

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称： 特別養護老人ホーム 翁寿園 地域密着型	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 垣 いくみ	定員（利用者人数）： 18 名
所在地： 〒656-0446 兵庫県南あわじ市八木寺内373番地の1	
TEL 0799-42-6006	ホームページ： http://awaji-yasuragi.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：	平成17年4月1日
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 淡路島福祉会
職員数	常勤職員： 17 名 非常勤職員： 3 名
専門職員	生活相談員 1名 介護支援専門員 1名
	管理栄養士 1名 看護師 1名
	機能訓練指導員 1名 介護職員 15名
施設・設備の概要	(居室数) 18 (設備等) 食堂・キッチン、浴室
	ダイルーム

③理念・基本方針

地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に
 1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。
 2. 常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。
 3. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. ユニット型特養として島内で歴史がある事業所であり、平成30年に地域サポート施設として認定され、地域との関わり交流をより深め、地域へ出て行く機会を継続している。
 2. 併設事業所として従来型特養・通所介護・保育所等があり、それぞれの職員・利用者・保育園児など様々な世代との関わり・交流が可能である。
 3. 同系列の病院があり、週1回の回診を実施しており、医療との連携が図れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 31 年 4 月 26 日 (契約日) ~ 令和 1 年 8 月 21 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	6 回 (平成 29 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 広く社会福祉事業を展開する淡路島福祉会として、法人の運営管理体制が確立し、法人としての規程・マニュアル類の整備、各種会議・各種委員会の設置と運営が行われている。各役職・職種の職員が参画し、法人と連動しながら、施設としての各種会議・各種委員会・施設内研修・マニュアルの整備を行っている。福祉サービス第三者評価を継続的に受審し、サービスの質向上に取り組んでいる。
- ・ 法人の基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を明示し、施設としても地域交流と地域貢献に継続的に取り組み、平成30年度に地域サポート施設として認定を受けている。夏祭り等施設行事への招待・各種団体による訪問行事や交流行事・老人会やサークル活動への交流スペースの提供・認知症サポーター養成講座・食の自立支援事業・家族介護技術講習会・災害時の福祉避難所としての役割等、施設が有する機能を地域に還元する取り組みに努めている。
- ・ PDCAサイクルにもとづいてサービス計画を見直し、利用者・家族の意向や現状に即した個別支援に取り組んでいる。利用者満足調査・食事の嗜好調査・行事アンケートを継続し、利用者の意見をサービスの向上に反映している。ユニットケアの特色を活かし、利用者個々の生活習慣や生活歴を把握し、書道クラブ、音楽療法・園芸療法、毎月の行事、外出行事、集団レク・個別レク等、生活に楽しみが持てる機会づくりを支援している。デイサービス・保育所を併設する複合施設として、施設内での交流を楽しむ機会も多い。季節感や行事を採り入れ、盛り付けや彩りにもこだわった食事を提供し、「食」の楽しみを大切にしている。
- ・ 年間研修計画をもとに施設内研修を実施し、職種別・テーマ別・階層別の外部研修への参加を奨励し、職員が学ぶ機会を数多く持てるように取り組んでいる。人事考課制度を導入し、年2回の個別面談を実施し、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。グループ会議でマニュアルにもとづいた介護技術の研修を行い、職員の介護技術の向上とマニュアルの内容の周知と検証を行っている。研修体制と共に、定期的な各種会議・委員会に職員が参画し、職員の資質向上とサービスの質向上に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

たいへんよく取組まれていて大きな改善点ではありませんが、

- ・ マニュアルと研修内容の一部について、補足が望まれます。
- ・ 苦情・相談の内容・対応について、公表する仕組み作りが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

良い評価が得られたことを大変うれしく思います。日頃から様々な課題に対して検討を重ね多職種協同で取り組んでいる成果だと思います。これからも次々と出てくる課題に対して職員一丸となって取り組んでいきたいと思ひます。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、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。	a・b・c
<コメント> 法人の基本理念・基本方針を明文化し、ホームページ・パンフレット・広報誌等に記載している。基本理念は、法人の目指す方向を明示し、基本方針は基本理念との整合性があり、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。掲示・朝礼時の唱和・各種会議録への記載等により、職員の周知を図っている。事業計画・広報誌にわかりやすく掲載し、利用者・家族に毎年配布し周知が図られている。		

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。	a・b・c
<コメント> 淡路ブロックの施設長会・連絡会・研修会への参加、淡路ブロック・近畿ブロック・全国老人福祉事業協会等からの情報の活用、運営推進会議等により、社会福祉事業・地域の福祉事業の動向・地域のニーズ等について把握・分析している。毎月事業実績表を作成し、コスト分析・利用率等の分析を行っている。		
3	I-2-(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・b・c
<コメント> 法人の業績報告会が3～4カ月に1回開催され、会計士も出席し、資金収支実績管理内訳表をもとに、稼働率や経営状況についての課題を明確にしている。業績報告会には、副理事長も出席し、課題について共有している。課題については責任者会議で共有し、内容に応じてグループ会議・委員会等で改善に取り組み、責任者会議で進捗を報告している。		

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。	a・b・c
<コメント> 翁寿園改修事業について、平成28年度から5年間の計画を策定している。平成30年度に、施設整備を含め見直しを行い、中長期計画を策定している。ニーズに向けて5項目を設定し、具体的な取り組みを明示している。定期的に検証し、必要に応じて見直しを行っている。		

