

福祉サービス第三者評価の結果

平成28年12月19日 提出(評価機関→推進委員会)



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	特別養護老人ホーム瑞光園	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	理事長 岩淵 惣二	開設年月日	昭和54年4月1日		
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人同仲会	定員	70名	利用人数	70名 (H28.11.1現在)
所在地	(〒031-0833) 青森県八戸市大字大久保字大山32番地1				
連絡先電話	0178-25-0101	FAX電話	0178-25-0102		
ホームページアドレス	http://www.zuikoen.or.jp/				
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数	受審履歴			
	0回	—			

(2) 基本情報

理念・基本方針	<p><理念> 「すべては地域のために」</p> <p><基本方針> 「明・謙・道」 ・「明」とは明るく働きやすい職場をめざし、専門分野に明るい職員になるために常に学ぶ姿勢を持ち続けることを言います。 ・「謙」は謙虚の謙であり、謙虚なきところに発展はないと考えます。 ・「道」とは人権(個の尊重)と社会正義を目指すことであり、同時に介護の道を究めるために人間としての成長を怠らないことを意味しています。</p>	
	サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
短期入所生活介護	<p>事業計画説明会、交流会、墓参り、夏祭り、敬老の日を祝う会 餅つき忘年会、初詣、えんぶり、節分、雛祭り、春彼岸供養会など</p>	
その他、特徴的な取組	<p>八戸市東南部に「保健・医療・福祉の総合エリアあんずの里」の構想のもと、地域住民をはじめ利用者・家族等の支援が必要な方々に多様な支援ができる体制になっています。また、法人独自の地域包括ケア会議を毎月開催し、地域の一人暮らしや生活困難者を把握し支援を行っています。</p> <p>事業所は、広い廊下をはじめ、喫茶コーナーやオープンと仕切りの2種類に分かれた談話室など、機能的で余裕の感じられる施設です。</p> <p>管理者は、施設内を巡回して利用者とコミュニケーションを図ることにより、利用者からの意見・要望の把握に努めている他、職員会議等を通じて職員からの相談・要望等への対応や指導を行っています。施設運営に指導力を発揮している管理者の下、チーフマネージャー、主任等による施設運営の体制が確立しており、福祉の現状を見据えた法人や施設としてのあるべき姿を求める職員の姿勢が感じられます。また、事業所の管理者会議、運営会議等、施設の方向性を決定する体制やシステムを確立しています。職員が「明・謙・道」の基本方針を理解し、管理者をはじめ、主任、チーフマネージャー等すべての職員から謙虚で前向きな姿勢や考え方が感じられ、介護職員が専門職として誇りを持って介助に当たり褥瘡ゼロを目指して効果を挙げています。</p> <p>同系列で隣接する総合リハビリ病院との連携の下に、感染症対策等の衛生管理や職員指導が徹底され、効率よく機能しています。</p>	

居室概要		居室以外の主な施設概要	
個室ユニット 70床		医務室、相談室、医務室、厨房、洗濯室、休憩室、医務室	
短期入所生活介護 24床(個室10、多床室14)		トイレ、リネン室、更衣室、会議室、学習室など	
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	常勤:1 非常勤:0	機能訓練指導員	常勤:1 非常勤:1
嘱託医	常勤:0 非常勤:2	栄養管理士	常勤:1 非常勤:0
生活相談員	常勤:1 非常勤:0	栄養士	常勤:1 非常勤:0
看護師	常勤:4 非常勤:2	調理員	常勤:9 非常勤:2
介護支援専門員	常勤:1 非常勤:0	事務員	常勤:5 非常勤:0
介護職員	常勤:55 非常勤:3		常勤:0 非常勤:0

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>①12事業所の管理者が週1回、管理者ほか主要5名が毎月集い運営について検討していること。</p> <p>②利用者の尊重を重視する施設の姿勢や方針が職員に浸透していること。</p> <p>③管理者、主任による頻繁な巡回など施設全体が利用者に配慮する雰囲気があること。</p> <p>④事故・クレーム対策委員会を設置するなどリスクマネジメントの体制が充実していること。</p> <p>⑤感染症予防委員会を設置して年1～2回、職員研修を実施していること。</p> <p>⑥総合リハビリ病院の医師が週2回来所して回診、診察を行い、医療的安心を提供していること。</p> <p>⑦利用者や家族との連絡が頻繁で、随時意見を反映していること。</p> <p>⑧記録・パソコン管理の委員会を定期的開催して、記録方法等について検討していること。</p> <p>⑨職員一人ひとりの自己評価や面接結果を5年間継続して確認し、職員指導がなされていること。</p> <p>⑩研修が充実し、研修計画一覧を作成し、職員の研修参加状況を把握しやすく、工夫していること。</p> <p>⑪職員に対する健康面の配慮や働きやすさなど多様な体制を構築していること。</p> <p>⑫服薬チェック、バイタルチェック等で人為的ミスを防ぐ体制が徹底されていること。</p>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <p>①「中・長期計画」を具体的に明文化すること。</p> <p>②法人や事業所の理念や想いを分かりやすく整理、公表し、理解の促進を図ること。</p> <p>③公共施設等にパンフレット等を設置し、法人・事業所の周知を図ること。</p> <p>④実施されているサービス等のプロセスや様式を明文化すること。</p> <p>⑤事業所外や法人外で職員が相談できる体制を整備すること。</p> <p>⑥定期的な外部監査の実施や会計士等の外部の意見や指導を受ける体制を整備すること。</p> <p>⑦ボランティア受け入れ窓口や事前説明、ボランティア実施までの流れ、トラブル時の対応方法、ボランティアへの研修等を含めたマニュアルを策定すること。</p> <p>⑧設備・備品のチェックリストを整備し、定期的にチェックできる体制を整備すること。</p>

