

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：	老人保健施設 清和香櫨園	種別：	介護老人保健施設	
代表者氏名：	笹生 幹夫	定員（利用者人数）：	100 名	
所在地：	兵庫県西宮市弓場町1番15号			
TEL	0798-34-0001	ホームページ：	http://www.saso.or.jp/seiwa-koroen/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成17年8月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	医療法人社団 清和会			
職員数	常勤職員：	51 名	非常勤職員：	6 名
専門職員	医師	2 名	理学療法士	4 名
	薬剤師	1 名	作業療法士	1 名
	看護師	12 名	管理栄養士	1 名
	介護福祉士	17 名	介護支援専門員	2 名
	介護士	11 名		名
施設・設備の概要	(居室数) 4人部屋：23室 3人部屋：1室	(設備等) 特殊浴槽		
	2人部屋：1室 個室：3室	トレーニングマシン		

③理念・基本方針

- 施設理念
私たちは、いつでも介護の質の向上に努め、施設を利用するすべての方々に、よりよい介護サービスを提供します
- 施設方針
- ・「利用者の権利」を尊重する
 - ・介護を受ける側と提供する側の相互信頼関係を大切にする
 - ・居宅での生活を重視した質の高い介護を実現する

④施設・事業所の特徴的な取組

急性期医療を担い予防医学にも取り組む笹生病院（協力病院）に近接した場所にあり、笹生病院、訪問看護ステーションそよかぜと連携し、充実した医療・介護の総合的なサービスを提供することにより、利用者の「在宅復帰」と「在宅での生活支援の充実」を目指している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 28 年 2 月 10 日 (契約日) ~ 平成 28 年 7 月 1 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>*機能訓練・介護予防 「リハビリ処方箋」に基づいて「リハビリテーション実施計画書」を策定し、実施状況はリハビリ実施記録に記録し定期的に評価・見直しを行っている。介護予防活動は、施設サービス計画書に盛り込んで実施し、定期的に評価・見直しを行っている。毎朝のラジオ体操・食事前の口腔体操は全員参加で、また、利用者の希望や意向に応じて、フロアーリハビリメニューを個別に採り入れて実施し、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。</p> <p>*委員会体制の整備 「感染防止委員会」「事故・拘束防止委員会」等9委員会を設置し、「委員会要綱」を作成して目的・構成員・開催頻度などを明示し、多職種合同で定期的に開催し、サービスの質向上に取り組んでいる。</p> <p>*研修体制の整備 「教育委員会」が年間研修計画を策定し、研修内容に応じた委員会が担当して事業所内勉強会を定期的の実施し、職員の資質向上に取り組んでいる。母体法人でも研修会を実施し、事業所からも参加している。</p> <p>*マニュアル・規程類の整備 「マニュアル委員会」を設置し、各種マニュアルの見直し・新規作成を行い、マニュアル・規程類が整備されている。「介護マニュアル」については介護技術研修会を複数回実施して周知を図る等、マニュアルの周知に向けて取り組んでいる。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>*事業計画 事業計画の実施状況の把握、評価・見直し、次年度の事業計画の策定を、職員の参画の下で計画的に行う仕組み作りが望まれる。また、利用者・家族にもわかりやすい言葉で説明し、理解と周知を図る取り組みを期待する。</p> <p>*サービスの質の向上に向けた組織的な取り組み 定期的・継続的に自己評価を行い、抽出した課題について、職員参画の下改善に取り組む仕組み作りが望まれる</p> <p>*運営の透明性の確保 ホームページ等を活用し、事業所の理念・基本方針や提供するサービス内容・事業計画・苦情相談内容等、事業所の運営についての情報を公開・発信する取り組みが望まれる。</p> <p>*地域との交流・地域貢献 事業所が地域住民や関係機関と交流する中で地域ニーズを把握し、有する機能を地域に還元し地域貢献に取り組むことが望まれる。</p> <p>*利用者一人ひとりに応じた個別支援 利用者一人ひとりの生活歴・生活習慣・趣味・嗜好等についての詳細な情報収集とそれに基づいた個別性を尊重した支援計画の策定と、利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができる工夫が望まれる。</p>

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>創立10年を経た節目の年に第三者評価を受審する機会を得た事は、施設にとっても、職員にとっても意義深い事でした。介護老人保健施設としてあるべき姿、組織の面、日々のサービス提供等、客観的な評価ができたこと、的確な指摘をいただいたことで次の課題が明確になりました。</p> <p>今回の評価結果を真摯に受け止め、明確になった課題に全職員が一丸となって取り組み、皆様方を選んでいただける施設を目指してまいります。</p>

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・ b ・c
<コメント> 施設理念と基本方針を、パンフレットに記載し、玄関・館内に掲示し、利用者・家族・職員・来訪者に周知を図っている。理念には施設が目指す方向が示され、3項目の基本方針は理念と整合性がとれており、具体的な内容となっている。毎月の朝礼で唱和し、合同会議で説明を行う等、職員への周知が図られている。請求書発送時等に用いる施設の封筒に理念・基本方針を明示し、利用者・家族への周知を図っている。理念・基本方針の周知への取り組みは行われているが、今後は周知状況の確認と継続的な取り組みが望まれる。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a ・b・c
<コメント> 「西宮市高齢者福祉計画」「西宮市介護保険事業計画」「兵庫県老人福祉計画」「医療機関・地域の高齢者福祉事業所マップ」等を用いて、社会福祉事業や地域の各種福祉計画についての把握と分析に取り組んでいる。法人の経営層・施設の管理者層が出席する「運営会議」を月に1回開催し、地域での経営環境・課題などの把握と分析を行っている。利用者の推移・利用率は「運営会議」で分析し、月次で施設から法人にも報告している。コスト分析については法人で行っている。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・ b ・c
<コメント> 経営課題の抽出と共有については、運営会議で行われている。稼働率等、経営状況や課題については「合同フロアー会議」で職員に周知している。経営課題の解決・改善に向けて、具体的な取り組みを計画的に行い進捗を記録に残すことが望まれる。		

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> 施設としての中長期計画を平成27年度に策定し、「経営の安定化」「サービス提供安定化」「設備・備品への投資」という継続課題に向けた内容を明確にしている。収支計画も作成されている。中長期計画の評価・見直しの仕組み作りが望まれる。		

