

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：	介護老人保健施設サンライズ	種別：	介護老人保健施設
代表者氏名：	石島 周	定員（利用者人数）：	100 名
所在地：	兵庫県加古郡稲美町国安1237		
TEL	079-496-5211	ホームページ：	<a href="http://www.hoshikai.or.jp">http://www.hoshikai.or.jp</a>
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	1997年7月1日		
経営法人・設置主体（法人名）：	医療法人社団奉志会		
職員数	常勤職員： 58 名	非常勤職員：	30 名
専門職員	(専門職の名称) 医師1 名	言語聴覚士	2
	理学療法士 6	管理栄養士	1
	作業療法士 3	看護師	13.6
施設・設備の概要	(居室数) 個室10 二人部屋1 四人部屋22	(設備等)	ベッド・小灯台
	その他1人部屋1 2人部屋2 合計36		カーテン

③理念・基本方針

- (理念) ・その人らしさを支援していきます。  
 ・在宅生活を総合的にサポートしていきます。  
 ・身体拘束廃止に努めます。  
 ・健康な状態を維持できるよう努めます。  
 ・地域のニーズに応える努力を行います。

(基本方針) 要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、看護・医学的管理の下で介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営む事が出来るようにし、利用者の居宅における生活への復帰を目的とする。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・医療ニーズの高い方でも積極的に受け入れている。
- ・ショートステイ利用の方でも土曜・日曜・祝日のリハビリ提供を実施している。
- ・法人内に多様なサービスがあり、連携もよくスピーディな対応が可能で介護分野に関する様々な提案が可能である。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 9 月 26 日 (契約日) ~ 平成 29 年 3 月 1 日 (評価結果確定日)
評価受審日	平成28年11月25日・平成29年1月18日
受審回数	初 回

## ⑥総評

## ◇特に評価の高い点

## 組織の運営管理

法人で各種規定を整備し人事・労務・財務管理を行い、定期的なエリア会議で事業計画の進捗を確認しながら、運営管理に取り組んでいる。事故防止リスクマネジメント・身体拘束廃止・感染予防対策・給食・接遇・苦情対策等、各種委員会を設置し、定期的な開催によりサービスの質の向上に取り組んでいる。特に、接遇委員会では「接遇ルールブック」を作成し、利用者尊重のための行動指針を明示し、施設内勉強会を通して職員が理解し実践するための取り組みを行っている。接遇コンサルタントによるラウンドを実施し状況の把握を行い、接遇委員会で評価を伝え課題があれば委員会で検討し改善に取り組んでいる。

## 人材育成体制

人事考課制度を採り入れ、階層に応じて目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。法人内新人研修・階層別法人共通研修・施設内研修・外部研修が、計画的に実施され、職員の資質向上に取り組んでいる。研修委員会が設置され、各種委員会や専門職種が担当し、充実した内容で施設内研修が実施されている。また、OJTを実施し、スキルアップ確認シートで習熟度を確認する仕組みもある。キャリアパス制度で昇格のための資格要件を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。

## 自立支援に向けた取り組み

利用者・家族の意向や心身の状況・生活習慣などを把握し、一人ひとりに応じた生活になるように支援している。個々の施設サービス計画書に自立支援を位置づけ、またリハビリ体操を日課に取り入れフロアで実施し、音楽療法・カラオケ等、個々の自立支援に取り組んでいる。囲碁・カラオケ等利用者の趣味を取り入れ複数のメニューを設け、日中活動に参加し、生活に楽しみが持てるように支援している。お花見・夏祭り・敬老会・餅つき等季節行事を活動委員会が計画し、利用者が季節感を感じ生活に潤いを持たせている。買い物・家族との外食・花火大会・体育祭・文化祭等、地域行事に参加している。食事・入浴・排泄・整容についても生活リハビリを重視し、個人に応じた離床時間を把握し、寝たきり予防を支援している。言語聴覚士が個別の嚥下・咀嚼状態を把握し、状態に応じた食事形態・ペース・姿勢などを助言し、食事摂取に問題がある場合は主として看護師が1対1で食事介助を行い、安全に食事摂取ができるよう支援するなど、専門職種が連携を密にし個別支援に取り組んでいる。

## ◇改善を求められる点

## 中長期計画の策定と事業計画への取り組み

理念の実現に向け、中長期的な目標や課題解決への取り組みを明示した中長期計画を策定することが望まれる。中長期計画をもとに事業計画を策定し、職員に周知し、職員参画の下計画的に取り組む、実施状況を定期的に把握して評価を行い、評価結果に基づいた計画を見直す仕組みづくりが望まれる。また、事業計画の主な内容については、利用者・家族にわかりやすく周知する工夫を期待する。

## サービスの質向上に向けた組織的な取り組み

人事考課制度を導入し、職員個々の自己評価と上位者評価を定期的実施しているが、組織として定められた評価基準に基づいた自己評価を行い、取り組むべき課題を明確にし、職員間で共有し、職員参画のもとで改善計画を策定し取り組む仕組みづくりを期待する。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所サービスから、法人内の中長期計画にかかる内容まで、細かな助言を多々いただき日常業務の中で意識出来ていない項目の重要性を再認識する機会をいただきました。計画書やモニタリング等の書式に関して再度見直しを行い、サービスの質の向上につなげていければと思います。また、利用者様や家族様に対する事業計画の周知の方法等検討すると共にサービスの質の向上の為に職員参画での計画の策定等取り組んでいきたいと思っております。この度はありがとうございました。