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>1. 評価結果については、受け入れている。「改善を求められる点」については、当園の課題として職員と共に取り組んでいきたい。</p> <p>2. 来園した評価調査者については、好感を感じる態度であった。</p> <p>3. 全体として契約してから結果が届くまでに時間がかかり過ぎる。一年以上かかる状態では気持ちが切れてしまう。契約時に結果報告の期限をつけて契約する必要がある。</p>
--

評価機関	名 称	社会福祉法人青森県社会福祉協議会
	所 在 地	青森市中央三丁目20番30号
	事業所との契約日	平成27年9月8日(木)
	評価実施期間	平成28年6月1日(水)～平成28年6月8日(木)
	事業所への 評価結果の報告	平成28年12月2日(金)

第三評価結果

※すべての評価細目（62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。	a・b・c
<コメント> 「すべては地域のために」という法人理念がパンフレットやホームページに明示され、法人が目指す使命や方向性を示す概念として脈々と根付いており、創始者の信念を継承する「明」「謙」「道」は、理念を達成するための行動規範となり得る内容として職員に浸透しています。理念及び基本方針は年2回の研修を通して園長から職員に周知が図られており、また、毎年開催している保護者の集いを通して周知され、ご家族の理解を得ることに努めています。		

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。	a・b・c
<コメント> 青森県社会福祉法人経営者協議会、青森県老人福祉協会等、関係する団体に加盟しています。施設長は社会福祉全体の動向や市内の福祉ニーズなど、情報の収集に努めており、毎週のミーティングや月一回の経営会議において把握したデータを分析し、組織的かつ継続的な取組が行われています。		
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> 毎週のミーティングや月1回の経営会議で具体的な経営課題について検討が行われ、会議録については各部署で閲覧されて職員に理解を促すとともに、現状を理事会に報告するなど経営状況に関する共通理解を図るよう努めています。電力会社と提携し、消費電力の効率化を図るためのメーターを設置するなど、コスト削減に向けて具体的な取組が行われています。		

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><コメント></p> <p>現状の経営状況に関する分析や課題について検討が行われており、サービス面については在宅における包括的なサービス提供のためのサテライト方式の導入を検討されていますが、具体的な数値目標や財務面での裏付けを伴う「中・長期計画」が策定されていません。</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><コメント></p> <p>経営状況に関する分析や課題の整理、福祉サービスの充実に向けた人員配置や確保などについては、管理職員で随時、組織的に検討され、将来を見据えた施設の青写真が描かれており、その結果に基づいた事業計画は、単なる行事計画ではなく実行可能な内容となっていますが、具体的な「中・長期計画」として明文化されていないため、単年度計画にも反映されていません。</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>次年度における理事長の運営方針の決定を受けて、チェックリストによる事業の点検や事業所ごとの評価や事業の必要性についての検討を経て事業計画が策定される一連のプロセスが施設として確立されています。提供している福祉サービスの内容については、2ヶ月に1度、現状確認と見直しが行われ、事業計画は各ユニットに配布、設置されており、職員会議やユニット会議で説明されるなど周知が図られています。</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>年3回、発行している園だより「おきなぐさ」を、ご家族に送付しているほか、月一回の面会または電話での近況報告によりご家族との信頼関係の構築に努めています。毎年4月にご家族やオンブズマンと食事会を兼ねた意見交換会を開催し、事業報告書及び事業計画書の配布、説明により周知を図っています。意見交換会の出席率は6割を超え、ご家族の意志を尊重した結果として、敢えて家族会を組織しないことが良好な関係の構築につながっています。</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>PDCA サイクルを基本とする福祉サービスの向上については、ユニット会議、新人サポート研修等のあらゆる機会を通して職員への周知、理解に向けて取り組んでいる他、今回、初めて実施した共通評価基準による「自己評価」の結果については、ユニットリーダー会議や経営会議において、評価・分析する体制が構築されています。管理者は自己評価及び第三者評価の受審による効果をよく理解しており、定期的な受審に前向きな姿勢が感じられます。</p>			
9	I-4-(1)-②	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設が提供する福祉サービスの内容や経営に関する現状及び諸課題については、12事業所の管理者による週1回のミーティングと月1回の経営会議において、課題のレベル毎に分析、明確化されています。課題については会議録の呈欄等により職員間で共通認識が図られた上で、各種委員会等を通じて具体的な解決策が検討される仕組みが構築されており、第三者評価の結果についても、組織的な取組がなされることになっています。</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	
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>			
10	Ⅱ-1-(1)-①	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者の役割と責任については、職務内容、役割、責任等が職務分掌表、役割資格等級別役割・権限・責任表や非常時対応マニュアル等に明示され、ホームページにおいて法人の理念を表明しています。また、ほぼ毎日、管理者は事業所内を巡回して利用者や職員との会話を通じて、情報交換を行い、課題がある場合には直ぐに対応している他、各種会議等において意見・要望などを提示し、管理者としての責任を表明しています。</p>			
11	Ⅱ-1-(1)-②	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「経営協」「福祉新聞」などの定期刊行物を購入し、法令順守に向けた情報収集を行い、青森県社会福祉法人経営者協議会や青森県老人福祉協等の団体へ加入して研修等に参加している他、職員の理解が必要な情報については、ミーティングや研修会で周知を図り、法令の理解と遵守に努めています。理事会や評議員会において経営や契約状況等に関する報告を行い、法令順守の実施について適正を期しており、研修記録から、関係法令の理解と周知が図られていることが確認できます。</p>			
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>			
12	Ⅱ-1-(2)-①	<p>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。</p>	a・b・c