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> <p>中長期計画に基づいて、「第三者評価受審結果による現状の総括とも直し」「キャリア段位制度の利用」「介護記録の電子化とそれに伴う環境整備」等、具体的な事業計画を作成している。 実施状況の把握が行えるように、数値目標や具体的な成果の設定が望まれる。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、運営会議からリーダ会議へ、リーダーから職員へと周知を図る仕組みがある。 事業計画の実施状況の把握、評価・見直し、次年度の事業計画の策定を職員参画の下で計画的に行う仕組み作りが望まれる。</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><コメント></p> <p>事業計画について、利用者・家族に周知する取り組みには至っていない。 利用者・家族に、事業計画や事業所としての目標をわかりやすい言葉で説明し、理解と周知を促す取り組みが望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>各種委員会が設置され、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。各委員会が年度初めに年間目標を設定し、実施計画を策定し、定期的な会議で実施状況を確認している。今回の第三者評価は初回の受審である。 自己評価の実施について、現在計画中である。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>自己評価の実施について、現在計画中である。 自己評価や第三者評価で明確になった課題について、職員参画の下で計画的に改善に取り組み、進捗状況を確認しながら必要に応じて改善計画を見直し、その経緯を記録に残すことが望まれる。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 法人の「運営組織図」「職務権限・分掌規程」を整備し、各役職・職種について業務内容及び職務権限が明確にされている。法人理事長が経営・運営についての方針を明確にして、年頭の朝礼で説明するとともに、書面を施設内に掲示し全職員に周知を図っている。「防火・防災対策委員会構成表」で責任体制を明確化し、管理者不在時は事務長(防火管理者)が権限委任されることも明記されている。 経営層・管理者層の役割と責任について、職員に表明し理解を図る取り組みが望まれる。		
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> 公認会計士の参画により、管理者層が遵守すべき法令の理解と利害関係者との適正な関係保持、また、幅広い分野の法令の理解ができる体制がある。「個人情報保護について」の法人研修を実施し、施設からも一部職員が参加している。 職員が遵守すべき諸法令について学ぶ機会を確保すると共に、遵守するための具体的な取り組みを行うことが望まれる。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 各種委員会を設置し、定期的に会議を開催し、各分野でのサービスの質の現状を把握し改善に取り組んでいる。管理者層は各委員会に出席し、活動内容を把握すると共に、意見や助言を行っている。職員は各委員会に所属し、意見・提案を出し合っている。教育委員会が年間研修計画を策定し、各委員会が企画と講師を分担し、サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。 管理者層は会議・委員会等で職員の意見の把握に努めているが、意見をサービスの向上に反映させる具体的な仕組み作りを期待する。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 管理者層は月に1回「運営会議」を開催し、人事・労務・財務などを踏まえ、経営・業務改善に向けて検討している。法人の人事担当部署(人事採用課)が年間で計画的に採用や配置を行う仕組みがある。人員の補充等の必要があれば施設の運営会議から法人の運営会議に要請し、人事担当部署が対応している。システムを導入したり、パソコンの台数を増やす等、働きやすい環境整備に努めている。経営・業務改善については、フロー合同会議等で職員に周知しているが、具体的な体制作りには至っていない。 経営・業務改善については、管理者層が具体的な体制を構築し、意識形成と職員参画の下での取り組みが望まれる。		

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。	a ・ b ・ c
<コメント> 法人の人事担当部署（人事採用課）が、人員体制に関する方針を定め、年間で計画的に採用や配置を行う仕組みがある。計画に基づいて募集を行っている。資格取得奨励などの人材育成や効果的な人材確保に組織的に取り組まれることが望まれる。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<コメント> 人事基準に基づいた総合的な人事管理を行う仕組み作りに至っていない。理念・基本方針を踏まえた「期待する職員像」と人事基準を明確にし、キャリアパスの設定、人事考課制度の導入等、総合的な人事管理の仕組みづくりと一体的な運用が望まれる。また、処遇についても地域や事業種別で比較検討を行い、改善に結び付ける仕組みづくりが望まれる。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
1	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
<コメント> 労務管理については施設の事務部署が行い、事務長を責任者としている。職員の就業状況については、事務長が毎月データを確認して把握し、施設の管理者層と法人の経営層に報告している。健康診断・予防接種・メンタルヘルスの相談窓口の紹介など、職員の心身の健康と安全確保のための仕組みがあり、職員にも周知している。会員制リゾート施設利用・スポーツジム利用・リフレッシュ休暇・勤続年数による表彰等、福利厚生を整備・充実に努めている。産前産後休暇・育児休暇・介護休暇の取得、法人での保育所の運営等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みが行われている。職員の就業状況の改善策については、施設から法人に申請し、法人の人事担当部署が、人員体制に関する方針に基づいて募集や採用を行っている。人材の確保・定着の観点から、組織の魅力を高め、働きやすい職場づくりをするための計画的・積極的な取り組みが望まれる。		
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
<コメント> 「目標管理シート・勤務評価チェックシート」を作成し、職員一人ひとりの目標管理を行う仕組みがある。目標設定には、目標項目・目標水準・目標期限が定められている。年に2回個別面談を行い、中間で進捗状況を確認すると共に、年度末には目標達成度の確認を行っている。組織としての目標管理については、施設の理念・基本方針、年間目標、職員個別の目標等に整合性・連動性が求められることから、職員個別の目標設定には、組織として「期待する職員像」を明確にすることが望まれる。		