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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>中長期計画をもとに、事業所の単年度の事業計画を策定している。事業計画は、施設長方針・職種ごとの方針を明示し、内容は実行可能な具体的な内容になっている。項目ごとに、表を活用する等わかりやすく記載し、実施状況の評価を行える内容となっている。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、責任者会議で周知すると共に、施設内の回覧資料として設置し周知を図っている。毎月の責任者会議で、事業計画の実施状況を報告し共有している。年度末に、事業所の職員の意見を集約して事業計画の評価を行い、管理者層が事業報告書の作成し、次年度の事業計画の策定に反映している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>事業計画を、利用者が手にとれる場所に設置し、家族には郵送し周知を図っている。4月の家族会でも、主な内容を説明している。事業計画は、項目別の記載・表等を活用しわかりやすい内容となっている。参加を促す観点から行事やクラブなども月ごとの表を用いて明示している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>定期的に第三者評価を受審している。人事考課制度を導入し、職員の質向上をサービスの質向上につなげている。責任者会議・各種委員会等により、サービス内容について組織的に評価を行う体制を整備している。第三者評価の結果は、責任者会議で分析・検討している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>評価結果の分析結果や課題は、責任者会議録に文書化し、職員間で共有を図っている。課題・改善点については、内容に応じて、部署・委員会が担当して改善に向けて取り組んでいる。進捗については、責任者会議で報告し、必要に応じて改善計画の見直しを行う仕組みがある。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は経営・管理に関する方針と取り組みを、31年度施設長方針として事業計画に明確にしている。施設長方針に沿って、各部署責任者が職種別に事業方針を策定している。方針を年度初めの責任者会議で説明し、各部署責任者は部署会議で周知している。事業計画を、配布・掲示・設置等で表明している。法人の「職務分掌」等で施設長の役割責任を定め、これらは職員がいつでも見ることが出来るよう事務所内に設置している。平常時は「職務分掌」で、有事における施設長不在時は、「災害応急対策等の実施組織」で、副施設長に権限委任することを明確にしている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は、関係法令集、法人諸規定等を理解し、遵守すべき法令等の十分な理解に努め、物品購入・修繕時には決裁規定に則って対応する等、利害関係者等と適正な関係を保持している。老人福祉事業協会主催の施設長会・行政連絡会等に参加し、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法・フロン排出抑制法等、事業所が環境への配慮等も含む遵守すべき法令を把握し、マニフェストの取得管理等、法令に則り適正に対応している。個人情報保護法・高齢者虐待防止法等の研修を実施し、職員に遵守すべき法令等の周知を図っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>第三者評価を継続的に受審し、毎年利用者への満足度調査、施設内職員アンケートを実施し、また、各種会議・委員会に出席し、施設長は、サービスの質の現状について評価・分析を行っている。責任者会議で各部署の課題を明確にし、課題の改善に向け各部署・委員会等で検討している。施設長は、施設内の主要な会議・委員会等に参加し、職員の意見を把握し、質向上に向けた取り組みに積極的に参画している。年間計画に沿って、計画的・継続的に施設内研修を実施し、外部研修受講も奨励し、サービスの質の向上に向け、職員の教育・研修の充実を図っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月稼働率等の分析を行い、業績報告会で報告している。定期的に外部コンサルタントから、稼働率・人件費率等の分析結果の報告を受け、責任者会議で経営改善や業務の実効性向上に向け検討を行っている。勤務実績表・月次職員一覧表等を基に人員管理を行い、基準以上の人員配置に取り組んでいる。職場快適調査(職員アンケート)を実施し、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、幹部運営委員会で検討した内容を責任者会議・部署会議で周知し、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は法人内の幹部運営委員会に参加し、施設内に責任者会議・各委員会等を構築し積極的に参画している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>31年度「施設長方針」で、「福祉人材の確保・育成・定着に関する方針」を明示している。中長期計画にも人的資源確保への取り組みを明示している。重要事項説明書・運営規定で、基準に準じた職員体制を、勤務実績表で実配置人数を明確にしている。毎月職員一覧表を作成し、保有資格等を把握し、欠員が出た時や出そうな場合には幹部運営委員会で検討し、人材確保を確実にを行う仕組みがある。法人での介護職員初任者研修の実施、実習生の受け入れ、喀痰吸引研修等を行い、人材確保や育成を図っている。また、障がい者の雇用も行い、EPAによる外国人雇用を実施している。学校訪問・就職フェアへの参加・職員紹介制度・ハローワーク・ホームページ等を活用し採用活動を行っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員倫理要綱を法人として期待する職員像として明確にし掲示している。昨年、人事課制度を改正し、職員に説明し、要綱等を事務所に設置し周知を図っている。「評価要素シート」に基づいて、年2回職員が自己評価を実施し、上位者が面談・評価を行っている。法人として、外部コンサルタント・ハローワーク・地域の職員募集等から職員処遇の水準についての情報を把握し、改善の必要性などを評価分析している。面談時や会議等で把握した意向等に基づき、法人で改善策を検討・実施している。入職時の面談で、職員個々の将来の意向を確認している。役割資格等級制度で人事基準を明確にし、キャリアパスフレームで将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職務分掌で、施設での職員の労働安全衛生に関する責任者を施設長と定め、責任体制を明確にしている。有給休暇・時間外勤務等は、施設長が最終決済し、システムで取得状況を把握し、毎月実績一覧表で就業状況を確認している。健康診断・腰痛検査を定期的・継続的に実施し、要精検者には受診を勧め、受診結果は施設長が把握している。法人として、安全衛生委員会を設置し、ストレスチェック・ストレスマネジメント研修を実施している。基本的に主任、相談員が相談窓口となり随時個人面談を行ったり、人事考課制度での定期面談を行う等、職員が相談しやすい仕組みがある。再雇用制度の採り入れ・県及び県社協の退職金制度への加入・職員旅行時の補助・半日単位有給制度・柔軟な勤務体制等を職員の希望により採り入れ、総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。基準を上回る人員配置に努め、福利厚生、ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、働きやすい職場づくりに努めている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度の階層別考課シートで、組織として期待する職員像を明確にし、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。年2回の個別面談を通じて、グループと職員一人ひとりの目標を設定している。目標期限を半期ごととし、評価項目・評価基準は明確にされた適切なものとなっている。