<p><コメント></p> <p>OJT を取り入れた研修やエルダー制度による職員教育、スキル向上のための多様な研修の実施など、内部研修が体系化され充実しており、外部研修の情報提供や周知を行い、必要な研修へ積極的に職員を出席させ、報告会などを通じて職員間で情報の共有化を図っています。また、管理者は事業所内を巡回して利用者からの意見・要望の把握や対応、職員からの相談・要望等への対応や指導を行うなど、現場の状況の把握に努め、運営に生かしている他、管理者は会議や委員会等において職員への提案や職員からの意見・要望を取入れ、出席できない場合でも会議録に必ず目を通して対応しています。</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><コメント></p> <p>事務長は、人事・労務・財務に関する資料をデータ化して経営会議や運営会議に報告し検討する体制を構築しており、人事を含む経営状況は経営会議において報告・検討され、経費削減のための具体的な方針や取組みを実施しており、会議の内容は主任等を通じて全職員に周知されている他、経営状況は事業報告書や事業計画書に記載され、ホームページに公表されています。また、ワーク・ライフ・バランスの推進を図るために木曜日をノー残業デーとし定時退社を勧めている他、職員の有給休暇消化率の目標を定めていることやリフレッシュ休暇を実施するなど、積極的な支援を行っています。</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><コメント></p> <p>経営会議において人材確保を目標として掲げており、専門職配置については組織図、職務分掌表、役割資格等級別役割・権限・責任表から把握できます。OJT やエルダー制度を実施している他、内部研修の充実化や外部研修を積極的に活用する体制が整備されています。また、資格取得のための助成制度や事業所内での研修を実施しています。ハローワークやホームページを通じた職員募集の実施、マイナビの活用や企業説明会へ積極的に参加するなど、人材確保に向けた取り組みを実施しているほか、実習生を積極的に受け入れて事業所の理解を促し、人材の確保・育成に役立てています。</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><コメント></p> <p>援助の4原則と基本方針である「明・謙・道」を掲げ「期待する職員像」を明示し、職員への人事考課基準の周知、自己評価の実施や目標を設定している他、年2回、6月と12月に面接を実施しており、職員一人ひとりの評価は、5年間継続して確認でき、評価に活用できる体制を整備しています。キャリアパス制度を導入して、新任研修・中堅研修・管理者研修・実習指導研修等の実施やその他にも多様な研修を実施していることは高く評価できます。職員は給与表、昇給基準等で自分の将来を予測できる体制が整備され、面接を通じて職員が</p>		