## 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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>奉志会哲学・奉志会信条を基にサンライズの施設理念を明文化し、ホームページに掲載し、玄関にも掲示している。奉志会哲学・奉志会信条は、法人の使命や目指す方向を示している。サンライズの施設理念は、職員の行動規範となるような5項目の具体的な内容となっている。入職時のオリエンテーションで説明し、職員への周知が図られている。パンフレットや利用案内に掲載し、契約時に説明するなど、利用者・家族への周知を図る取り組みを期待する。また、スタッフルームなど常に職員の目に触れる場所への掲示や、会議や研修で定期的に振り返る機会を設ける等、理念を周知する継続的な取り組みが望まれる。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>奉志会グループのエリア会議を月に1回開催し、社会福祉事業の動向や地域の各種福祉計画・地域での経営環境や課題に関する情報を把握し分析している。エリア会議には、各事業所から管理者層が参加し、事業所ごとのトレンド表を基にコスト分析や利用者の推移・利用率の分析を行っている。</p>		
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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月に1回開催するエリア会議に各事業所の管理者層が参加し、経営課題や問題点を明確にしている。エリア会議・エリア長会議には法人の理事も参加し、課題について共有している。エリア会議で抽出した課題は、施設の課長会議で事業所の管理者層に、フロア会議で事業所の職員に周知している。経営課題について、事業所で解決や改善に向けての具体的な取り組みを行い、経過を議事録などに記録に残すことが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として中長期的なビジョンに基づいて運営しているが、計画として文書化するには至っていない。 理念の実現に向け、中長期的な目標や課題解決に向けた取り組みを明示した中長期計画を策定することが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画を策定している。事業計画は「収支計画」と「運営計画」からなり、「収支計画」は詳細な項目に分けて、具体的な数値目標を設定している。「運営計画」は、「運営上の課題」「今期目標」「課題解決及び目標達成のための具体的施策」の項目に沿って、具体的な計画策定を行っている。 事業計画は、中長期計画と連動性が明確になることが望まれる。また、「運営上の課題」「今期目標」「課題解決及び目標達成のための具体的施策」の整合性をとることが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画はフロア会議で職員の周知を図っている。「収支計画」については毎月のエリア会議で事業所ごとに状況を把握し評価されている。年度末に、評価にもとづいて事業計画を見直し、次年度の計画に反映している。 事業計画は、職員に周知し、職員参画の下計画的に実施に取り組み、実施状況を定期的に把握して評価を行い、評価結果に基づいた計画の見直す仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の利用者・家族へ周知する取り組みには至っていない。 事業計画の主な内容は、事業所の目標や取り組みを伝えたり、参加を促す観点からも、利用者・家族に周知する仕組みづくりが望まれる。</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
<コメント>  各種委員会を設置し、委員会ごとに目標を設置し、計画的にサービスの質向上に取り組んでいる。委員会の取り組みについては、課長会議で報告し評価する仕組みがある。定められた評価基準に基づいた職員個々の自己評価を年に2回定期的の実施している。職員の自己評価にもとづいて上位者評価を行い、組織として評価結果を分析・検討する仕組みがある。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<コメント>  評価結果に基づき、接遇マニュアルの作成・外部講師による接遇研修等、改善の取り組みを計画的に行っている。 定められた評価基準に基づいた自己評価から、組織として取り組むべき課題を明確にし、職員間で共有し、職員参画のもとで改善計画を策定し、取り組む仕組みづくりを期待する。		

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。	a · b · c
<コメント>  経営・管理に関する方針は、法人としては基本理念に、事業所としては事業計画書の中で明確にしている。「法人規程集」にある「職務権限表」で、管理者の責任や役割を含む職務分掌を文書化し、年度初め課長会議等で表明している。「事故発生時連絡網」フローチャートで、有事の役割・報告・指示ルートを明確にしている。 管理者が、自らの役割と責任について文書化し、組織内の広報誌や事業計画などに表明する取り組みを期待する。		
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。	a · b · c
<コメント>  管理者は、介護関係法令集・法人諸規定等を保管し、法令・既定の理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入、修理時には「稟議規定」に沿って決裁する等、利害関係者と適正な関係維持に取り組んでいる。全国・兵庫県老人保健施設協会等の研修に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。また、法人内の管理者研修に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮も含む幅広い分野についての法令も把握し取り組みを行っている。高齢者虐待防止法・個人情報保護法等について研修を実施し、職員が遵守すべき法令について学ぶ機会を設けている。		

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
<コメント>  リハビリに特化したアンケートも実施し、利用者満足度調査は実施を予定している。調査結果について分析を行っている。接遇苦情対策委員会を設置し、施設内研究発表会、県老人保健施設協会等でQCへの取り組み等を発表している。日々の申し送り・フロア会議等で職員の意見を把握・集約し、課長会議で改善策等の検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人内研修、施設内勉強会を年間計画に沿って実施し、外部研修に参加する機会を設け、サービスの質向上に向け研修の充実を図っている。		
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
<コメント>  毎月、法人本部から、収益・管理費・人件費・稼働率等のデータが提供され、課長会議・エリア会議で事業所ごとに詳細な分析・改善策の検討を行っている。資格・等級に沿った人員配置をエリア会議で決定して行っている。希望する勤務時間調整、コルセット貸与・車通勤のための駐車場の拡大整備等、働きやすい環境整備に努めている。今後、介護ロボットの導入等を検討している。エリア会議・課長会議・フロア会議・申し送り等、組織を通して業務改善、経営改善についての伝達事項を周知している。組織内に、業務改善・経営改善のための各委員会や各会議が構築されており、管理者もそれぞれの活動に参画している。		

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
<コメント>  法人としての人材確保・育成に関する基本的な考え方をホームページ等に掲載している。指定期間以上の専門職等を配置した職員体制を、重要事項説明書や組織図等に明示している。グループ内での適時適切な配置転換、また、法人として、介護職員初任者研修参加や介護福祉士資格取得を奨励する等、計画に基づいた人材の確保や育成が実施されている。学校訪問・ハローワーク・ホームページ・人材派遣会社・求人チラシ配布・職員紹介制度の採り入れ等を活用して採用活動を行っている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント>  法人の理念に沿って、期待する職員像を社訓で明確にしている。人事考課制度を採り入れ、人事考課制度の「等級運用規定」で人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時や変更時に説明会を開催し、規程集を事務所内に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、階層に応じて目標を設定し、半期ごとの自己評価・一次考課・二次考課・管理者のフィードバック面接を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント、他事業者の採用広告、ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談等で把握した意見等をエリア会議に提案し、中途採用者の処遇改善等を実施している。キャリアパス制度で昇格のための資格要件を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。		

