

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 シスナブ御津	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名： 滝澤 功治	定員（利用者人数）： 60 名
所在地： 兵庫県たつの市御津町中島980-3	
TEL 079-324-0767	ホームページ： <a href="http://yumekoubou.or.jp/care/index.html">http://yumekoubou.or.jp/care/index.html</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成9年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 夢工房	
職員数	常勤職員： 31 名 非常勤職員： 21 名
専門職員	（専門職の名称） 施設長 1 名 ケアマネ 2名 管理栄養士 1名
	副施設長 1名 事務員 1名 機能訓練指導員 1： 1名
	生活相談員 1名 看護師 2名
施設・設備の概要	（居室数） 個室 14室 （設備等） 機械浴・一般浴
	二人部屋 10室 四人部屋 9室 防火設備 リフト トイレ 食堂

③理念・基本方針

その人らしく生きるを基本に利用者の人間性を見失わず、個々の尊厳を重視し、生活支援に努める。  
 「生命」の保護を第一に医療機関との連携を築き、利用者の生活を守る。  
 家族や縁故者とのつながりを維持できるような支援を心がける。

④施設・事業所の特徴的な取組

瀬戸内海・綾部山梅林を望む自然に恵まれた環境にあり、施設全体も、食堂・浴室・各居室・幅広い廊下等生活空間も余裕のある設計で、家庭的な雰囲気づくりに努めている。介護福祉士・看護師・介護支援専門員・理学療法士・栄養士等、専門職種が連携し、専門性の高い個別支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 1 年 10 月 4 日 （契約日）～ 令和 2 年 3 月 5 日 （評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （平成 28 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

\*施設全体での会議体と特養職員会議、各種委員会を定期的を開催し、また、介護技術研修・全体研修など研修体制を整備し、合同避難訓練・合同行事の実施など、複合施設の利点を活かし、サービスの質向上・職員の資質向上に取り組んでいる。介護職員自己評価チェック表により、職業倫理、利用者及び業務についての知識・技術、環境設備について、多数の項目に沿って詳細に自己評価を行い、振り返り・目標設定する仕組みがある。働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着もよい。

\*施設のスペースを開放した自治会合同ふれあい会の開催、家族介護者を対象とした勉強会の開催、圏域ケア会議・給食施設連絡会等への参加による地域共通の課題解決への取り組み、福祉避難所としての協定締結、在宅介護支援センターと連携した地域の相談対応等、地域の高齢者福祉の拠点としての役割を担い地域貢献に取り組んでいる。

\*感染症対策委員会・危機管理委員会・褥瘡対策委員会等が設置されて機能し、継続的な喀痰吸引研修受講により実施体制の強化を図る等、多職種の専門職者が連携し、専門性の高い安全・衛生管理体制を整備している。家族と多職種の専門職者が参加するカンファレンス、介護士・介護支援専門員が各視点で行うモニタリングをもとにPDCAサイクルでプラン策定・見直しを行い、個別支援に取り組んでいる。

\*「食の委員会」を毎月実施し、利用者の嗜好調査を行い、利用者の希望や季節感・行事食を取り入れた、彩にも配慮した食事を提供している。選択メニューや利用者の目の前で実演調理など、食の楽しさが感じられる企画を行っている。利用者個々に応じた食事形態での提供、栄養ケアマネジメント、誤嚥など食事時の事故予防、口腔ケア等、介護士・看護師・栄養士・理学療法士が連携して取り組んでいる。

### ◇改善を求められる点

\*中長期計画の内容を反映した事業計画を、職員参画のもとで策定する仕組み作りと、事業計画の主な内容を利用者・家族にもわかりやすく説明する工夫が望まれます。

\*定期的な事業所の自己評価結果から、課題を文書化して明確に把握し、さらなるサービス質向上に向けて取り組み、その経過を記録に残すことが望まれます。

\*利用者個々の希望に応じた複数の活動メニューや役割づくりを工夫し、レクリエーションの実施・参加をわかりやすく記録に残すことが望まれます。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

特別養護老人ホームとして果たすべき役割とその重要性について、評価いただいた。具体的には、契約書や重要事項説明書等、利用者や家族との信頼関係の構築の第一の段階での配慮すべき事項、またサービス終了時の配慮等。各種マニュアルについても規程集についても、第三者機関として適切にアドバイスいただけた。

## 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
<コメント> 法人理念をホームページに、法人理念・介護理念を事業計画に明文化している。法人理念には法人が目指す方向が明示され、介護理念は法人理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。玄関・事務所・会議室・事業所内に掲示し、毎日唱和し周知が図られている。事業計画に理念を明示し、実践に向けて重点目標を設定して、継続的に取り組んでいる。利用者・家族にも、理念の周知を図る工夫が望まれます。		

#### 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
<コメント> 市が主催するセンター長会議・在宅介護支援センター主催の地域会議・法人の高齢者施設運営推進会議等から、社会福祉事業や地域の動向、地域のニーズの把握・分析に努めている。毎月月次報告を作成し、利用者の推移や利用率の分析を行っている。コスト分析は法人本部が行っている。		
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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント> 役員・会計士を交えて3ヶ月に1回開催する高齢者施設運営会議で、課題や問題点を明示している。課題については、執行部会でも役員に共有している。高齢者施設運営推進会議には、施設内の各事業所の幹部職員も参加し周知を図っている。課題については、内容に応じて、法人・施設・事業所で解決改善に向け取り組んでいる。		