<p>ら意見・要望等を把握し、改善を図っています。福利厚生については、事業所が忘年会・歓送迎会を実施しており、青森県社会福祉協議会が実施する退職共済、八戸市福祉サービスオプネットに加入しており、互助会独自の福利厚生事業を実施している他、有給休暇消化率を把握、目標を定めて有給休暇の取得を促しています。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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><コメント></p> <p>衛生委員会を設置し、月1回、体調管理の実施やストレス軽減策等を実施しており、有給休暇消化率、時間外労働をデータ化して経営会議で報告され、軽減策を検討している他、有給休暇は分単位で取得することができ、木曜日をノー残業デーとして定時退社する取組を行っています。年2回の健康診断、予防接種の費用を全額補助しており、年2回の職員自己評価時の面接で職員の意向を聴取している他、衛生委員会での聞き取りや各委員会や会議における職員の意見・要望を把握するなど、多様な機会を捉えて職員が働きやすい環境づくりを目指しています。また、職員からの悩みや相談はユニットリーダーや主任、副管理者が対応する体制になっており、また、外部への相談体制の実施について検討しています。</p>		
<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。</p>		
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><コメント></p> <p>援助の4原則、基本方針である「明・謙・道」による「期待する職員像」を示し、評価表に基づいて職員の自己評価を実施しており、年2回の職員面接における現状の確認・分析、目標設定や中間評価を行っている他、研修の実施及び参加状況については、事業所の現状を鑑みて、重要と思われる内部研修の実施や外部研修の参加など、充実した研修内容となっています。研修履歴・研修計画の実施状況から評価を行い、面接、中間面接を経て、目標設定を行うというプロセスが明確になっています。</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><コメント></p> <p>教育研修の基本方針が事業計画に明示され、研修計画はキャリアパスや職種別、事業所の現状から重要と思われる研修が盛り込まれており、できる限り勤務時間内に効率よく研修を行えるように会議、研修の方針が策定されています。職員の能力は評価表に基づき、自己評価及び面接等の実施により把握され、資格取得を奨励している他、勤務や有給休暇の取得、職場内研修の実施などの配慮がなされています。法人の基本方針である「明・謙・道」から基本方針・姿勢を明示し、目標の設定、研修計画の策定及び実施等の一連のプロセスが確立していることは高く評価できます。</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><コメント></p> <p>職員一人ひとりの研修は、研修履歴のデータを含めて研修計画に反映され、職員研修は研修計画に基づき実施されており、キャリア別研修や職種別研修、キャリアパスに基づく研修や外部研修等が非常に充実しています。また、研修計画一覧を作成して職員が研修の受講状</p>		

<p>況を把握しやすく、工夫していることは高く評価できます。また、OJTの一環としてエルダー制度を実施しており、外部研修の情報を全て掲示し、職員に周知している他、内部研修を欠席した職員については、資料の配布と内容の伝達、研修報告の実施などの配慮がなされています。</p>		
<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。</p>		
20	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>実習指導マニュアルを策定しており、副主任が担当窓口となり関係職員や実習依頼先との打ち合わせや実習生への事前説明を行っている他、プログラムや振り返りの実施というプロセスが定着しています。介護実習に限らず、多様な実習生の受け入れ実績があり、介護に関する実習では事業所独自のプログラムを策定しており、他の実習を実施する場合にもこのプログラムを基本としてその都度工夫したプログラムを策定している他、事業所独自に実習指導研修を実施し、実習生の受け入れやプログラムの実施等の充実を図っていることは高く評価できます。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
21	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページや広報誌等を通じて情報公開を実施しており、法人や事業等に関する情報や事業計画の概要や財務状況報告を掲載しており、年3回、発行する広報誌を約1,000部作成して関係機関、地域（町内会を含む）等へ配布しています。第三者委員としてオンブズマンが毎月事業所を訪問しており、意見箱の内容の確認や利用者と面談を実施し、活動内容の公表を行っている他、家族交流食事会を通じて家族に事業所の状況説明を行い、家族等からの質疑に対応しています。</p>		
