

様式第1号

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 翁寿園(地域密着型)	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 三好雅大	定員(利用者人数)：18名
所在地：兵庫県南あわじ市八木寺内373-1	
TEL 0799-42-6006	ホームページ： o-yasuragi@pearl.ocn.ne.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成17年4月1日	
経営法人・設置主体(法人名)：社会福祉法人 淡路島福祉会	
職員数	常勤職員：計 14名 非常勤職員：計 6名
専門職員	(専門職の名称) 施設長 1名 看護職員 1名
	生活相談員 1名 介護職員 5名
	介護支援専門員 1名
	管理栄養士 1名
	看護職員 1名
	機能訓練指導員 1名
	介護職員 8名
施設・設備の概要	(居室数) 個室18部屋 (設備等) ベッド・テーブル・クローゼット
	ナースコール・エアコン・洗面台

③理念・基本方針

- 「地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に」
1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。
 2. 常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。
 3. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. ユニット型特養として島内では歴史がある事業所であり、地域との関わり・地域へ出て行く機会を継続して持っている。
2. 併設事業所として、従来型特養通所介護、保育所等があり、それぞれの職員も含め様々な世代との関わり、交流が可能。
3. 近隣に同系列の病院があり、週2回の回診等を実施し医療との連携が図れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 9 月 1 日 (契約日) ~ 平成 29 年 2 月 3 日 (評価結果確定日)
評価日	平成28年11月11日・16日
受審回数 (前回の受審時期)	4 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・事業所の運営
法人の運営管理体制が確立し、法人としての規程・マニュアル類が整備され、各事業所から参加する各種会議・各種委員会が機能し連携している。また、翁寿園としても、特別養護老人ホーム・デイサービス・保育所を併設する複合施設として運営管理体制を整備し、施設独自の会議・委員会活動・研修等も実施し、法人内の施設・事業所と協働してサービスの質の向上に取り組んでいる。
- ・地域交流と地域貢献
「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を法人理念に掲げ、地域貢献・地域交流を年々深めている。淡路ブロックの各種事業協会や連絡会、地域ケア会議、施設内の運営推進会議等で、地域のニーズの把握やネットワーク作りに取り組んでいる。県の委託事業として介護技術講習会や認知症予防教室の開催、ボランティアや実習生の受け入れ、交流スペースの提供、夏祭り等の行事への招待など、地域住人と交流し、有する機能を還元する機会作りに努めている。高校生のボランティア部の協力を得て買い物に出かけたり、市が主催する敬老会、季節ごとの祭り、長寿の会等に参加する等、利用者も地域に出かける機会が持てるように取り組んでいる。
- ・利用者の尊重
「日課計画書」や「ライフスタイル一覧」を活用し、利用者個々の生活習慣や生活歴に沿った過ごし方ができるように取り組んでいる。書道クラブ・手芸クラブ・音楽療法・園芸療法・月ごとの行事等を事業計画に挙げて企画し、また、利用者の好みや力量に応じて役割が持てるように工夫して、生活に「はり」や楽しみが持てるように支援している。また、季節感や行事を採り入れ、盛り付けや彩りにもこだわった食事が提供されている。
- ・職員の育成
人事考課制度を導入し、年2回の個別面談を実施し、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。年間研修計画に基づいた法人内研修・施設内研修を実施し、職種別・テーマ別・階層別の外部研修への参加を奨励し、職員が学ぶ機会を数多く持てるように取り組んでいる。毎月開催のユニット職員会議で2ヶ月に1回マニュアルにもとづいた介護技術の研修を行い、また、介護記録をユニットリーダーが添削し記録の書き方に差異が生じないように指導する等、質の標準化に努めている。

◇改善を求められる点

たいへんよく取組まれていて大きな改善点ではありませんが、次のステップとして記します。

- ・事業計画の策定・実施状況の把握・中間評価・見直し・年度末評価・次年度の事業計画策定について、現在、部署・委員会等で取組まれている内容や経過が、明確になる仕組み作りを期待する。
- ・定められた評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行い、評価結果に基づいて課題を抽出し、会議や委員会で改善策を検討しサービスの質向上に向けて取り組まれている。課題抽出から改善に向けての経過が明確になる仕組み作りを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

過去3回の評価でアドバイス頂いた内容を基に、これまで新しい委員会の立ち上げやマニュアルの作成、業務の見直し等を行ってきました。
今回の評価ではそれらをどう生かすか、計画・実施・評価・見直し等の一連の流れが必要であるのご意見を頂きました。この度の評価でも、「なるほど」と思うご意見を多数頂きましたので、事業所全体で振り返りを行い、サービスの見直し・質の向上に繋げていきたいと思っております。

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> 法人の理念・基本方針を明文化し、ホームページ・法人パンフレット・広報誌・事業計画に記載している。理念は法人の目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性が確保され、具体的な内容になっている。理念・基本方針を、玄関・各部署に掲示し、朝礼やミーティングで唱和し、会議録の下欄に記載して、周知と共有に努めている。家族会で理念・基本方針を説明すると共に、明記した事業計画を配布している。出席できなかった家族には事業計画を郵送し、浸透を図っている。広報誌にわかりやすく掲載し、年に2回発刊し、継続的に周知に取り組んでいる。		

