

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

① 第三者評価機関名

医療福祉評価センター

② 事業者情報

名称：社会福祉法人幸和会 特別養護老人ホームびざん	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：安野 光宏	定員（利用人数）： 80 名
所在地： 長崎県島原市緑町 8200番地 TEL 0957-64-2205	

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③ 施設・事業所の特徴的な取組

昭和51年に県立の施設として開所し、平成17年に民間に委譲され、現在の社会福祉法人となる。組織体制や書類の整備状況・復命書等に公立の施設の名残が伺える。本館は従来型個室5床と多床室55床からなり、平成19年には新館としてユニット型個室20床が増設されている。

法改正や少子高齢化・地域包括ケア等の福祉の動向に合わせ、地域の課題である人口減少や仕事のない若者の増加等、今施設が何をすべきか、社会福祉法人としてのガバナンスの強化と透明性を高め、広域事業や地域へ出向いての事業等を施設長は模索中である。また、島原半島の介護保険事業計画にも高齢化を受け50床の特別養護老人ホームと小規模特老の増設が地域で計画されていると施設長は話される。

当施設に於いても個室化を求めるニーズに応え、ユニットの増設中である。完成すると平屋の回廊となり、利用者が自由に移動できる空間となる。

多床室とユニットが併設しており、それぞれに合わせたサービス提供を行っている。びざん委員会と呼ばれる各委員会が、個々に機能し事業計画においても指針・目標・課題・計画を打ち出し、年度末には反省評価も行っている。

人材育成にも力を入れ介護福祉士29名・介護支援専門員7名・社会福祉主事7名他有資格者が多数おり、職員の自己研鑽を推奨している。開所時より勤務している職員もおり、働きやすい職場となっている。

利用者が参加する給食委員会や利用者会議の場を設けて、利用者の意向を把握し利用者一人一人の気持ちを理解、尊重するという理念に則っている。

利用者の意向を受け、なかよし会と呼ばれる誕生会や特産品メニューに趣向を凝らしている。敬老会に於いても敬老週間をもうけて地域との交流や多くのボランティアの参加があり、利用者の楽しみとなっている。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 1 月 12 日（契約日） ～ 平成 28 年 3 月 23 日（評価結果確定日）
受審回数	0 回

⑤総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 単年度の事業計画の策定 単年度の事業計画が職員参画による各種委員会にて策定されており、サービス提供における現場の意見が反映されている。また次年度へ向けての反省評価もされており、PDC Aサイクルの取組が行われている。</p> <p>2. 管理者のリーダーシップ 施設長は自らの経験を活かし、率先してその責務を果たしている。朝会・企画運営会議・各種委員会や利用者が参加している給食会議・利用者会議等すべての会議に参加し、利用者の意向や職員の要望に耳を傾けて、福祉サービスの質の向上に努めている。</p> <p>3. 職員の質の向上に向けた体制の確立 職員の教育・研修・資格取得に向けて職員一人ひとりの希望をとり、勤務体制やコスト面での施設からの配慮がされている。職員自らも自己研鑽に励み福祉サービスに関する資格保有者が多数在籍している。研修後も復命書やレポートにて研修の報告がされており他職員への周知が図られている。</p> <p>4. 利用者満足度の向上 利用者自らが参加している給食会議や利用者会議の開催にて、利用者の満足度を把握する仕組みが構築されている。</p>

◇改善を求められる点

1. 中長期計画の策定

中長期計画の策定がされていない。中長期計画は理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にするものである。現在ユニットの増設中とこのことにて、施設の将来へ向けての展望等を踏まえて中長期計画の策定をされることが望ましい。

2. 実習生やボランティアの受け入れ

実習生やボランティアの受け入れについての基本姿勢の明示やマニュアルが作成されていない。実習内容や当日のプログラムについては施設長が作成しており効果的なプログラムのもと教育育成はある。万が一のトラブルや事故を未然に防ぎ、責任所在の明確化の為にマニュアルを作成し体制整備の確立を期待したい。

3. マニュアルの見直しをする仕組みの確立

福祉サービス提供に伴い様々なマニュアルが各種委員会をもとに作成されているが、必要な見直しを組織的に行うための仕組みがない状態である。サービス内容の変化等定期的にマニュアルの見直しを行うことでサービスの質に関する職員の共通意識を育てて高めていくことが求められる。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、はじめて第三者評価を受審させて頂き、施設運営や日頃から取り組んでいるサービスを客観的に見直す良い機会となりました。調査員の方より施設の良いところを多く見だしてくださったり、ご助言をいただいたりと感謝しております。的確に評価して頂き課題が明確になりました。今回の受審結果をもとに、サービスの質の向上に努めてまいります。

⑦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。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

(別紙)

第三評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・施設理念は「感謝と喜びを共有し、(利用者一人一人の気持ちを理解、尊重し、)その人らしく安心・安全安らぎのある生活を送って頂く。」とあり、広報誌・パンフレットやインターネットのホームページに明文化している。・施設理念は10年前の法人変更時に施設長が、現場職員の声をもとに作ったものとなっている。理念には、法人の使命や個人の尊厳を尊重するための利用者主体のサービスの姿勢を読み取ることができる。・基本方針は「利用者の生活の質の向上をめざし、安全、安心して安らぎのある快適な施設にする。和(1+1+1+1+1=5+α)のある施設づくりをする。個々の利用者に視点をあてた確かな介護・看護をする施設にする。地域から選ばれ信頼される施設づくりをする。生活感、季節感、安心感など家庭を感じられる場をつくる。」とあり、職員の行動規範となっている。・理念は職員便りや新人研修時に周知している。また、理念と基本方針は理念の具現化としてわかりやすく図式化され、施設内の掲示板に掲示されている。理念の具現化には、理念をもとに目指す施設像・職員の行動指針・セクション目標・委員会目標等を掲げ、個人の目標へと落とし込んでいる。・理念や基本方針は、パンフレットや2か月に1回発行の広報誌びざん便りや毎月発行のユニット便りに掲載し、利用者や家族へ配布している。・理念の具現化は毎月行われる部署会議にて目標として確認し、その実践状況の振り返りが継続的に行われている。		