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> 法人本部の短期計画・中期計画を策定し、法人の中・長期的なビジョンを明示している。項目別に、目標・取り組みを設定している。事業報告書の中で、実施状況を報告し、必要に応じて見直しを行う仕組みがある。		
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
<コメント> 施設の単年度計画を策定し、施設としての会議・研修・委員会体制、事業所ごとの概要・基本方針・年度の重点目標等を明示している。事業計画の内容は、実行可能で具体的な内容となっており、実施状況の評価が行える内容となっている。事業計画に、中長期計画の内容を反映することが望まれます。		
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
<コメント> 3ヶ月に1回、「事業計画取り組みシート」を作成し、事業計画の実施状況の把握・評価・必要に応じて見直しを行っている。事業計画の内容や実施状況は、職員会議で職員に周知を図っている。「事業計画取り組みシート」の内容から、年度末に事業報告書を作成している。来年度から、事業所内で職員の意見を集約して事業計画を策定する予定である。		
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
<コメント> 事業計画の内、行事計画については参加を促す観点から、広報誌に記載して周知を図っている。配布・掲示・お便りへの掲載・ホームページへの掲載・家族会での説明等により、わかりやすい工夫をしたうえで、事業計画の主な内容を利用者・家族に周知することが望まれます。		

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> 高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・職員会議・各所委員会を定期的で開催し、サービス内容についての評価や、PDCAサイクルにもとづく質向上に向けた取り組みを行っている。第三評価を定期的を受審している。県のチェックリスト・情報の公表システムの評価基準にもとづいて自己評価を行い、施設長・副施設長が評価結果を分析検討している。		

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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の評価結果から把握した課題について、運営推進会議や職員会議で共有し改善に向けて取り組んでいる。課題の抽出や改善への取り組みについて、記録に残すことが望まれます。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は 事業計画で経営・管理に関する方針を策定し、「重点目標」で事業所の具体的取組を明確にしている。事業計画を、高齢者施設運営推進会議で配布説明するとともに、年度初めの職員会議で職員に説明している。「運営規定」に管理者の職務内容を定め、これら規定類は事務所に設置して周知を図っている。「職員配置計画と役割分担（責任体制表）」で管理者事故ある時の代行を、「副施設長」と定め、防災計画でも明確にしている。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は決裁規定等を理解し、物品購入等では取引事業者と適正な関係を保持している。市センター長会・集団指導に参加し、行政担当者等から労基法等の説明を受けている。老施協主催の研修、経営開発センター主催の外部研修等に参加している。内部通報制度の設置、法令順守規定や個人情報管理規定の全面改定等コンプライアンスに関連する役員説明会に参加している。廃棄物処理法・フロン排出規制法など環境への配慮等も含む幅広い分野の法令を把握し取組を行っている。全体研修時に関係法令の伝達研修や権利擁護に関する法令の研修を行い、入職時に個人情報保護法について説明している。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実施する福祉サービスの質の現状について、運営推進会議で定期的に評価を行い、取り組みシートに評価分析結果を記録している。3年ごとの第三者評価受審、施設長・副施設長が県のチェックリスト・情報の公表制度等を活用し定められた基準で評価を実施している。サービスの質向上に向け、高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・各種委員会・職員会議等に定期的に参加し、自らもその活動に積極的に参画している。職員会議・個人面談等で、職員の意見を把握している。シスナブ御津研修スケジュール表で内部研修を、事業計画で、階層別・職種別・テーマ別の内部・外部研修計画を策定している。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、事業所の利用率等を「月次報告書」としてまとめ経営分析を行っている。本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についての分析結果がフィードバックされ、課題の把握と解決に取り組んでいる。非常勤職員の確保・栄養士加配、余裕ある人員体制、残業時間の軽減等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。管理者は、高齢者施設運営推進会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し、就業規則改定等、経営・業務改善に向け取り組んでいる。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中期事業計画で、人材確保・育成基盤の強化を、短期計画で積極的な採用活動を掲げ、人材育成・職員体制整備の基本方針を明示している。組織を機能するために必要な専門職員配置を運営規定・重要事項説明書で明確にし、毎月必要な人員の充足度を部署ごとに確認・管理している。非常勤職員の配置・加配等で、欠勤・休職等に対応している。法人として、必要な人材確保、育成に取り組み、職員紹介制度・就職フェア・ハローワーク等も活用して採用活動を実施している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念に基づき、「社会的責任・人権尊重・説明的責任」を担う職員を期待する職員像として明確にしている。就業規則で、採用・異動・昇格等についての基準を明確化している。入職時研修で説明し、事務所に規定集ファイルを設置して周知を図っている。職員処遇の水準については、近隣事業所の採用広告、外部専門機関のデータ等から法人が分析している。管理者は、職員の処遇について意見・提案等を聴取して法人に伝え、改善策を検討・実施している。キャリアパスフレームとして、人事考課結果と、必要資格・経験年数・求められる能力を要件として、処遇にも連動する仕組みを整備している。</p> <p>法人として、新たな人事考課制度・個人目標管理制度を昨年12月に導入し、今年度、自己評価を実施している。階層別「振り返り評価シート」の基準に基づいて、成績評価・専門要素評価・管理者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価する仕組みを整備中である。</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 · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>役割分担表で、施設運営を管理者と定め、就業規則で超勤に関する命令・承認権限を管理者と明示している。勤怠システムを導入し、事業所で就業状況を確認の後、法人本部でデータ化され管理者が再確認・把握している。健康診断を年2回、ストレスチェック・腰痛検査を年1回、高ストレス職員には産業医での受診を勧めている。婦人科検診の補助、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。管理者は、随時面談等の機会を設け、相談しやすいよう環境整備を行っている。相談内容に応じて、法人労務担当に報告し、法人で記録として残している。公益通報制度を採り入れ、本部に直接メールで相談できる仕組みを構築し、メールアドレスを掲示している。職員懇親会、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等を採り入れ、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。職員給与の改善・有給休暇の入職時付与等、働き甲斐のある職場環境の構築に取り組んでいる。余裕のある職員配置のため計画的に人材確保に取り組んでいる。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>昨年12月に、人事考課制度・個人目標管理制度を導入しており、事業所の事業目標に基づいた個別的成果目標を組織として期待する職員像に位置づけている。人事考課制度を通じて定期的に個人面談を行い、目標項目、目標水準明確にし目標設定を行う仕組みを整備している。人事考課制度を推進していく中で、今後、目標期限についても明確にすることが望まれます。職員が設定した目標について、中間・年度末面接を行う等、目標達成度の確認を行い、次年度の目標設定に反映させることが望まれます。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修計画（内部・外部）を策定し、職種別・階層別・テーマ別に、求められる専門性を明示している。計画に沿って研修受講が行われ、外部研修受講者は研修報告書を作成している。外部研修は、パワーポイント等を活用して受講者が全体会議時に伝達研修・研修発表を実施している。研修履歴は一覧としてデータ管理している。研修報告書の課題・感想欄等から、管理者が年度末に内容の評価・分析を行い、研修内容やカリキュラムの見直しに反映させている。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>資格証・履歴書等で、資格・経験年数等を把握し法人でも一括管理を行っている。新入職者には、管理者がオリエンテーションを実施し、部署配属後は担当者が研修を行っている。外部研修の一般的な研修案内は供覧している。階層別研修等は経験年数等を考慮して、対象者に参加を呼び掛けている。施設内研修は職員が参加しやすい時間帯に行えるよう調整し、内容に応じて複数回実施し、また、外部研修は時間外扱い・受講料法人負担等、職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。配属後の事業所での研修プログラム・研修の実施記録（チェックシート等）の作成が望まれます。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<コメント> 実習生の受け入れ実績はない。介護福祉士実習指導者講習受講職員が在籍している。今後の実習生受け入れに備え、実習生受け入れマニュアルの整備が望まれます。		