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) ・ b ・ c
<コメント>  「職務権限表」「稟議書の回付と決裁権限について」で、人事・労務管理に関する責任体制を明確にしている。時間外勤務については、電子カードで把握し、法人本部へデータを提供して職員の就業状況を管理している。有給については管理者が決裁し、公休残、有給取得状況等を管理している。健康診断・腰痛検査を、定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。法人として、ストレスチェックを実施し、高ストレス者は産業医への相談を勧めている。年2回の定期面接の他、管理者が相談窓口となり日常的に個人面談を行う仕組みを設けている。時間単位有給制度・勤務時間調整等を職員の希望により採り入れている。時間単位有給・柔軟な勤務体制の採り入れ・保育所の設置等を行い、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。基準を上回る人員配置、健康・ワークライフバランスに配慮した取り組み等により、働きやすい職場づくりに努め、職員の離職率は低い。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント>  人事考課制度の仕組みの中で、階層に応じて目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。管理者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。取り組み内容等の目標について、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に繋いでいる。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント>  法人が社訓として明示している3項目の期待する職員像に沿って、組織として期待する職員像を人事考課シートで明確にしている。組織図に、組織が職員に求める理学療法士・看護師・相談員等の専門職種、資格を明示している。法人共通研修を階層別に年間計画に沿って実施している。施設内研修が年間計画に沿って実施され、実施報告書で報告されている。外部研修は出張報告書を作成して、報告会を実施している。報告書を基に、研修委員会が「研修及び報告会連絡表」を作成し、次年度研修計画に反映させている。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント>  法人本部で、専門資格の取得状況、経験年数等を把握し、一括管理している。新任職員には、法人共通研修で「新入職員採用時研修」を実施している。研修後にOJTを実施し、「スキルアップ確認シート」で習熟度を確認している。法人として「階層別法人共通研修計画」を作成して、階層別の研修機会を設けている。職種別には外部研修受講の機会を設けている。外部研修の受講案内は、個別に情報提供を行っている。施設内研修は勤務時間外に実施し、外部研修は事業所として必要な研修は出張扱いとして、それぞれ時間外手当や受講費用の支給等について旅費規程で定めている。外部研修は職歴・経験年数に応じて参加者を指名し、研修受講機会の公平性確保に努めている。		

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。	a ・ (b) ・ c
<コメント>  リハビリ関係の実習生を受け入れているが、マニュアルの作成には至っていない。養成校のプログラムに沿って実習を実施している。養成校とのカリキュラム調整は、担当者間で行っている。養成校とは、事前調整や協議、実習実施中に養成校から巡回指導があり、中間・最終カンファレンスを実施して実習内容の達成状況等を話し合っている。 実習生受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢など必要な項目を明示することが望まれる。また、実習指導に当たる職員に対して研修を行い、適切で効果的な実習を行う体制づくりを期待する。		

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
<コメント>  ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。事業計画・報告、予算決算情報の公開には至っていない。ホームページに、理念・基本方針等を掲載し、パンフレットを地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・病院等に配布している。「サンライズだより」に、運動会等事業所の活動内容等を掲載している。介護教室の案内状を作成し、自治会に配布している。また、iPadも活用して情報提供を行っている。今回の第三者評価の受審結果はWAMNETで公表を予定している。苦情、事相談体制、内容や改善、対応の状況についての公表については、検討中である。		
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
<コメント>  経理規定等法人の諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見ることが出来るよう事務所に設置している。職務権限表で役割、責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタント、顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、エリア会議を通じて課長会議で報告されている。法人及び事業会計状況等について、監事が定期的に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コンサルタントに委託している。定期的に予算等財務等に関する報告・指導を受け、コスト削減等の経営改善に取り組んでいる。		

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
<コメント>  地域とのかかわり方について、法人は「誰もが安心して暮らせる地域づくりに貢献します」を、事業所は「地域のニーズに応える努力を行います」とホームページ等で明確にしている。稲美町広報誌や他市町広報誌等を玄関に設置し、地域行事や福祉情報等を掲示板に掲示している。他部署からの応援支援を得て、地域の花火大会や支援学校の運動会に参加している。保育園児や中学校ブラスバンドが来訪する等、地域と定期的に交流する機会を設けている。誕生日に利用者の希望に沿って買い物に出かけたり、リハビリを目的として個別の外出を支援している。利用者の状況により、医師・看護師の判断で通院介助を行っている。		
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
<コメント>  就業事業所のパン販売・支援学校生による清掃活動・高齢者ボランティア等を受け入れているが、受け入れマニュアルの作成には至っていない。利用者との交流を図る留意点については、学校とは文書でかわし、受け入れ時に説明している。支援学校生・トライやるウィーク等を受け入れ、学校教育への協力を行っている。		
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
<コメント>  病院・居宅介護支援事業所・明石市事業所・ボランティア団体等利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し、データで保管している。職員はいつでもパソコン上で閲覧出来、共有している。事業者連絡会や社会福祉法人連絡協議会、兵庫県老人福祉施設協会、地域ネットワーク会議等に参加し、定期的に連絡会等に参加している。定期的に、関係機関の研修に参加し、共通の課題解決に向け取り組んでいる。町と防災協定を結んでいる。ケアマネージャー主催のサービス担当者会議・地域ネットワーク会議等で連携を図りながら、事業所としての役割を果たすべくネットワーク化に取り組んでいる。		
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
<コメント>  自治会や婦人会等地域住民へ向けた介護教室を開催している。介護教室を始め初任者研修や小学生への職業案内、理学療法士による大学への出前講座等を実施し地域へ参加を呼びかけている。法人内で年間を通して入所相談室を開催し、ホームページでも相談窓口を設け住民が自由に参加できる支援活動を行っている。災害時の福祉避難所として町と協定を結んでいる。「琴池を愛する会」に参加し、定期的な清掃活動への参加や地域行事への協賛等、まちづくりに貢献している。		