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は施設長会議等にて社会福祉全体の動向や法改正に常に留意している。2月と6月に行われる理事会にて事業の将来性や継続性を法人全体として分析検討している。 ・施設長は市の老人福祉計画にも精通しており地域の課題や、今後施設が地域へどのように関わっていくかを模索中である。 ・理事会で予算・決算の報告と共に利用者数や福祉サービスのニーズの把握を行い経営環境や地域の課題を分析している。 ・月1回開催される企画運営会議には各部署長が参画し、入退所状況や在籍・空床状況等の事業報告を行っている。 		
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・㉒・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・企画運営会議にて部署ごとのサービス提供の報告だけでなく組織体制や研修等の人材育成・苦情等の現状分析を行い、問題や課題点を明らかにしている。 ・年2回の理事会にて施設の経営状況が役員に報告されている。 ・企画運営会議の議事録は各部署の棚に掲示され職員全員回覧となっており、施設の課題等をリアルタイムで周知している。 ・企画運営会議にて問題や課題点を明らかにしているが、財務状況等次の段階への具体的な取り組みまでには至っていない。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示す中長期計画の策定がされていない。今後法人本部とともに策定する予定で、現段階では事業計画の中に包括し運営がされている。課題や問題点を明らかにし、目標達成に向けて中長期計画の策定が望まれる。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業計画は、施設長の提案にて各部署と、びざん委員会にて年度初めに職員参画のもと作られているが、中長期計画を踏まえてはいない。 ・事業計画は日々の福祉サービス提供に即しており、具体的な内容となっている。 ・事業計画は指針から始まり、目標を掲げ重点課題を把握した上で作成している。 ・事業計画は具体的な数値目標を明確にすると共に、前年度の実績を踏まえた、内容の豊富な具体的で実行可能な計画となっている。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は各部署（事務部門、介護支援専門員、生活相談員、看護師、管理栄養士、訓練室、機能訓練指導員、多床室、ユニット1. 2）とびざん委員会と呼ばれる各種委員会（身体拘束廃止、虐待防止、事故防止検討、口腔衛生、感染防止対策、栄養管理、褥瘡予防排泄ケア、研修、生活掲示環境、生活班ユニット、介護力向上、在宅復帰検討、利用者会議、入所検討、苦情情報、広報、防火対策、レク行事）で年度初めに全職員参画のもと策定されている。 ・事業計画は月1回行われる企画運営会議や各委員会にて課題等が上がった時に検討している。 ・事業計画は年度末の3月に各部署とびざん委員会にて評価・反省が行われている。 ・評価反省にて振り返りを行い次年度の事業計画策定に反映している。 ・事業計画は策定の段階より職員が参画し、周知を図っている。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の主な内容は利用者や家族へ周知されていない。家族会でも説明は行われていない。今後広報誌等にて周知を図っていくとのことである。 ・利用者の参加を促す観点から行事案内をカウンターに置いたり、毎月発行のユニット便りや2か月に1回のびざん便りにお知らせとして、また請求書発送時に行事案内等を行っている。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・各部署、各委員会で策定された事業計画が実行され、年度末の振り返りにて評価反省を行い、次年度に向けての福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。 ・毎月行われる各種委員会に於いて効果の妥当性を検討している。 ・第三者評価受審は今回が初めてとなる。今回の評価結果を受けて分析、検討する場は各種委員会や企画運営会議となる。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画書に重点課題が文書化され共有化が図られている。 ・職員が参加する各種委員会に於いて改善策を策定している。 ・課題や改善事項をもとに研修委員会を中心として、職員研修を行っている。 ・現場の職員の意見をもとに改善計画の見直しを行っている。必要に応じて年度ごとに、職員の希望にて各種委員会の編成を変更したり、新規に立ち上げたりしている。 		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は毎朝の朝会や企画運営会議、各種委員会、給食会議、利用者会議に毎回参加し情報を収集し、特別養護老人ホームとしてのあるべき姿の思いを理解されるよう積極的に取り組んでいる。 ・施設長は自らの役割と責任について、事務所で作成している2か月に1回発行される職員便りに表明している。 ・施設長の役割や責任は事務分掌表に明文化され、職員からの信頼を得て事業展開するよう努めている。 ・施設長は災害時マニュアルにて防火管理統括責任者として有事に備えている。 		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は福祉サービス等の法令や倫理を理解し、コンプライアンスに取り組んでいる。 ・施設長は、年に2回から3回行われる県の老人福祉施設協議会主催の施設長研修や県社会福祉協議会主催の管理者研修等を積極的に受講している。 ・施設長は福祉施設の管理者として人権などの研修を通じて社会人としてのあるべき姿を明示すると共に、雇用労働関係や環境への配慮等幅広い法令に精通している。 ・施設長は厳格に守るべき具体的な要件や法改正については、町会や研修に於いて職員へ周知徹底するように取り組んでいる。リスクマネジメントやマイナンバー制度についての研修も行っている。 		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は毎月行われる各委員会に出席し、情報を収集し、また施設内の状況をより把握するため朝の巡回等現場に出向き、利用者職員の声に耳を傾けながら利用者本位のサービス提供のため、職員の質の向上に意欲的に取り組んでいる。 ・現場で出た課題に対しては施設長自らが参加する、運営企画会議や各種委員会にて職員参画のもと意見を尊重し検討している。 ・施設全体で研修を要する案件については、迅速に内部研修を行い、外部研修への参加も促している。 		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務の効率化と改善に向けての取り組みや利用者の入退院の状況等前月の実績の分析が企画運営会議を中心に行われている。検討された内容が各種委員会へ反映されている。施設長が管理する事務部に於いてもコスト削減が事業計画に上がっている。 ・慣行にとらわれない職員からの提言に耳を傾け、職員の働きやすい環境や職場風土作りに努めている。利用者の重度化に伴い看護師の配置を増やしたり、時間外勤務が発生する時には、事前に各リーダーの了解を得て、施設長承認のもと残業手当が支給されている。 ・幹部職員だけでなく職員全員が参加する多床室、ユニット会議や職種横断的な委員会などで施設運営への参画意識を高めている。 ・施設長は全ての会議に積極的に参加し、各事業計画を基に課題に取り組んでいる。 		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人員の雇用計画、採用方法の書面にて基本的な考え方や方針を確率している。資格取得状況も明示され、施設の具体的な人事管理の状況を明らかにしている。 ・ 法定の配置基準を満たす人員が配置され、なおそれ以上の人員を確保できるように常に募集をかけており随時採用に努めている。 ・ 介護職員キャリアパスに基づいた人材育成を行っている。介護福祉士実習指導者修了者が3名従事し、現場における指導体制も充実している。認知症介護実践研修修了者も10名おりサービスの質の確保を目指した運営に取り組んでいる。新人職員には施設長が作成した研修プログラムにて、研修を行っている。 ・ ハローワークへの求人や折り込みチラシ等にて福祉人材確保を行っている。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 理念の具現化にて職員の行動指針を明確にしている。 ・ 人事基準は就業規則として各部署に保管され閲覧できるものとなっている。 ・ 就業規則（標準服務表）にて業績に基づき、リーダー・サブリーダーの役職に昇給するものとしている。 ・ 介護職員処遇改善計画書を作成し、年度ごとの実績を報告している。 ・ 施設評価項目の職場規律に基づき、職員各自が評価分析を行ったものを参考に改善策を検討している。 ・ 介護職員キャリアパスにてテーマや目標を定め段階を経て介護実践力が身につくような仕組みの構築がされている。 		