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> 法人の人事担当部署が作成している人員体制に関する年間計画に、必要とされる専門資格と人数が明示されている。教育委員会が年間研修計画を策定し、各委員会が企画と講師を担当し、計画に基づいた研修が実施されている。計画は毎年年度末に見直し、次年度の計画を策定している。教育委員会で各月で実施した研修内容について出席者のアンケートを取り、評価を実施していることを議事録で確認した。組織が目指すサービスの実践のための職員育成・研修体制の充実に取り組むことから、組織として「期待する職員像」を明確にすることが望まれる。		
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> 人事管理部門で、取得している専門資格について把握している。「目標管理シート・勤務評価シート」の中の「勤務評価項目」で、上司評価を行い、職員一人ひとりの水準を把握する仕組みがある。新人研修については、達成度を確認しながら指導するOJT体制が整備されている。外部研修の受講・大会等への参加を奨励し、情報提供・研修参加費や交通費の支給・勤務調整等、受講・参加できるよう支援している。また、施設内の研修は、週末の勤務終了後に実施し、参加しやすいように配慮している。現任職員についても、個別的なOJTや、階層別・職種別・テーマ別の研修を行い、職員の個別性に合った研修体制を整備することが望まれる。		
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> 現在、看護職の実習生の受け入れのみ実施している。実習生の指導要項に、目的・手順・窓口を明記している。看護師養成校の指定のプログラムに沿って実習を行っている。実習指導者研修に参加した看護師が指導に対応している。実習を受ける際には、実習受け入れの契約を取り交わし、実習担当教官が実習日に来訪し、カンファレンス等を通して意見交換し連携を図っている。福祉の人材・専門職の育成は、福祉施設の社会的責務の一つであることから、様々な職種の実習生を受け入れるためのマニュアル・プログラムの整備が望まれる。		

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。		
2	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> 理念・基本方針・活動などを記載したパンフレットを、病院・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所などに配布している。 施設の事業・財務等に関する情報について、適切に公開・発信する取り組みが望まれる。		
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> 事務・経理・取引に関しての処理は法人で行っており、職務分掌・権限・責任等も定められているが、職員への周知には至っていない。公認会計士に必要に応じて相談し助言を受ける体制があり、毎月チェックも行われている。公認会計士の指導や指摘事項に基づいて経営改善に取り組んでいる。 施設における事務・経理・取引に関するルールや職務分掌・権限・責任を職員に周知する取り組みが望まれる。		

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> 夏祭りに地域の方の参加もあり、敬老会・ハロウィンでは地域の保育園児の来訪を受けている。 地域との関わり方についての方針を明文化し、利用者と地域との交流を広げるための取り組みを工夫することが望まれる。		
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> 「ボランティア受け入れ管理手順」のマニュアルを整備し、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し、ボランティア登録票を作成している。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。 マニュアルの中等に地域の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、また、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修・支援を行うことが望まれる。		
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> 地域の関係機関・団体について福祉資料のファイルを作成している。法人の医療連携室からはメディカルケアネット西宮・阪神地域医療連携担当者連絡会・老健協会阪神支部総会に参加し、老健協会阪神支部総会では、事務長会・介護部長会・ケアマネ会を設置し、ネットワーク化に取り組んでいるが、施設としては取り組みには至っていない。在宅復帰に向けて、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等とのネットワーク化には取り組んでいる。 地域の社会資源について職員間で情報共有できる取り組みが望まれる。法人の医療連携室と協働し、施設としても地域でのネットワーク作りに取り組むことが望まれる。		

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 ・ <input checked="" type="radio"/> c
<コメント> 法人の健診センターが地域の避難所になっているが、施設としては、地域に機能を還元する取組みに至っていない。 施設の有する機能を地域に還元する取組みが望まれる。		
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 ・ <input checked="" type="radio"/> c
<コメント> 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携や法人の医療連携室との連携により福祉ニーズの把握に努めているが、地域交流・貢献の中での把握する機会作りには至っていない。 地域交流や地域貢献の中で地域の福祉ニーズを把握するための機会を設け、それに基づいた地域貢献・事業・活動に取り組まれることが望まれる。		

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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 理念・基本方針に、利用者尊重の姿勢をもり込み、理解と実践に努めている。職員の「倫理規定」は策定されているが、職員が理解し実践するための取り組みには至っていない。「介護マニュアル」の個々のサービスの標準的な実施方法に、「羞恥心に配慮し」「意向を確認し」等、利用者尊重の基本姿勢が反映されている。事業所内研修の「接遇研修」等で利用者の尊重や基本的人権への配慮について学ぶ機会を持っている。倫理規定の職員への研修等を通して周知する取り組みが望ましい。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行う仕組み作りが望まれる。		
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 ・ (b) ・ c
<コメント> 「プライバシー保護マニュアル」「個人情報規程」が整備され、研修を実施し職員の理解を図っている。「身体拘束廃止・虐待防止マニュアル」が整備され、研修を実施し職員の理解を図っている。居室のネームプレートは、居室番号プレートをスライドしないと確認できないように配慮されている。多床室はカーテンで仕切られ、また、ベッド間のスペースや廊下、共同スペースについては、必要な物以外は設置せず、十分な広さを確保している。トイレは個室になっている。 規程・マニュアル等に不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示することが望まれる。昨年度にマニュアルを策定したため、規定・マニュアルの内容の研修は実施していない。プライバシー保護・権利擁護についてマニュアルに基づいたサービスの実施を確認する仕組み作りが望まれる。また、プライバシー保護・権利擁護に関する取り組みを契約書・重要事項説明書等に明記し、利用者・家族に周知することが望まれる。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 理念・基本方針・実施するサービス内容を記載したパンフレットは、言葉遣い・写真・図等を使用してわかりやすい内容となっており、病院・居宅介護支援事業所・他施設等に設置している。利用希望者には、相談員が個別に面談や見学に対応し、質疑応答により必要な情報提供をしている。新しいパンフレットには理念と基本方針を明示する等、見直しを実施した。次回パンフレット印刷時にも見直し予定である。		
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> 契約時・変更時には十分な説明を心がけ、自己決定により同意の署名と捺印を行ってもらっている。利用開始時には、契約書・重要事項説明書・パンフレットと共に、「利用者の1日の流れ」等の資料でサービスの内容を理解しやすいように工夫を行っている。変更時にも、変更前と変更後の内容が理解しやすい文書で説明し、同意を得ている。契約時の手順を明記したマニュアルを作成し、その中に意思決定困難な利用者への配慮についても記載することが望まれる。		