22	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者の指示管理のもとに事務長が財務、取引・契約等を行い、毎週の管理者ミーティング、毎月の経営会議や運営会議で状況が報告されている他、法人評議員・理事会で報告、検討され承認を得ています。職務分掌、役割資格等級別役割・権限・責任表に基づき経営・運営が行われ、社会福祉法人審査基準を遵守しており、必要に応じて会計士への相談や意見を求める体制が整備されている他、昨年は労務管理に関する勉強会を4回実施し職員への周知を図っています。</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>「保健・医療・福祉の総合エリア」として隣接する「総合リハビリ病院」と一体的に市内東南部をカバーする包括的な福祉サービスを提供しています。夏祭りを通じて地域と事業所、関係機関との交流の場を提供しており、地域を巻き込んだ行事の実施や地域交流ホールを地域に開放している他、広報誌は地域の自治会へも回覧されています。月2回、喫茶を開催して地域住民や家族との交流を図っており、事業所内に地域行事を掲載して利用者に情報提供しており、希望者が参加できる体制になっている他、ボランティアを積極的に受け入れています。</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>ボランティア受け入れマニュアルが策定され、施設のシーツ交換やレクリエーション、傾聴ボランティアなど日常的にボランティアを受け入れており、副主任が担当窓口となり、事業所や地域で開催される行事の際にはボランティアを募集している他、学校からボランティア体験の依頼があれば随時対応しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>関係機関・団体の連絡先等を緊急時対応マニュアル、ケース記録等に明示し、総合リハビリ病院・関係事業所と情報交換を行い、連携を図っている他、各ユニットや各部署に掲示して職員へ周知し、実施できる体制になっています。利用者の希望に沿えるよう一般的な社会福祉関係の資源台帳を備え、職員が活用できるように整備しています。</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>認知症キャラバン、認知症サポーター養成講座などを事業所で開催しており、地域への奉仕活動、地域との交流会、施設見学、老人クラブの健康教室の開催など、地域への働きかけを積極的に行っています。事業所内にある地域交流ホールを広く地域に開放している他、事業所サテライトでは介護予防教室を行っています。</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・c
<p><コメント></p> <p>地域密着型事業の展開、寄り合い所の開設、生活困窮者への支援等を実施し、地域の相談窓口となっています。民生委員との定期的な会議の開催、近隣の総合リハビリ病院と毎月の連絡会議などを行っている他、事業所サテライトでは介護予防教室を開催しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「すべては地域のために」という法人理念に基づく援助の4原則を掲げ、「その人らしく」という援助理念としてパンフレット等に記載されています。基本方針である「明・謙・道」は、利用者尊重に配慮するための職員の明瞭な行動規範として、施設内に掲示され、職員研修会において徹底した周知が図られています。ユニット毎に設置されている標準的な実施方法や各種マニュアルから、利用者尊重を重視する施設の姿勢や方針が伝わってきます。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護や虐待防止に関する規程やマニュアルが整備され、各ユニットに設置しており、ユニット会議や職員研修において周知が図られている他、重要事項説明書への記載やケアカンファレンスの場において、利用者やご家族に説明がなされています。入浴、排泄、同性介護等のあらゆるサービス場面で細かな配慮がなされており、不適切な事案への対応やマニュアルの見直し等については、委員会を経てミーティングや経営会議に伝達される体制が整備されています。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページを開設しており、施設の理念、基本方針、概要等がわかりやすく記載されています。毎年10人以上の施設見学の受け入れ実績があり、利用を希望する方に対しては、ケアマネージャー、チーフマネージャー等が担当となって、パンフレットや利用料金等が明示された資料を用いて、丁寧な説明がなされていますが、事業所について紹介・説明したパンフレット等については、多くの人が手に取り、見ることができる公共施設等に設置されていないようです。</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>理解を得ることが困難な利用者が多い中で、サービス内容の変更については可能な限り本人の理解を得るよう努めた上でご家族に連絡をとり、ケース会議やご家族を交えて説明を行うなど、理解を促すための十分な配慮がなされています。説明については、ケアプランや24時間シートを活用しながら各職員において相手が理解しやすい伝え方の工夫に努めており、同意や意志決定に至る過程がケース記録として残されている他、サービス開始時におけ</p>		