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組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・就業規則や時間外労働、休日労働に関する協定届にて労務管理の責任体制を明確にしている。 ・事務部で管理している有給休暇届や時間外手当簿にて職員の就業状況を把握している。 ・毎年、全職員は健康診断（夜勤者は年2回）とインフルエンザの予防接種を実施している。 ・職員は所属のリーダーに悩みや相談をしている。リーダーで解決困難な事例は施設長へと報告されているが、定期的な個別面談の機会は設けていない。 ・就業規則に記載している有給休暇や特別休暇の取得も行っており、毎月の勤務表作成時には希望休も勘案している。 ・結婚、育児と家庭生活を両立しながら勤務できる職場となっている。 ・雇用計画、採用方法にて人材確保に向けての取組を行っている。 ・永年勤務者が多数おり、資格取得しながらスキルアップを図っている。 		
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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりの目標管理の為の仕組みの構築はなされていない。今後職員一人ひとりの研修計画等を策定し明確に示すことにより、職員の仕事へ対しての意欲が一層高まることを期待したい。 ・年度末、職務規律の自己評価をもとに目標達成と課題の確認を行い、次年度へ向けての振り返りは、行っている。 		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念の具現化にて「期待する職員像」を明確にしている。 ・介護職員キャリアパスにてビギナーから管理職までの目標、実践、評価が計画的に明示している。 ・事業計画の中の研修委員会に於いて内部研修が策定されている。外部研修に於いては社会福祉事業従事者研修等にて年間研修案内を参考に参加している。 ・研修に参加した職員の復命書とレポートにて評価、見直しを行っている。 ・びざん研修実績として評価を行っている。 		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりの資格証や研修終了証は履歴書とともに保管され把握できている。 ・びざん独自の研修プログラムや教育研修マニュアルにてOJTが行われている。 ・県社会福祉協議会の年間研修案内等にて初任者、中堅職員、管理者といった勤務年数に応じた研修や、看護師・介護職員・事務職といった職種ごとの研修にも参加している。 ・外部研修の案内が届くと全職員へ回覧し、希望を取っている。年度末にはそれをもとに、びざん研修実績として書面にまとめている。 ・研修には公休で参加できるような勤務体制の配慮を行い、介護職員処遇改善交付金にて参加費や研修手当を支給している。資格取得やスキルアップを勧奨している。常勤職員だけでなく非常勤職員も救急救命や口腔ケア等の研修に参加している。 		

<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。</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・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者の基本姿勢にて実習生の在り方を明示している。 ・実習生についてのマニュアルは作成されていない。今後窓口や担当を明記したマニュアルの作成が求められる。 ・専門学校や高校生の実習生を受け入れ、介護福祉士、実務者研修、ヘルパー研修等の実習を行っている。その都度施設長が、実習に応じた実習プログラムを作成している。 ・実習を指導する、介護福祉士実習指導者講習修了者が3名在籍している。 ・学校側の実習案内と施設の実習プログラムにて連携を図り、効果的な実習が出来るように配慮している。 		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人ホームページにて財務に関する情報や苦情相談体制を公開している。 ・法人ホームページにて法人全体の理念や施設の運営方針を掲げ、福祉の向上のための取組について明示している。 ・苦情相談の仕組みは施設内にも掲示し、意見箱の投書の対応結果も施設ロビーにて公開している。 ・法人ホームページの理念に「地域社会の一員として、地域住民・保健・福祉・医療等関係機関と親睦を図り、地域福祉の向上に努めます。」とある。自治会には、年に1回施設の行事案内を出し、年2回の避難訓練時にも施設の活動や役割を説明している。 ・自治会には、毎年施設の活動を紹介した案内文書を配布している。 		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人経理規程にて財務管理（会計処理）がされている。 ・びざん事務分掌の事務部にて一般庶務、施設会計、レセプト請求、物品の調達、取引金融機関との連絡等が明確にされている。事務分掌はリーダーを通じて各職員へ周知している。 ・税理士の定期的な訪問にて財務や事業の経営管理について相談し、指導を受け経営改善を行っている。公正かつ透明性の高い適正な経営・運営の為の取組を行っている。 		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わり方について、法人理念には「地域福祉の向上に努める。」とし、施設方針では「地域から選ばれ信頼される施設作りをする。」と明示されている。 ・地域の敬老会による日本舞踊や婦人会の慰問、春にはお遊戯会・秋には芋掘りの幼稚園児の訪問、お寺の住職の法和等、施設掲示板にて利用者にお知らせをしている。 ・外出支援として地域の福祉祭りに参加し、趣味活動で作ったりボンフラワーや書道等の作品を展示している。 ・敬老の日を中心に前後をびざん敬老週間とし、婦人会や長生きクラブ・三味線教室といった園芸交流会として慰問があり、地域との交流を図っている。顔馴染みの方との再会もあり、利用者の楽しみとなっている。敬老週間には毎年、市長一行の訪問も行なわれている。 ・衣類は自分で買い物をしたいと言われる方には、外出支援にて近隣の洋品店まで同行している。 		
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・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受け入れについての基本姿勢は明文化しておらず、マニュアルの作成もされていない。実習生やボランティアの受け入れについて、責任等の所在を明確にするためにも、受け入れ担当窓口や事前説明等を記載されたマニュアルの作成が望まれる。 ・毎年、学校からの依頼書にて、中学生の職場体験や福祉体験学習の受け入れを行っている。高校生も土曜日にボランティア活動に訪問している。また、4年から5年に1回、民間の縫製工場からのボランティアも訪問し、施設の掃除やレクリエーションに参加している。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療関係の連絡先一覧が、各部署の電話の傍に置かれている。 ・福祉サービス関係機関や団体等の社会資源のリスト化はなされておらず、職員間での共有は図られていない。窓口である介護支援専門員や事務部に於いて関係機関との適切な連携の構築のためにも、リスト化に期待したい。 ・半年に1回協力医療機関主催の「医療と介護の連携強化の為の研修会」に参加している。 ・地域の関係機関と問題の解決に向けての取組やネットワーク化は行っていない。災害時の避難受け入れとしての施設提供は行っている。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・びざん敬老週間や地区の老人クラブ・幼稚園等、地域の方との交流を積極的に行っている。 ・2年前、市よりの委託を受け1クール10教室の「高齢者生きがい作り教室」を開催している。参加者の健康管理を行い、レクリエーションや体操・手芸等を指導し地域へ赴いている。 ・敬老週間や行事の時に家族や地域の方からの様々な相談に応じている。 ・年1回の近隣町内会との連絡会に出席し、重要事項による施設の説明や火災等災害時の協力依頼や避難場所としての施設開放の説明を行なっている。 ・市からの依頼を受けて年に数回、健康体操や介護予防支援として高齢者学級や女性教室を開催している。福祉ニーズにもとづいた地域貢献活動を実施している。 		