半期ごとに考課シートに基づいてフィードバック面談を行い、上位者と相互に目標に対する達成度の確認を行って、次の目標設定に反映させている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>研修計画に期待する職員像を明示している。運営規定に、介護支援専門員・生活相談員等、組織が職員に必要とされる専門資格を明示している。施設内研修は概ね計画通りに実施し、研修報告書・研修資料・研修参加者名簿を保管管理している。研修に参加できなかった職員には、部署ごとに資料配布を行い周知している。外部研修受講については、「研修実績一覧表」に日時・研修名・参加者等を記載し保管管理している。研修後には参加者にアンケートを実施し、研修を実施する各担当委員会が、意見・感想・成果等の分析を行い、計画・研修内容・カリキュラムの評価、見直しを定期的に行っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員名簿一覧を毎月更新し、取得資格・経験年数等を明確にしている。新任職員は、法人で新人指導マニュアルに沿って研修を実施し、配属後は、「新人職員到達度チェックリスト」で自己評価・評価者評価を行い習熟度を確認している。施設内研修や県老協の外部研修を受講し、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修に取り組んでいる。外部研修案内は基本的に主任会議で伝達し、専門職種が限定されるような研修は、当該部署に回覧し受講を支援している。組織が必要とする外部研修参加については、出張扱いとし旅費規程で参加支援を明確にしている。外部研修について「個別研修管理表」を作成し、研修機会の公平性確保に配慮している。施設内研修は、パート職員も参加できるようシフト調整等に努めている。組織に必要な資格取得を支援するとともに、給与規定で資格取得時の手当を規定している。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>教員免許取得と法人が実施している介護職員初任者研修の実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルを策定し、専門職の教育・育成に関する基本姿勢・目的を明文化している。受け入れは生活相談員が行い、マニュアルにオリエンテーション内容・手順・留意事項等を定め、個人情報保護規定に関する誓約書を取り入れている。介護職員初任者研修は、当該事業所で実習できるようにプログラム（日課表）を準備している。養成校から実習要請があれば、養成校のカリキュラムに沿って実習を行う仕組みがある。実習担当職員は、マニュアル・カリキュラムを理解し実習生指導にあたっている。介護職員初任者研修について、実施主体である当法人から継続的に情報提供を受けている。教員免許取得実習生については、学校と連携して実施し、実習報告書を提出している。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページで、理念・基本方針・決算報告・サービス内容等を公表している。事業計画・事業報告は施設玄関に設置して公開している。第三者評価受審結果はWAMネットで公表している。苦情相談体制は重要事項説明書抜粋を、玄関に掲示している。広報誌に、理念・基本方針、事業所で行っている活動等を適宜掲載し、行政・居宅事業所・医療機関等への設置、運営推進会議での配布等を通して、広く情報提供を行っている。</p> <p>苦情・相談の内容・対応について、運営推進会議で報告・説明し議事録に記載している。運営推進会議議事録の公開等により、苦情・相談にもとづく改善・対応の状況について公表することが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>経理規定・決裁規程等法人諸規定に事務・経理・取引等に関するルールを明確にし、職務分掌に権限・責任を明確にし、事務所内に設置し職員に周知している。法人として、会計事務所・弁護士・社会保険労務士等外部の専門家と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、幹部運営委員会で報告されている。財務内容等について、監事が定期的に監査を行って、ホームページで監査結果を公表している。法人本部が、システム内で経理、取引等について内部監査を実施している。事業・財務等に関するチェックを外部の専門家に委託し、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、幹部運営委員会で経営改善に取り組んでいる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を、また、施設長方針で「地域公益活動の推進」を掲げ、地域との関わり方について基本的な方針を明確にしている。市の広報誌を利用者が手に取りやすいように各ユニットに設置している。敬老会参加案内を地域から受け、対象者への案内と希望に応じて参加を支援している。ケーブルテレビ受信により、地域の情報を提供している。地域高校生の支援を受けショッピングや、地域のまつりに出かけている。夏祭り開催時には、大学生ボランティアの支援を受けている。小学校運動会、敬老会、文化展等の見学・参加、また、事業所での餅つき会・夏祭り時の地域住民や大学生ボランティアの参加、保育園児・地域老人会の来訪等、地域の人々との交流の機会を定期的に設けている。美容院、買い物、家族にも同行を依頼しての夕食等は地域の店、通院は地域の医療機関等地域における社会資源を利用するよう推奨している。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>園芸・音楽療法、書道、手芸、歌・カラオケ、市のポイント制度を利用した会員の活動受け入れ等、各種ボランティアが来訪しており、施設の夏祭りには近隣大学生ボランティアの協力を得ている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、「理念の理解、交流機会の確保」という基本姿勢を明示している。マニュアルで、受け入れ時の手順、流れ、注意事項等を明確にしている。初回受け入れ時にはオリエンテーションを行い、ボランティアへ注意事項等を説明している。守秘義務についても説明し、誓約書欄に記入を依頼している。ボランティア受け入れについて契約時に利用者・家族等に説明を行い、口頭で了承を得ている。高校生のサマーチャレンジ・中学生のトライやるウィークの受け入れ、中学校の授業の中で介護技術等に関する講義等を行う等、学校教育への協力を行っている。</p> <p>マニュアルに学校教育等への協力基本姿勢については明文化することが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>行政機関・介護タクシー・病院・警察署等、社会資源を明示したリストや淡路地域福祉サポートマップを事務室、公衆電話設置場所等に設置し、職員間でも情報共有している。施設内の会議や委員会でも、情報共有している。淡路ブロック老人福祉事業協会の施設長会・栄養士会、地域ケア会議、給食施設連絡協議会・市の食の自立支援事業会議等、関係機関・団体との定期的な連絡会に参加している。給食施設会の研修・訓練、地域ケア会議等に参加し、共通の課題に対して検討や情報共有を図り、協働して解決に向け取り組んでいる。在介として地域ケア会議に参加し、認知症の徘徊問題等で地域でのネットワーク化に取り組んでいる。公的支援が受けられない人への支援に向け、地域の社会福祉法人でネットワーク化に取り組んでいる。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の夏祭りに地域の人を招待し、また、地域の老人会来訪時や地域活動のギャラリーとして事業所の交流スペースを提供して、地域住民との交流を行っている。社会福祉協議会と連携して、認知症サポーター養成講座を地域住民等を対象に実施している。県事業として、介護技術講習会を開催している。大学生・中学生を対象に、福祉用具の使用法等を指導している。ギャラリーとしてスペースの提供、100歳体操等で支援活動を行っている。市と災害時の福祉避難所の協定を結び、水・食料の備蓄を行う等、災害時の地域における役割について確認している。市の防災訓練に参加し、連携・ネットワーク化に取り組んでいる。地域の祭りや行事に協賛を行い、地域の活性化等に協力している。</p>		