## 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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント> ホームページに法人の理念・サービス内容・法人の事業報告を、WAMNETの財務諸表等開示システムで財務諸表を公開している。第三者委員を含めた苦情相談体制、苦情・相談の内容、件数、対応についてはホームページで公開している。第三者評価受審結果を公表している。事業所の理念や活動等を掲載したパンフレットを、居宅事業所や地域福祉活動の一環として社協に設置している。また、見学時や希望に応じて提供している。		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント> 事務、経理、取引等に関するルールを決裁規定・経理規定等に明示し、入職時に説明し事務所に設置し周知している。役割分担表で、施設運営・施設管理・金銭収支に関する責任体制を定めている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けている。監事監査を決算時毎に実施し、監査結果はホームページで公表している。監査法人による事業所会計に関する内部統制監査を受け、労務管理に関する指摘事項等はない。法人内に会計監査人を設置しており、定期的に監査を受け、会計処理の適正化・管理体制の改善を図っている。		

## 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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント> 法人基本理念で、地域社会との共存を掲げ、事業所の事業計画書重点目標に地域住民との交流を記載している。市・地域が開催するイベント・講演等の案内を施設内への設置等で利用者に情報提供を行っている。地域の夏祭り等に、職員が同行し参加を支援している。夏祭りに、模擬店を出店し利用者も参加して地域の人達との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。利用者の買い物や移動販売の利用・通院等日常的な活動についても地域における社会資源を利用するよう推奨している。		