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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 各種老人福祉事業協会やインターネットから情報を収集し、社会福祉事業全体の動向の把握に努めている。在宅介護支援センターや運営推進会議の構成メンバーである市役所職員から、地域の動向等について情報収集を行っている。運営推進会議では、自治会長や民生委員等から地域の状況やニーズ等について情報を得ている。各事業所が収集した情報を、幹部運営会議で共有し分析している。各事業所のコストや利用率は毎月法人に報告し、3ヶ月に1回経営開発センターと共に分析している。		
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> 幹部運営会議で経営環境・経営状況の把握・分析を行い、課題や問題点を抽出している。3か月に1回幹部運営会議で行われる会計士との報告会に副理事長も参加し、課題を共有している。経営状況や改善課題の中で職員に周知する内容については、責任者会議で周知し改善に向けて取り組む仕組みがある。		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人の理念・基本方針の実現に向け、平成24年度に施設の中・長期計画策定している。中・長期計画は、具体的な内容になっており、項目別に実施状況の評価が行える内容となっている。28年に施設の事業運営の変化に伴い、中・長期計画の見直しを行った。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 単年度の事業計画は中・長期計画の内容を反映している。職種・部署別の方針を明示し、項目別に実行可能で具体的な、また、実施状況の評価を行える内容になっている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 事業計画は各事業所の責任者が参画し、責任者会議で策定している。年度末に、責任者会議で会議・行事・クラブ・研修・訓練の実施状況をもとに事業報告書を策定している。年度末の評価・見直しをもとに次年度の事業計画を策定している。策定した事業計画は、責任者会議→主任会議→ユニット会議の順に周知を図っている。 職種別・部署別に明文化した方針(年間目標)についても、中間・年度末に実施状況と達成度の把握を行い、次年度の計画策定に反映する仕組み作りが望まれる。また、重点施策についても、同様の取り組みが望まれる。実施状況の把握・評価・見直しの経過を、議事録等、記録に残すことが望まれる。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 家族会で事業計画を配布して説明し、周知に努めている。家族会に参加できなかった家族には郵送している。利用者・家族の参加を促す「行事・喫茶・クラブ活動」については、表を用いて理解しやすいように工夫している。		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人内に各種委員会を設置し、月に1回委員会を開催している。各委員会で年間目標を設定し、計画的に質の向上に向けて取り組んでいる。「サービスの質向上委員会」を設置し、サービスの内容について組織的に評価を行う体制が整備されている。第三者評価の評価基準にもとづいて、自己評価を毎年実施している。評価結果を分析・検討する場を、責任者会議として実行している。		

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 ・ c
<コメント> 責任者会議で課題を明確にし、議事録に文書化している。課題については責任者会議から主任会議、ユニット会議で職員の共有を図っている。課題は内容に応じて、委員会や部署会議で検討し改善に向けて取り組んでいる。 評価結果に基づく改善策の実施状況や改善策の見直し等の経過を議事録などに残すことが望まれる。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a ・ b ・ c
<コメント> 28年度事業計画で施設長方針を表明し、福祉施設の経営・管理に関する方針、自らの役割と責任について明文化し掲載している。法人の「決裁規程」「職務分掌」等で施設長の役割責任を定め、これらは職員がいつでも見ることが出来るよう事務所内に設置している。有事における施設長不在時は実務的には副施設長が対応している。 有事における施設長不在時の権限委任を文書で明確にすることが望まれる。		
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> 施設長は、関係法令集、法人諸規定等を事務所に設置し理解している。県の集団指導への参加や、法人の決裁規定に則り相見積もりを取る等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係を保持している。老人福祉事業協会の淡路ブロック施設長会や南あわじ市内の社会福祉法人連絡協議会の会議に参加し、法令に関する情報収集・把握に取り組んでいる。産業廃棄物処理法等、環境への配慮等も含む法令を把握しそれに則った取り組みを行っている。研修計画に沿って研修を実施し、職員がプライバシー保護法・個人情報保護法・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を設け周知している。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 毎年3月に利用者への聞き取りでの満足度調査を実施し、評価・分析を行っている。満足度調査には施設長も関わり、分析結果から課題を抽出し、サービスの質の向上に反映させるよう努めている。また、第三者評価結果から出された課題については、課題ごとに各委員会で検討している。施設長は委員会や責任者会議等に参加し、職員の意見を把握し、反映するよう取り組んでいる。事業計画に年間研修計画を策定し、計画的・継続的に職員が学びサービスの質の向上が図れるよう取り組んでいる。		