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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護教室等開催時に福祉ニーズの把握に努めている。民生委員もメンバーとなっている、ネットワーク会議でサロン活動等のニーズを把握している。また、見学に来所された時にも把握している。介護教室やホームページでの相談窓口等を通じ相談に応じる仕組みがある。居宅介護支援事業所やケースワーカー等と連携しニーズの把握に努めている。把握したニーズから、緊急受け入れ（ショートステイ）や24時間電話による相談受付等を行っているが、事業計画等への明示には至っていない。 地域貢献への取り組みを事業計画に明示して取り組まれることを期待する。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念・施設理念に、利用者尊重を明示し、掲示などにより職員の周知を図っている。「接遇ルールブック」を作成し、利用者尊重のための行動指針を明示し、施設内勉強会を通して職員が理解し実践するための取り組みを行っている。各種介護マニュアルのサービスの標準的な実施方法に、利用者尊重の基本姿勢を明示している。各委員会が担当し、「接遇勉強会」「身体拘束勉強会」「虐待委員会」等の施設内勉強会を実施している。毎月接遇コンサルタントによるラウンドを実施し、状況の把握を行い接遇委員会で評価を伝えている。「スキルアップシート」に自己評価する項目があり、年に2回の自己評価と上位者評価により把握・評価する仕組みがある。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「プライバシーポリシー」「個人情報保護規定」を策定し、各種介護マニュアルにも利用者のプライバシー保護について記載している。「高齢者虐待防止マニュアル」「身体拘束廃止マニュアル」を整備している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等についても、上記マニュアル内に明記されている。マニュアル・規定類を各フロアに設置すると共に、施設内勉強会で職員の周知を図り、規定・マニュアルにもとづいたサービスの実施に努め、「スキルアップシート」等を用い定期的に評価を行っている。 プライバシー保護・権利擁護について重要事項説明書に明記し、契約時に説明し利用者・家族の周知を図っている。</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。	(a) ・ b ・ c
<コメント>  事業所のサービス内容や特性を紹介したパンフレットを、・地域包括支援センター・グループ内施設等に設置している。パンフレットは言葉遣い・写真・図・絵を使用し、わかりやすく工夫されている。利用希望者には、見学やショートステイ利用での体験利用に対応し、説明時には質疑応答を交え個別に丁寧な説明を行っている。ホームページ・パンフレットの内容の見直しは、必要時に法人が行う仕組みである。		
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
<コメント>  利用開始時には、契約書・重要事項説明書・その他資料を用いて説明し、同意を文書で得ている。説明に当たっては、内容に応じた各種資料を作成し、特に、「入所前・入所日・入所中・退所前・退所後」の流れを「利用者様とご家族様へ」という資料にまとめ理解しやすいように工夫している。意思決定が困難な利用者への配慮については、身元引受人を定め適正な説明と運用を図っている。		
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
<コメント>  「利用者様とご家族へ」の「退所前」の項目で、サービスの継続性に配慮した手順を明示している。要請に応じて文書や口頭で情報提供を行い、利用者にも不利益が生じないように配慮している。重要事項説明書に明記した相談窓口を利用終了後の相談窓口としても設置している。 サービス終了後の相談方法や担当者について説明した文書を、サービス終了時に手渡すことが望まれる。		
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
<コメント>  リハビリに特化したアンケートも実施し、利用者満足度調査は実施を予定している。利用者への面談は随時行っているが、定期的には実施していない。家族会を定期的には実施し、職員も参加している。 利用者満足に関する家族アンケートを年度内に実施することを予定している。利用者への聞き取り調査等、利用者の満足を把握する定期的な取り組みを期待する。把握した結果を分析・検討し具体的な改善に反映する仕組み作りと、経過を議事録などの記録に残すことが望まれる。		