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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>三味線・ハンドベル・環境整備等のボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・注意事項等を明文化している。ボランティアには注意事項等「ボランティアに心掛けてほしい事」書面を配布・説明している。トライやるウィークについては、中学校で冊子を作成し配布している。トライやるウィークの受け入れ等、学校教育への協力を行っている。マニュアルの中に、学校教育への協力についての基本姿勢を明文化することが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、御津町のサービス内容ごと「街の便利帳」・行政機関等の「たつの市暮らしの便利帳」・居宅事業所一覧表等を事務室に設置し、職員間で共有している。市・民生委員等も参加する圏域ケア会議・給食施設連絡会・栄養士連絡会等に参加し共通の問題に対して、解決に向けて個別具体的に取り組んでいる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、施設のスペースを利用し、「ふれあい会」を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている。地域の人も参加する家族介護者を対象とした口腔ケア勉強会等を開催している。随時事業所で介護相談を受け、在宅介護支援センターが相談窓口となって対応し、相談記録を作成している。地域の福祉避難所として協定を結び、ハザードマップに掲載している。法人として地域の祭り等へ協賛を行っている。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域住民との交流の中で、随時介護相談を受けて相談記録を作成し、地域のニーズ把握に努めている。市・民生委員等も参加する圏域ケア会議に定期的に参加し、地域住民個別のニーズを把握している。把握した福祉ニーズに基づいた事業や活動を事業計画等で明示し、実施していくことが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者尊重について、法人理念・介護理念、倫理規定・運営規程、介護マニュアルに明示している。全体研修で、権利擁護についての研修を実施している。身体拘束・虐待防止委員会で、基本的人権への配慮について、定期的に検討し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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護について、介護マニュアルに記載している。虐待防止指針・身体拘束適正化指針を整備し、全体研修で年2回研修を実施している。居室は多床室と個室がある。多床室は、プライベートカーテンで仕切ることができる。共用スペースでは、座席は自由に座ることができ、居室で過ごしたい希望があれば、居室で過ごしてもらおう等配慮している。共用スペースから離れた場所にもテーブルとイスを設置し、自由に過ごせるよう配慮している。重要事項説明書に記載して、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組の周知を図っている。プライバシー対応チェックリストに沿って、6ヶ月に1回自己評価を行っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、個人情報管理規程・就業規則に明示している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所希望者に対して、ホームページ・パンフレットで、必要な情報を広く提供している。言葉遣い・写真等で、わかりやすく情報提供できるよう工夫している。希望に応じて、随時見学に対応し、施設を案内しながら、個別に丁寧な説明に努めている。ショートを利用して体験利用に対応している。ホームページは今年度リニューアルし、ブログは随時、更新している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時は、契約書・重要事項説明・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。料金表を別表にし、具体的にシュミレーションして金額を提示したり、介護リスク同意書を資料としてわかりやすく説明する等、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には、代理人を設定し適正な説明、運用を図っている。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約終了や契約終了に伴う援助について、契約書に記載し、看護サマリー等を引継ぎの文書としている。生活相談員を、利用終了後の相談窓口として設置している。利用終了時に、その後の相談方法や担当者について説明した文書を渡すことが望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回、家族会を開催し、職員も参加している。6ヶ月毎のケアプラン見直し時に個別面談を行い、満足度の把握を行っている。利用者満足に関する調査を期的に行い、担当者を設定して、調査結果の分析から改善につなげる仕組みづくりが望まれます。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。苦情受付窓口・対応について、重要事項説明書に記載して配布し、施設玄関に掲示し、ホームページに掲載している。意見箱・用紙を設置し、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情内容・対応・フィードバックについて、苦情対応記録に記録している。苦情件数・内容・対応結果を、事業報告書に記載して、ホームページで公表している。苦情内容を職員会議・危機管理委員会でも共有し、サービスの質向上に取り組む仕組みがある。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設玄関に、組織図と写真入り職員紹介（部署・職種）を掲示し、複数の相談相手から選べる工夫をしている。会議室などを活用し、相談しやすい環境に配慮している。苦情だけでなく、意見・相談窓口も掲示して周知することが望まれます。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決規程に、意見・要望の対応も含めたフローチャートを記載している。規程類は、法人で年1回見直しを行っている。日々の支援の中でコミュニケーション、また、利用者担当職員を設定して、相談・意見の傾聴に努めている。日常のコミュニケーションと共に、意見箱・用紙を設置し、利用者や家族の意見の把握に努めている。意見・相談について迅速に対応し、介護記録・システムの申し送り事項に記録し共有している。利用者からの意見や相談の内容、意見の反映等を、相談員やケアマネジャーの相談記録に記録することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>危機管理委員会を設置し、委員長を責任者として、リスクマネジメントに関する体制を整備している。事故防止、発生時対応について事故発生防止指針を整備している。ヒヤリハット報告書・事故報告書で事例を収集し、事業所ごとに危機管理委員が報告書をデータ化し、事業所・危機管理委員会で再発防止に取り組んでいる。防止策の実施状況や実効性も、危機管理委員会で検討している。全体研修で、KYT研修を実施している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染対策委員会を設置し、委員長を責任者として、感染症対策について管理体制を整備している。感染症マニュアルを整備し、3ヶ月に1回の委員会でマニュアルの検証・見直しを行っている。年2回全体研修で研修を実施している。1日2回の換気、うがい・手洗いの励行、次亜塩素酸水噴霧、空気清浄機・加湿器の設置等により、感染症の予防策を講じている。感染症の発生した場合には、日常の予防策と共に、個室対応・公用車消毒等の対応を行っている。</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している。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災マニュアルに災害時対応体制を定めている。立地条件から、ハザードマップで水害に対する対策を講じている。利用者の安否確認はドアを閉めシグナルで避難を確認し、職員は緊急連絡網で安否確認している。併設のケアハウスで備蓄品を管理している。管理栄養士が担当し、「備蓄食品一覧表」に商品名・賞味期限・規格・在庫数・使用方法等を明記している。防災計画を整備し、総合避難訓練を、防災委員会が企画して、年2回、昼夜想定で、利用者も可能な範囲で参加して実施している。</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>サービスの標準的な実施方法を、介護マニュアルに文書化し、利用者尊重・プライバシーの保護に関わる姿勢が明示されている。介護技術研修（資料と実技研修）を実施し、研修は2回に分けてほぼ全員参加で行われ、職員に周知を図っている。実施状況は、年2回の自己評価チェック表（自己評価・上位者評価）や、実技研修の中で確認している。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事・排泄・入浴係からの発信を中心に、職員の意見を集約し、副主任が中心になってマニュアルの見直しを行っている。見直し履歴を、マニュアルの目次に記載している。随時の見直しと共に、定期的な検証を行うことが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設ケアマネジャーを、ケアプラン策定の責任者として設置している。アセスメントシートによりアセスメントを実施し、家族・ケアマネジャー・看護師・介護士・栄養士・機能訓練士が参加してカンファレンスを開催し、アセスメント・計画策定に関する協議を行っている。担当介護士による毎月のモニタリング（プラン番号に沿って）、6ヶ月毎のケアマネジャーによるモニタリングで、プランに沿ったサービス実施を確認する仕組みが機能している。支援困難ケースへの対応をカンファレンスや職員会議で検討し、経過を介護記録や申し送り事項などで共有し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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランは6ヶ月毎にモニタリング・再アセスメントを行い、カンファレンスで検討し見直しを行っている。緊急に変更する場合も、カンファレンスで検討し、ニーズを明示して変更を行っている。ケア内容の変更については、随時、申し送り事項等で共有しているが、介護計画の変更についても周知する仕組みづくりが望まれます。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、アセスメントシート・ケアチェック表によって把握し記録している。「記録研修」の実施し、また、記録内容を管理者層が確認し、必要に応じて個別指導し、職員間で記録内容や書き方に差異が生じないように工夫をしている。朝・午後の申し送り、申し送りノート、システムの申し送り事項、介護記録閲覧等により、的確に情報共有する仕組みを整備している。職員会議・カンファレンス・運営推進会議・各種委員会を定期的に開催し、部門横断での情報共有に取り組んでいる。パソコンのネットワークシステムの利用、申し送りノート・会議録・研修記録などの回覧で情報共有し、回覧資料には確認印で共有を確認している。職員に計画内容を周知し、計画にもとづくサービスの実施を記録により確認できる仕組みづくりが望まれます。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報管理規程・文書管理規程に、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正利用や漏えいに対する対応方法、管理責任者を規定している。記録設置されている。職員は入職時に説明を受け、守秘義務に関する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。個人情報保護・書類の管理について、毎年研修を実施することが望まれます。</p>		