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
<p><コメント></p> <p>在宅復帰・他施設への移行などの際には、移行後のサービスについての家族への情報提供や「退所サマリー」等でのサービス事業者への情報提供により、利用者・家族に不利益が生じないように取り組んでいる。退所後の相談については、相談員を窓口担当者と定めている。</p> <p>「退所時の対応手順マニュアル」を策定し、手順・退所後の相談窓口・引き継ぎ文書などを明記することが望まれる。また、退所後の相談方法や担当者については、「生活指導書」等退所時に渡す文書に記載することが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に1回接遇委員会が中心となって家族アンケートを実施し、集計を行っている。アンケート結果から抽出した課題に対しての改善策を、月間目標に採り入れて取り組んでいる。</p> <p>利用者満足を把握するために利用者会・家族会などを企画し、職員も参加して、そこでの意見・要望をサービスに反映する仕組み作りが望まれる。また、把握した結果を分析・検討するために利用者参画の下で検討会議を行うことを期待する。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者等、苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に明示し配布している。玄関の案内掲示に要望及び苦情等の相談について明示されている。</p> <p>「声の箱」(意見箱)と記入用紙を設置し、また、年に1回家族アンケートを実施し、利用者・家族が苦情を出しやすい工夫を行っている。苦情の受付から解決、また、家族へのフィードバックについては、「苦情報告書」に記録し保管している。接遇委員会で苦情の把握を行っているが、データ化してサービスの向上に反映する取り組みには至っていない。</p> <p>受付から解決に至るまでの苦情解決の仕組みを分かりやすく説明した資料の掲示や配布が望まれる。苦情内容・解決結果等は、プライバシーに配慮した上で公表することが望まれる。また、苦情・相談については、内容をデータ化・分析し、サービスの向上に反映させる仕組み作りが望まれる。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書の中に、複数の相談窓口を明示し、「声の箱」(意見箱)の活用についても明記されている。玄関の案内掲示に、要望及び苦情等の相談について明示されている。1階に面接室、2階にカンファレンス室を設け、相談しやすいスペースを確保している。</p>		

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「相談・苦情処理マニュアル」を整備しており、相談・苦情対応の方法を明文化し手順も記載されている。年度末に定期的に見直しをする予定である。1階の受付隣に「声の箱」という意見箱と記入用紙を設置している。年1回、往復はがきで、職員の接遇、サービス内容等についてのアンケートを無記名にて実施している。アンケート結果は、接遇委員会で検証し、改善につなげている。</p> <p>職員は日々のサービス提供において、利用者の相談・意見の傾聴に努め、把握した意見に迅速に対応し、サービスの質の向上に反映する仕組み作りと、経過を記録に残すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者を施設長と定め、感染、事故のマニュアルに明記し、「事故・身体拘束防止委員会」「感染防止委員会」等、リスクマネジメントに関する委員会を設置している。「事故防止マニュアル」が整備されており、管理者は、全職員にマニュアル内容の伝達に努めている。又、各階フロアーに指針を配備し、対策をフロアー毎に朝の申し送り時に話し合っている。事故・ヒヤリハット報告書を電子カルテで入力し、事例が収集されている。「事故・身体拘束防止委員会」を月1回開催し、事故・ヒヤリハット事例の発生件数と内容を報告している。事故事例は家族への報告対応結果まで入力され、委員会で報告されている。個別の防止策を講じた結果は1ヶ月後に評価を行い、電子カルテ内の個人記録の中に残されている。「緊急時対応」「事故防止」の研修を実施し、事故防止についての研修の機会に年間の集計結果を踏まえ研修で対応について周知を図る取り組みを行っている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「感染症予防マニュアル・感染症、食中毒の予防・蔓延防止に関する指針」を作成している。感染防止委員会を設置し、各職種から委員を任命し月に1回の会議で感染予防のための技術習得について話し合っている。更に、年間職員研修計画の中で「感染症について」の研修を盛り込み、感染防止委員会が企画立案し全職員に周知徹底に努め、対応訓練も実施している。昨年度はノロウイルス・インフルエンザは発生していない。マニュアルの定期的な見直しは、年度末に行う予定である。</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 行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>消防計画書の中の「防火・防災対策委員会構成表」に責任体制が明記され、災害対策についても記載されている。計画書の中に緊急連絡網があり、連絡網に沿って安否確認連絡を行う体制がある。食料の備蓄は給食会社に委託・依頼しており、委託業者が管理リストを作成して、厨房内倉庫で備蓄品を管理している。訓練は年2回総合訓練を施設全体で実施し、昼夜想定での実施を各1回ずつ行っている。</p> <p>利用者・職員の安否確認の周知状況を確認し、すべての職員が周知する取り組みが望まれる。</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><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法については、「介護ケア」マニュアルに排泄・入浴・おむつ交換・接遇等、項目毎に詳細に文書化されている。「介護ケア」マニュアルの中には、利用者の羞恥心の排除、個人の尊厳等とプライバシーの保護について明示されている。</p> <p>マニュアルに基づいた標準的な実施方法を周知する方策と、実施されているかを確認する仕組み作りが望まれる。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>マニュアル委員会を設置し、年に1回サービスに標準的な実施方法を検証・見直すことを定めている。今年度末に検証・見直しを予定している。マニュアルに基づいて実施した職員からの意見を聴取し、委員会で検証し、随時の見直しに反映させている。</p> <p>マニュアルの検証・見直しについては、職員や利用者の意見・提案を反映させ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
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画書策定の責任者は、施設ケアマネジャーと定めている。「ケアプラン作成マニュアル」を整備し、マニュアルの手順に沿ってサービス計画を作成している。「ケアチェック表」をアセスメントシートとし、「相談記録」で収集した情報も採り入れてアセスメントを実施している。医師・理学療法士・看護師・介護士・栄養士・ケアマネジャー等、各職種の関係職員が参加して、サービス担当者会議を開催している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、計画通りにサービスが行われていることを確認している。困難事例については検討しながら対応し、介護記録に記録している。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>「ケアプラン作成手順」の「ケアプラン運用フローチャート」に、サービス計画の定期的・緊急時の見直し・変更手順を明確化している。各フロアーに「サービス計画ファイル」を設置し、定期的な見直し時には更新した計画書をファイリングし、緊急の見直し時には変更が生じた部分を赤字で記載し、関係職員に周知している。計画の評価見直しの際にサービス提供における課題を明確にしている事例を確認した。</p> <p>定期的な見直しと随時の見直しの基準をマニュアルに追加することが望まれる</p>		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況は、電子カルテに入力し記録している。計画に基づいたサービスの実施が明確になる記録、また、記録に差異が生じない取り組みについては、今年度の課題とし、「ケアプラン委員会」を立ち上げて取り組む予定である。共有すべき情報は電子カルテの「申し送り一覧」で把握し、朝・夕のミーティングで伝達と共有を行っている。詳細な情報が必要な場合は、電子カルテで確認できる仕組みがある。内容に応じて、利用者用・業務用に分けて記載する「申し送りノート」による情報共有も行われている。フロー会議・合同会議・リーダーミーティング等、部門横断で定期的を開催し情報共有を行う会議を開催している。パソコンのネットワークシステムや会議録等の回覧により、情報共有の仕組みを構築している。 計画に基づいたサービスの実施が明確になる記録方法の確立、また、記録マニュアルの整備や勉強会の実施などにより、職員間で記録に差異が生じない標準的な記録の仕方の工夫に取り組むことが望まれる。		
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> 「個人情報保護規定」を定めている。毎年個人情報保護についての研修を実施し、また、誓約書への署名など、職員の理解と遵守に努めている。個人情報の取り扱いについては契約書に明記し、契約時に利用者・家族に説明し、個人情報利用同意書で同意を得ている。 「個人情報保護規定」に、廃棄についての規程・個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法・記録管理の責任者を明記することが望まれる。研修内容に記録の管理も採り入れ、周知を図ることが望まれる。		

