

# 評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

## 評価対象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。 | @・b・c   |
| <p>〈コメント〉「私たちは地域に信頼されるべき存在であり続けます」という法人理念の周知が、ホームページ、施設だよりの「鈴鹿グリーンホーム」で利用者・家族向けに周知されている。職員に対する周知に関しては、職員証、施設内掲示、会議時の唱和などがされている。また、新規採用者への周知も施設長が説明するなど理念・方針の浸透に力を入れている。</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。 | @・b・c   |
| <p>〈コメント〉今後の福祉行政の動向や地域の高齢化率などの情報・データを、厚労省資料や関係団体等から積極的に収集し、今後の予測・分析を行っている。また、法人内のコスト分析や職員の働き方のシミュレーションから、諸課題の顕在化を図っている。</p>                                  |   |         |
| 3  | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。         | @・b・c   |
| <p>〈コメント〉経営課題は、各種情報の分析により今後の予測をたて解決策を業務改善会議やユニット会議等の中で検討する機会を設けている。経営的な課題は施設長から問題提起をしており、それを受けユニットリーダー等が部署的な課題を検討し会議等で話し合いを進め、「まずはやってみる」という想いで実践につなげている。</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。 | @・b・c   |
| <p>〈コメント〉2040年に向けた長期計画と3年を期間とする中期経営計画（中期経営計画ビジョン）を策定している。現状の法人のビジョンを「“KAIGO × テカゾー”」と示している。計画の策定に当たっては、現場の実情や課題を各部署で集約し、その内容を管理者が経営層に対してプレゼンする機会が設定されており、法人全体で策定に参画している仕組みは評価が高い点である。</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。                | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉中・長期計画の策定の仕組みと同様に、単年度事業計画においても、各部署からの課題、解決すべき取り組みを部署ごとに事業計画書に明記され、職員間でも共有している。また、ホームページにも事業計画書が掲載され、利用者・家族や外部の方にもお知らせしている。</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・②・c |
| <p>〈コメント〉事業計画は、現場からの意見・要望等を集約し、施設長、部署長、リーダーを中心に策定している。策定の過程・経緯等についてもユニット会議等で随時、情報を共有している。計画の実施状況は、定期的に会議で報告され、都度見直しや評価も行われている。課題点としては、職員の中に計画やその実施について理解が進んでいない面もあり、多くの職員が事業計画を身近に感じる取組に期待したい。</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。                 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉事業計画自体はホームページに掲載され、家族や外部の方も閲覧できる。利用者・家族には、事業計画書を分かりやすくお伝えするため、ニュースレターやグリーンホームだよりで随時、実施状況などを伝える工夫をしている。ホームページに掲載される「グリーンホームだより」は毎日複数回更新されている点も施設と利用者・家族との距離感の近さを感じる取組である。</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。          | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉毎年の自己評価と定期的な第三者評価を受審し、サービスの質のチェックを行う体制がある。PDCAサイクルを職員が意識し、利用者サービスの向上に向け、モニタリング会議等から利用者や職員の情報を収集し、毎月のユニット会議や業務改善会議でも検討を重ねている。</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。 | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉前回の第三者評価の結果を踏まえ、改善計画を策定し、毎月開催される業務改善会議の中でも改善策の確認や改善実施状況の報告を行っている。特に法人として「情報共有ネットワークの構築」や「介護ロボットの導入」という取組について注力しており、当該取組によって利用者へのサービスの質の向上とともに職員の業務負担の軽減にも実際に取り組んでいる。</p> |  |         |

## 評価対象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。   | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉施設長を中心にガバナンス、組織管理体制は構築されている。管理規程の中で、職務・職責が文書で明記されている。また、指示命令系統や各種会議の構成、月例会議、業務改善会議、ケアマネ会議等も整備されている。有事の際に備え、防災訓練等を通じ、各職員が対応すべきことを経験して覚えてもらうようにしている。</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。       | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉施設運営で必要となる法令・制度の理解に向けての意識は高い。施設長が全国老協21世紀委員長という立場もあり、コンプライアンス（法令遵守）にむけた勉強を積み重ねている。職員採用時や年2回のコンプライアンス研修も実施している。その他、身体拘束、虐待、権利擁護、個人情報保護等の研修も施設長が行っている。</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。 | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉「サービスの質を高めるために、職場の効率化を進める」という視点で指導・アドバイスを行っている。現場の負担軽減や利用者満足のため、モニタリング会議に参加することもあり、福祉サービスの向上に反映するようにしている。サービスの質を向上させるためのポイントは「人」とあり、人材育成には今後も注力していく方針である。</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。     | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉経営コンサルから毎月の試算表をもとに人件費率、離職率等の経営状況を分析している。また、業務の効率化を推進するために、ICT、介護ロボット等も積極的に導入している点は、先進的な取組として評価が高い。その他、業務遂行上、妨げとなるセクショナリズムの回避についても意識した助言を行っている。</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。 | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉人材確保は、コロナ禍で学校訪問等の制限があり、計画通りの採用は難しいのが現状ではあるが、人脈を通じた紹介採用等もあり、長期視点での採用を考えている。「確保から定着への発想」で人材を定着させる方向に注力している。定着に向けて、「みえ働きやすい介護職場取組宣言事業所」に認定され、働き方改革の推進や良好なコミュニケーションを図ることで定着を図る取組にも注目したい。また、事業計画には外国人雇用や高齢者雇用等の多様な人材確保の促進が明記され、実際に外国人や高齢者の雇用も増えている点も先進的な取組で評価が高い。</p> |  |         |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| 15   | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉期待する人材像は、中期経営計画の実践をするために必要な人材像が事業計画の中で、行動方針、採用方針や育成方針として明記されている。その人材像に向けた育成として研修制度の充実や、平成25年からは人事考課制度も実施しており、業務に必要な能力や行動基準が明確にされ、評価結果に基づき処遇に反映している点等キャリアパス制度の構築にも積極的である。</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り組んでいる。              | a・②・c |
| <p>〈コメント〉仕事と家庭の両立を実現するためのワークライフバランスに力を入れ、また、働きやすい職場を形成する目的で「みえ働きやすい介護職場取組宣言」にも取り組んでいる。職員の就業状況は、勤怠管理システムの導入により有給休暇の取得率や時間外労働の状況を確認できる労務管理を実施している。職員に就業意向等の意見を聞く機会は、人事考課時の面談で設けているが、職員からは普段から気軽に相談できる窓口の設置を求める意見もあり、面談に関する改善・工夫に期待したい。</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。   |   |       |
| 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。                         | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉人事考課制度の中で、年2回の面談制度があり、原則60分程度の時間をかけている。面談では、人事考課シートを活用した「目標設定」の仕組みを導入している。目標設定は各自が評価結果を踏まえ次期の目標を設定する目標管理制度を活用している。</p>  |   |       |
| 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。         | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉人材育成に関する計画は事業計画書に「研修計画」として、全国的な人材育成の動向を踏まえ、研修の目的や育成方針、階層別、テーマ別研修が具体的に明記されている。コロナ禍ではあるが、令和2年5月からはオンラインで研修が受講できるシステムを導入し、研修が受講しやすくなったという職員からの声も多い。</p>  |   |       |
| 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。                       | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉職員の研修については事業計画に基づき、コロナ禍でもオンライン研修を中心に受講できる仕組みはあるが、職員の意欲次第で受講歴に差がある点が課題である。「学ぶ環境」の構築に関する工夫に期待したい。教育に関しては「採用のしおり」に「人事記録」があり、何を教育したのかを記録している。また、介護キャリア段位制を活用した「OJTチェックリスト」は介護業務に関する技能等をチェックする教育システムで、OJT教育に活用している。</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。  |   |       |
| 20   | 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。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉コロナ禍で実習生の受入れが難しい状況であるが、実習生の受入れに関しては積極的に、介護福祉士、教員実習、子どもの体験学習を実施してきた。受入れに際しては、マニュアル・受入れの手引きが作成されており、基本方針、実習の流れ、心構え等が記載されている。また、実習生の指導は、実習指導研修を受講した資格者が担当している。</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。       | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉法人ホームページに理念・基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、予算、財務状況、第三者評価結果等、法人の基本情報が公開されている。苦情・要望・相談については、個人情報の内容も考慮し件数を公開している。苦情に関して苦情解決第三者委員会を設置し、概要については理事会でも報告を行っている。</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。 | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉外部専門機関の監査、内部経理監査、また外部コンサル会社から定期的に経営指導を受けるなど、その指導事項等に基づいて経営改善を図っている。ホームページの情報公開の項目に運営規程、経理規程等も公開され適正な経営が行われている。</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。                   | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉「私たちは、地域に信頼されるべき存在であり続けます」という法人理念から地域交流を大切にしていること見える。コロナ禍で地域との交流が減っているが、そのような中でもオンラインでの音楽会の配信等、新しい交流にも挑戦している。また、ホームページを通じ、施設内の行事や取組等を地域に発信している。</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。           | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉コロナ禍以前は、傾聴ボランティア、音楽会等でボランティアに参加いただいていたが、現在はコロナ禍でボランティアの受入れは難しい。しかしアフターコロナを見据え、将来的には積極的に受け入れる方針である。ボランティアの受入れについては、生活相談員が担当となり、ボランティアコーディネーターの研修を受講し受入れにあたっている。</p> |   |         |