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>(b)</b> ・ c
<コメント>  苦情解決責任者・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ている。対応の手順を含め、重要事項説明書に記載し、設置・配布している。リハビリに特化したアンケートを実施し、満足度アンケート(年1回)は準備中である。また、意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情内容・対応について「苦情受付票及び改善報告書」に記録し、「家族への説明」欄にフィードバックも記録している。苦情委員会を設置し、苦情相談内容をサービスの質の向上に反映する仕組みがある。苦情内容・解決結果等を苦情を申し出者等に配慮したうえで公表し、透明性を確保する仕組み作りを期待する。		
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>(b)</b> ・ c
<コメント>  重要事項説明書に、相談窓口として介護支援相談員2名、支援相談員2名を明示し、その他公的な相談窓口も記載している。面談・意見箱等、複数の相談方法を設けている。プライバシーを確保できる会議室・施設内の相談コーナー等、相談しやすく意見を述べやすいスペースを確保している。相談相手や方法を複数から選べる仕組みがあることを、わかりやすい文書の配布や掲示し周知することが望まれる。		
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>(b)</b> ・ c
<コメント>  「相談受付マニュアル」を整備している。職員は接遇研修等で、相談しやすく意見を述べやすい対応についての理解を深め、サービス提供中や送迎時等に相談対応や意見の聴取に努めている。意見箱の設置により意見の把握に努め、アンケートも準備中である。相談対応の経過を、申し送りノートに記録している。「相談対応マニュアル」の見直しは、年度末に予定している。		
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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<コメント>  リスクマネジメントの責任者を施設長とし、「事故防止リスクマネジメント委員会」を設置し体制を整備している。「事故対応マニュアル」を作成し、事故発生時の対応手順をフローチャートで明示している。事故報告書・ヒヤリハット報告書の提出により、事例の収集を積極的に行っている。事故発生時には「事故防止カンファレンス」を行い、発生要因の分析・再発防止策の検討を行っている。カンファレンス用紙には「事故後評価」の欄を設け、必要時には再カンファレンスを実施している。また、毎月の「事故防止リスクマネジメント委員会」は、事故・ヒヤリハット事例を、発生場所・時間帯・要因等別にデータ化し再発防止に努めている。施設内研修の年間計画に位置付け、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。27年度は「事故とヒヤリハット」研修を行い、28年度も予定している。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策の責任者を施設長とし、「感染予防対策委員会」を設置し、管理体制を整備している。「感染症防止マニュアル」を作成し、設置と研修で職員に周知を図っている。委員会が中心となり、施設内研修の年間計画に位置付けて、感染症予防・安全確保について研修を実施している。28年度は、「感染症とは・手指衛生について」「ノロウイルス」「インフルエンザ」の研修を実施している。委員会で感染症予防対策通信の掲示、マスク着用・検温・うがい・手洗いの励行、職員体調不良時の早めの受診等の啓発や注意喚起を行い、また、手指衛生月間手洗いチェッカーの使用など、感染予防策を講じている。感染症の発生した場合には、感染者の隔離・嘔吐物の適切な処理など、適切な対応を行っている。「感染症防止マニュアル」は、委員会の年間計画にも挙げ、看護師長が中心になって1年に1回行っている。</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やっている。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「防災マニュアル」を整備しているが、現在、より現状に即した内容を検討し、マニュアルの見直しを行っている。耐震性を検討した設計になっており、福祉避難所としての協定を結んでいる。利用者の緊急連絡先を2か所以上把握し、また、職員についても緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を決めている。1年に2回、施設合同で総合訓練を実施し、消防署に報告している。27年度は2回実施し、28年度も実施の予定である。稲美町福祉避難所連絡協議会に参加し、町健康福祉課危機管理課と連携し、「災害対応マニュアル」の作成を検討している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種介護マニュアルを整備し、標準的な実施方法を文書化し、その中に利用者の尊重やプライバシーの保護について明示している。「おむつ交換」「食事介助」「移動移乗」「体位変換」「口腔ケア」などを、施設内研修の年間計画に位置付け職員に周知する機会を設けている。「スキルアップ確認シート」に「マニュアルに決められたルール・手順に守った介助が行える」という項目を設け、自己評価・上位者評価を行い、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>マニュアルは委員会が中心に見直しを行っているが、時期・手順を定めての定期的な実施には至っていない。日常の業務の中でマニュアルの変更事項が生じた場合はその都度職員から委員長に提言している。委員会で職員の意見をもとに、見直している。今年度の介護マニュアルの見直しは年度末に予定している。時期・方法を決めて、全マニュアルを年に1回定期的に見直しを行い、見直し履歴などに記録する仕組み作りが望まれる。</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
<コメント>  施設サービス計画書策定の責任者を、介護支援専門員としている。家族記入・施設アセスメントシートを、詳細なアセスメントツールとして活用し、特記事項から課題抽出を行っている。関連職員が参加して検討を行い暫定計画を作成し、担当者会議で検討の結果、本計画を作成している。施設サービス計画書には、利用者・家族の意向とニーズが明示されている。サービスの実施について詳細に記録できる各種チェック表を作成し、また、ケース記録への入力を行い、サービスの実施状況を記録し、3ヶ月毎にモニタリングを行い、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。支援困難ケースについては、生活困窮者・独居者・医学的困難事例があり、対応の経過を「ケース記録」に記録し、カンファレンスなどで検討し、支援や計画に反映して適切なサービス提供に努めている。		
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
<コメント>  サービス計画書の見直し手順は作成されていないが利用開始直後の暫定計画を立て1か月程度で関連職員が参加する担当者会議で検討している。定期的には3ヶ月毎の見直しとしている。施設サービス計画書の変更はシステム、カンファレンスノートと申し送りの変更内容も含め周知している。計画の見直しに当たり、支援内容を変更する場合も計画書に課題を明示している。「施設サービス提供マニュアル」に、緊急に変更する場合も含め、計画の見直しの仕組の明示が望まれる。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント>  利用者の身体状況や生活状況は記録システムで把握し、記録している。記録方法に差異が生じないように職員指導に取り組んでいる。また、情報共有については、フロア一會や各種会議・委員会で情報共有が確実に出来るように取り組んでいる。ユニット会議・長寿(PC)会議・職員会議・看護師会議・サービス担当者会議等を定期的に開催し、情報共有に努めている。パソコンのネットワークシステムを活用し、また、必要に応じてプリントアウトした書面の閲覧により、情報共有を図っている。サービス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できる記録の工夫が望まれる。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント>  「個人情報保護の取り扱いマニュアルは」を整備して研修を実施している。個人の関わる記録については事務所・居宅等は施錠できる書庫に保管し退社時はセコム管理を行っている。フロアでは利用者の日常の記録はデータ管理が出来ているが情報のファイルは外部から名前が確認可能な書棚に保管している。記録の管理責任者は決められていない。記録の管理も含め個人情報保護について研修を行っている。入職時に守秘義務について説明し誓約書を交わしている。契約時に、個人情報取り扱いについて利用者家族に説明し、同意書で同意を得ている。		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
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。	Ⓐ ・ b ・ c
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

利用者に関わる心身の状況・生活歴は利用開始時の面接時に相談員が情報をシステムに記載している。利用者・家族の意向や心身の状況・生活習慣などを把握した情報を基に、一人ひとりに応じた生活になるように支援している。定期的にケアマネジャーがモニタリングを行いケースカンファレンスで検討・見直しを行っている。個々の施設サービス計画書に自立支援を位置づけ、またリハビリ体操を日課に取り入れフロアで実施し、音楽療法・カラオケ等、個々の自立支援に取り組んでいる。さらに、囲碁、カラオケ等利用者の趣味を取り入れ複数のメニューを設け、日中活動に参加し、生活に楽しみが持てるように支援している。傾聴ボランティアの定期的な来訪もある。お花見や夏祭り・敬老会・餅つき等季節行事を活動委員会が計画し、利用者が季節感を感じ生活に潤いを持たせている。買い物・家族との外食・花火大会・体育祭・文化祭等、地域行事に参加している。生活リハビリを重視し、食堂・トイレ・浴室に移動できるように支援している。利用者の衣服は基本リースとしているが、利用者・家族の意向で更衣も支援している。整容も自立支援している。個人に応じた離床時間を把握し、寝たきり予防を支援している。