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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 定期的に外部コンサルタントから、稼働率・人件費率等の分析結果の報告を受け、幹部運営会議で経営改善や業務の実効性向上に向け検討を行っている。職員の適材適所に向けた体制づくりや半日単位の有給取得促進等に取り組むとともに、腰痛負担軽減のための移乗ボードの購入、事業所内保育所の設置等で職員が働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。経営改善に向け、幹部運営会議→責任者会議→ユニット会議・委員会へと伝達事項を周知し同様の意識を形成する取り組みを行っている。施設長は経営改善のために、施設内に責任者会議や各種委員会の体制を構築し、法人内の幹部運営会議を含め、積極的に参画している。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 28年度事業計画書の事業方針で、「更なる利用者支援の充実」のために、介護人材の確保と研修を通じての人材育成を明示している。重要事項説明書で、指定基準に準じた職員体制を明確にし、有給取得等に対応するための実配置人数を明示している。毎月最新版の職員一覧表を作成し、保有資格や勤務形態等を明示している。欠員が出た時や、出そうな場合には幹部運営会議に報告・相談し、人材確保を行う仕組みがある。法人での介護職員初任者研修の実施、実習生の受け入れ等を行い、人材確保や育成を図っている。喀痰吸引研修等医療的ケアの研修を事業所内で実施し人材育成も行った。また、障がい者の雇用も行っている。学校訪問・就職フェアへの参加・ハローワークやホームページの活用等で採用活動を行っている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 基本方針に謳っている「人権を尊重し、自己研鑽や創意工夫に努める」職員を法人として期待する職員像としている。人事考課制度を導入し、人事考課制度要綱に基づいて能力や意欲・行動力を評価している。人事考課制度要綱は入職時オリエンテーションで説明、周知するとともに、職員がいつでも見ることができるように設置している。人事考課制度で年2回自己評価を実施し上位者が面談・評価を行っている。ハローワーク、地域の事業所の職員募集チラシ、キャリアパス業者からのデータ提供を受け、改善の必要性などを評価分析し、処遇については法人全体で改善策を検討している。役割資格等級制度で人事基準を明確にし、面談時にキャリアパスフレームで職員の意向を確認する仕組みがある。		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 人事・労務管理に関する業務は法人本部で一括して行っている。職務分掌で、事業所での職員の労働安全衛生に関する責任者を副施設長と定め、責任体制を明確にしている。有休暇の取得状況や時間外労働のデータを毎月確認し、一覧表で就業状況を把握している。健康診断・腰痛検査を定期的実施している。法人としてストレスチェックを実施し、高ストレス者は産業医である嘱託医へ相談できる仕組みがある。基本的に副施設長が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。また、人事考課制度での施設長面談も職員の相談を受ける機会となっている。半日単位有給制度・退職金制度への加入など、総合的な福利厚生を実施している。育児・介護休暇、半日単位有給、職員の状況に応じた柔軟な勤務体制の採り入れ等を実施し、ワーク・ライフ・バランスに配慮している。半日有給や休暇取得時に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。健康・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、働きやすい職場づくりに取り組み、職員の定着率を向上している。		
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
<コメント> 人事考課制度を導入し、考課シートで階層ごとに期待する職員像を、設定し、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。年2回個別面談を実施し、面談を通じて職員一人ひとりの目標を設定している。目標期限を半期ごととし、評価項目・評価基準を明確にしている。半期ごとに考課シートに基づいて振り返りを行い、上位者と相互に目標に対する達成度の確認を行って、次の目標設定に繋いでいる。		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 法人の基本方針に期待する職員像を明示している。事業計画書に、組織が必要とする専門職種、資格を明示している。事業計画に計画的な研修を位置付け、毎月計画通りに実施している。研修報告書・研修資料・研修参加者名簿を保管管理されている。研修に参加できなかった職員には資料配布を行い周知している。研修実施後には参加者にアンケートを実施し、研修の感想や意見を得て、研修を実施する各担当委員会が内容の検討を行い、次年度の研修計画に反映させている。外部研修受講については復命書ファイルに出張命令書・研修内容報告書を保管管理している。各担当委員会で、研修報告書・復命書の意見・感想・成果等の分析・評価を行い、計画・研修内容等の評価、見直しを行っている。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 職員名簿一覧で経験年数や取得資格を明確にしている。新任職員には、新人指導マニュアルに沿ってOJTを実施し、チェックシートで習熟度を確認している。現任職員には、キャリア段位制度を活用し順次アセッサーが教育・指導を行っている。県の老人福祉事業協会等が実施する職種別・経験別研修等、外部研修を受講する機会を多く設けている。専門職種が限定されるような研修は当該部署に案内し、一般的な研修であれば案内を回覧し受講を支援するよう努めている。外部研修参加は、出張扱いとし受講料や交通費を支援している。内部研修は、できる限り参加しやすい時間帯を設定するよう努めている。		

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 実習生受け入れマニュアルを策定し、マニュアル内に受け入れに対する基本姿勢、目的を明文化している。マニュアルには、受け入れ窓口・オリエンテーション内容・手順などを定めている。介護職員初任者研修は「現場実習カリキュラム」に沿って実習できるようプログラムを準備している。養成校から実習要請があれば養成校のカリキュラムに沿って実習を行う仕組みがある。介護職員初任者研修について、実施主体である当事業所法人から継続的に情報提供を受けている。今後、介護福祉士や社会福祉士の実習指導者研修を受講する予定である。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> ホームページで、理念・基本方針・決算報告・サービス内容等を公開している。ホームページで第三者評価の受審について公表し、受審結果はWAMネットで公開している。苦情相談体制は重要事項説明書に明記し、玄関に抜粋を掲示している。広報誌に理念・基本方針・事業方針等を掲載し、居宅事業所・医療機関等へ設置し、運営推進会議でも配布して、年1回程度ではあるが地域の老人会等の見学時に配布している。 苦情・相談について、内容や対応・改善を記録に残し、苦情相談者にフィードバックしているが、公開については現在検討中である。		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 経理規定・決裁規程等法人諸規定を規程集として、職員がいつでも見ることが出来るよう事務所に設置している。規程集で職務分掌、権限・責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタントと委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。財務諸表等について、監事が定期的にチェックを行い内部監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。事業、財務等に関するチェックを外部コンサルタントに委託し、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、幹部運営会議でコスト削減、人件費等の改善に向け取り組んでいる		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を、また、事業計画の施設長方針で「地域の核となる施設に向けて」で、地域との関わり方について基本的な方針を明確にしている。市の広報誌の各ユニットに設置や、地区ごとの敬老会参加案内を対象者に案内する等、希望に応じて参加を支援している。ケーブルテレビ受信により、地域の情報を提供している。高校生のボランティア部の協力を得て、スーパーへ買い物に出かけている。市が主催する敬老会、春祭り・夏祭り、長寿の会等に参加したり、事業所での夏祭り開催の案内を地域に配布して参加を呼びかける等、地域の人々との交流の機会を設けている。買い物等は地域の商店を利用し、医療機関へ介護タクシーを利用する等、地域の社会資源の利用に努めている。		