## 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)	a ・ 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。	a ・ b ・ c

#### 特記事項

利用者の心身の状況と暮らしの意向等を、アセスメントシート・ケアチェック表・カンファレンス等で把握し、計画に反映して利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。個別機能訓練計画をもとに、自立に向けた支援に取り組んでいる。午前中は体操・口腔体操、午後はカラオケ・書道などのレクリエーション活動を行い、日中活動に参加できるように支援している。モニタリング・カンファレンスで、一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が継続して行われている。介護計画・週間予定表などを活用し、生活のリズムが整えられるよう支援している。レクリエーション係が行事などを企画し、生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。利用者個々の希望に応じた活動メニューや役割づくりを工夫し、レクリエーションの実施・参加を記録に残すことが望まれます。

日々のコミュニケーション、特に個別機能訓練など個別で関わる時間に、利用者の思いや希望の把握に努めている。利用者担当職員を設定して、会話の不足している利用者には特に気を配り、話したいことを話せるように配慮している。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについては、接遇研修・危機管理委員会・自己チェック表等で意識向上に努めている。6ヶ月毎にケアチェック表でコミュニケーション能力をアセスメントし、コミュニケーションの方法や支援について検討・見直しを行っている。配慮が必要な利用者には、必要に応じて文字で伝える、表情・反応から推察する等、個別の方法でコミュニケーションを行っている。

		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

自己チェック表・身体拘束虐待防止委員会・定期的な研修により、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。「身体拘束0」を実践し、身体拘束虐待防止委員会で、権利侵害の防止等について職員が検討する機会を定期的に設けている。また、権利侵害が発生した場合には、同委員会で再発防止策等を検討し実践する仕組みがある。権利侵害の防止等のために、具体的な内容等を利用者に周知することが望まれます。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を「虐待防止指針」に記載することが望まれます。

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		
<b>A④</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

館内は、エアコン・加湿器・温度計を設置し、調整されている。清掃は環境整備担当の職員が行っている他、清掃業者が年1回の消毒・清掃と月1回の定期点検を実施している。居室は、利用者の意向を確認し、テレビ・仏壇・写真・ラジオ等の持ち込みを可能としている。また、歩行状態等の利用者毎の状態に合わせた居室割りや個室の希望時には、個室で対応するよう配慮している。

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		
<b>A⑤</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A⑥</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A⑦</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A⑧</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A⑨</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A⑩</b>	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a ・ <b>b</b> ・ c