| 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。 | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉法人と社会資源である関係機関との連携については、主に併設の居宅介護支援事業所で管理している。鈴鹿市の医療・介護マップで地域の施設等を確認でき、防災・災害関係では鈴鹿市主導でネットワークも構築されている。各担当者が定期的な地域ネットワーク会議に参加し、情報共有が図られている。</p>                      |   |         |
| 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。                  | ①・b・c   |
| <p>〈コメント〉民生委員や児童委員を務める法人理事の案内で委員会に参加することもあり、地域のニーズを収集できる体制がある。また、社会福祉協議会のネットワークに生活相談員が参加している。地域公益活動として『みえ福祉の「わ」創造事業』に参画し、生活困窮者支援として「制度の狭間の課題」解決にも取り組んでいる。</p>               |   |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 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。 | ①・②・③ |
| <p>〈コメント〉「地域住民の健康意識が高い」というニーズを把握し、介護予防事業に積極的な提案と企画運営を行なっている。鈴鹿市フレイル予防事業は、ウェアブル端末を用いた先進的な予防事業であり、法人から提案し実現している点は、非常に評価が高い取組であり、今後も注目したい。</p> |   |       |

## 評価対象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 |
|---|--|---------|
| 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。 | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉ユニット型特養の基本方針に、利用者一人ひとりの意思及び人格の尊重を掲げ、職員がいつでも確認できるよう基本方針を表記した職員証を携帯している。また、年2回の権利擁護や虐待防止研修のほか、ユニット会議でも状況を確認している。必ず職員が目にする24時間シートや介護の手順書からは人権に配慮した支援方法が確認でき、共通理解のもと取り組んでいることが窺える。利用者の希望に沿った夜食や飲酒、喫煙など、その人らしい生活が送れるよう配慮している。</p>   |  |         |
| 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。        | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉プライバシー保護規程を整備し、プライバシー保護に配慮した手順書や24時間シートに基づいた支援が行われている。部屋は個室対応、見守りセンサーはシルエットで映るタイプにするなど、プライバシーや生活環境にも配慮している。家族には、利用者の写真の使用や見守りセンサー等の介護ロボットの使用について説明し、同意を得ている。</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。   |  |         |
| 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。      | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉オリジナルキャラクターを使用したホームページやパンフレットを作成している。特にホームページは、毎日のブログ更新や施設の最新情報が随時公開され、力を入れた取組であることが感じられる。また、パンフレットも読み応えがあるものとなっている。地域に対しては、日頃から、生活相談員が病院の地域連携室やグループホーム、サ高住を訪問し営業をかけたり、理事長行きつけの喫茶店にパンフレットを置くなど、積極的な情報提供が行われている。コロナ禍のため、見学に代わりWeb会議ツールやテレビ電話を活用して、施設内の情報を見える化し、わかりやすく伝えている。</p> |  |         |
| 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。       | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉入所時は生活相談員のほか必要に応じて介護支援専門員や看護師が説明、対応している。変更などは、毎月のニューズペーパーや電話にて直接伝えたり、場合によっては事前に動画を撮影し見てもらうなど、家族にわかりやすく、また安心してもらえるよう工夫している。</p>   |  |         |
| 32  | Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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。 | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉施設等の変更は少ないが、家族や利用者の希望に応じて自宅での看取りや他県への引越などの対応は過去にある。その際は、地域の介護支援専門員や行政等と連携し、利用者が安心して生活できるよう配慮している。事業所変更等のマニュアルはないものの、生活相談員が3名在籍し、介護支援専門員と連携、情報共有する仕組みが整えられている点は評価できる。</p>   |  |         |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。   |  |       |
| 33  | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。            | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉毎年8～10月に家族アンケートを実施し、その結果をホームページで公表している。また、サービス担当者会議やユニット会議等での情報共有や栄養士の嗜好調査などを通じて利用者の意向を把握し、その意向を取り入れた取組（季節の行事やスーパーの移動販売等）で利用者の満足度向上に繋げている。家族アンケートは、施設長が集計・分析後、リーダー、職員に伝え、改善に繋げる仕組みとなっており、ご意見箱の場所の変更や利用者の様子がより伝わるよう写真を使う等の改善事例が確認できた。</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。  |  |       |
| 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。                 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉苦情解決の仕組みが整備され、重要事項説明書やホームページからも確認できる。また、ホームページの情報公開欄では苦情内容及び解決結果を公表している。家族等が苦情等を申しやすいよう、ご意見箱の設置やホームページからのお問い合わせ、毎年の家族アンケート等実施し、利用者へは、日頃から生活相談員や介護支援専門員、看護師等がユニット巡回で声をかけ、話しやすい雰囲気作りに努めている。苦情の際の流れや対応についてマニュアル化されており、迅速な対応と情報共有、改善が行われている。</p> |  |       |