る説明についても丁寧な対応に努めています。		
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>福祉サービスの内容の変更については、24時間シートを基本として専門職の意見を交えて検討され、利用者に不利益が生じないよう配慮されています。他事業所や家庭等への移行については、これまでに事例はないようですが、ケアマネージャーや主任、副主任が担当窓口として、ご家族や関係者を交えた引き継ぎの機会を設け、利用者の利益や継続性に配慮した対応に努めています。組織的な対応がなされていますが、引き継ぎの手順や説明の内容について定めたマニュアル等の整備が不十分です。</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、取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者、主任が頻繁に各ユニットを巡回し、利用者の様子や表情の変化に対して常に配慮している他、毎月1回オンブズマンが施設を訪問し、サービス内容や職員対応などについて利用者の声に耳を傾けています。また、ケース会議に意志決定が可能な10人ほどの利用者が同席している他、家族相談の記録を参考にするなど意見を吸い上げており、把握した結果については、ユニット会議、給食会議、処遇改善委員会等において具体的な改善策が検討される仕組みが整備されています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者や受付担当、第三者委員を設置し、マニュアルを整備するなど苦情解決の仕組みが組織として確立し、重要事項説明書や玄関掲示によって、利用者やご家族に周知が図られています。オンブズマンが第三者委員となっており、毎月の訪問時に利用者の意見を聞いている他、苦情箱を設置するなど利用者やご家族が苦情や相談をしやすい環境づくりに努めています。受付した意見等については、事故・クレーム委員会を経て事業所のミーティングや経営者会議によって解決が図られ、利用者やご家族へのフィードバックや公表する仕組みが整備されています。</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>管理者をはじめとして、主任、副主任など、担当に限らず複数の職員がいつでも相談に応じる体制を整備し、頻繁な巡回や声がけなど施設全体が利用者に配慮している雰囲気が感じられます。また、苦情解決体制の重要説明事項への明示や園内掲示により、入所時やご家族の面会時に説明がなされています。会議室、学習室、ユニット内に設けられたひだまり喫茶など、広い施設の至る所に利用者やご家族の希望や多様な相談内容に応じた相談環境が選択できるスペースが確保されています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見や要望、提案等については速やかな報告や対応を図るよう指示が徹底されており、職員間で意識の共有と体系化が図られています。手順や対応策の検討を定めたマニュアルはありませんが、クレーム対応表に沿って迅速な対応がなされ、重要な問題については事故・クレーム委員会や経営委員会に諮られ、全て記録に残されるなど福祉サービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいます。</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><コメント></p> <p>主任ケアマネージャーが責任者として配置され、事故・クレーム対策委員会を設置するなど、リスクマネジメントの体制が整備されている他、事故発生別の対応マニュアルにより責任や手順を明確にし、対策委員会主催による研修会を開催して職員への周知徹底が図られています。写真や図を用いた丁寧なヒヤリハット報告が作成されており、対策委員会は、それらを基にしてマニュアルの見直しや発生要因の分析し、改善策や再発防止に努めています。</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>「集団感染及び食中毒防止対策マニュアル」が整備されており、各ユニットから委員を選出して感染症予防委員会を設置し、年に1～2回の職員研修を通して予防対策や発生時における具体的な対応についての周知を行い、発生時期や地域における発生状況に応じた対応が図られています。隣接する病院の医師が週2回来所し回診しており、医師の指導の下に具体的な予防策が講じられるなど万全の体制が構築されています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>火災や地震発生時のマニュアルを整備し、震度4以上で避難することが明確に規定されており、これまでは火災のみであった避難訓練を地震も想定して実施している他、福祉避難所の指定を受けており、避難者10人の受け入れが可能となっています。緊急時におけるご家族への連絡網が整理されていないことは残念ですが、非常用自家発電機が3台あり、3日分の非常用食料などを備蓄し、リスト化しています。</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>提供する福祉サービスについては、様々な場面ごとの手順や実施方法等がマニュアルとして明文化、ファイリングされ、各ユニットの事務室に設置されており、マニュアルにない日頃の気づきをメモにして添付するなど、職員の前向きな意識が感じられます。サービスの実施方法については、新任研修やユニット会議で職員への周知が図られている他、処遇改善委員会において、適正な福祉サービスの実施を検証する仕組みが整備されています。</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>各ユニットから選出される委員により構成される処遇改善委員会が定期的開催され、福祉サービスの実施方法や提供する具体的な内容について検討されている他、会議の結果は、必要に応じて事業所の代表による週1回のミーティングや月1回の経営者会議に報告され、具体的な改善策として各ユニットや担当者にフィードバックされる仕組みが整備されており、利用者やご家族との連絡も頻繁で、随時、意見が反映されています。</p>		
<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。</p>		
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>ケアプランについてはケアマネージャーが作成責任者、ラインマネージャーが実施管理を担当しており、ケアプラン作成のための課題検討の手引きを使用して月1回の検証、3ヶ月に1回の見直しが図られている他、ケース会議には、担当者、主任、ケアマネージャーのほか、看護師、管理栄養士、管理者など必要に応じて部門を横断した専門職が参加し、場合によっては、ご家族が参加しながら利用者の意向や同意を基本としたきめ細かなアセスメントが組織的に行われています。</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>福祉サービスの実施にあたっては、PDCAサイクルを基本として、ユニット会議や、部門を横断してのケース会議等において利用者やご家族の意向が反映される仕組みや手順が定められています。実施状況の確認や報告等については、各ユニットからケアマネージャー、副主任、主任、管理者へと速やかに伝達され、必要に応じて経営会議等に図られる仕組みが確立されていますが明文化されていないようです。</p>		
<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。</p>		
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、職員間で共有化している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活状況やサービスの実施状況についてはパソコンを使用し、職員間で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録方法についてのマニュアルが整備され、新任職員の研修会等で情報共有と統一化が図られています。記録・PC管理の委員会を設け、3ヶ月に1度、定期的に会議を開催し、記録方法等について検討されている他、施設が使用している</p>		