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> <p>園芸療法、音楽療法、書道クラブ、手芸クラブ等、各種ボランティアが来訪しており、施設全体の夏祭りには多くのボランティアの受け入れを行っている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢を明示している。マニュアルで、受け入れ時の手順、流れ、注意事項等を明確にしている。ボランティア受け入れ簿に誓約書欄があり、守秘義務について理解を得るよう努めている。受け入れ時にはオリエンテーションを行い、ボランティアへ注意事項を説明している。ボランティア受け入れについて契約時に説明を行い、利用者・家族に口頭で了承を得ている。トライやるウィークの受け入れを行っている。また、学校への出前講座を計画している。地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化することが望まれる。</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>淡路地域福祉サポートマップや病院・警察署等地域の関連機関一覧を、職員の事務所や公衆電話横に設置している。老人福祉事業協会淡路ブロックの施設長会、調理師・栄養士会、介護職員会等関係機関の連絡会に定期的に参加している。老人福祉事業協会淡路ブロックの給食関係研修会等、地域で開催される研修会や地域ケア会議に参加し、共通の問題に対して検討や情報共有を図り、協働して取り組んでいる。地域包括支援センターとの連携を図りながら、地域の会議等に参加し地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の夏祭りに地域の人を招いて、地域住民と交流している。また、地域の老人会や地域のサークル活動の作品展示等で事業所の交流スペースを提供している。県の委託事業として、介護技術講習会、認知症予防教室等を開催し、開催時には民生委員の協力を得て地域にチラシを配布して参加を呼びかけている。認知症予防教室や技術講習会を通じて、また、地域包括支援センターから情報を得て相談活動を行っている。市と災害時の福祉避難所の協定を結び、給食施設協議会で栄養士が地域に向けアルファ米の炊き方など講習を行っている。地域の祭りや行事に協賛を行い、地域の活性化に貢献している。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>認知症予防教室や技術講習会等を通じて、また、地域包括支援センター等と連携してニーズの把握に努めている。民生委員も参加している運営推進会議で地域の福祉ニーズの把握に努めている。24時間のサポート型特養のチラシを見ての電話相談や、民生委員を通しての地域住民からの相談等、多様な相談に応じている。地域包括支援センターや地域ケア会議など関係機関との連携に基づいてもニーズの把握に努めている。民生委員を通して配食サービスのニーズを、社協と連携して24時間地域サポート特養のニーズを把握し、配食サービスや24時間地域サポート特養への取り組みを事業計画に明示し、実施している。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 基本理念に「利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。」を明示し、事業計画に反映し実践に取り組んでいる。利用者尊重を「介護の心構え」に明示し、職員の理解と実践を図っている。また、排泄・入浴等各種介護マニュアルにも明文化し、サービスの標準的な実施方法に反映している。「プライバシー保護」「身体拘束・虐待について」を職場内研修計画に採り入れて実施している。「身体拘束ゼロ推進委員会」「サービスの質向上委員会」を月に1回開催し、利用者尊重・基本的人権への配慮について取り組んでいる。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 「プライバシー保護マニュアル」「個人情報保護規定」を整備し、研修で職員の周知を図っている。「プライバシー保護」「身体拘束・虐待について」を職場内研修計画に採り入れて実施している。フロア内には、自由にくつろげるソファ・テレビが用意され、バリアフリーで自由な移動でき、生活に快適な環境となっている。のれん・カーテン・パーテーションを使用しプライバシーにも配慮されている。契約時に、重要事項説明書や個人情報使用同意書等にもとづいて、利用者・家族に取り組みを説明している。「個人情報保護規定」に情報の漏えいなど不適切な事案が発生した場合について明示している。 「高齢者虐待防止マニュアル」の整備と、職員への周知が望まれる。また、マニュアルの中に不適切な事案が発生した場合の対応方法を明示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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人のパンフレット・事業所別のパンフレット・広報誌に、理念・基本方針・サービス内容・事業所の特性等を明示し公共施設・医療機関・地域包括支援センター等に設置している。パンフレット・広報誌は、写真・絵等を使用し、わかりやすく工夫されている。利用希望者には、問い合わせ時や見学時に、個別に丁寧な説明を行っている。見学には随時対応し、ショートステイの利用で体験利用に対応している。広報誌は年2回の発行し、パンフレットは適宜見直している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> サービス開始時には、契約書・重要事項説明書とともに、パンフレット・料金表等わかりやすい資料も事前に提供し、利用者・家族に質疑応答を交えて説明の上、文書で同意を得ている。意思決定が困難な利用者への配慮も含め、身元引受人・代理人については契約書に明示し、適正な説明と運営が図られている。		