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。	a ・ 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。	a ・ b ・ c

特記事項

「相談記録」「入所時記録」の書式で、利用者の心身の状況・ADL・IADL・生活歴等を把握している。入所時の面談で把握した利用者・家族の意向に沿った施設サービス計画書を作成し、計画に基づいた支援に取り組んでいる。3ヶ月に1回、モニタリングとケアプラン会議を行い、計画に沿った生活になっているかを検討し改善する仕組みがある。在宅復帰に向け、自立支援や活動参加への動機づけをサービス計画書に採り入れている。レクリエーション担当を決め、1カ月単位で予定表を作成し、生活に楽しみが持てるように工夫している。歌や楽器のボランティアの来訪が月に1～2回あり、施設行事には家族も招待している。花見・新緑ドライブ等の外出を企画し、職員が同行して希望者が参加できる機会を設けている。食堂・トイレ・浴室への移動、着替え・整容等、生活にメリハリがつけられるように支援している。着替えは私服とリースがあり、利用者・家族の意向を尊重している。

利用者の趣味・興味・希望に応じた活動の機会作りと、利用者の個別性を尊重した参加への取り組みが望まれる。起床時間など、利用者一人ひとりの生活リズムに応じたを一日の過ごし方ができるような支援が望まれる。

コミュニケーションの中で聞き取った利用者の思いや意向をケアに反映させた経緯を、介護記録に記録している。意思表示が困難な利用者については、個別のコミュニケーション方法をサービス計画に採り入れて支援している。接遇マニュアルを整備し、接遇の基本・言葉遣い・言葉かけ方法等が明文化されている。勉強会年間計画に盛り込み、接遇委員会が毎年継続的に研修を実施している。

利用者一人ひとりの状況に応じたコミュニケーション方法と機会作りを工夫し、利用者の思いや意向の把握に、積極的に取り組まれることが望まれる。

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。	a ・ (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。	a ・ (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) ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ (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。	a ・ (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。	a ・ (b) ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ (b) ・ c

特記事項

・「ケアチェック表」の入浴・清拭の項目に、個別の方法・注意事項等記載し、サービス計画に反映している。利用者別の入浴形態・入浴方法・スキンケア等を、「入浴表」に一覧できるように表示し脱衣所に設置して実施している。湯温は設定式になっているが人の手でも確認している。入浴前にシャワーチェア、滑り止めマット、特殊浴等の安全確認をしている。脱衣室はエアコン、浴室はヒーターパネルにより室温管理している。「入浴・清拭マニュアル」を整備し、安全に介助する方法や羞恥心に配慮した介助法について明記し、毎年1回実施するマニュアルに基づいた介護技術の研修の中で周知を図っている。また、新人研修の中でも習熟度をチェックして研修する仕組みがある。2階、3階に浴室があり、それぞれに機械浴、個浴が設置されている。シャワーチェア、滑り止めマット、手すり等が用意されている。

入浴拒否の利用者への誘導・介助方法の工夫、入浴可否の判断基準、入浴順への配慮などについて、全体の基準はマニュアルに、利用者個々については「入浴表」等に記載し、職員が共有し統一した支援が行なえる取り組みが望まれる。利用者の健康状態や意向に応じて、入浴日を臨機応変に調整する仕組み作りが望まれる。

・「ケアチェック表」の排泄の項目に、個別の方法・注意事項等を記載し、サービス計画に反映している。「排泄マニュアル」を整備し、安全に介助する方法や自立支援・羞恥心に配慮した介助法・おむつ交換時の皮膚の観察等について明記し、毎年1回実施するマニュアルに基づいた介護技術の研修の中で周知を図っている。また、新人研修の中でも習熟度をチェックして研修する仕組みがある。システムの中の経過表・温度板の項目に排泄の回数や量を入力し、異常時の内容はケア記録に入力している。トイレは、個室になっており、尊厳や羞恥心に配慮されている。トイレには、消臭スプレーを置いており使用し、ポータブルトイレは、消臭剤の使用と随時の清掃を行っている。暖房式の便座になっており、冬場の保温に配慮している。トイレに「排泄表」を設置し、使用している排泄用品を明示し、現状に即していない場合はカンファレンスで検討している。マニュアルに「定時トイレ介助」として時間を明示しているが、要望があればできるだけ早い対応に努めて誘導を行い、ケア記録に入力している。睡眠時の排泄介助は定時誘導はなく、トイレ介助者・おむつ交換者に分けて夜間排泄対象者として個別に対応している。