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・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の個室化等の地域の福祉ニーズの把握には努めているが、施設の機能を地域へ還元するまでには至っていない。 ・入所検討委員会に第三者委員として民生委員が参加し、高齢の単身世帯が増えている等の地域の実情やニーズの報告を行なっている。 ・病院の連携室と施設の介護支援専門員が連携を取り、退院支援を行っている。また、介護支援専門員が窓口となり、個々の相談には応じているが、相談事業までには至っていない。 ・地域貢献に関わる事業や活動は行われていない。「高齢者生きがい作り教室」等の地域へ出向いた活動の継続を今後検討していくとのことである。 ・福祉ニーズに応える施設ユニットの増設が、法人の事業計画に明示されている。 		

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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊厳について、理念や理念の具現化にて目指す施設像を明示している。 ・倫理要綱は入職時に渡され、研修時に学んでいく。 ・介護マニュアルの中に利用者を尊重した、利用者本位の福祉サービス提供に関する基本姿勢を記載している。 ・身体拘束廃止、虐待防止委員会を中心に介護マニュアルをもとに各委員会にて勉強会を行っている。 ・現場からの日々の福祉サービスの全体的な状況報告にリーダーがコメントを入れ、毎月各委員会にて評価が行われている。 		

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・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止委員会を中心に、利用者のプライバシーに関する基礎知識、社会福祉事業に関するものとしての姿勢・意識を明示した、プライバシー保護の介護マニュアルが作成されている。 ・高齢者虐待防止法の研修にて、職員の理解を深めている。また、高齢者虐待防止委員会を中心に計画をもとに研修を実施している。 ・ユニットの入り口に目隠しの為に、のれんを下げたり、排泄や入浴マニュアルにプライバシー保護について明記すると共に、サービス提供場面で実践が行われている。 ・利用者や家族へのプライバシー保護の周知は行っておらず、今後行事等の時に通知をしていくとのことである。 ・高齢者虐待防止法をもとにして作られたマニュアルにて、福祉サービスを提供している。 ・不適切な事案が発生した場合には、就業規則の制裁の中に処分が記載されている。 		
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。	㉔・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設紹介は法人ホームページに掲載している。パンフレットや広報誌は受付に置いており訪問する人がいつでも手に取れるようにしている。施設で安心して心豊かに暮らしている情報を積極的に提供している。 ・パンフレットはわかりやすく大きな文字で書かれ、写真や地図がのせられている。組織や職員紹介は玄関ロビーに顔写真にて掲示している。 ・利用希望者の窓口は介護支援専門員が担当し、サービス選択に必要な情報を提供している。また、施設見学についても随時受け付けている。 ・介護支援専門員が利用希望の待機待ちの方に連絡をとり、状況を把握できるように努めている。 		

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・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始にあたっては重要事項説明書で説明をしたうえで同意を頂き、契約書に署名押印をもらっている。 ・重要事項説明書には利用料金の見やすい工夫や食費居住費の他、個別機能訓練・栄養マネジメント・口腔衛生管理・など利用される方が関心をもって見る内容が明示されている。介護福祉施設サービス利用料金の早見表もわかりやすい資料となっている。 ・説明においては、できるだけ理解していただけるようにわかりやすく行い、納得され同意を頂けるまで説明をしている。 ・介護保険の改正に伴う料金変更時等には、サービス内容変更時の同意書を得ている。 ・自己決定が困難な方には、ご家族のキーパーソンの方に同意を得ているが、ルール化された書面等は作成していない。 		
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・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所前には自宅訪問を行い、継続した生活が送れるように入所検討会議や稟議書にて対応している。また、在宅復帰検討委員会にて在宅復帰の可能性を把握しているような取り組みを行っている。 ・移行支援にあたりサービスの継続性に配慮し、医師の紹介状や看護師の情報提供書等必要な情報を提供し、家族との連携をとってはいるが、手順と引継ぎ文書は定めていない。 ・サービス終了後に於いても気軽に相談できるように相談窓口を開き対応している。 ・退所後については、契約書にその内容を記載している。 		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長と管理栄養士と利用者が参加する、毎月第2火曜の給食会議に於いて嗜好調査がとられ、それをもとに第4水曜に行われるなかよし会と呼ばれる誕生会や選択おやつ・特産品旬の食材へ反映されている。 ・施設長と介護支援専門員と利用者が参加する、2か月に1回の利用者会議に於いて日々の暮らしの中での利用者の言葉や思いや意見、満足度を十分に汲み取っている。 ・利用者会議で出された意見や課題は苦情情報委員会等の各種委員会で検討され、検討結果が利用者会議議事録として次回の利用者会議で発表されている。 		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用契約書や重要事項説明書に相談苦情対応の条文や窓口が記載されており、利用開始時に説明がされている。「(苦情申し出窓口)の設置について」の文書にも苦情解決の体制が整備されている。 ・施設掲示板に苦情処理及び相談窓口の体制・手順が掲示されている。 ・ご意見記入用紙にて苦情を申し出やすい体制を整えている。 ・苦情内容については苦情処理委員会の議事録として保管されている。 ・苦情処理委員会設置要綱にて苦情内容や解決結果を玄関ロビーに掲示している。 ・利用者会議や家族からの苦情対応は、利用者の権利を擁護するとともにサービスの質が一定の水準で確保されることに意義がある。それを踏まえて日々の業務の中で苦情に対する対応を福祉サービスの質の向上に向けて反映させている。 		

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・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の相談には、介護支援専門員やリーダーを中心とした介護職員等の施設職員が随時対応しているが、相談に関するわかりやすい文書の作成や配布はされていない。 ・相談スペースとして会議室等を確保している。 		
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・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談や意見に対して「苦情処理及び相談窓口の体制・手順」のマニュアルがある。 ・第2金曜に行われる苦情情報委員会にて、マニュアルの見直しがされている。 ・2か月に1回の利用者会議にて利用者からの意見要望を傾聴している。 ・意見箱は玄関前とユニットに設置され、利用者や家族が自由に投函できる仕組みとなっており、タイムリーで活発な意見が入っている。 ・意見箱の意見は、申し送りの朝会で報告され、迅速で透明性のある対応を行っている。 ・利用者や家族の意見は、苦情情報委員会を中心として各委員会や企画運営会議等で検討され、真摯に受け止め改善していく体制が整っている。 		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ベッドサイドに利用者が座り込んでいたり、すでに廊下で転倒されている等の介護事故が過去1年間のうちに発生しており、事故報告書にて内容を確認できた。 ・事故防止検討委員会により、毎月1回事故報告やヒヤリハットの内容をまとめたものを報告する仕組みがあり、再発防止に向けた組織的な取組を確認することができた。 ・「事故発生防止と発生時対応マニュアル」にて手順等確認できる仕組みになっていた。 ・事故発生防止に関する研修は、定期的に事故防止委員会にて開催されており、事故が発生する要因など、発生メカニズムにも着目していた。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に感染症が施設内にて蔓延したことはなかった。 ・施設内感染防止対策委員会主導の感染防止対策マニュアルにて、責任者の明確化、対策に関する仕組み、手順等確認することができた。 ・時期的に感染症が蔓延する頃に感染症の知識を共有する目的で、委員会主導の研修や、予防的な措置を講じられるように仕組化していることを確認できた。 		