特記事項

A5 入浴支援  
 浴槽は、一般浴（大浴槽・個浴）・特殊浴（ベッド浴・チェア浴・天井吊り下げ式のリフト浴）を設置し、シャワーキャリー・手すり・滑り止めマット等の用具を用意している。アセスメントシート・ケアプランに沿った入浴方法で対応している。ケアプランは年2回定期的に見直し他、状態等の変更時はミーティングや申し送り時に専門職で検討し見直しを行っている。安全面では入浴マニュアルに手順・注意事項が明記されている他、全ての入浴形態において見守りも含め入浴介助者を置いている。脱衣室はカーテンで仕切り、バスタオルをかける等、羞恥心に配慮している。入浴日は基本週2回であるが、外出日の前日等に希望があれば対応を可能としている。入浴前にバイタル測定をしている。異常時は看護師に相談し、看護師で判断が困難な場合は嘱託医に判断を仰ぎ、入浴できない場合は清拭対応している。拒否のある利用者は順番や曜日を変えたり、シャワー浴等で対応している。入浴順番は、希望・入浴日・状態によって入れ替え、感染症の場合は最後の入浴としている。また、疥癬等に感染した場合は毎日の入浴をする等、状況に応じた配慮がなされている。

#### A 6 排泄支援

アセスメントシート・ケアプランに沿った排泄方法で対応している。ケアプランは年2回定期的に見直す他、状態等の変更時はミーティングや申し送り時に専門職で検討し見直しを行っている。日中はオムツ使用者においてもトイレでの排泄を促したり、便秘の場合は、乳製品の提供や水分補給に留意し、自然な排泄や自立に向けての配慮をしている。排泄マニュアルに手順・注意事項・プライバシーに関する内容等が明記されており、それに基づいた支援をしている。施設内研修で排泄介助研修を実施している。トイレは広いスペースが確保されており、手すりの設置をはじめ、利用者の体動が3分なければ鳴動するセンサーが設置されている。排泄表や利用者毎の行動パターンから把握し、要望がある際には早く対応できるようにしている。排泄表に尿・便の状態を記録し、状況に応じて看護師や嘱託医と対応を検討し対応している。対応した内容はケース記録に記録し経過観察をしている。

#### A 7 移動支援

アセスメントシート・ケアプランに沿った移動支援を行っている。ケアプランは年2回定期的に見直す他、状態等の変更時はミーティングや申し送り時に専門職で検討し見直しを行っている。専従の理学療法士を配属しており、指示に基づいて機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施している。車イス・リクライニング式車イス・歩行器介護用リフト・L字柵等を用意し、利用者の使い慣れた用具の持ち込みも可能で、館内は用具使用者でも広いスペースが確保されている。移乗介助・リフト操作・車イス操作等の移動に関するマニュアルが整備済み、手順・注意点等が明記されている。施設内研修として、移乗介助研修を実施している。訴え時、コール時には対応することに加え、利用者の行動パターンを把握することにも配慮している。

#### A 8 衣類

事前に好みの衣類を用意している。自分で選択可能な入居者には選んでもらっている。繊維アレルギーのある利用者や外出時の衣類について相談に応じている。衣類の購入は基本、家族に依頼しているが、外出時のショッピングの際には自由に購入している。施設管理の衣類もあり、応急時に貸し出している。「更衣介助マニュアル」を整備し、目的・手順・注意点等を明記しており、それに沿った対応をしている。

#### A 9 理美容

月2回、訪問理美容の業者の訪問があり、次回訪問の日時は口頭で伝え、希望を確認している。意思疎通のとれる入居者は髪型を決めたり、化粧を自身で行っている。介助が必要な利用者には、起床後や入浴後の整髪・髭剃り・クリーム塗布・化粧の介助を行っている。

#### A 10 安眠

明かりは、メインの蛍光灯以外に、読書灯や常夜灯を設置している。また、ナースコールのボタンは発光タイプで夜間でもわかりやすく配慮している。睡眠についてのマニュアルはないが、「体位変換マニュアル」「排泄マニュアル」が整備されており、夜間の体位変換、排泄対応について明記されている。不眠者等があれば、居室の変更等の対応をしている。寝具は基本リースであるが、毛布や電気毛布等の希望があれば持ち込み可能としている。睡眠時や不眠者に関するマニュアルの整備が望まれます。

		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

<p>A1.1 食生活</p> <p>季節の食材を取り入れた行事食、月1回の選択メニューや嗜好調査の結果を献立に取り入れている。食事は厨房で調理し、冷温配膳者で適温で提供している。食事はテーブルの高さを調整したり、希望によっては居室や共用スペース以外のテーブルを配置した場所で食べられるよう配慮している。また、食事中は音楽を流している。衛生管理は、「感染症防止対策マニュアル」で手洗い・消毒等について明記している。厨房では、「衛星管理日誌」にて、厨房職員の体調・服装・毛髪・爪等の状態のチェックや調理の開始、終了時刻等を記入し管理している。</p> <p>A1.2 食生活</p> <p>アセスメントシート・ケアプランに沿った食事の支援を行っている。ケアプランは年2回定期的に見直す他、状態等の変更時はミーティングや申し送り時に専門職で検討し見直しを行っている。食事形態は、おかゆ・きざみ・ミキサー・糖尿病食・腎臓食等を利用者の状態に応じて提供している。食事前の座位姿勢の確認、自助具の提供を行っている。また、食事前に口腔体操を実施している。食事マニュアルが整備され、手順・注意点の他、喉詰り・誤嚥時の対応方法を明記している。施設内研修で緊急時対応の研修を実施している。食事・水分量は食事・水分表で把握し、必要時に専門職と相談し対応している。管理栄養士が、栄養スクリーニング、アセスメントを行い、栄養モニタリング（計画）を作成している。経過は栄養ケア提供経過記録に記入し、3ヶ月毎に見直しを行っている。</p> <p>A1.3 口腔ケア</p> <p>週1回、協力歯科による訪問診療があり、加療が必要な利用者や希望者は診察を受けている。また、月1回、口腔管理の助言を受け書面を掲示し、確認するようになっている。口腔ケア計画は作成していないが、必要な利用者にはケアプランに記載し、6ヶ月毎に評価、見直しを実施している。口腔ケアは、歯科医師の指示や口腔ケアマニュアルに沿って対応している。必要な利用者には、口腔・義歯洗浄剤を使用している。口腔ケア時には口腔内の確認を行い、異常時には、看護師や歯科医師に連絡し対応を検討している。外部講師による口腔ケアの施設内研修を実施し、資料と議事録を回覧し周知確認をしている。</p>
--