なるべく薬に頼らず、自然な排泄を促すための配慮を行い、記録で共有することが望まれる。

・歩行器使用、車イスの自走等、利用者の状況に応じた自力での移動を促す声かけを行い支援している。また、利用者の状況に応じた自力での移乗、移動を促す声かけ等の支援を行っている。入居時には「転倒スコアシート」を作成し、定期的な再アセスメントに使う「ケアチェック表」のリハビリの項目に、移動・移乗の方法・福祉用具の適性等を記載し、サービス計画に反映している。「移動・移乗マニュアル」を整備し、安全に介助する方法について明記し、毎年1回実施するマニュアルに基づいた介護技術の研修の中で周知を図っている。また、新人研修の中でも習熟度をチェックして研修する仕組みがある。福祉用具について明示している。モニタリングで計画の中で福祉用具使用の適正について評価・確認評価を行っている。また、再アセスメント時にはケアチェック表のリハビリの項目で福祉用具使用についての課題抽出を行いプランにつなげている。介護器具管理手順に点検する器具・点検項目を明示している。点検は事務部署で実施しており、車いすについては週1回点検して点検表に記録している。ベッドにナースコールを押してもらえよう案内を表示し、職員はナースコールと連動したピッチを所持し、迅速な対応に努めている。広いスペースが確保されており、職員も介助前の安全確認を行っている。廊下、共用スペース等は必要な物以外は置かず、整理されており、広いスペースを確保している。また、身体状況に応じたベッドの配置に配慮している。車イスは大、中、小の3種類に加え、リクライニング式を用意している。歩行器も用意している。希望に応じて、使い慣れた物の持ち込みも可能としている。

・入居時に、褥瘡の発生リスクを把握し、必要な利用者には「褥瘡対策計画」を作成している。定期的な再アセスメントに使う「ケアチェック表」の医療・褥瘡の項目に、状況や対応方法等を記載し、体位変換や姿勢の変換についてサービス計画に反映している。毎年1回実施するマニュアルに基づいた介護技術の研修の中の、移動・移動・体位変換に関する項目で、傷や皮下組織にずれが起きない介助方法について職員への周知を図っているが、褥瘡予防や対応方法についての勉強会は実施していない。軟膏塗布が必要な場合には、サービス計画書に挙げ、処置表・入浴管理表で周知して実施しケア記録に記録している。医師・看護師・介護士・栄養士で褥瘡委員会を構成し、週に1回褥瘡回診を行い、処置方法や対応方法について医師の指示を受けている。受けた指示は処置表やケア記録で情報共有を行っている。回診時に栄養状態に問題があれば、栄養士が高カロリー食やゼリーの提供を検討し速やかな対応に反映させている。褥瘡予防・対応方法について研修や個別の指導等を行い、職員の周知を徹底する取り組みが望まれる。

・更衣の際、意思表示が可能な利用者には意向を確認し衣類の選択をしてもらい、必要に応じて相談に応じている。汚れに気付いた時には、仮洗いをして家族に洗濯依頼している。

衣類の購入は家族が行っている。

・利用者の意思を尊重し、乳液や化粧水を持参している利用者には使用を支援し、必要に応じて整髪で髪をまとめたりヘアバンドを装着する支援を行っている。理美容業者が月1回が来所し、希望者が利用できるように事務部署が申し込みを受け付けている。受付表には、洗髪・カット・カラー・パーマなど選択でき、髪型についても希望を記入する欄があり、希望に応じたサービスが受けられるように支援している。

理髪店・美容院の利用は家族対応をお願いしている。

・居室でテレビ、ラジオを視聴する際は、イヤホンを使用してもらっている。必要に応じて、枕灯や居室入口付近にある洗面台の明かりを点ける等調整している。寝具はリースの対応が基本であるが、希望があれば好みの寝具の持ち込みができるように支援している。不眠などにより同室者に影響を及ぼす場合には、他の部屋にベッドを移動して対応している。

睡眠衛生指導としてマニュアルを整備しているが、睡眠リズムの乱れや不眠者への対応についての記載が望まれる。

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) ・ 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。	a ・ (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) ・ c

特記事項

入所時の「相談記録」「入所時記録」に、アレルギーや嗜好を記録している。施設の管理栄養士が食事の時間帯にラウンドし、利用者の摂食状況や好み等を観察・聞き取りした内容をノートに記録している。給食会社が事前に提出する献立案に、施設の管理栄養士が把握している利用者の摂食状況や好み・希望を電話で伝え、献立に反映させている。季節感や献立の変化など、施設からの要望も電話で伝え、反映状況も含めてノートに記録している。利用者のアレルギーや好みを栄養士が把握し、代替食に反映しているが、選択メニューは実施していない。和風柄の落ち着いた食器を使用し、盛り付けも工夫している。保温車で温度管理されており、利用者の近くまで移動してから配膳されている。居室へ配膳する際も同様に行われている。利用者間の人間関係や介助の可否等に配慮したテーブルや座席の配置になっている。BGMをかける等、雰囲気づくりをしている。

選択性を取り入れるなど食事を楽しむ工夫を期待する。

利用者個々の嚥下能力は「ケアチェック表」で把握し、刻み食、ミキサー食等、個々に応じた食事形態に厨房で対応している。利用者に合わせて声かけを行い、介助が必要な場合のみ支援し、その他は適度な距離をとり見守りにより状況を確認している。見守りをしながら、必要な時に声をかけたり、呼びかけに対して素早い対応をしている。傾きがある人には、クッションで対応する等、嚥下しやすい姿勢の確保に努めている。管理栄養士が「栄養スクリーニング」に基づいた栄養ケア計画を作成し、栄養マネジメントを実施している。看護師や医師と連携し、栄養面・形態に配慮した食事提供を行い、食事箋で状況に応じた対応を行い、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。発熱・歯痛等、突発的な状況にも代替食で対応している。

誤嚥事故に対する対応手順は看護業務マニュアルに明記されているが、職員全員が実践できる取り組みが望まれる。定時配茶以外の水分補給や摂取量の把握について個別に記録に残すことが望まれる。

「ケアチェック表」の口腔ケアの項目で、口腔ケアの自立度を把握している。食事前に口腔体操を行っている。「チェック表」の口腔・義歯欄に個別の対応方法を明示し、口腔ケアは毎食後実施し、義歯の着脱・清潔・保管は必要に応じて支援し、実施状況はケア記録に入力している。洗口スペースは、フロアに2ヶ所（1ヶ所につき3人まで利用可）設置されており、左右、後のスペースも十分確保されている。

口腔ケアは行っているが、サービス計画書に挙げた事例はない。歯科受診を必要な利用者については、訪問歯科診療を受け歯科受診の記録が残されているが、咀嚼・嚥下機能のチェック・指導は行っていない。口腔ケアについての勉強会の実施が望まれる。