27	Ⅱ-4-(3)-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 ・ c
<p><コメント></p> <p>地域サポート型施設として、移送サービス等地域のニーズの把握に努め、法人として自費事業として実施している。民生委員も参加している運営推進会議で地域の福祉ニーズの把握に努めている。在介職員が参加している地域ケア会議で相談があれば対応している。地域からの介護相談に、相談員が窓口となり対応している。社協と連携しての地域サポート型サービスや、民生委員等との連携に基づく、配食サービス等ニーズ等の把握に努めている。食の自立支援事業・配食サービスで、相談支援、安否確認等を行っている。食の自立支援事業への取り組みを中期事業計画で明示し展開している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重する姿勢を、基本理念・基本方針、倫理綱領、介護マニュアル等に明示し、職員の理解と実践に取り組んでいる。年間計画をもとに毎月施設内研修を実施し、利用者尊重や人権への配慮について学ぶ機会を設けている。毎月、身体拘束0推進委員会を開催し、利用者尊重や基本的人権について、状況の把握・評価等を行い必要な対応を図っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアル・拘束廃止マニュアルを整備し、施設内研修計画に採り入れて、毎年研修を実施している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等については、上記マニュアルや就業規則に明示されている。プライバシー保護や権利擁護についての取り組みは、契約書や重要事項説明書に記載して、利用者・家族に周知している。毎月の身体拘束0推進委員会で振り返りを行いながら、マニュアルにもとづいたサービス実施に取り組んでいる。利用者のこれまでの生活環境の延長で暮らすことができるように環境を整え環境の変化を最小限にするように努めている。居室で過ごす際にはドアを閉めてプライバシーに配慮するほか、安全確保のための見守りが必要な方については暖簾などでプライバシー確保を行うようにしている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>パンフレット・サービス案内・広報誌を、関係機関や公共施設に配置し、居宅介護支援事業所にも配布し、広く情報提供している。施設を紹介する資料は言葉遣い・写真・絵・図の使用等、わかりやすく工夫されており、適宜見直しを実施している。利用希望者には、個別に丁寧な説明を行い、見学や体験利用にも対応している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>契約時は、契約書・重要事項説明書に沿って説明し、文書で同意を得ている。説明に際しては、料金表・パンフレット・広報誌・写真など資料を提示しながら、質問や理解を確認しながら、わかりやすい説明に努めている。家族・代理人等の同席を依頼し、適正な説明・運用が図れるように取り組んでいる。</p>		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>サービス内容の変更・サービスの終了の際は、重要事項説明書の条項に沿って支援している。他施設や医療機関への移行の際は、引継ぎ文書で要請された情報提供を行っている。サービス終了後の相談などの窓口を生活相談員とし、口頭で説明している。サービスの利用終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡すことが望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>年に1回利用者満足度調査を実施している。食事の嗜好調査や行事後のアンケートも実施している。6ヶ月毎に、個別のケアカンファレンスに、利用者・家族の出席を依頼し、満足度の把握にも努めている。年2回家族会を開催し、施設長・各職種の職員が参加し、意見・情報交換を行っている。利用者満足に関する担当者を生活相談員とし、責任者会議の中で検討会議を行っている。「接遇研修」を実施する等、アンケート結果をもとに、具体的な改善を行っている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>解決責任者、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、重要事項説明書に記載し配布している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物を施設の入り口に掲示している。「ご意見箱」の設置、アンケートの実施等、利用者・家族が苦情を申し出しやすいように工夫している。苦情内容は、ケース記録に受付・解決・フィードバックを記録する仕組みがある。各ユニットで収集した苦情事例を、事故防止検討委員会で報告して検討し、サービス質向上につなげる仕組みがある。苦情内容・解決結果等を、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表する仕組みを検討中である。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>苦情と共に、意見・相談の受付と流れについてわかりやすく表わしたフローチャートを作成し、施設の入り口に掲示している。相談室があり、相談しやすい環境に配慮している。</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></p> <p>「苦情・相談受付マニュアル」を整備し、法人のケア業務委員会で、毎年見直しを行い、各施設・事業所に対応している。ユニットケアのため、日々の関わりの中で職員が積極的にコミュニケーションをとり、意見・相談等を話しやすいように配慮している。意見箱の設置・満足度調査・食事の嗜好調査・行事後アンケート等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。意見・相談内容や対応については、ケース記録・申し送りノートで共有し、迅速な対応に努めている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントの責任者を施設長とし、事故防止検討委員会を設置し体制を整備している。「緊急時対応マニュアル」に事故対応についても記載があり、対応手順をフローチャートで示している。インシデント・アクシデント事例があれば、インシデント・アクシデントレポートを作成し、ミーティングでユニット内で迅速な共有と再発防止に努めている。毎月の事故防止検討委員会・責任者会議でも共有し、再発防止策の実効性を振り返っている。施設内研修で緊急時対応に関する研修を実施したり、外部研修でリスクマネジメント研修に参加する等、計画的に研修機会を設けている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>感染対策管理者を施設長とし、衛生管理感染症対策委員会を設置して管理体制を整備している。「感染症・食中毒に対する予防・発生対応についてのマニュアル」が整備され、毎年委員会が見直しを行っている。施設内研修で、「感染症対応マニュアルの実践」研修を実施し、マニュアルの周知に取り組み、参加できなかった職員には議事録回覧で周知を図っている。居室の清掃チェック表、温湿度チェック表、職員の体調チェック表等で感染症予防に努めている。インフルエンザなど、感染症の発症がある場合には、基本的には居室で過ごしてもらい蔓延防止に努めている。</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している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>施設全体の防災マニュアルに、災害時の対応体制を明確にしている。職員の緊急連絡網により、安否確認を行うこととしている。県の栄養士が毎年1回、食料や備品類の備蓄リストを作成し、責任者である施設長のもと、施設の管理栄養士が月1回、賞味期限を確認して管理している。防災計画を整備し、夜間・昼間想定の大規模火災訓練を年各1回、災害訓練を年1回施設合同で実施し、昼間想定の大規模火災訓練には消防署の立ち合いもあった。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルに、サービスの標準的な実施方法を文書化し、利用者尊重やプライバシー保護についても明示している。マニュアルに沿って、法人の新人研修を行っている。グループ会議で、計画に沿ってマニュアルに基づいた介護技術研修を行い、継続的に職員に周知を図っている。正規職員は、人事考課の専門要素評価表に詳細な項目を設け、実施状況を確認する仕組みがある。準正規職員などは、介護主任・ユニットリーダーが必要に応じて指導を行ったり、定期的な個人面談で確認する仕組みがある。</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。	○a · b · c
<p><コメント></p> <p>年に1回、法人内のケア業務委員会で介護マニュアルの見直しを行い、各施設に伝達する仕組みがある。グループ会議の介護技術研修の中で、マニュアルの内容についての検証を行っている。委員会に出席した委員が、そこでの職員の意見を集約して検討している。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画の策定責任者を、施設長としている。「個人台帳」・「ADL評価表」・家族記入の「自叙伝」・他事業所からの情報提供をもとに初回の計画を作成している。計画の更新の際は、各職種の関係職員と家族でカンファレンスを実施し、その内容から課題分析を行っている。利用者個々のニーズを、施設サービス計画書のニーズ欄に明示している。日々の「実施モニタリング表」と毎月の「評価表」により、計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。支援困難な事例については、対応方法をカンファレンスで検討し、施設サービス計画に位置付けて統一した支援を行い、対応・支援の経過を記録し、カンファレンスや内容に応じて委員会などで検討しながら支援に取り組んでいる。</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。	○a · b · c
<p><コメント></p> <p>定期的には6ヶ月毎に計画の見直しを行っている。見直しの際は、「ADL評価表」による再アセスメント、「評価票」によるモニタリング・評価、カンファレンス、課題分析をもとに行っている。見直した計画を配布すると共に、日々の「実施モニタリング表」にも記載して周知を図っている。緊急に変更する必要性が生じた場合は、介護支援専門員に報告し見直しを実施し、変更した計画に新たなニーズを明示している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況等を、「利用者基本情報」「ADL評価表」等によって把握し記録している。「ケース記録」に計画のニーズ番号を付記し、日々「実施モニタリング表」に記録することで、計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。記録の書き方については、マニュアルを整備すると共に、介護主任が添削し随時指導を行っている。ユニット介護日誌・申し送りノート・ユニット会議（毎月）・ミーティング（毎日）・パソコンのシステムで情報共有を行っている。議事録・申し送り資料等の回覧は回覧印で周知を確認している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人の個人情報保護規程・文書管理規定に、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適正な利用や漏えいに対する対応・管理責任者等に関する規定を定めている。施設内研修で「個人情報・プライバシー」研修を実施している。入職時に個人情報・守秘義務についての説明を受け、誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し、同意を得ている。		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-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。（特養）	Ⓐ ・ b ・ c
A①	A-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。（養護、軽費）	a ・ b ・ c
A②	A-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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