個々の利用者の担当を決め、コミュニケーションを密にして可能な限り思いを汲み取っていくように努め、朝の申し送りでも共有している。意思疎通に課題がある利用者については、難聴の方へは集音器やホワイトボードの使用による筆談を行う等、個別の対応方法を施設サービス計画書に挙げて支援している。日々の会話は利用者の尊厳を傷つけないように配慮し、専門職として適切な言葉遣いに努めている。接遇に関してはコンサルタントの指導や研修を実施し、ルールブックも作成している。会話が不足しがちな利用者には、家族のから情報を得て、日常的な生活の場面で話題を提供し、言葉かけに心がけ、利用者が話せる機会作りを努めている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ Ⓑ ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-⑤ 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。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-⑥ 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。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ Ⓑ ・ c

## 特記事項

入所時の入浴状況を把握して、フェイスシートを基に個々に合った入浴方法を計画に上げ支援している。入浴介助の中で、在宅復帰を視野に入れた介助法を確認しながら支援している。3階認知症フロアは一般浴槽になっており、利用者の状況に応じた対応に心がけている。2階は2か所の木製の個浴となっており、1対1の介助と、浴槽間をカーテンで仕切り羞恥心への配慮を行っている。入浴を拒否する利用者には原因の把握に努め、家族の支援を得て、週2回の入浴の支援に努めている。脱衣室の室温、浴室温度、浴槽内温度は自動調節されているが、さらに入浴前には介助者の体感で安全確認を行っている。洗剤等は利用者の手の届かない場所に保管されている。入浴後は水分摂取を勧め、皮膚にトラブルのある場合は看護師の指示を受け対応している。安全な入浴ができるように、入浴前にはバイタルチェックを行い、入浴マニュアルを設置し、体温37.0℃・最高血圧150・最低血圧90を基準としている。自力で入浴不可能な利用者は1対1で介助し、自力で入浴可能な利用者も、必ず見守りを行い事故防止に努めている。利用者の身体状況や意向に応じて、入浴日や保清方法を変更した場合には、チェック表に変更を記録している。浴槽は一般浴槽・個浴があり、利用者の状態により機械浴での入浴が可能である。シャワーチェア・リクライニングシャワーチェアが用意され安全に入浴できるように整備されている。感染症や意向等に応じた入浴順の配慮については浴槽の入れ替えや入浴順序を最後にしている。

フェイスシートで排泄状況を把握し、残存機能を活用した自立支援に努めている。排泄チェック表で排泄状況を記録し、変化があれば看護師に報告し対応している。各フロアに共用トイレが複数個所設置され、車いすでも十分な広さのスペースが確保されている。個々の状態・状況に合わせた介助方法を工夫し、カーテンで仕切り、排せつ介助時は出来るだけ露出部分を少なくし手際よく介助して、羞恥心への配慮に心がけて支援している。共用のトイレは汚れ、臭いがなく、清掃が行き届き清潔である。居室に設置されているポータブルトイレも洗浄時に消毒液で洗浄しており、臭気は感じられない。全館冷暖房が完備され、隣接しているトイレ内も暖房が行き届いている。排泄マニュアル・サービス計画書を基に事故予防に心がけ安全な介助に努めている。排泄・食事摂取・水分量等で状況の把握を行い、看護師の指示を受け、自然な排泄を促している。睡眠時の排泄介助については、使用パット・おむつの工夫・定時介助など、睡眠を妨げないように配慮している。使用しているおむつ・パット類を、おむつ交換表で週1回確認して、個々の利用者に適切な使用ができるように取り組んでいる。おむつ交換を行う際は、皮膚の観察を行い、皮膚の状態に異常がある場合は状態観察の項目への記録し、看護師に報告して、利用者の様子を観察して、排泄の要望に対して迅速に対応できるように努めている。

入所時にリハビリ職員が移動・移乗についての身体状況を評価し、利用者の残存機能を活用し、安全な自立支援に取り組んでいる。また、使用している福祉用具が適切かどうかを定期的に確認している。車いすのタイヤの状況や福祉用具使用時に点検を行っているが点検表は作成していない。ナースコールやセンサーマットを活用し、移動・移乗に対する迅速な対応に努めている。各フロアは広く、全フロアがバリアフリーになっており、安全に移動しやすくなっている。車椅子移動の利用者は移動しやすいテーブルの場所を確保し、テーブルや椅子の間隔を広く取り車いす利用の方も安全に移動できている。利用開始時に理学療法士が利用者の状態合った福祉用具の使用を提案している。車椅子・歩行器・シルバーカー等利用者に合わせて福祉機器・福祉用具が準備されている。各福祉用具に必要なチェック項目に沿った点検、点検の結果や修理・調整を記録する点検表の工夫が望まれる。

「褥瘡予防対策指針」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。看護師を中心に褥瘡について予防・栄養との関連等も含め研修を実施している。褥瘡予防について該当者はサービス計画書にプランとして上げ、悪化予防や処置方法を明示し対応している。体位・姿勢変換、マッサージ、軟膏塗布、介助時の注意点など看護師から、職員への周知を図っている。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、高カロリーゼリーやドリンク等、補食で食事面からの褥瘡予防の取り組んでいる。

リースも利用できるが、私服で過ごされている利用者もあり、衣類の選択・更衣が出来ない場合は支援している。購入の必要がある場合は、家族に連絡し、購入依頼をしている。衣類の汚染更衣については、適宜対応している。

日常的に整容・身だしなみ・服装への配慮を行っているが髪型や化粧は利用者個人に任せている。支援の必要な利用者には職員が行っている。3ヶ所の訪問理美容を受け入れ、実施については事前に情報提供している。パンフレットも作成中である。利用者の行きつけの理美容院の利用の継続を支援している。

全室、天井の豆球で明るさを調節して、利用者の希望に応じた明るさになっている。「安眠マニュアル」は整備していない。私物の持ち込みは可能であり、毛布・電気敷布など持ち込んでいる。入居者に影響を及ぼした場合には別室を利用し同室者への配慮を行っている。「安眠マニュアル」を整備し、不眠予防・不眠者への対応方法等の明文化が望ましい。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ <b>b</b> ・ c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	<b>a</b> ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ <b>b</b> ・ c

特記事項

献立は給食業者が作成しているが利用者の希望や好み・季節・行事などを考慮して食事に変化を持たせている。アンケートの結果を参考にメニューを希望を取り入れている。また多種職の参加による月1回給食会議を持ち意見や希望・提供方法の検討を行っている。メニューにより温冷配膳車で運ばれ適温による食事提供に心がけている。食事場所は個々の希望により、思い思いの場所で自由に食事時間が過ごせるように配慮されている。居室への配膳も保温に配慮している。