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>契約終了時には、契約書・重要事項説明書の「契約終了に伴う（円滑な退去のための）援助」に沿って、要請された文書による情報提供等、継続性に配慮した支援を行っている。契約終了後の相談窓口を設置し、解約届出書の下欄に明記して終了時に利用者・家族に手渡している。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>毎年、サービスについての満足度調査と食事についての満足度調査を、利用者に聞き取りで実施している。6か月に1回ケアカンファレンスを開催し、利用者の満足を把握する機会としても位置付けている。年2回家族会を開催し、職員も出席し、家族の満足や要望の把握に努めている。サービスについての満足度調査は生活相談員を担当者とし、責任者会議で結果の分析・検討を行い、主任会議・ユニット会議で職員に周知している。改善については、内容に応じて、委員会やユニットで取り組んだり、個人的な要望は個別支援計画に反映している。食事については栄養士を担当者とし、給食委員会で分析・検討し、献立などに反映している。</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>苦情受付担当者・解決責任者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備し、「苦情の受付について」の中で重要事項説明書に明示している。重要事項説明書を玄関に掲示し、利用者・家族には契約時に説明し配布している。「苦情受付票」に、苦情内容・対応方法・対応及び結果を、申立者に対するフィードバックも含めて記録し保管している。「苦情受付票」はユニット内で閲覧し職員に周知するとともに、責任者会議で共有し施設全体として再発防止に努めサービスの質向上に取り組んでいる。</p> <p>苦情内容・解決結果の公表については検討中である。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>苦情・相談の窓口として重要事項説明書に明示し、玄関に掲示している。施設1階の会議室・面談室を、プライバシーに配慮した家族の相談スペースと設けている。</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>苦情・相談・要望について、対応や解決の流れをわかりやすくあらわしたフローチャート「苦情・要望の施設長への報告までの流れ」を作成している。職員は日々の会話の中で相談・意見の把握に努め、把握した内容はケース記録に記録として残している。施設玄関横に意見箱が設置されている。年1回満足度調査や嗜好アンケート、行事ごとのアンケートを実施する等、意見を積極的に把握する取り組みを行っている。把握した意見は、内容に応じて各種会議や委員会で検討し、サービスの質の向上に取り組んでいる。</p> <p>相談・意見対応のマニュアルの見直しは年度末に行う予定である。見直しの際には、相談・意見の記録方法についても盛り込むことが望まれる。</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
<コメント> リスクマネジメントに関する責任者を施設長として、事故防止検討委員会を設置し管理体制を整備している。「緊急時等対応マニュアル」に意識消失・転倒転落・誤嚥についての対応の流れをフローチャートで明確にしている。事故・ヒヤリハット事例を積極的に収集し、発生要因・再発防止策などを検討しインシデント・アクシデントレポートに記録している。インシデント・アクシデントレポートのコピーを回覧し、職員間で情報共有している。再発防止策の実行状況や効果については、事故防止検討委員会で追跡を行い、必要があれば再検討している。「認知症について」の研修の中で、認知力の低下によるインシデント・アクシデントと行方不明者対応について学んだ。「緊急時の対応について」の研修も予定している。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 感染症対策についての責任者を施設長とし、衛生管理感染対策委員会を設置し管理体制を整備している。感染症予防と発生時の対応について、「感染症マニュアル」を作成している。毎年2回、定期的・継続的に研修を実施し、職員の周知を図っている。うがい・手洗いの励行、消毒など、日常的に感染症の予防策を講じている。感染症発生の事例はないが、施設内研修で吐物処理マニュアルをもとに実習を行い、発生時に適切な対応が行えるように取り組んでいる。また、インフルエンザ流行期には掲示物での注意喚起や面接者に協力をお願いする等、予防に努めている。マニュアルの見直しについては、施設内では衛生管理感染対策委員会が、法人では看護業務検討委員会が担当し、定期的な見直しと随時の見直しを行っている。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 法人で「防災マニュアル」を作成し、平常時の災害対策・地震対策・風水害対策・災害発生時における地域での役割等を明記している。法人のマニュアルを基に施設の特性を踏まえた「防災マニュアル(防災計画)」を作成している。各マニュアルには、災害時の体制について図などを用いてわかりやすく明示している。耐震性を考慮した建造となっており、設備類なども対策を講じている。利用者の安否確認については利用者名簿と「利用者引き継ぎカード」を、職員の安否確認については「夜間緊急時連絡網(防災用)」を整備している。水・非常食や炊き出し用機器類等の備蓄品が管理栄養士により保管・管理されている。消費期限前には利用者へ提供される等、定期的な入れ替えが行われている。備蓄品リストも作成している。1階の交流スペースなどを利用しての地域の福祉避難所の協定を結んでいる。消防署と連携し、年に2回昼夜想定で避難訓練を実施するとともに、南あわじ市での訓練にも参加し、炊き出しなど地域の避難対応を行うようにしている。消防署・警察・給食施設協議会と協力関係を築いている。		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 各種介護マニュアルを作成し、標準的な実施方法を文書化している。標準的な実施方法には、利用者尊重・プライバシー保護の姿勢が明示されている。毎月実施しているユニット会議で2か月に1回、各種介護マニュアルを使用して勉強会を実施し、標準的な実施方法の周知を図っている。新任職員研修達成度チェックリストで、マニュアルに沿って実施できているかを確認する仕組みがある。現任職員については、キャリア段位制度のチェックリストを利用して確認する仕組みがある。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 各種介護マニュアルは、毎年度末にケア業務検討委員会で検証・見直しを行い、見直したマニュアルを年度初めに、各事業所に配布し周知している。ケア業務検討委員会には、各事業所から主任及びリーダー介護職員が参加し、職員が参画して、個別的な計画内容や利用者の意見を反映させて見直しを行う仕組みがある。		
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 ・ c
<コメント> サービス実施計画の最終的な責任者を施設長とし、作成後の決済を行っている。家族記入の「自叙伝」「入所者台帳」で入所時の情報を把握し、各職種の関係職員が参加してカンファレンスを実施し、「カンファレンスシート」に記録を残している。カンファレンスで明示された課題を「課題分析」シートに記載している。課題を明示して多職種の関係職員・利用者・家族と共に担当者会議を開催し、サービス実施計画を作成している。計画のサービス内容に沿って「実施モニタリング表」を作成し、計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みがあり機能している。支援困難な事例についても同様の方法で検討し、積極的な支援に努めている。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 「ケアマネジャーマニュアル」の中に、サービス実施計画は、定期的には6か月ごとに、担当者会議を行って見直しを行う手順が明記されている。「ケアマネジャーマニュアル」には、緊急に計画を変更する仕組みも記載されている。新たな課題を明記し、サービス実施計画を作成した事例もある。		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況を「日常生活動作能力調査」の書式で、把握し記録している。「ケース記録」「実施モニタリング表」で、サービス実施計画にもとづいてサービスが実施されていることが確認できる。ケース記録はプリントアウトし各ユニットの主任が内容を確認し、職員個別に記録内容や書き方について指導・助言を行う仕組みが構築されている。情報共有はほのぼののシステムを活用して各職種が入力したケース記録で情報共有を図ることができる仕組みがある。ほのぼののシステムの掲示板も活用しているが、活用が十分できない職員には、ユニット毎に申し送りノートに記載したり、入力した内容をプリントアウトして申し送りノートに貼付し全職員が確認、共有するようにしている。日々のケース記録はプリントアウトし、各職員が出勤時に確認し情報共有を図っている。各職種が参加する全体での朝ミーティングと各ユニットでの昼ミーティングを行い、朝ミーティングの内容は各ユニットの申し送りノートにプリントアウトされた書面を貼付している。		
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> 文書取扱規定・個人情報保護規定に利用者の記録の保管・廃棄・情報提供に関する規定を定めている。個人情報の不正利用や情報漏えいについては、個人情報保護規定に記載されている。記録管理の責任者は施設長としている。個人情報・プライバシー保護について施設内研修を実施している。職員は、個人情報保護規定について入職時に新人研修で学び、誓約書を交わすとともに、毎年の施設内研修の中で定期的・継続的に学ぶ機会を持っている。利用者・家族には、契約時に個人情報の取り扱いについて説明し文書で同意を得ている。		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	Ⓐ ・ b ・ c
A-1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