<p>利用者の心身の状況と暮らしの意向等を、「利用者基本情報」「自叙伝」「ADL評価表」をもとに把握し、それらの情報をもとに「施設サービス計画書」「日課計画表」を作成し、利用者個々に応じた生活となるよう支援している。定期的なモニタリングとカンファレンスで、利用者に応じた生活になっているかを検討する仕組みがある。計画の中に自立支援や活動の動機づけについての記載がある。書道クラブ・音楽療法・園芸療法・作業療法等が定期的実施され、体操・おやつ作り・ゲーム等の集団レク、塗り絵・折り紙等の個人レク等、複数のメニューを実施している。買い物・喫茶・地域のお祭り・運動会・文化祭・老人会・大衆演劇・銭湯等、外出して社会参加の機会作りにも努めている。おしぼりたたみ・洗濯物たたみ・下膳・水やり等、日常生活の中で役割が持てるように支援している。利用者個々に「日課計画表」を作成し、利用者の心身の状況を考慮して日中活動に参加できるよう配慮している。</p> <p>「ADL評価」で利用者個々のコミュニケーション能力・特記事項を把握し、留意点は施設サービス計画書に明示して支援している。「コミュニケーションマニュアル」を整備し、各種研修の中でも言葉遣いや接し方等について継続的に学ぶ機会を設けている。筆談・片側から話しかける等、必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。配席に配慮したり、個別に介助を行う場面で職員が会話を引き出す等、会話が不足している利用者には特に配慮している。また、利用者担当の職員を設置し個別の対応にも努めている。</p>