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・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・以前、噴火したことのある山が近隣にあり、壊滅的な影響はなかったものの、このようなことも想定した自然災害対応マニュアルを作成していた。 ・訓練は全利用者及び全職員の安否を、最終確認するようになっており、このような手順やルールについては、施設避難計画で確認することができた。また避難訓練は地域の消防団とも連携して実施していた。 ・備蓄に関しては日持ちするもの、食べ物の内容等を検討中で、今後最低限必要なものから適宜常備していくとのことであった。今後、備蓄の整備を期待したい。 		

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・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの整備に関しては、必要と考えられる内容のファイルを確認することができた。また、内容のうち、入浴マニュアルや排泄マニュアルにおいて、プライバシーに関する記述も認められた。 ・利用者の意思の尊重に関しては、言葉かけや利用者本位で介護する姿勢が、マニュアル内の文言にて確認することができた。 ・マニュアルに基づいた研修はやっている分野とやっていない分野と混在しているので、今後、各委員会等の活動を利用して、マニュアルの通り実施されているか検証する仕組みを期待したい。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・全く行っていないわけではないが、変更年月日や変更や追加・削除箇所を明確化する等、今後マニュアル全体の見直し及び更新していく仕組み作りを期待したい。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・計画作成に関しての責任者は、介護支援専門員が担っており、組織的にも明確化されていた。 ・アセスメント手法は包括的自立支援プログラムを用いて実施されており、介護・看護・機能訓練・栄養士等から情報を得て作成しているように、多職種共同で作成に当たっていることを確認した。 ・それぞれの利用者のニーズに合わせたプランを作成して、3か月毎にモニタリングを行い、年に2回評価を行う仕組みを確認した。 ・支援困難なケースは、入院をきっかけとして医療依存度が高くなった利用者のケースを確認した。利用者に対して施設でどこまでできるのか、その都度会議を開催して、情報を共有して最善の方法を模索していた。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・計画書作成から3か月毎にモニタリングを行い、計画書の進捗状況を把握している。また、6か月毎に評価をして次プランの作成に繋げていた。 ・計画書を作成する際は、各専門分野の職員から情報を得て、見方が狭くならないように留意しており、完成した計画書は各ユニット等にて掲示し、確認できる仕組みを作っていることを確認した。 ・計画書を緊急に見直すことは頻繁にあるわけではないが、特に利用者の退院後などはあらゆる場面で情報収集に努め、適切な援助ができるようにしていた。 		

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、職員間で共有化している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録用紙は施設全体的に統一されており、施設介護経過(支援経過)の記録の仕方という資料には、記録の目的や注意事項などが記してあり、施設として統一した基準が示されていることを確認した。 ・利用者や業務上の情報の流れについては、今のところできていないわけではなく、回覧や押印することで一定のルールは確認することができた。但し、まだ隅々にまで至っていないとのことで、今後の課題と言える。 ・部門横断での情報共有については、日誌や朝会、ケア会議録、モニタリングにて確認することができ、基本的には書面での回覧を基本としていることも、ヒアリングの中から確認することができた。 		
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・㉠・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報に関する文書等管理規則という規則によって、記録の保存、保管、情報の提供等について規定を定めていることを確認することができた。 ・個人情報の利用目的、取り扱い、漏えいに対する対策等に関しては、基本情報に関する基本規則という資料に詳細に明文化されていることを確認することができた。 ・所属職員への周知状況について、入社時と退職時に個人情報に関する誓約書にて規定を周知徹底している。また、利用者や家族に関しては、入所契約時等に利用契約と合わせて個人情報の使用同意書を説明して、同意を得ていることを確認することができた。 ・個人情報に関して、記録管理者が誰であるかの明示が確認できなかったことと、職員向けの研修が実施されていないこともあり、責任者の明示と定期的な研修の開催が望まれる。 		

第三評価結果

※すべての評価細目（26 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。

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所前の段階において、入所時担当者会議の場面で、利用者の生活歴や背景を確認していた。その情報を基にして24時間シートを作成し、入所後もその人らしい生活ができるだけ営めるように仕組を作っていた。入所後も、アセスメントシート、介護サービス計画書、日誌等で利用者一人一人の情報を共有できていることを確認することができた。 ・利用者が入居されたあとも、できる限り本人の意思を尊重しながら生活援助を実践されており、特に時間のメリハリをつけるために、着替えをきちんとしたり、離床することを推奨していることを、計画書やヒアリングの中から確認することができた。 ・比較的要介護度の高い利用者が多い中、自立支援の一環として、食事の際に自助具を用いて、可能な限り自分の意思で食べたいものを食べる取り組みを実施したり、おむつ外しに組みんだりする等、可能な限り残存能力を活用した取り組みを確認することができた。 ・利用者の趣味や希望等、千差万別ではあるが、その中でも施設内でできる活動を継続的に実施していることを確認することができた。例えば、身体を動かしたい希望があれば、機能訓練指導員による体操を実施したり、趣味活動ではカラオケや生け花教室、手芸教室、書道教室等の創作活動が挙げられる。また、お買い物やお花見、花火見物等の外出活動も定期的に行っており、それらは「ゆにっとたより」という広報誌で確認することができた。 ・地域のボランティア活動をしている団体との交流も実施されており、白山長生きクラブ、母子寡婦福祉会、有明幼稚園等との関わりを記録から確認することができた。 	

	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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションをとるにあたり、生活背景や疾患名、今までのコミュニケーションの取り方等を事前に確認することを前提にして、計画書に盛り込んだりしていることを、入所時担当者会議やヒアリングの中から確認することができた。 ・意思疎通の困難な利用者とのコミュニケーションについては、試行錯誤しながら関わりを持っている。コミュニケーションの取り方や、注意事項に介護サービス計画書に記載しており、例えば「ジェスチャーを交えたり、スキンシップを図りながら一緒に時間を過ごす」等が挙げられる。 ・接遇全般に関しては虐待防止委員会によって、各取り組みを司っており、虐待や身体拘束に関する研修や、「施設おいての禁句言葉・行動」、「虐待にならない対応の仕方」という資料等を用いながら、教育であったり啓発活動に努めていることを確認することができた。 ・利用者自ら会話を持つ機会の少ない利用者に対しては、介護サービス計画書に、「生活の場から楽しみが増え、メリハリのある毎日を過ごせるように支援する」という目標を掲げ、声かけや訪室の機会を増やす等、介護内容を実践していることを確認することができた。また、施設職員と利用者が参加する、「利用者会議」という会議があり、この中で利用者から様々な意見をもらい、ケアに反映する貴重な意見として位置付けていることを、利用者会議議事録やヒアリングの中から確認することができた。 		

