビジョン的なものは描いているが、経済環境のほかに、法改正の影響が大きいので、中長期計画の策定までに至らず、単年度の事業計画に止まっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本年が開所10年の節目にあたることから、『10年委員会』を立ち上げて、次代の組織運営や新たな事業展開構想のほか、第三者評価結果等を踏まえて、サービス改善に取り組むこととしている。 ・管理者・監督者には権限委譲を行いながら、次の上級職に向けての意識付けを図るほか、仕事や研修等を通じて経験を与えるなどして、時間をかけて後継者育成に努力している。 ・運営に外部の有識者やコンサルタント等からも情報を収集し、意見を聞いている。 		