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a ・ b ・ c

特記事項

権利擁護に関する研修を計画的・継続的に実施し、委員会を定期的で開催し、入浴時にはボディチェックを行って記録し、夜勤職員配置加算をとって夜勤帯の介護体制を充実させる等、権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、「身体拘束〇推進委員会」を毎月開催し、身体拘束の防止・解除に向けて取り組む仕組みがある。虐待防止マニュアルに、「虐待を発見した時の対応」として、行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。
権利侵害防止について利用者にも理解・周知を図る取り組みが望まれる。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	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 ・ b ・ c

特記事項

各ユニットとも清掃、整理整頓が行き届き、生活感が感じられる雰囲気が保たれている。9時・15時の温湿度チェック・換気を行い、温湿度表に夏場・冬場で快適な温湿度を明示して、快適な環境整備に取り組んでいる。車いすに座って共有スペースで過ごされている方には、足を伸ばして過ごすことができるようにソファの配置・利用ができるように配慮している。テレビを設置して、自由に視聴できるようにしている。利用者満足度調査に居室・フロア環境についての項目を設け、利用者の意向を把握し、利用者の意向を尊重し快適に過ごせるよう取り組んでいる。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	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 ・ b ・ c
A⑥	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A⑦	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 ・ b ・ c
A⑧	A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	a ・ b ・ c
A⑨	A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a ・ b ・ c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

利用者の身体状況に応じた入浴形態や方法を、「日常生活動作能力調査」の入浴の項目や「入浴名簿」に明示し、必要に応じて「施設サービス計画書」に位置づけ、職員が統一した支援を行えるようにしている。安全で快適な入浴のために、身体状況の変化等について日々のミーティングで検討し、迅速に対応している。檜の個浴・リフト浴・機械浴などの種類が用意され、身体状況に合わせた入浴の支援を行っている。入浴誘導から脱衣・入浴・終了まで個別に行われ、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮している。自力で入浴できる利用者でも、マンツーマンで見守りを行い安全な入浴支援している。入浴を拒否される利用者には、時間や曜日を適宜変更したり声かけを工夫して対応している。入浴日にはバイタルチェックを行い、チェック表を看護師が確認し、入浴可否判断を行っている。浴室では介護椅子・滑り止めマット・浴槽台等の福祉用具を設置し事故防止に努めている。入浴日や入浴順は、利用者の心身の状況に応じて適宜変更し、週2回の入浴が確保できるように取り組んでいる。

「日常生活動作能力調査」で利用者個々の自立度や排泄用品等を把握し、「排泄表」で排泄状況や排泄パターンを把握し、利用者個々に応じた支援を行っている。排泄物の状態を観察し、気づきがあれば看護師に報告している。看護師も「排泄表」で排泄状況を確認し、健康状態の確認や、自然な排泄を促す取り組み、また、必要に応じて排便コントロールを行っている。トイレを清潔に環境整備し、L字バー・U字バーの設置・必要な場合は二人介助で対応する等、安全に快適に使用できるように取り組んでいる。誘導時の声かけや見守り方法等、プライバシーや羞恥心への配慮の周知を図っている。理学療法士の意見も取り入れADLの維持向上に取り組む、排泄の自立に向けて支援している。利用者の心身の状況に合わせた介助方法や排泄用品の使用については、ミーティングやカンファレンスで検討し、見直しを行っている。

「日常生活動作能力調査表」で自立度・残存能力を把握し、現状に適した福祉用具の使用により、安全に、できるだけ自力で移動できるように支援している。定期的には6ヶ月毎のカンファレンスで、理学療法士等各職種の意見を集約し、利用者の心身の状況に適した、移動方法・福祉用具・介助方法を検討し、安全な移動、移動の自立に向けて取り組んでいる。急な変化があった場合は、随時見直しを行っている。各フロアは広く、バリアフリーになっており、整理整頓され、テーブルや椅子の配置にも配慮し、安全に移動しやすい環境が整備されている。

更衣の際は、利用者持参の衣類の中から、可能な場合は利用者の意向に沿って選択している。必要に応じて、家族からの情報を参考にしながら職員が介入して支援している。衣替えは、家族の協力を得ながら、担当職員と家族が連携して年2回行っている。衣類の購入については、基本的には家族に依頼しているが、必要があれば、ショッピングの機会に購入したり、職員が購入する場合もある。

整容については、可能な場合は髪型や化粧の仕方等を利用者の意思で決め、必要に応じて職員が支援している。月に1回、訪問理美容サービスが受けられる機会があり、契約時に説明している。訪問日やサービス内容を記載したポスターで情報提供している。理美容申し込み表で、カット・パーマ・毛染め・顔そりの選択、また、希望のスタイルの記入も行える仕組みがある。家族が同行して馴染みの理美容院を利用する場合もあり、希望に応じて送迎の支援をしている。

全室個室で、夜間についても、個々の希望に沿った生活環境が確保されている。「睡眠マニュアル」が整備され、睡眠障害・日中や夕方への過ごし方・夕食後から就寝前の過ごし方・不眠時の対応について、具体的な例を挙げて明示している。おむつ交換については、皮膚状態を保持しながら6時間の睡眠時間が確保できる排泄用品を使用し、安眠に配慮している。寝具は私物の持ち込みは可能となっている。不眠時も個室になっており、同室者への影響は無く、職員が個別に対応している。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ ・ b ・ c
A⑫	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。	Ⓐ ・ b ・ c
A⑬	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

毎年、食事についての満足度調査を行い、その結果をもとに給食委員会で検討し、献立・味付け・提供方法等に反映している。献立に季節感や行事食を採り入れ、見た目や彩りにも細やかな心遣いがあり、食事を美味しく楽しめるように取り組んでいる。食事のスペースで落ち着いて食事ができるように配慮し、配席も考慮し、環境と雰囲気づくりに配慮している。施設の給食センターの衛生管理体制を確立し、マニュアルに基づいた衛生管理を行っている。朝食は洋食・和食の選択ができるよう工夫している。