		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

<p>「褥瘡対策委員会指針」を整備している。褥瘡回診研修を毎月実施している。褥瘡対策委員会を設置し、看護師・栄養士・介護士・機能訓練士が連携連携して取り組んでいる。褥瘡発生時は褥瘡対策に関するケア計画を策定し、看護師と「ケアワーカー処置一覧表」で連携している。看護師による褥瘡回診研修で褥瘡ケアの最新情報を共有し日常のケアに取り入れている。褥瘡を食事面から予防するために、栄養マネジメント（栄養モニタリング・スクリーニング・アセスメント・プラン）を行っている。</p>
--

		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

<p>「喀痰吸引等業務方法書」を指針とし、「喀痰吸引等業務計画書」で個別計画を策定している。医師の「包括指示書」にもとづいて、家族に「説明書兼同意書」で同意を得て実施している。嘱託医・看護師も構成員として喀痰吸引安全委員会3ヶ月に1回開催し、安全管理体制を整備している。年1回喀痰吸引指導を実施している。資格取得の喀痰吸引研修に、順次、職員を参加させて、実施体制の充実強化を図っている。</p>		
---	--	--

		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

<p>専従で理学療法士が配置されており、機能訓練計画を作成し、計画に基づいて訓練を実施している。計画は3ヶ月に1回、評価・見直しをしている。訓練以外においても、日常生活動作の中で車イスからの立ち上がりや一部介助での歩行等実施している。施設内研修で移乗介助について、理学療法士が講師となり助言・指導している。判断能力について変化を察知した場合は、嘱託医に受診し、必要時には専門医の紹介を受け受診している。</p>		
---	--	--

		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

<p>アセスメントシートに、利用者の状態が詳細に記載されている。支持的・受容的な関わり・態度については、各介助マニュアルに援助する際の留意点が明記されている。施設内研修で年1回接遇研修を行い、介護における接遇について確認をしている。外部研修として認知症心理カウンセラー養成講座に職員が参加し、認知症心理カウンセラー資格を取得している。症状によって、必要な入居者には期間を定め経過観察を行い、ケース記録に記載し対応を検討している。安心して落ち着けるように、音楽を流す、共用スペースから居室に移動して過ごす、職員とマンツーマンで館内や敷地内を散歩する等、対応している。また、トランプ・貼り絵・折紙・塗り絵を提供したり、ボランティアでハンドベル・踊り・太鼓演奏等の活動を受け入れ参加している。嘱託医と連携し、必要時には専門医の紹介を受けている。</p>		
---	--	--

		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

体調変化時の対応手順を緊急時対応マニュアルに明記し、個別救急搬送カードで医療機関と連携している。バイタルチェックで日々の利用者の健康確認を行い、バイタル記録・介護記録・看護記録に記録している。バイタルチェックと看護師の巡室で、体調変化や異変の早期発見に努め介護記録・看護記録に記録している。体調変化時の対応について、緊急時対応研修を実施している。服薬マニュアルを整備し、服薬管理は看護師が、服薬介助は看護師・介護士が行い、薬チェック表でダブルチェックし服薬確認している。高齢者の健康管理や病気、薬等に関する研修の実施が望まれます。

		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

終末期対応について、「看取り指針」「看取り介護マニュアル」に明示している。嘱託医と連携体制を確立している。終末期対応については入所時に説明し、終末期を迎えた段階で、カンファレンスを行い、嘱託医から説明し、家族に意向確認し同意書で同意を得ている。家族・看護師・介護士・栄養士・介護支援専門員で看取りの介護計画を策定し、家族に説明し同意を得ている。看取りケア委員会を3ヶ月に1回開催し、看取り介護の研修を実施している。委員会・研修を通して、職員の不安の軽減、精神的ケアを行っている。嘱託医との連携体制・看取りケア委員会等、体制を整備している。看取り期には、個室の提供・家族への簡易ベッドの貸し出しも行っている。

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

変化があった場合は、主に電話で迅速に連絡し、年1回、健康診断結果・服薬状況報告を郵送している。定期的には、6ヶ月毎にカンファレンスを行い、状況の報告・サービスの説明・要望把握・相談対応を行っている。相談は随時にも対応し、内容はカンファレンス記録や介護記録に記録している。報告すべき内容は必ず家族に伝わるように、職員で連携して連絡している。家族会を毎年開催する、夏祭り・クリスマス会には家族に参加案内を出す、家族が参加可能な日にカンファレンスを行う、面会時間を柔軟にする等、利用者や家族がつながりを持てるよう取り組み・工夫している。