システムを管理する会社が年に数回訪問し、記録方法等について指導を行うなど、適切な記録を行う環境が充実しています。		
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
<p><コメント></p> <p>記録の廃棄年限を5年間と定めていますが、「法令に依拠する」として、表記が曖昧になっています。個人情報に関する規程、それに付随する「開示申請等に関する規程」「文書管理規程」「個人情報取扱規程」など、細則も整備されている他、入所時の重要事項説明書にも必要な規程が添付され、利用者に周知されており、毎年、職員研修において職員に説明がなされており、退職後も守秘義務が存在する旨の誓約書を交わしています。</p>		

A-1 支援の基本

		第三者評価結果
1	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>入所時に利用者や家族から生活歴や生活状況、現在の状態など基本情報シートやアセスメント票などを基に情報収集するとともに利用者や家族から意向を聴取している他、居室には自宅で使用していた家具等が置かれています。一日の生活リズムは利用者の希望を尊重し、日中活動は利用者の個別の希望に沿えるように努めています。1日の状況は24時間シートにより記録化し、その都度の状況確認や変化を職員が共有している他、処遇改善委員会において利用者一人ひとりの状況から、支援方法を検討しています。ユニット毎に個別外出、足マッサージ、毎月の傾聴ボランティア、映画鑑賞、ハーモニカ演奏などを実施している他、事業所全体で月2回の喫茶、行事などを行い、多様な日中活動を行っています。着替え、整髪は利用者や家族の希望に沿って実施し、レクリエーションについてはマニュアルに基づき実施しています。</p>		
2	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
<p><コメント></p> <p>接遇マニュアルやコミュニケーションマニュアルにコミュニケーションの重要性を明示し、利用者との会話をする際には、言葉遣いやゆっくり話すこと、目線を合わせ、ジェスチャー等を活用することを実践している他、コミュニケーションの手段として口頭、筆談、ホワイトボード、文字盤などを活用しています。利用者との会話は、ホール以外に居室や廊下のソファなどを利用して、少しの時間でも話をする機会を持つようにしています。職員は認知症実践研修に参加し、コミュニケーションや支援のスキルを向上に努めており、傾聴ボランティアによる会話も行っています。</p>		

A-2 身体介護

		第三者評価結果
1	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴マニュアルに基づき入浴介助を行い、入浴前にはバイタルサインチェックリストに基づき確認し、必要に応じて看護師の意見、指導を受ける体制が整備されています。入浴できない場合は、部分浴や清拭、利用者の状態に合わせ機械浴やリフト浴、個浴等を行い、入浴後はスキンケアや水分摂取を行い、また、石鹸やシャンプーなどは利用者の好みに応じて対応しています。</p>		
2	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>排泄ケアマニュアル、尿漏れ発生時対応マニュアルに基づき排せつ介助を実施しています。トイレ利用を基本としており、利用者の身体状況に合わせて見守り、一部介助、全介助を行い、パットやオムツの見直しも行っています。排便の回数や便の状態を確認しながら健康状態に合わせて看護師の意見・指導を受ける体制が整備されています。1人でトイレに行こうとする利用者にはセンサーの活用や身体状況に合わせてエアマットの活用やポジショニングを実施している他、月2回、褥瘡委員会を開催し利用者一人ひとりに対して多職種によるカンファレンスを行っています。</p>		
3	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・b・c
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルに基づき移乗・移動介助を実施しています。利用者の身体状況に合わせ、できる限り自力で移乗・移動をしてもらえよう声かけや一部介助を行い、必要に応じて2人介助を実施しています。今年からリフト4台を導入し介助負担軽減と利用者への安心を提供できるよう配慮しており、移乗・移動の介助方法について作業療法士等のリハビリスタッフの意見・指導により介助を工夫している他、福祉用具等は、リハビリスタッフが点検・チェックをしています。</p>		
4	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡ゼロを目指し、月2回、多職種で構成された褥瘡予防委員会において褥瘡予防について検討しており、これまでに入所時に褥瘡を抱えた利用者を除いて、入所中に褥瘡を発生させた事例はありません。体位交換は2時間ごとに行い、一人ひとりの体位交換表を掲示し、発疹がある場合は、エアマットの活用や変更、写真を活用して統一した介助方法を工夫しながら行っています。</p>		

A-3 食生活

		第三者評価結果
1	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・c
<p><コメント></p> <p>食事マニュアル 調理マニュアルに基づき実施しており、季節の食材を取り入れるとともに利用者の感想・要望等の聞き取りや食事場面の観察をもとに調理部会で検討する体制にな</p>		

<p>っています。食器の工夫、適温で料理を提供できる工夫、補助食の工夫、テーブルの座る位置や食材の配置などおいしく食事ができるように工夫しています。利用者の希望により居室で食事ができる体制になっている他、調理員がユニットに出かけて料理を作るなど食事を楽しめるよう工夫しています。</p>		
2	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>栄養士、看護師、介護職員で利用者一人ひとりの食事について検討し栄養ケアプランを作成しています。常食、粗食、きざみ食、ペースト、ハーフなど細やかな対応を行っています。利用者の心身の状態やペースに合わせた介助、食事しやすく事故を防げる姿勢、利用者の自力による食事の見守り、声かけなど細やかな食事介助を行っています。嚥下体操の手順書、嚥下体操の実施による事故を未然に防ぐ工夫や誤嚥時対応ができるようマニュアルの周知を図っています。午前・午後の補水の提供時には利用者の希望する飲み物を提供しており、補水に留意が必要な利用者を確認できる体制を整備しています。</p>		
3	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・c
<p><コメント></p> <p>月1回、歯科衛生士による診察をもとに一人ひとりの口腔ケアプランを策定し、口腔ケアマニュアルに基づき口腔ケアを実施しています。毎月、看護師が口腔状態を確認し、歯科受診の判断、ケアのアドバイス等を行い、スポンジ、保湿ジェル、ブラッシング、グローブ活用などの介助を行っています。</p>		