「日常生活動作能力調査表」で利用者個々の食事の自立度・食事形態・栄養状態を把握し、利用者個々の状況に応じた食事を提供している。残存能力を活用して、自身のペースで可能な限り自立摂取を支援し、心身の負担に配慮し適切に介助できるように努めている。食事形態や介助方法は、定期的にはカンファレンスで、緊急の場合はミーティングで検討・見直しを行っている。とろみ・きざみ・極きざみ・ゼリー食・高栄養流動食等、個々の状態に応じた食事形態での提供と、個別の食事介助方法等により、経口での食事摂取ができるように支援している。食事の事故について、毎年実施する法人の救急蘇生の研修で学ぶ機会を持っている。

個別の食事・水分の摂取量を、「食事統計一覧表」「水分摂取量統計一覧表」で把握・記録し、極端な食事量の低下がある場合は看護師とも連携し対応している。「栄養計画」を作成し、栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングを3ヶ月毎に実施している。毎食事前にお茶ゼリーで嚥下の状態を確認してから食事摂取を行い、誤嚥の防止に取り組んでいる。また、リハビリ体操時に、口腔体操を行っている。食後には必ず口腔ケアを実施し、口腔内のチェックと清潔の保持に努めている。口腔リハビリについて、言語聴覚療法士の外部講師を招いて研修を行い、口腔ケアの実施方法や必要性等を学ぶ機会を持ち、利用者の状況に応じた口腔ケアが実践できるように取り組んでいる。機能訓練計画書に口腔・嚥下機能について計画を作成し、計画に基づいたリハビリ実施プログラムに沿って実施し、日々の実施状況を「リハビリ実施プログラムと実施状況」に記録している。計画書作成時には機能訓練指導員だけでなく、理学療法士など専門職の意見や助言も反映している。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

「褥瘡対応指針」「褥瘡・体位変換マニュアル」を整備し、褥瘡予防について標準的な実施方法を明示している。褥瘡対策委員会を2か月に1回開催し、褥瘡対応指針・発生のメカニズムなどを研修し、職員に周知を図っている。機能訓練指導員が中心となり、リハビリ委員会でポジショニングの研修を行っている。現在褥瘡の発症者はいない。褥瘡が発症した場合は看護師に報告し、写真などで発症状況・経過を分かりやすく記録して情報共有し、多職種で協働して早期治療に向けたケアを行っている。食事の摂取状況から低栄養のある利用者に対して栄養ケア計画に位置付け、栄養士と相談して、補助栄養食品で食事面からの褥瘡予防の取り組んでいる。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A15	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。	a ・ b ・ c

特記事項

喀痰吸引・経管栄養についてのマニュアルを整備し、管理体制・実施手順を明示している。介護職員による痰吸引に係る研修を法人内で実施し、介護職員が吸引できる環境を整備している。実施研修を年間3～4名実施し、これまでに喀痰吸引実施できる職員の配置ができています。医師の吸引の指示を受け、施設サービス計画に位置づけ、家族の同意を得て実施している。適宜看護師からの指導・助言を受け、安全な管理体制を整備している。今後も、職員研修や職員の個別指導を定期的に行われることが望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A16	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 ・ b ・ c

特記事項

利用者個々に「機能訓練計画」を作成し、生活の維持や介護予防の支援に取り組んでいる。看護師が機能訓練指導員としてリハビリテーションを実施し、月に1回法人の理学療法士の訪問を受けリハビリ評価を受けている。生活動作の中での自立支援や、体操・レクリエーション・園芸療法・音楽療法・家事参加等、日々の生活の中で機能訓練や介護予防活動につなげられるように支援している。「機能訓練計画」にもとづいた実施は、実施状況表とケース記録に記録し、定期的な評価・見直しを行っている。判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見に努め、看護師が医師・医療機関と連携し必要な対応を行っている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A17	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

利用者個々のADL・IADL・生活歴等について、「フェイスシート」「ADL評価票」で把握し、「日常生活動作能力調査表」やHDS-R・MMSEの点数で継続的に再アセスメントしている。対応についての留意点を施設サービス計画書等で共有し、受容な対応を行い、ケース記録に観察や対応状況を記録している。各ユニットの共用空間は明るく広く、閉塞感がなく開放的であり、整理整頓が行き届き、安全で落ち着ける環境とになっている。音楽療法・園芸療法・集団レクリエーション・個人レクリエーション等、利用者個々の症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。主に看護師が医師に伝達し、カンファレンス・ミーティング等で関係職員との連携して行動・心理症状について分析を行い、支援内容を検討している。認知症の医療・ケア等について、最新の知識・情報を得られる研修の実施が望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	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 · b · c

特記事項

<p>「緊急時等対応マニュアル」を整備し、利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を明確にしている。「観察マニュアル」に沿って、日々の健康確認と健康状態の記録を行っている。バイタルサイン・状態報告の目安・意識レベルの低下など看護師への報告の基準判断を明確にしている。施設内研修の中で、「薬の知識について」「緊急時対応について」の研修が継続的に行われている。医薬品は医務室で保管管理している。「服薬管理マニュアル」を整備し、「服薬手順フロー」で服薬管理の流れ、対応が明確にされている。看護師が薬を確認してセットし、介護職が服薬前に再度確認し、看護師がダブルチェックし介護職も捺印し、適切に服薬介助を行う仕組みがある。</p>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑲	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 · b · c

特記事項

<p>看取りの手順を明確にし、「看取りに関する指針」を明文化している。入居時に指針について説明し、同意を得ている。状態の変化があり、医師から看取りの時期との判断があれば、医師が家族に説明を行い、看取り介護についての介護計画を策定し、説明を行い同意を得ている。同意書の中で、看取りに関しての詳細な意向が確認されている。施設内研修で「看取りの事例報告・研修」を実施している。看取り後には、グループ会議で振り返りを行い、担当職員等関係者の精神的な支援を行っている。医師・看護師・介護職等が職種間の役割や連携を含め、看取り体制を整備し連携体制を整備している。</p>		
---	--	--

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑳	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 · b · c