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

非該当

在宅復帰を目的としており、施設としては終末期の対応は行っていない旨を、利用相談を受ける時点で説明し、理解と同意を得た上で契約している。

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

入所時にHDS-Rを行い、認知症状の評価を行っている。「ケアチェック表」の「社会活動」の項目で認知症状についての課題を抽出しサービス計画に反映し、症状に合わせた支援に取り組んでいる。サービス計画に手作業への参加を採り入れ、家事への参加を支援している事例がある。ユマニチュードを勉強会に採り入れ、認知症ケアについて新しい知識・情報を得られるように取り組んでいる。周辺症状の対応については、サービス計画に挙げ、サービス担当者会議で定期的に支援内容を検討している。拘束・抑制を行わない方針で対応するようにしているが、やむを得ず実施する場合には、厚生労働省の11項目については必要な手続きをとっている。転倒防止のためのセンサーマット等については、家族に説明の上同意を得て使用している。

認知症ケアについて、利用者への支持的・受容的なかわり、日常生活の中での役割の提供、個人・グループ活動への継続的な参加などについて、利用者一人一人の個性を尊重した取り組みが望まれる。

廊下、共用スペース等は必要な物以外は置かず、整理されており、広いスペースを確保している。薬品等危険物は、専用の部屋のキャビネットの中に保管し、部屋・キャビネットには施錠している。管理についてはナースが出入庫の管理を行っている。異食・火傷などの事故防止のため、清掃係を決め、片づけ・清掃を行っている。共用スペースでは、認知症の症状に応じて、テーブルの配置や座席に配慮している。同室者の組み合わせについては、入所判定の機会に利用者の認知症状、周辺症状等を考慮して配慮している。床頭台に犬の写真を飾ってある等、希望に応じて設置を可能としている。トイレのドアには大きく「トイレ」と表示され、居室は干支で表示している。エレベーターのロックが利用者の行動を制限するものにならないように、対応の工夫が望まれる。

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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

入所時に医師から「リハビリ処方箋」を受け、処方箋に基づいて施設サービス計画書にリハビリテーション実施計画書を位置づけ、リハビリテーション計画書が策定されている。実施状況はリハビリ実施記録に記録し、施設サービス計画書と共に定期的に評価・見直しを行っている。介護予防活動は、施設サービス計画書に盛り込んで実施し、定期的に評価・見直しを行っている。毎朝ラジオ体操・食事前の口腔体操は、日々の生活の中で全員参加で行っている。利用者の希望や意向に応じて、フローリハビリメニューを個別に作成し、サービス計画に採り入れて実施できるように支援している。機能訓練や介護予防活動については、必要に応じて理学療法士に指導・助言を受けている。家族からの相談や日々の言動から把握した認知症状の変化について看護師から報告を行い専門医の助言・指示を受けている。

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 ・ Ⓑ ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

バイタルサイン・摂食状況・排泄状況を記録し、体調の変化や異変に早く気付けるように取り組んでいる。利用者の体調の変化に気づいた場合は、緊急時対応のプロチャートの手順に沿って対応している。服薬管理・服薬確認は看護師が行い、ケア記録に入力している。健康状態も、ケア記録に入力し記録している。
 高齢者の健康管理・病気・薬・体調変化時の対応についての勉強会の実施が望まれる。感染症対応マニュアルを整備している。日常的には、職員の自主申告により把握しているが、インフルエンザの時期には体調を確認し、「職員の感染症発生時の就業制限」規則に沿って対応している。職員の家族に発生した場合は、濃厚接触者として規則に沿って対応している。インフルエンザ予防接種に関して、費用負担を支援している。感染症・食中毒について年2回研修を実施し、職員への周知を図っている。職員詰所、食事場所、トイレ付近に手指消毒剤を設置している。また、共用スペース内、トイレ内にも手洗い場があり、必要な消毒剤、液体せっけんが設置されている。エレベーター前、職員詰所に来館者用の案内、消毒剤を設置している。

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 ・ Ⓑ ・ c

特記事項

建物・設備の点検と問題点の改善については、担当業者に委託し定期的に行っている。車いすについては毎月チェック表を用いて点検し、歩行器等他の備品については不具合発見時に対応している。共用スペースは落ち着いた色合いで、広く採光がよく開放感がある。壁に季節の装飾を飾り、明るい雰囲気づくりに配慮している。2階のエレベーター奥に十分なスペースの談話スペースがある。テーブル・椅子・テレビがあり、面会の家族等とゆっくり過ごせるよう配慮されている。
 利用者が、生活の場として、思い思いに過ごせる工夫が望まれる。

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。	a ・ (b) ・ c

特記事項

変化があった時には電話などで家族に報告している。3ヶ月毎のサービス計画見直し時には、サービスの説明を行い要望を聞いている。家族の面会時には利用者の近況を報告し、必要に応じて相談に対応している。花見・夏祭り・クリスマス会等、行事案内は館内に掲示すると共に、全家族に郵送している。
 随時・必要時の状況報告や相談対応は行っているが、定期的な機会作りが望まれる。