A-5 その他

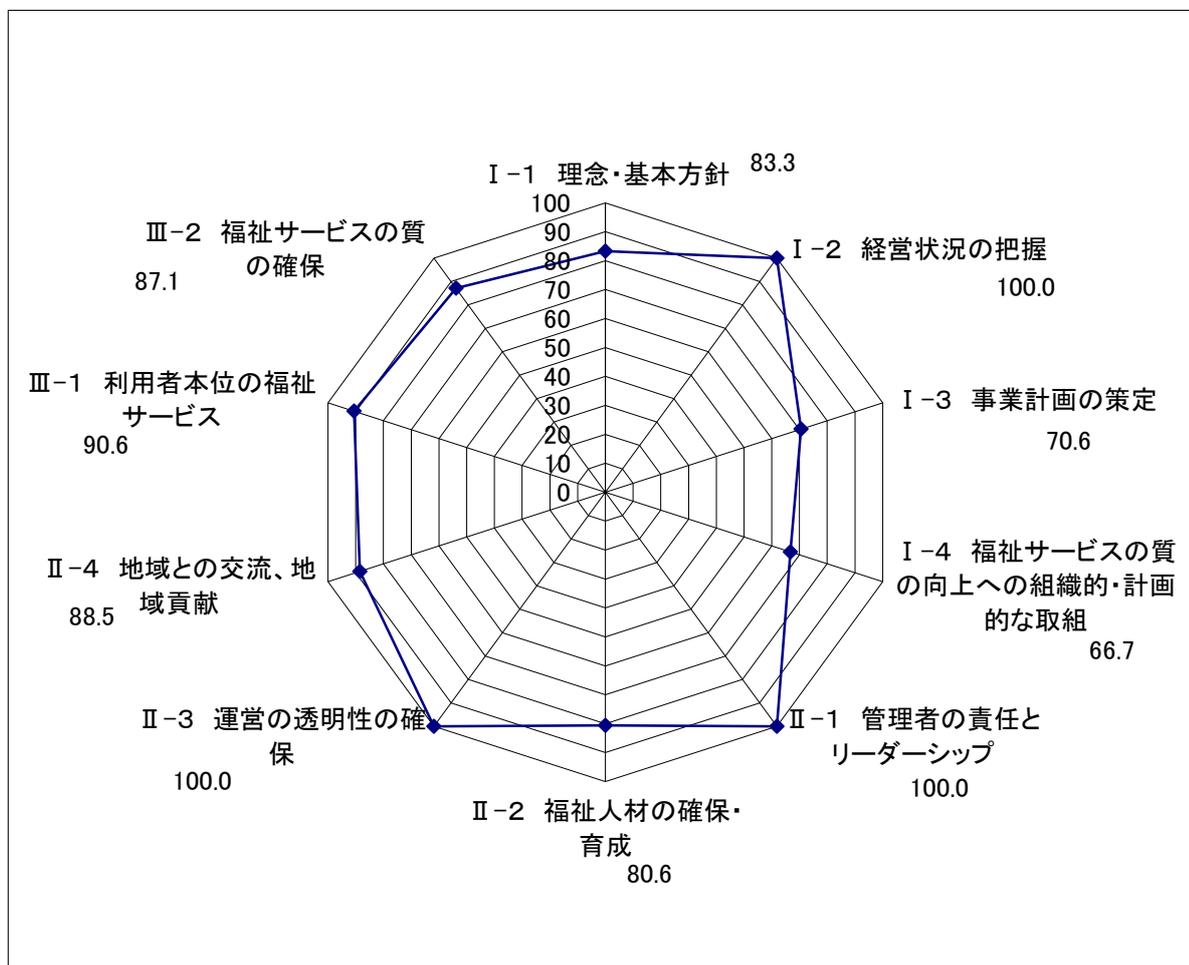
		第三者評価結果
A⑳	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	○a・b・c
A㉑	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	○a・b・c
A㉒	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	○a・b・c

特記事項

<p>A21 外出                  外出時の対応は職員が行っている。地域のイベント情報等は自治会長・職員・広報紙から収集している。外出時は、看護師が付添うことと、施設の携帯電話を携帯し、安全面に配慮している。また、「事故発生防止マニュアル」に車両事故の対応手順が明記されている。</p> <p>22 郵便・電話                  郵便物が届いた際は開封せず、利用者に渡し、介助が必要時には承諾のもと開封している。郵便物を出す利用者は現在いないが、希望があれば対応可能としている。電話は施設の電話を使用している。1階の応接室や会議室で使用し、プライバシーに配慮している。</p> <p>23 新聞・雑誌                  新聞は希望に応じて個人購買している。雑誌も希望があれば対応可能である。また、併設のケアハウスの新聞の貸し出しもしている。テレビ・ラジオは持ち込み可能で、テレビはレンタルでも対応している。共用スペースのテレビは3台用意し、共同利用の幅を広げたり、居室で観てもらおう等配慮している。</p>
--

## 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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	12	70.6
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	6	66.7
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	36	29	80.6
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	23	88.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	58	90.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1
合 計	225	196	87.1



## 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	17	81.0
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	92	90	97.8
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	130	124	95.4

合計(I～Ⅲ+A)	355	320	90.1
-----------	-----	-----	------