特記事項

<p>利用者の状況の報告は、家族の面会時、定期的には、6カ月毎の担当者会議で行い、変化があった時は随時、主に電話で迅速に状況を報告している。緊急連絡先を複数把握し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう工夫している。サービス内容の説明・要望・相談の把握は、定期的には6カ月毎の担当者会議で行い、内容については、議事録・ケース記録に記録している。夏祭り・クリスマス会・家族会（年2回）等の施設内の行事や外出行事については、家族に日程を案内し参加を勧め、利用者と家族がつながりを持てる機会づくりに努めている。</p>		
---	--	--

A-5 その他

		第三者評価結果
A①	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	○a · b · c
A②	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	○a · b · c
A③	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	○a · b · c

特記事項

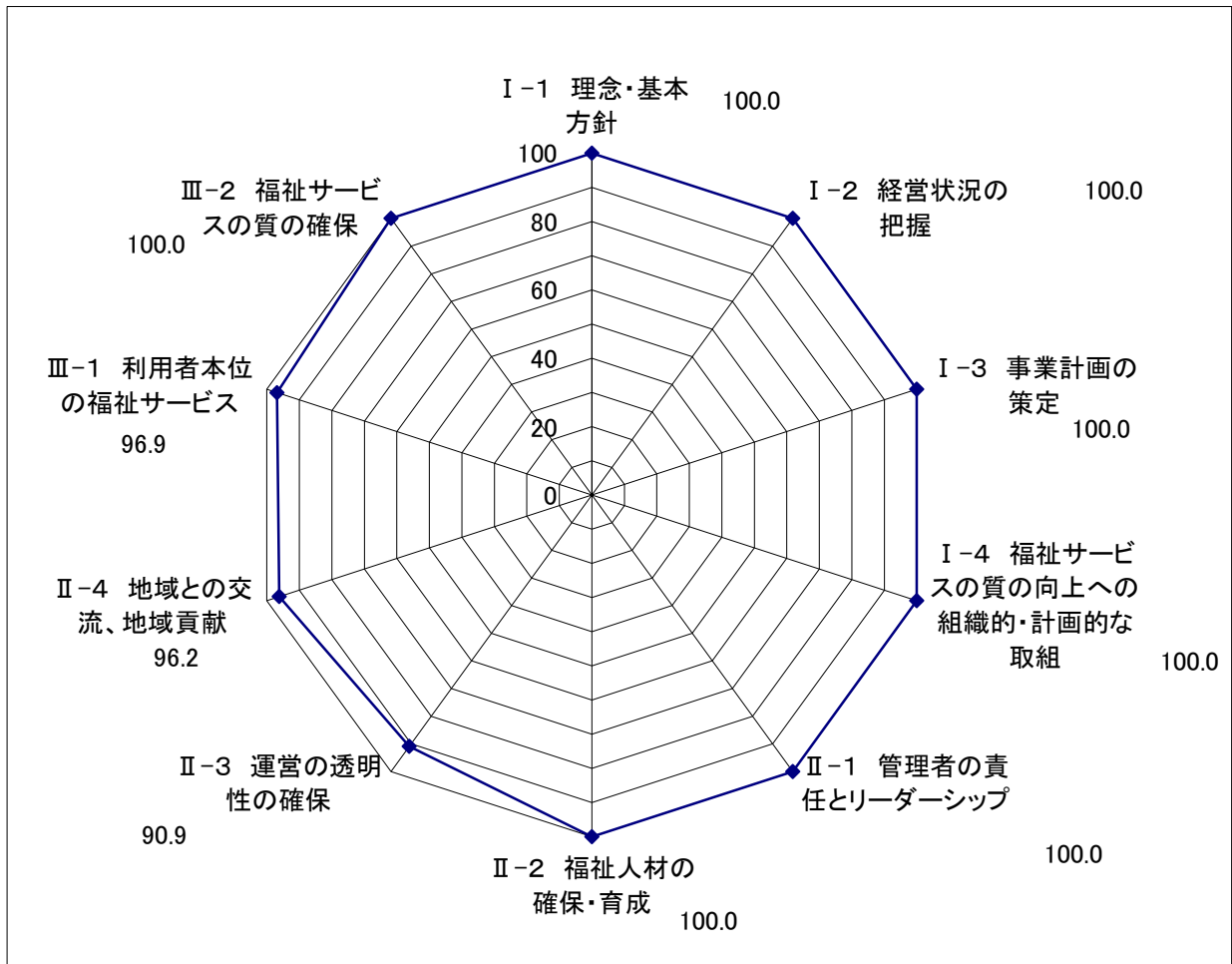
施設の外出行事や個別外出には職員が同行して支援し、ショッピングには高校生ボランティアも同行し外出を支援している。市の広報誌の設置やチラシの掲示で、地域のイベント情報を利用者に提供し、希望があれば参加するように取り組んでいる。外出時には、1対1で対応できるように職員を配置し、外出の安全確保と不測の事態に備えている。

施設の公衆電話・ユニット内の電話の使用、携帯電話の持ち込み等、希望があればいつでも電話を利用できる環境がある。郵便物は事務所に届き個人に手渡されている。ハガキ・封筒・切手等を事務所で準備し、発送についても事務所で対応し、いつでも郵送できるように支援している。郵便や電話などの利用時のプライバシーにも配慮している。

希望に応じて、新聞・雑誌を個人購買に対応している。テレビやラジオの持ち込みは自由である。施設が共同購入している新聞・雑誌が設置され、希望者が自由に閲覧している。設置されたテレビを共同利用し、必要に応じて予備のテレビを使うことも可能で、トラブルなく利用できている。

I ~ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	17	100.0
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	9	100.0
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	38	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	62	96.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	31	100.0
合 計	227	223	98.2



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	21	20	95.2
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	96	94	97.9
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	134	131	97.8

合計(I～Ⅲ+A)	361	354	98.1
-----------	-----	-----	------