通所リハビリで主菜の選択ができるが、入所では実施に至っていない。利用者の個別の嚥下・咀嚼状態を把握し、サービス計画書に位置づけ、言語聴覚士と相談し、状態に応じた形態を食札に明記して提供している。、残存能力を活用し可能な限り自立を支援し、個々に合った食事ペース・食事時の姿勢などの支援を行い、安全に食事摂取が出来るよう努めている。食事摂取に問題がある利用者はナースステーションから見渡せる範囲のテーブルで、主として看護師が1対1で食事介助を行い、安全に食事摂取ができるよう支援している。急な誤嚥に対応できるよう、吸引器の設置をしている。食事・水分の摂取量を把握し、看護師とも連携し、食事・水分補給への配慮を行っている。会議で、栄養面・形態に配慮した食事を検討し、言語聴覚士と連携を取り栄養士に伝え適切な食事提供を行っている。個々の状態に応じた食事形態での提供・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取り組んでいる。利用者一人ひとりに、「栄養ケアプラン」を作成し、栄養マネジメントを行っている。発熱・歯痛等、突発的な状況に対しては、一時的な変更を伝達し、対応した食事を提供している。

フェイスシートで把握した口腔の状態からプランに反映させ、口腔ケアを実施し記録している。定期的な歯科検診で口腔状態を把握している。週1回歯科衛生士の訪問を受け、個別に指導・助言を受け対応・支援につなげている。食前には口腔体操を実施し食事時の事故防止に努めている。「口腔ケアについて」の中で口腔ケアの目的・手順を学んでいる。フロアに使いやすい高さの洗面台が設置されており、昼・夕食後は口腔ケアを実施している。利用者の状態により義歯の着脱を支援し、夜間は洗浄液入りの個別の容器で保管している。現在、口腔体操は行っていない。口腔機能を保持・改善するため、口腔体操等を行うことが望まれる。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a ・ (b) ・ c

特記事項

「看取りケアに関する指針及び対応マニュアルを整備し、終末期を迎えた場合の対応について明示している。契約時に、看取りケアに関する施設の考え方・体制・対応を利用者・家族に説明し、意向確認して「施設でのターミナルケアに関する同意書」「緊急時についての同意書」で同意を得ている。施設内職員研修で毎年複数回「看取りケアについて」の研修を実施している。看護介護職は、職種間の役割や連携を含め、看取り体制を整備している。終末期の支援終了後には、カンファレンス等により「グリーフケア」を行い、職員の精神的なケアへの配慮を行う体制づくりが望まれる。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ (b) ・ c
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

利用者の日常生活能力・残存機能は、定期的に評価している。周辺症状に対応するケアについては施設サービス計画書に位置づけ、観察や経過は申し送りと共に「行動障害プラン」に記録している。利用者の行動については支持的・受容的にかかわり支援に努めている。おしぼりたたみやエプロン干し・下膳等、日常生活の中での役割を持つこと等は、施設サービス計画書に位置付けて支援している。外部研修に参加し、「4 DAS」・認知症実践者研修等認知症ケアについて最新の知識・情報を学ぶ機会を設け、資料の回覧により職員間で共有している。周辺症状への支援内容の検討については、関連職種職員と連携を図っている。利用者一人ひとりの症状に合わせた活動は、施設サービス計画書に挙げ、継続的に活動できるように支援している。「身体拘束防止に関する指針」を策定し、抑制・拘束は行わない指針を明示している。やむを得ず拘束を行う場合には、定められた手続きの下、カンファレンス・家族への説明と同意・記録と再検討等、解除に向けて取り組んでいる。周辺症状への支援内容の検討については、心療内科等専門医の指導・助言を受け、また、カンファレンスで他職種と連携を図り、利用者一人ひとりの症状に合わせた支援が望まれる。共有フロアや居室は明るく開放的で、危険物の保管にも留意され、整理整頓が整い安全で落ち着ける環境となっている。移動導線はバリアフリーになっており、安全に移動できる環境である。施設入り口、エレベーターは事故防止のために使用は出来ないが、フロアは広く閉塞感はない。共有スペース・居室には危険物は配備されていない。カウンターやテーブル上は整理整頓され、事故防止に努めている。自然光がさしこみ明るく開放的な共用スペースの廊下には、思い思いに座れるように椅子を用意し、落ち着いて過ごせるよう工夫がされている。廊下の一角にはテレビ・ソファを置き少人数で楽しめるスペースも用意されている。一般棟は衣装箱・整理たんす等私物が持ち込まれ、個性のある居室となっている。居室・トイレ等、必要に応じて表示を工夫することが望まれる。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 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

リハビリ職員が、利用者一人ひとりに応じた「機能回復訓練計画書」を作成し、「モニタリング」に実施状況を記録し、アセスメントを行い、定期的に計画の見直しを行っている。移動・移乗・入浴・排泄等、日々の生活動作の中で残存能力を活かし、階段昇降やリハビリ体操・家事活動やレクリエーション等、利用者が主体的に参加できるように工夫している。利用者の状況に応じて、随時リハビリ職員の助言・指導を受け、施設サービス計画や支援に反映している。利用者に認知症状の変化があれば、気づきの段階から経過をケース記録で共有し、看護師と連携して、心療内科への受診など必要な対応を行っている。介護予防活動は、施設サービス計画に自立支援や生活リハビリを位置づけ、計画的な取り組みが望まれる。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a ・ (b) ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

全利用者について週2回の入浴日に合わせて血圧測定を行い、「看護記録」に記録して、体調の変化の早期把握に努めている。「緊急時対応マニュアル」を整備し連携体制を明示している。看護師により配薬ボックスに仕分けし、利用者一人一人に呼名確認すると共に職員にも確認を促し、配薬・服薬確認まで看護師が行い、誤薬投与が行われないようにしている。介護士が行う場合は2名がいずれもダブルチェックするようにしている。看護師より健康状態の記録を行い、往診・回診を記載するとともに、指示など詳細な内容は記録している。高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用、体調変化時の対応についての研修は、今後実施する予定である。