<p>「日常生活動作能力調査表」や「利用者個人台帳」の「自叙伝」等で、利用者の心身の状況・ADL・IADL・生活習慣などの把握に努めている。アセスメントから、「施設サービス計画書」「日課計画表」を作成し、利用者一人ひとりに応じた生活になるよう支援している。計画書を定期的に評価・見直しすることで、個々の利用者に応じた生活になっているかを検討する仕組みがある。書道クラブ・手芸クラブ・音楽療法・園芸療法・月ごとの行事等を、事業計画に挙げて企画し、利用者個々の趣味や希望に応じて、主体的に参加し、生活に楽しみが持てるように支援している。クラブ活動や音楽療法には地域ボランティアの支援を受け、買い物外出には高校のボランティアクラブの協力を得て、施設行事には地域住民や家族の参加がある等、活動の多彩化を図っている。春祭りのだんじり見学、紅梅会銭太鼓の訪問、地域の店舗への買い物外出、スーパー銭湯への外出等、社会参加にも取り組んでいる。「ライフスタイル一覧」で利用者個々の過ごし方を把握し、離床、更衣・整容、食堂・トイレ・風呂への移動を支援し、メリハリのある生活に向けて、統一した支援ができるように取り組んでいる。</p> <p>「日常生活動作能力調査」で利用者のコミュニケーション状況を把握し、個々の利用者に合わせて方法を工夫している。日常生活の中で聞き取った利用者の思いや意向は、ケース記録に入力し職員間で共有し支援に活かしている。話すことや意思疎通が困難な利用者については、施設サービス計画書に挙げ、筆談を用いたり、表情や反応から推測する等、個別の方法で把握に努めている。「接遇マニュアル」を整備し、利用者への言葉遣いや節度ある接し方について明記している。新人研修や年度初めの施設内研修で学ぶ機会を継続的に持っている。食事・おやつなど利用者が集う場面や、入浴介助等マンツーマンで介助する場面など、日常生活の各場面で利用者が話したいことを話せるような雰囲気づくりに配慮している。</p>
--

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ Ⓑ ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-⑥ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

「日常生活動作能力調査」で利用者の心身の状況を把握し、個々の利用者に合わせて保清方法を工夫している。入浴時はマンツーマンで介助し、同性介助希望者にはできる限り希望に沿う様に対応し、また、パーテーションやオーバーカーテンを設置し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮している。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず声かけ方法や時間等を工夫している。担当者を決め、湯温や備品を確認し入浴前の安全確認を行っている。脱衣室や浴室等は担当者がエアコンを入れ、季節ごとに室温管理している。脱衣室には床暖房も設置している。入浴後の水分摂取は一連の流れとして行っている。スキンケアのために共有の保湿剤を準備し使用している。医師の処方によるスキンケアは看護師管理の下で行っている。入浴前には必ずバイタルチェックを行っている。待機看護師への報告基準の基準数値に応じて看護師に相談し、入浴可否判断が行われる仕組みがある。利用者の状態に合わせて二人介助を行い、滑りやすい場所にはタオルを敷くなど、転倒予防にも配慮している。入浴表で入浴が予定されているが、行事参加や体調変化により入浴日の変更や保清の方法の変更は、入浴チェック表に記載している。機械浴は、1階に設置されており使用可能である。リフト浴・一般浴・個浴(ヒノキ風呂)等の設備がある。シャワーチェアや足台・手すり等を用意している。自力で入浴できる利用者でも、マンツーマンで見守りを行い入浴支援している。その日の気分や感染症に応じて、入浴順を変更している。

「日常生活動作能力調査」で利用者の心身の状況を把握し、個々の利用者に合わせて排泄方法を工夫している。「ライフスタイル一覧」に個別の排泄間隔、支援方法が明示されている。「排泄チェック表」に、排泄用品や排泄状況を記録して、健康状態の確認を行っている。排泄に課題がある場合は看護師に報告し、「施設サービス計画書」に挙げ、排泄の自立に向けて支援している。排泄誘導や介助時の羞恥心やプライバシーへの配慮は、マニュアルや研修で周知を図っている。フロアに人が多い時は離れたトイレへ誘導する、パーテーションを使用する、希望者にはできる限り同性介助で対応する等、配慮を実施している。トイレ掃除は毎日朝夕行い、衛生面や臭気に配慮し清潔保持されている。汚染した際には、速やかにステリパワー水や消臭剤を使用し清掃している。保温便座を設置する等、冬場はトイレの保温に配慮している。手すりを適所に設置し、プランにもとづいた個々に合わせた介助を行い、安全な排泄介助に取り組んでいる。夜間は個別の排泄状況に合わせておむつ・パット交換を行い、常夜灯の明かりで交換し安眠に配慮している。また、夜間はポータブルトイレを設置し、移動動作が最小限になるように配慮している。おむつ・パットは、利用者に適したものが使用できるように、サイズと吸収量別に数種類準備している。おむつ交換毎に、一連の流れとして皮膚の観察・清拭を行って、排泄介助の要望に対して、ナースコールを活用する等、できる限り早く対応できるようにしている。

「日常生活動作能力調査表」で移動・移乗について身体状況を把握し、自力で移動できるように支援している。体格にあった車いすの使用で自力での安全な移動を支援している。また普段は車いすでの移動を行っても歩行が可能であれば、状態に合わせて歩行での移動を支援するようにしている。移動・移乗方法や介助方法について6か月毎のケアカンファレンスで検討し、安全で自立に向けた支援に取り組んでいる。また、利用者の状況に変化があれば、法人内の理学療法士に相談し、指導・助言を受ける体制がある。移動の介助が必要な利用者からの希望に素早く対応できるよう、日中各ユニットに対応する職員を1名配置し、また、ナースコールも活用している。移動しやすいよう全フロアがバリアフリーになっており、テーブルや椅子等の配置も工夫され、移動導線には物を置かないようにしている。移動時やすれ違い時には声かけや見守りを行い、他の利用者の安全にも配慮している。多種類の車椅子・シルバーカー等、利用者様の状況に合わせて福祉用具が準備されている。