A-2 身体介護	
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況に応じた入浴形態や入浴方法に関しては、包括的自立支援プログラムにある、入浴・清拭に関するケアチェック表にて内容を確認することができた。 ・入浴拒否の場合は、対応する職員を変えたり、午前がだめなら午後、今日がだめなら明日のように柔軟な対応をしていることを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・利用者が安全・安心して入浴ができるように、浴室湯温表や室温管理表にてチェックできる仕組みを確認することができた。 ・高齢者特有の心身の変化に対応した入浴マニュアルを整備されており、プライバシーの配慮や感染症予防、疾患別の留意事項等、網羅されていることを確認することができた。 ・利用者が入浴できるかどうか、看護師がバイタルサインを把握した上で判断し、有熱者には入浴を中止して清拭に切り替えたり、血圧が高めの利用者へはシャワー浴を提供する等の対処方法を、利用者の支援経過記録より確認することができた。 ・施設内には一般浴槽と、機械浴と準備されており、利用者の身体の状況に応じて、使い分けていることを確認することができた。 	

	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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況に応じた排せつ方法に関しては、包括的自立支援プログラムにある、排泄に関するケアチェック表にて内容を確認することができた。 ・施設独自の排泄チェック表は、排尿・排便・モレ・水分に分類してチェックできるようになっており、健康管理や排泄誘導の目安となっていることを確認することができた。 ・プライバシーを尊重した排泄の声かけや、自然な排泄を助長するような水分摂取の声かけは介護日誌や介護サービス計画書にて確認することができた。 ・排泄援助に関して、トイレ誘導したりおむつ交換するようにしているが、トイレは便座が温まるものを導入していたり、おむつは利用者の性別や体格等に応じて選択していることを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・トイレの中での転倒を防止するため、ケアチェック表の中の具体的ケア内容に、ある利用者が排尿の際に床を濡らすことがあるので、床の確認や注意を促すように記載してあったり、見守り観察を強化して転倒を予防していることを確認することができた。 		

	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・残存能力のある利用者への支援方法として、動線上に家具などを配置する等工夫して、伝い歩きができる環境整備を実施する介護サービス計画書を確認することができた。 ・利用者の身体状況に応じて、車椅子のサイズや種類を検討する際は、機能訓練指導員の意見を聞くようにしている。 ・本人や家族の希望があり、かつ、身体能力が伴っている場合は、移動距離が長い場合でも、車椅子ではなく歩行器を使用する等、可能な限り自立支援を実施していることを確認することができた。 ・車椅子を自操する利用者に対して、危険が及ばないように見守ることを、介護サービス計画書に記載して、注意喚起を促していることを確認することができた。 ・福祉用具の点検はしているが、記録として残っていないので、今後、いつどこで誰が実施したかは、チェックできるような仕組み作りが望まれる。 		
	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康管理マニュアルや褥瘡の予防(ケア)という資料にて、褥瘡形成時の対応方法が統一されていることを確認することができた。 ・褥瘡形成している利用者に対して、体位交換する旨の記載を介護支援経過の記録より確認することができた。 ・褥瘡形成している利用者の処置は、看護師が実施しており、皮膚への加圧を極力避けるような支援内容について、介護支援経過の記録により確認することができた。 ・褥瘡形成予防に関しては、褥瘡予防・排泄ケア委員会で定期的に情報を共有している。また、毎月形成者数やエアマット使用者数を一覧表にして把握しており、職員間での情報共有や介助方法の徹底を図っていることを確認することができた。 ・食事摂取量や体重の増減は、介護職や看護職で管理されている。また、栄養面の管理についても、管理栄養士によって栄養モニタリングを実施しており、多職種にて栄養管理ができていることを確認することができた。 		

A-3 食生活		
	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者も参画する給食会議を月に1回、また、嗜好調査を年に1回開催しており、内容には利用者の意見が記されていた。その内容は利用者の普段の食事に対する嗜好や希望を聞いて、献立に活かしていくというものであった。 ・毎月「特産メニュー」という企画を通じて、様々な土地のメニューを食事として提供し、食を楽しむ工夫を確認することができた。また、おやつも毎月1回選択できる取り組みを実施していた。 ・食事はできるだけ温かいものを提供できるように、保温食器を使用したり、時間をずらして食べる利用者には、レンジを使用して提供していることを、写真やヒアリングから確認することができた。 		
	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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の嚥下状況に応じて、食事の形態を柔軟に変更することができ、その都度変更報告を行う一連の流れを確認することができた。また、刻み食やペースト食の形態でも、できるだけ原型に近い盛り付けをして、食への楽しみを感じてもらえるように工夫していることを、花見会や祝い膳の写真から確認することができた。 ・利用者の食事形態や栄養状態を検討する時は、多職種間で開催している栄養管理委員会で協議の上、食事内容や形態を変更する流れを確認することができた。 ・利用者の食事や水分摂取量はチェック表にて管理されており、摂取する際は自立支援の観点から、できるだけ自助具等を用いて自力摂取を促したり、ゆっくり食べるように促すよう、介護サービス計画書に位置付けていることを確認することができた。 ・栄養マネジメントについては、管理栄養士による、栄養ケア計画書、栄養スクリーニング書、栄養アセスメント書、栄養モニタリング表にて実施状況を確認することができた。 		

	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況に応じた口腔清掃の自立度に関しては、包括的自立支援プログラムにある、洗面・口腔清潔・整容・更衣に関するケアチェック表にて内容を確認することができた。 ・利用者の口腔ケアについて、「利用者の口腔ケアについて」という一覧表を作成しており、利用者名、使用物品、方法等を把握できるようになっており、定期的に見直しを実施していることも、ヒアリングの中から確認することができた。 ・口腔ケアに関してわからない点がある場合は、提携している歯科医師に確認をして、助言を得ていることを資料から確認することができた。 <p>また、職員間での口腔ケアに関する研修は、口腔衛生委員会を中心に実施しており、使用した資料は各セクションにて回覧する仕組みを、ヒアリングの中から確認することができた。</p>		
A-4 終末期の対応		
	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・㉔・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・主に利用者の家族が看取りを希望した場合は、看取り介護の指針を基に説明を行い、その都度状況を鑑みながら、可能な限り実施する方針であることを確認することができた。また、緊急時の対応方法や連絡体制も資料にて確認することができた。 ・看取りにあたって、提携している医療機関の医師は週に1回往診に来ている。それ以外に何か変化があった場合は、電話やFAXで連絡を取れる体制であった。 ・看取りに関する研修については、主に介護力向上委員会にて実施している。講師役は主に施設の看護師が担っていることも、ヒアリングの中から確認することができた。 ・今後、看取りに携わった職員への精神的なフォロー体制を、構築していくことが望まれる。 		