A-4 終末期の対応

		第三者評価結果
1	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
<p><コメント></p> <p>看取り介護委員会が看取り指針を策定し、研修会を行い、指針の理解や看取りに向けた体制づくりを行っており、重要事項説明書に看取りに関する説明と同意を得ていることに加え、状況に合わせて改めて家族等への説明や希望の確認を行っています。24時間の面会や居室に簡易ベッド等を設置し家族の看取りのための支援を行っています。研修会では、死生観やエンゼルケアの他、緊急時の連絡方法や体制等についての理解を深めています。</p>		

A-5 認知症ケア

		第三者評価結果
1	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
<p><コメント></p> <p>多数の職員が認知症サポーター養成講座を受講しており、認知症実践者研修にも参加して他職員へ周知しています。認知症の利用者一人ひとりのケース会議をおこない、困難ケースは家族の協力を得て支援を行っている他、利用者のペースに合わせ、BPSD（認知症の中核症状・周辺症状）の原因や行動パターンを観察記録し24時間シートを活用し情報の共有を図っています。具体的には、研修を受けた同じスタッフが週2日以上担当できる体制や認知</p>		

症予防として希望者にはくもん学習療法を取り入れたケアを実施しています。		
2	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
<p><コメント></p> <p>座いすやこたつを準備して落ち着ける場づくりを心掛け、手の届く位置や目につく位置に食べ物をおかない、必要があればセンターを利用する、トイレや居室に目印をつけて気づきやすくする、危険なものを片付けて環境を整えるなど認知症の利用者への安全・安心確保に努めています。インシデント、アクシデントが生じた場合はすぐに環境整備等の対応を行い、加えてデータ分析を行い、対策を検討し支援に活用しています。徘徊がある場合は、細やかな行動観察を行い、理由や背景を検討し支援プランを策定している他、居室には馴染み親しんだ家具や写真を飾る等、環境の整備を行っています。</p>		

A-6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
1	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
<p><コメント></p> <p>リハビリ病院の理学療法士の支援を受け、事業所の作業療法士が中心となり個別リハビリテーション計画を策定し、ケース会議を行い、家族・利用者の確認と了解を得てリハビリテーションが実施され、3か月毎に見直しが行われています。ベットサイドでのリハビリテーションも実施している他、集団リハビリテーションでは、介護予防活動を含め、作業療法士、ケアワーカーが協力して実施しており、マニュアルに基づいて介護予防活動としてレクリエーションを行っています。</p>		

A-7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
1	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
<p><コメント></p> <p>食事介助、排せつ介助、入浴介助などあらゆる支援の機会を捉え体調変化に気を配っています。体調変化時は看護師に報告し対応を協議しています。夜間は緊急時対応マニュアルに基づきリハビリ病院の医師、看護師の指示を受けて対処するとともに家族へ連絡できる体制になっており、実践的な対応ができるように研修会を実施しています。マニュアル等の見直しや改善方法は医療安全委員会で検討されており、医療的関連のある対応を必要とする利用者への対応方法が検討され、対応が統一されています。</p>		
2	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各職域からなる感染予防対策委員会が中心となり職員の日常的な健康状態の把握や季節に流行しやすい感染症への注意、発症時の対応などを検討し実施しています。具体的には、インフルエンザやノロウイルス、食中毒などであり、研修も実施しています。予防接種は、事業所が経費を負担し全職員に勧めています。集団感染及び食中毒予防対策マニュアルを策定</p>		

し、研修会を実施し徹底しています。全職員には「一行為・一手洗い」を励行し実施している他、調理員は毎日健康チェック、手洗い、うがい、消毒、マスク、ヘアキャップを行い、発生予防に努めています。

A-8 建物・設備

		第三者評価結果
1	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・c
<p><コメント></p> <p>年1回のカーテン洗濯、年2回のワックス清掃、清掃員による毎日の共有スペース清掃、ケアワーカーによる利用者居室の清掃などが徹底されています。施設設備は確認、点検、修理等を随時行っている他、設備は定期的な確認と随時確認が行われており、故障はすぐに修理しています。備品の故障、不備等は職員から主任・ケアマネージャー、事務長へ報告されすぐに対応できる体制になっています。温度は床暖房とエアコンで管理されている他、中庭は花を植えるなど環境美化にも取り組まれています。</p>		

A-9 家族との連携

		第三者評価結果
1	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月、利用者の近況を家族へ報告しており、面会時や電話による報告、ユニット毎の食事会などの機会に行っています。3か月毎に行うケース会議には家族も参加している他、広報誌の送付や年1回の家族交流会&食事会、夏祭りの際の近況報告等、多様な機会を活用して家族との連携を図っています。</p>		