車いす等福祉用具の不備については、清掃時に点検しているが記録を残すには至っていない。チェック表・点検表などを作成し、点検結果や不備があった場合の対応を記録に残すことが望まれる。

褥瘡予防について、「褥瘡・体位変換マニュアル」を作成している。褥瘡予防の体位や姿勢の変換についてはリハビリ委員会が中心となって検討し、各ユニットのリハビリ委員が会議録・資料を持ち帰って職員に周知し、利用者個々に応じたポジショニングや体位交換を行うようにしている。褥瘡発生時には医師の処方を受け、栄養補助や外用薬の塗布など支援を行うようにしている。リラクゼーションマッサージで褥瘡予防のための支援を行っている。傷や皮下組織のずれが生じない安全な介助法など、標準的な実施方法については、2か月に1回のユニット会議で行われ

る勉強会で周知に努めている。食事摂取量・体重変化等を把握し、ケアカンファレンスで多職種で専門的に検討して栄養ケア計画を立て、栄養管理を行い褥瘡予防に取り組んでいる。

利用者個々のこれまでの衣生活の習慣に応じて、更衣や衣類の選択ができるように支援している。衣類の購入については家族に相談し、家族に購入を依頼したり、必要があれば職員が外出同行し買い物支援を行っている。衣替えは、年に2回家族の協力を得て行えるように支援している。

髪型・化粧など整容については、可能な場合は利用者に任せ、必要であれば職員が手伝ったり相談に応じている。毎月訪問理美容業者の訪問があり、カット・カラーなど希望に応じて依頼している。希望があれば、馴染みの理美容院を利用できるように支援している。入居時に訪問理美容があることを説明し、日程・内容などについて情報提供を行っている。

全室個室になっており、利用者の希望・状況に応じられる環境である。照明も3段階に切り替え可能なものが設置されている。「睡眠マニュアル」が整備され、不眠時の対応・睡眠障害・日中の対応等が記載されている。「褥瘡・体位交換マニュアル」に、体位変換について記載されている。私物の持ち込みは基本的には制限を設けず、好みの寝具を持参して使用している利用者もある。隣室者が部屋のドア間違いが多く部屋移動を行った事例はあるが、個室のため同室者に影響を及ぼすことはない。

A-3 食生活

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

毎年食事についての満足度調査を実施し、「給食サービス検討委員会」で調査結果をもとに検討し献立に反映している。食材に旬のもの・地元のものを使用し、季節感や行事を採り入れて献立に変化を持たせるように工夫している。食器や盛り付けに工夫し、季節感や色合い等を配慮して提供している。炊飯と汁物の調理はユニットで行い、その他は適温車で配膳し、適温で食事を提供している。必要に応じて、電子レンジやIH機能を使用して温めも行っている。仲の良い利用者やご夫婦等配席に配慮し、和やかな雰囲気の中で食事が楽しめるように雰囲気づくりを行っている。朝食は和食か洋食、また、パンは食パンか菓子パンを選択できるように工夫している。体調不良やご家族持参時は、キッチンで温めなおし保温に配慮している。

入所当初は、入所時に把握した嚥下咀嚼状態・食事形態に応じた食事提供を継続し、入所後の観察により必要に応じて検討・変更している。利用者の残存能力を把握し、個々に応じた食事形態での提供、状態に合わせた補助具や食器の使用等により、自立支援に努めている。適宜声かけをしながら利用者のペースでの自力摂取を勧め、表情や時間を見ながら、必要に応じて途中から食事介助を行っている。車椅子の角度の調整・クッションを使用等により、食事時の姿勢に配慮している。介護職員用の誤嚥・誤飲時の対応についてのマニュアルと、看護職員用の救急マニュアルを整備している。食事時の事故について毎年実施する法人での救急蘇生の研修で学ぶ機会を持っており、28年度は施設内研修でも「緊急時の対応について」で研修する予定である。個別の「食事摂取表」「水分摂取表」に記録して食事・水分摂取量を把握し、摂取量低下時には看護師に報告し対応する仕組みとなっている。摂食に課題がある利用者については、「施設サービス計画書」に挙げ、個々に応じた食事形態・食事介助・姿勢の保持等により、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。「栄養ケア計画」を個別に策定し、栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングのシートで3か月毎見直し、栄養マネジメントを実施している。発熱・歯痛など、突発的な状況に対しても、食事箋で変更を伝達し対応している。

「日常生活動作能力調査表」で口腔ケアの自立度を確認・把握している。課題のある利用者に関しては、機能訓練計画書の「口腔・嚥下機能」の欄に挙げて支援している。嚥下咀嚼リハビリテーション実施状況を3か月に1回確認し、評価見直しを行っている。歯科・歯科衛生士の往診時や施設で通院支援した時に、助言や指導を受けている。平成27年度に法人合同研修で「摂食嚥下のメカニズム」を、28年度は施設内研修で「口腔リハビリ」について研修を実施し、その中で口腔ケアについても学んでいる。口腔体操は毎日リハビリ体操の中で実施され、食前には簡単な体操とお茶ゼリーで嚥下の確認が実施されている。全利用者に対して、毎食後と就寝前に口腔ケアを行い、「口腔ケア・義歯チェック表」でチェックしている。介助が必要な利用者には専用液をガーゼに浸し口腔内を清掃している。義歯は毎日ポリデントで洗浄され義歯ケースに保管されている。全居室に洗面台が設置され実施されている。共有スペースには口腔ケアセットは配置せず、清潔に保たれている。

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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