A-10 その他

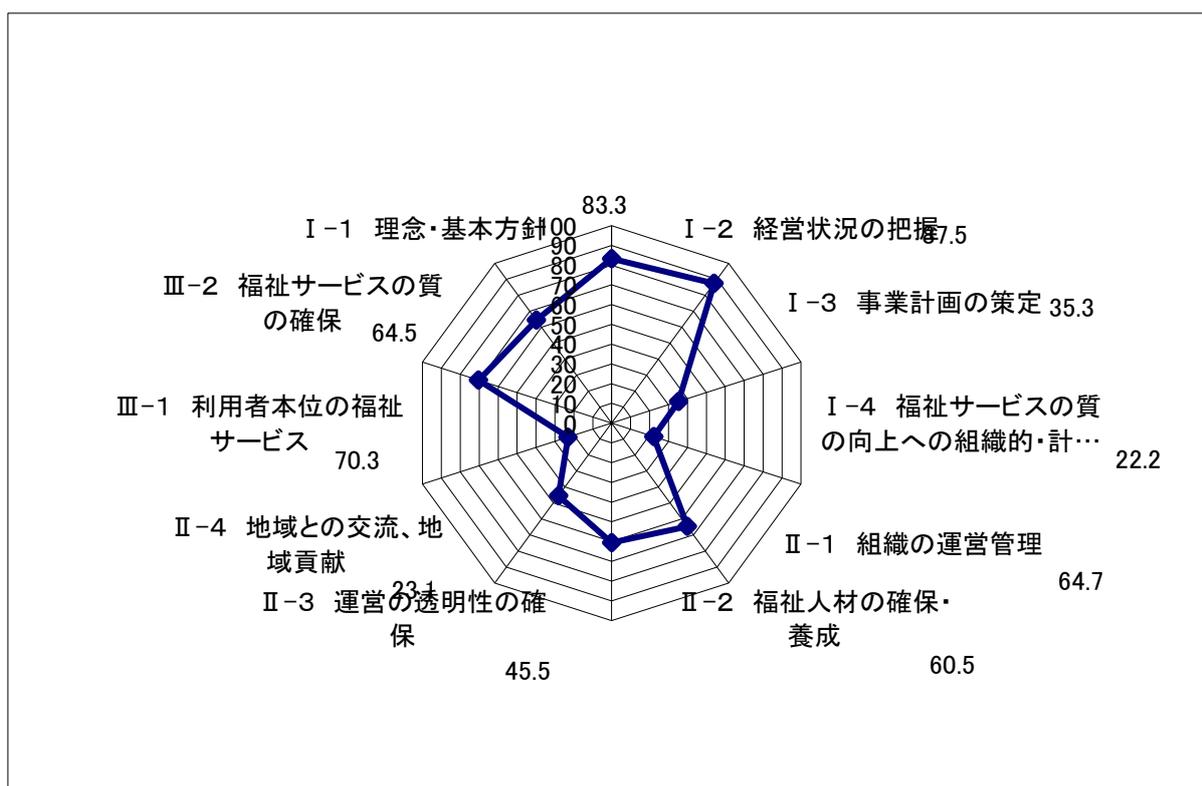
	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a ・ (b) ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a ・ (b) ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a ・ (b) ・ c

特記事項

花見・新緑ドライブ等の外出を企画し、職員が同行して希望者が参加できる機会を設けている。
 利用者の希望と必要に応じた外出には至っていない。
 2階職員詰所に公衆電話を設置している。郵便物は、希望があれば職員が預かり、郵送している。
 公衆電話使用時は職員、利用者とも周辺には配慮しているが、公衆電話の設置場所の検討等、プライバシーへの配慮が望まれる。
 テレビは有料で貸出している。ラジオは持ち込み可能である。新聞は職員詰所前に2種類設置し、自由に共同利用している。テレビは、申し出があれば職員が間に入ってチャンネルの調整をしている。
 新聞・雑誌の個人購買は行っていない。

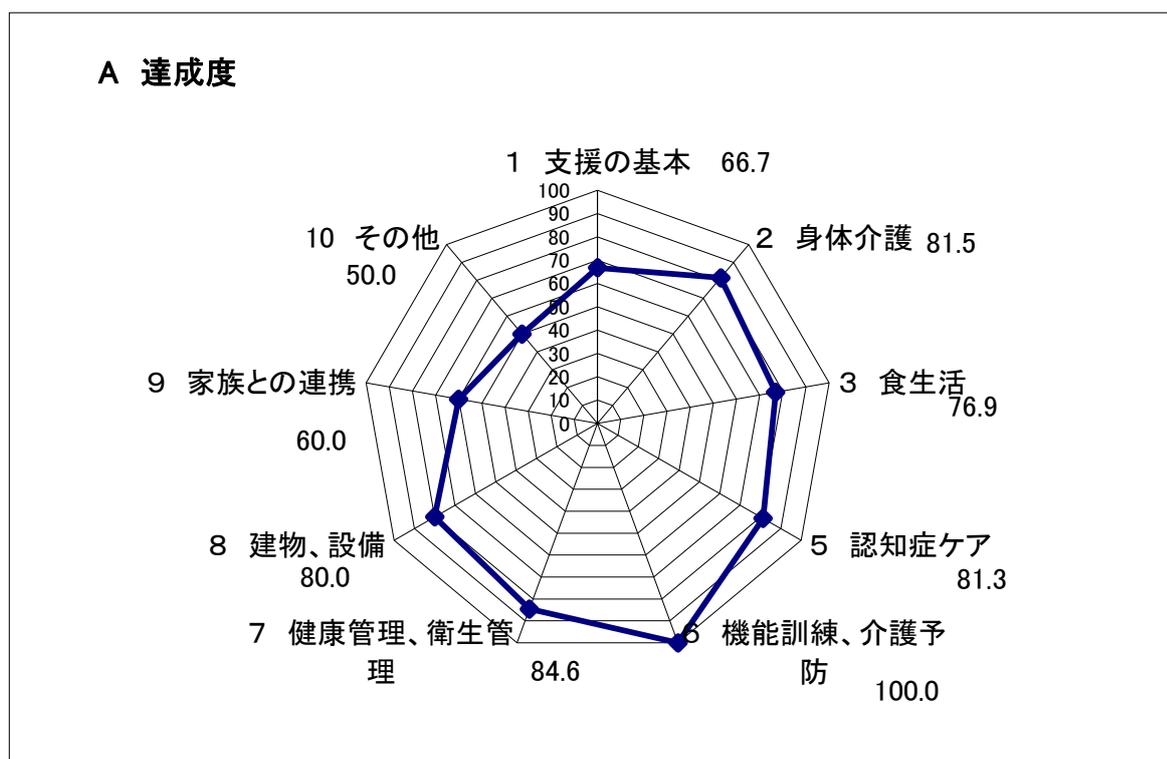
I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	6	35.3
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	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	11	64.7
II-2 福祉人材の確保・養成	38	23	60.5
II-3 運営の透明性の確保	11	5	45.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	6	23.1
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	45	70.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	20	64.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	14	66.7
2 身体介護	54	44	81.5
3 食生活	26	20	76.9
5 認知症ケア	16	13	81.3
6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
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	3	60.0
10 その他	8	4	50.0



※ A-4 終末期の対応 非該当