| 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。         | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉利用者が相談しやすい環境として、介護職員だけでなく、日常的に生活相談員や介護支援専門員、看護師等が各ユニットを巡回し、積極的に声をかけて話を聞くように努めている。内容や希望に応じて、相談室や居室で対応し、周りに聞かれないような配慮も感じられる。また、家族等へは、相談窓口や相談方法が玄関の掲示やホームページ、重要事項説明書にて周知されている。</p>  |  |       |
| 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・b・c |
| <p>〈コメント〉利用者から相談や意見が出た際は、インカムや社内メール等で共有し、内容に応じて当日中に協議、対応している。家族等からの相談や意見に対しても、対応と改善、情報共有、公表までが迅速に行われている。接遇マナーマニュアルは確認できたが、対応マニュアルにおいては、相談・意見・提案等を受けた際の報告の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法を具体的に作成し活用することを検討されたい。</p>  |  |       |
| 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。  | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉様々なリスクを想定し、それぞれに担当者及び責任者を配置している。事故発生時の対応はフローチャート化しユニットに掲示している。ヒヤリハットは毎月10～20件あり、介護記録システムへの記録とインカム等で共有するほか、ユニット会議、業務改善会議、幹部会議の流れで報告、状況を確認する仕組みがある。事故の多い介護場面ごとに手順やポイントをまとめたり、再発防止研修等で安全確保に繋げている。また、ネット配信動画で介護方法を確認することもできる。</p>                |  |       |
| 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。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉感染予防委員会を中心に、感染予防対策を行っている。近年はコロナ感染予防に注力し、発見とゾーニングを徹底していることから感染拡大には至っていない。医務系の看護師の協力のもと各ユニット会議での勉強会が実施されており、参加できない場合は議事録で確認したり、家からでもオンラインで参加できるようにしている。</p>  |  |       |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 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。 | ①・②・③ |
| <p>〈コメント〉大規模災害に備え、災害マニュアルやBCP（事業継続計画）を作成している。また、災害への心構えとして、消防訓練や防災教育、BCPシミュレーション研修の実施、停電時でも使えるインカムや食料や備品等の備蓄等も整備している。福祉避難所として避難所運営訓練（HUG訓練）の実施、三重県災害派遣福祉チーム（三重県DWAT）への参画のほか、自治会長との連携など、利用者のみならず地域全体の安全確保に向けて取り組む姿勢は評価が高い。</p> |  |       |

### 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。 | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉業務等マニュアル集や24時間シート、基本介護技術OJTチェックリスト等を活用している。新人研修等での指導のほか、定期的な見直しが行われており、各ユニットや共有フォルダ内で共有する仕組みとなっている。今後は、文書だけでなく動画での提供を検討している。</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。               | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉業務等マニュアル集や基本介護技術OJTチェックリストは、半年ごと（必要に応じて随時）、24時間シートは3か月ごとに見直しを行っている。見直しの際は、職員からの意見を吸い上げ反映させている。業務等マニュアル集の更新については、常に最新のものとなるような工夫が必要と思われる。</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福祉サービス実施計画を適切に策定している。            | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉生活の場であることを重視し、入所時には落ち着いて過ごしてもらうための嗜好調査を行ったり、興味・関心チェックシートを活用して利用者の生きがい等を確認するほか、毎月のモニタリングで、多職種による意見交換や情報共有を行い、施設介護計画や24時間シートに反映させている。また、加算項目ごとの支援計画や実施内容も24時間シートで共有できるようにしており、質の高いサービスの提供を目指し、力を入れていることが計画から窺えた。</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。                | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉毎月のモニタリングやサービス担当者会議で評価を行い、それをもとに支援計画は少なくとも3ヶ月に1回、医療的評価は半年に1回見直しが行われている。モニタリングには、ユニット職員、生活相談員、介護支援専門員、看護師、管理栄養士、生活機能訓練士等のほか、利用者や家族も希望の上参加でき、多職種による評価・見直しが行われている。</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。  |   |         |
| 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。   | ①・②・③   |
| <p>〈コメント〉介護記録システムで利用者の状況を記録、共有している。その他、インカムやメールを活用し、職員間の情報共有と精度の向上を図っている。記録の書き方については個別に指導しており、全員で共有すべき重要な項目は介護記録システムで一目でわかるようにしている。共有フォルダにファイルが多く、必要な書類の検索に時間がかかるため、フォルダの適切な管理が望まれる。</p>                                    |   |         |



|  |                                  |       |
|--|----------------------------------|-------|
| 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。 | ①・b・c |
| <p>〈コメント〉個人情報保護規程を整備し、保管や情報提供、開示等について定めている。個人情報保護に関する研修や勉強会のほか、誓約書や半年ごとの緊急連絡網一覧更新時に漏らさないことを意識できるようにしている。また、職員同士の連絡ツール内でも、利用者名をイニシャルで表記するなど、日頃から個人情報保護の重要性への理解と意識の高さが窺える。</p> |                                  |       |