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ている。検温で健康状態をチェックし、体調の変化を日常的に把握し、発熱時は出勤を停止し受診を勧めている。また流行期はマスク着用し、インフルエンザの蔓延予防に努めている。毎年職員の予防注射を実施している。施設内職員研修に「食中毒について」「感染症について」を位置づけ、定期的・継続的に研修を実施している。手指消毒薬を設置し、インフルエンザ流行期には職員全員がマスクを着用し感染予防を行っている。また、家族等来訪者にも、玄関での手指消毒薬、マスクの着用、手洗い・うがいなどを呼び掛けている。

職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を、マニュアル等に文書化することが望まれる。

A-8 建物・設備

	第三者評価結果
A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a ・ <b>b</b> ・ c

特記事項

建物・設備・衛生管理等の点検は、定期的実施され、快適性・安全性の維持に取り組んでいる。その他備品についても、故障・不具合・汚れ等があれば、施設長から関係業者に連絡し、対応している。大きなテーブル、壁面に貼られた装飾など、落ち着ける雰囲気作りが感じられる。共有空間の広い廊下に椅子やソファを置き個々に自由に過ごせる環境に配慮されている。廊下の一角にはテレビ・ソファを置き少人数で楽しめるスペースも用意されている。備品の点検を定期的に行い、点検結果・対応について点検表などで記録に残すことが望まれる。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

定期的には6カ月ごとの施設サービス計画見直し時に、利用者の状況を報告している。また家族の来所時にも状況の報告を行い、要望を聞いたり、相談を受けている。さらに家族会も開催して、意見交換を行っている。行事については、家族に日程などを案内し、出欠を確認している。

A-10 その他

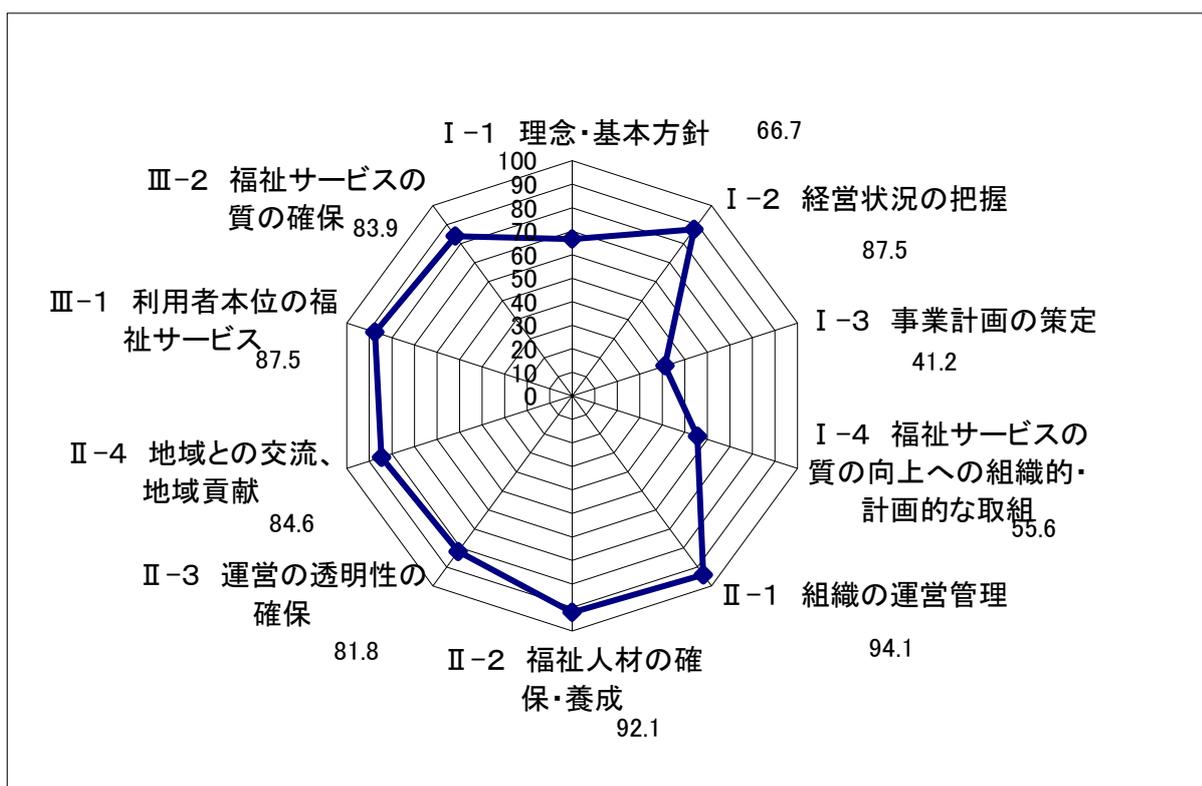
	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a ・ <b>b</b> ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a ・ <b>b</b> ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

花見や誕生日のケーキの買い物等、外出は職員が支援している。家族との外出も支援している。地域のイベントについての利用者への情報提供を、掲示し外出の機会作りが望まれる。携帯電話の持ち込み・使用は自由である。事務所前に公衆電話を設置し、希望時には適宜対応している。郵便物の投函も、個別に適宜支援している。公衆電話に使用時等、プライバシーへの配慮が望まれる。新聞・雑誌は希望があれば個人購入可能である。テレビは、希望者は施設の了解のもとに自由に持ち込むことができる。新聞雑誌はフロアに設置され、自由に閲覧できるようになっており、特別なトラブルはない。

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	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	7	41.2
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	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	35	92.1
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	22	84.6
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	56	87.5
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9



## A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	21	100.0
2 身体介護	54	52	96.3
3 食生活	26	24	92.3
4 終末期の対応	6	5	83.3
5 認知症ケア	16	14	87.5
6 機能訓練、介護予防	6	5	83.3
7 健康管理、衛生管理	13	11	84.6
8 建物、設備	5	4	80.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	5	62.5