A-5 認知症ケア		
	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の認知機能に関する分野は、包括的自立支援プログラムにある、心理、社会面等に関するケアチェック表にて内容を確認することができた。 ・施設では24時間シートを活用して、入所後もその人らしい生活を営むことができるように支援しているが、このシートを作成するための事前情報収集を、別の資料で確認することができ、一定期間しっかりと観察と記録をしていた。 ・認知症を呈していても、利用者らしい生活を支援するため、行動観察者検討会議で、BPSDに関する経過を職員間で共有する仕組みを確認することができた。また、認知症状があってもできることに着目して、介護サービス計画書に反映していた。さらに個人でできる作業療法やグループ活動を通じて、症状改善を図る取り組みを、情報提供シートから確認することができた。 ・認知症に関する研修は、介護力向上委員会を中心にして、定期的に行われていることを、委員会議事録により確認することができた。また、身体拘束廃止に関しては、主に身体拘束委員会が管轄しており、実施する場合の手続きについては、緊急やむを得ない身体拘束に関する理由書、説明書にて確認することができた。 		
	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ユニットはゆとりのある広さで、自宅で利用していたタンス等、使い慣れたもの、写真等を持ち込むことができ、可能な限り落ち着いて生活できる環境整備を、見学の際に確認することができた。 ・薬品や危険と考えられる物品については、鍵付きのキャビネットに収納してあったり、日常的に使用するものも、使用後は手の届かないところに納める等、事故発生を未然に防ぐ取り組みを確認することができた。 ・共有スペースは利用者が集まって作業をしたり、テレビを観たりできるよう配置されている。また、床や扉、壁の一部分等、明るい木目の素材を使っていることもあって、温かい雰囲気を醸し出していた。 ・居室やトイレが一目でわかるような目印を、見学の際に確認することができた。 		

A-6 医療依存度の高い利用者への対応		
	A-6-① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携する等適切な対応を行っている（養護 老人ホーム・軽費老人ホームを除く。）	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要介護度の高い利用者を多く受け入れたり、医療依存度の高い利用者も、資料や見学の際に確認することができた。 ・利用者一人一人の状況把握の方法として、緊急性がない限り、6か月に1回ケア会議で情報の共有を図っていることを、介護サービス計画書やサービス担当者会議録で確認することができた。 ・緊急時の対応や高齢者に見受けられる疾患の特徴等を標準化するため、「事故発生時・緊急時の対応と流れについて」というマニュアルを確認することができた。 ・医療依存度の高い利用者の情報の共有について、朝一で介護日誌を看護師が確認を行い、朝会で日勤者へ、また、夕方に夜勤者へ報告する仕組みがあることを確認することができた。 ・利用者が入所する際は、多職種で入所判定を協議するようしており、基本的に受け入れることを前提にしていることを、ヒアリングの中から確認することができた。 		
A-7 機能訓練、介護予防		
	A-7-① 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	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個別機能訓練に関しては、主に常勤の機能訓練指導員(理学療法士)にて策定されており、PDCA サイクルのうち、Pは個別機能訓練計画書にて、DCAは個別シートという資料にて確認することができた。また、評価の段階で、機能低下等が認められる場合は、必要に応じて医療機関とも連携している。 ・日々の日常生活においても、介護サービス計画書に則って、生活リハビリを提供していることを、介護サービス計画書とヒアリングの中から、確認することが確認することができた。 		

A-8 健康管理、衛生管理		
	A-8-① 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> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のバイタルチェックは、基本的に毎日実施しており、異変がある場合は医療との連携を図る仕組みを、緊急時の対応手順から確認することができた。また、利用者の健康状態の記録は、基本的にカルテにて集中管理されている。 ・利用者の内服管理は基本的に看護師が行い、各ステーションに内服管理マニュアルや、利用者の内服内容が確認できる資料を確認することができた。 ・利用者の急変時など、緊急時対応の研修は実施しているが、今のところ内服薬に関する研修は未実施となっている。健康管理面の一コマに付け加える形からでもよいので、薬学に関する研修の実施を期待したい。 		
	A-8-② 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> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症や食中毒の予防やまん延防止に関して、基本的には発生時・平常時のマニュアルがあることを確認することができた。また、食事に関しては委託業者との間に、連携、報告マニュアルがあり、状況に応じて使用している。 ・職員の健康状態は、年に1回又は2回の健康診断にて最低限把握しており、予防的な措置としても、施設で一部負担する、インフルエンザ予防接種も実施している。 ・2次感染を防止するため、職員やその家族が感染症に罹患した場合の、対応方法を感染対策マニュアルや、感染症予防委員会資料から確認することができた。 ・第3木曜日の朝会の際に、感染症対策委員会を実施して、現況報告や勉強会を開催していることを、ヒアリングと資料の中から確認することができた。 ・施設玄関に季節に応じた感染症に関する啓発文章があったり、手指消毒液やマスクを設置していることを確認した。 		

	A-8-③ 服薬の管理は、適正に実施している。	a・㉞・c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理については、基本的に看護師にて実施されており、管理方法は内服マニュアルに、保管方法から服薬時、誤薬時の対応方法まで、記載されていることを確認することができた。 ・利用者の内服内容については、主に看護師が管理する体制を敷いており、各ステーションに内服説明書を保管している。 ・内服関係の研修については、入職時の研修から始まる仕組みを構築している。また、この機会を活かして誤薬等が発生した場合の対応方法を、「緊急時の対応手順」に基づき、実施していることを確認することができた。 ・内服マニュアルは確認することができたが、今のところマニュアルの定期的な見直しにまで至っていないので、今後、各委員会を活用する等して、定期的な見直しを期待したい。 ・過去1年以内に、利用者の内服忘れ等のケースを、ヒアリングの中から確認することができた。再発防止に向けて、委員会を中心にした取り組みは確認することができたが、今後継続して再発防止の措置をとることを期待したい。 		
A-9 建物・設備		
	A-9-① 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・㉞・c
<p style="text-align: center;">〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全性や快適性を保つため、建物のメンテナンスは随時行ったり、定期的に行ったり、その内容によって変わることを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・施設の中は温かい感じのする色合いや机や椅子を備えていた。また、談話スペースも設けられており、利用者が好きな時に穏やかな時間を共有できるような配慮が見受けられた。 ・備品に関しては備品一覧表を作成して、定期的に数の確認や、不具合の有無を確認するような取り組みが望まれる。 		

A-10 家族との連携		
	A-10-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族への状況報告については、介護サービス計画書関係の連絡を行う際には、必ず近況報告するようにしている。また、急変等あった場合は、随時看護師等から連絡をするようにしていることを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・入所時に開催される入所時ケース担当者会議時に、家族に対して施設への要望、希望を確認するようにしていることを、会議議事録から確認することができた。 ・家族の面会時には近況報告するようにしており、介護支援経過という資料から確認することができた。また、家族の行事への参加を促すために、請求書送付の際に案内状を同封する取り組みを、「負担金請求書送付について」という資料から確認することができた。 		
A-11 生活関連サービス		
	A-11-① 利用者の生活を豊かで明るいものとするため、生活の質を高める取り組みを行っている	㉠・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者は施設が準備する複数の趣味やレクリエーション活動の中から、好みの活動に参加することができる。この内容は、情報提供シート(リハビリテーションセンター)という資料から確認することができた。 ・全ての利用者へというわけではないが、外出したいという希望があった場合には、お買い物や見学等に出かける取り組みを、外出支援実施計画書という資料から確認することができた。 		
	A-11-② 金銭管理が必要な場合は、マニュアルに従って実施し、記録と報告を行っている。	a・㉠・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・金銭管理については、入所者預り金管理規定に基づき、責任の所在を明確にした上で、運営されていることを規定より確認することができた。 ・出納状況は定期的に家族に報告されており、預り金に関する問題はここ1年発生していないことを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・金銭管理規定は、内容の見直し時に変更されているが、この規定に基づいて、職員が周知する機会を確認することができなかった。今後、規定に関して、事務系職員からでもよいと思うので、規定の付け合わせ等実施することが望まれる。 		

A-12 権利擁護		
	A-12-① 利用者の権利擁護のために、「成年後見制度」や「日常生活自立支援事業」に関する情報を提供している。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護に関するパンフレットや連絡先の把握は、ヒアリングの中から確認することができた。 ・現状、このような制度を利用した後に、入所してくるケースがほとんどであるため、今のところ、入所後に利用するケースはない状況である。情報提供できる体制は整っているため、今後、必要に応じて対応していくことが望まれる。 		
	A-12-② 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に身体拘束は実施されている。止むを得ず実施している内容としては、生命の存続に影響が及ぶようなケースに限り、時間限定で経管栄養等の注入中のみ、ミトン型の手袋を装着するというを、「身体拘束の行為別人数表及び評価」という資料から確認することができた。 ・緊急やむを得ず、身体拘束を実施する場合は、「緊急やむを得ない身体拘束に関する同意書」にて、明確な理由を示した上で、家族の同意を得ていることを確認した。 ・身体拘束実施後の経過については、「緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」や「身体拘束観察表」、「行動観察者検討会議録」にて、詳細に記してあることを確認した。 ・できるだけミトン等の装着時間を短くするような取り組みができないか等、身体拘束廃止に向けて身体拘束廃止委員会を組織立たせ、毎月第一木曜日に委員会を開催して、拘束等の実施状況や廃止に向けた研修等を実施していることを、身体拘束廃止検討会議録にて確認することができた。 		

	A-13-③ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に不適切な関わりが発生していないことを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・利用者に対して暴力や人格的辱め、心理的虐待等不適切な関わりがないように、「虐待防止」という資料を用いて、具体的な内容を示していることを確認することができた。 ・不適切な関わりが発生しないように、定期的に虐待防止委員会を開催して、「虐待にならない対応の仕方」等の研修を開催したり、啓発活動を実施していることを、資料から確認することができた。 ・万が一、施設内で不適切な行為が認められた場合、就業規則内の懲罰規定に処分内容が明示されていることを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・現在、施設として利用者への不適切な関わりの事例等を示していない状況である。言葉使いや、威圧的な態度、暴言暴力等の例を利用者に周知してもらい、予防的な措置として実行を期待したい。 		

A-13 安全・災害防止		
	A-13-① 防災（火災、風水害、地震等の災害）に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・過去1年間に防災の問題が発生していないことを、ヒアリングの中から確認することができた。 ・びざん防災計画の中に、火災や自然災害に関する対応手順が記されていることを、計画書の中から確認することができた。 ・火災を想定した訓練は、地域の消防団と共同で実施していることを、実施記録とヒアリングの中から確認することができた。 ・安全確保や事故防止に関する職員向けの研修は、現在のところ実施されていないため、交通事故が発生した場合等身近なところからでもよいので、実施することを期待したい。 ・防災に備える計画(マニュアル)はあるが、今のところ見直しにまで至っていないので、今後定期的な見直しを期待したい。 		
	A-13-② 不審者の侵入時などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在のところ、不審者侵入時の対応手順等のマニュアルは存在しない状況である。今後、起こりえないことではないので、今回を機に検討材料とすることを期待したい。 		

事業所情報（高齢者施設）

（平成 28 年 1 月 8 日 現在）

施設名 社会福祉法人幸和会 特別養護老人ホームびざん

1. 基本情報

郵便番号	855-0867		
所在地	長崎県島原市緑町 8200 番地		
TEL	0957-64-2205	ホームページ	http://www.shimabara.jp/sh6008845/
FAX	0957-64-4104	E-mail	bizan-zm@shimabara.jp
施設までの利 用交通手段	島原鉄道 外港駅下車 島鉄バス 島原港下車		
開設年月	平成 17 年 4 月 1 日		
敷地面積	約 21,157 m ²	建物面積	約 2,869 m ²
経営主体	社会福祉法人 幸和会	施設長名	安野 光広

2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）

専門職	常勤	非常勤
施設長	1 名	
事務員	1 名	
生活相談員	1 名(支援専門員と兼)	
介護職員	17 名	13 名
看護師	6 名	3 名
管理栄養士	1 名	
機能訓練指導員	1 名	
調理員（委託業者）	7 名	

3. 施設の理念・方針

理念：感謝と生きる喜びを共有し(利用者一人一人の気持ちを理解、尊重し)、その人らしく安心・安全安らぎのある生活を送って頂く

方針：利用者の生活の質の向上をめざし、安全、安心して安らぎのある快適な施設にする。
和(1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 5 + α)のある施設づくりをする。個々の利用者に視点をあてた確かな介護・看護をする施設にする。地域から選ばれ信頼される施設づくりをする。生活感、季節感、安心感など家庭を感じられる場をつくる。

4. サービス内容

定員	80名
----	-----

サービス名	備考
健康管理	毎日の体温、血圧測定。週一回の医師の往診及び体調不良時は随時病院受診し、体調管理に努めています。 リハビリ訓練やレクリエーション、書道・音楽クラブなどの趣味活動など、楽しみのある生活を送って頂けよう取り組んでいます。
食事	旬の食材を使った献立、ご当地メニューや敬老の日、元旦などの行事食、バイキング料理など食事を楽しんで頂けるよう取り組んでいます。
地域との交流	地域の幼稚園、老人クラブや婦人会の方など定期的に交流を図っております。

5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

介護・看護・リハビリ職員による生活全般における介護サービス、健康管理、レクリエーション、趣味活動を行い、管理栄養士による栄養バランスを考えた食事の提供など、ご利用者のニーズにお応えできるよう支援を行っております。

『その人らしく安心、安全、安らぎのある生活を』を基本理念に、安らぎのある快適な生活を送っていただけるよう、利用者お一人お一人の方に視点をあてた確かな支援、地域の方に信頼される施設作りを目指しています。

6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

施設の公開・見学	実習生の受入	ボランティアの受入
施設見学は、いつでも対応しております。	養成機関より受入可能です。 (介護福祉士実習指導者の有資格者3名)	随時受付募集しております。