契約時に、終末期の指針について説明を行っている。看取りについての手順をフローチャートで明示し、対応方法を確認している。終末期を迎えた段階で、「看取りの指針」にもとづいて再度説明し、家族の希望があれば「看取りの同意書」で同意を得て、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。また、家族の希望があれば居室で泊まり協力して看取りが行えるように支援している。施設内研修で「看取りの事例報告・研修会」を実施し、その中で職員の精神的なケアも行っている。嘱託医から往診医に紹介状を送り、医師間の連携体制を整備している。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

6か月に1回の「施設サービス計画書」見直し時に、「ADL評価表」で日常生活能力・残存機能の評価を行っている。周辺症状がある利用者については、「施設サービス計画書」にも挙げ、援助内容や観察はケース記録に記録している。必要に応じて、専門医・看護師・介護士が連携し、支援内容を検討している。昼食のメニューを書く、かごを運ぶなど、利用者が日常生活の中で役割が持てるように工夫している。地域介護支援センター職員講師による認知症サポーター研修の事業所内実施により最新の認知症ケアについて情報を得ている。症状に合わせて、各種クラブ活動・音楽療法・園芸療法などへの参加を支援し、継続的に活動できるように支援している。抑制・拘束は現在実施事例がないが、やむをえず実施する場合には、定められた手続きをとっている。

フロア全体の壁が淡いベージュで統一され、床は木目調のフローリングで、移動しやすいようにバリアフリーになっており、安心・安全で落ち着ける環境となるように工夫している。フロア内のユニット間は自由に行き来できるよう配慮している。テーブルや椅子等の配置も工夫し、移動導線には物を置かないよう配慮している。ハサミや包丁等危険物は、キッチン内の鍵のかかる場所に保管して、また、テーブルや配膳棚・ポット等は整理整頓され、花やティッシュ等異食の危険がある利用者には見守りにより事故防止している。居室前には絵や名前が書かれたプレートで表示し、トイレにも一目でわかるプレートを設置して、認知症高齢者が安心して過ごせる環境づくりの工夫を行っている。居室内には、馴染みのある好みの私物を持ち込み、自由に飾れるよう配慮している。

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

利用者個々に、「個別機能訓練計画」を作成し、施設内では看護師が機能訓練指導員となり機能訓練を実施している。定期的に計画の評価見直しも行っている。リハビリ委員会の活動計画の中で介護予防活動に取り組み、リハビリ委員を中心に計画作成・評価・見直しを行っている。リハビリ体操・カラオケ等レクリエーション・園芸療法等クラブ活動への参加を通して、日常生活の中で利用者が主体的に訓練を行えるように工夫している。月1回法人の理学療法士の来訪があり、助言や指導を受けている。判断能力の低下や認知症状の変化があれば、看護師が窓口となって家族と連携し、専門医につなぐ仕組みがある。

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。	Ⓐ ・ b ・ 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

「観察マニュアル」を作成し、体調変化の早期発見を周知している。入浴日にバイタルチェックし、「検温表」に記載し変化の有無を確認している。「救急マニュアル」に「受診マニュアル」があり、受診フローチャートで定期・臨時・救急に分けて対応手順を明確にしている。27年度に、服薬管理についての施設内研修を実施している。服薬手順フローチャートで服薬管理の流れを明確にするとともに誤薬予防対策を講じている。「緊急時の対応について」の研修を実施し、体調変化時の対応について研修している。看護師により配薬ボックスに仕分けし、介護士が配薬し、ダブルチェックを行っている。服薬チェック表で日々利用者個別に服薬確認が行われている。利用者個々の健康状態を「検温表」に記録し、体調に変化があれば「観察記録」「外来受診」に記録している。

「感染対策マニュアル」に感染症や食中毒に対する予防策と発生時対応方法などが記載されている。「感染症対応マニュアル」に感染症の疑いと対応の判断を、「感染症発生時の対応フロー」に観察・連絡・依頼・報告の流れが明確にされている。家族が感染症にかかった場合には濃厚接触者として対応方法をとるよう文書化されている。基本的には職員全員に、施設が費用負担して、インフルエンザ等必要な予防接種を行っている。施設内研修で食事委員会主催の「食中毒について」の勉強会を行い、参加できなかった職員には議事録回覧で周知している。玄関やトイレ内に手指消毒アルコール・ステリパワー水・マスク等が設置されている。エレベーター・玄関に「ご来園の皆様へ」「感染症の予防についてのお願い」を掲示し、家族・来館者に呼びかけを行っている。

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) ・ b ・ c

特記事項

建物や、電気・消防・エレベーター・排煙窓・厨房機器等設備を、業者が定期的に点検を行い、快適性・安全を維持する取り組みを行っている。安全衛生委員を設置し、定期的に備品の点検を行い、不備があれば介助員に報告し、修理や業者への修理依頼を行う仕組みがある。フロア全体の壁が淡いベージュで統一され、床は木目調のフローリングで、壁には絵や花が飾られている。フロア内には、自由にくつろげるソファやテレビ等が用意され、落ち着いて快適に過ごせる雰囲気作りに配慮している。同じフロアに設置したユニット間を自由に行き来できるようにも配慮されている。満足度調査や意見箱・個々の要望を聞き取り、暮らしやすい環境作りに反映している。

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

1年に1回看護師が「健康だより」を発行し、各利用者の健康診断の結果を報告している。定期的に開催するサービス担当者会議に家族の参加を依頼し、利用者の状況を報告し、サービス内容を説明し、要望を聞き相談にも応じている。随時には、家族の面会時や電話で、利用者の近況報告、要望を聞き相談に応じる機会を持っている。相談内容は、ほのぼのシステムに入力し、記録として残している。クリスマス会・ハロウィン(家族会)・夏まつり等、行事に参加できるように家族に案内を出している。

A-10 その他

	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a ・ (b) ・ 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

外出は職員が同行支援する体制があり、買い物外出時には高校生のボランティア部の協力を得て職員が同行することもある。地域の情報は、市の広報誌を設置して情報提供している。

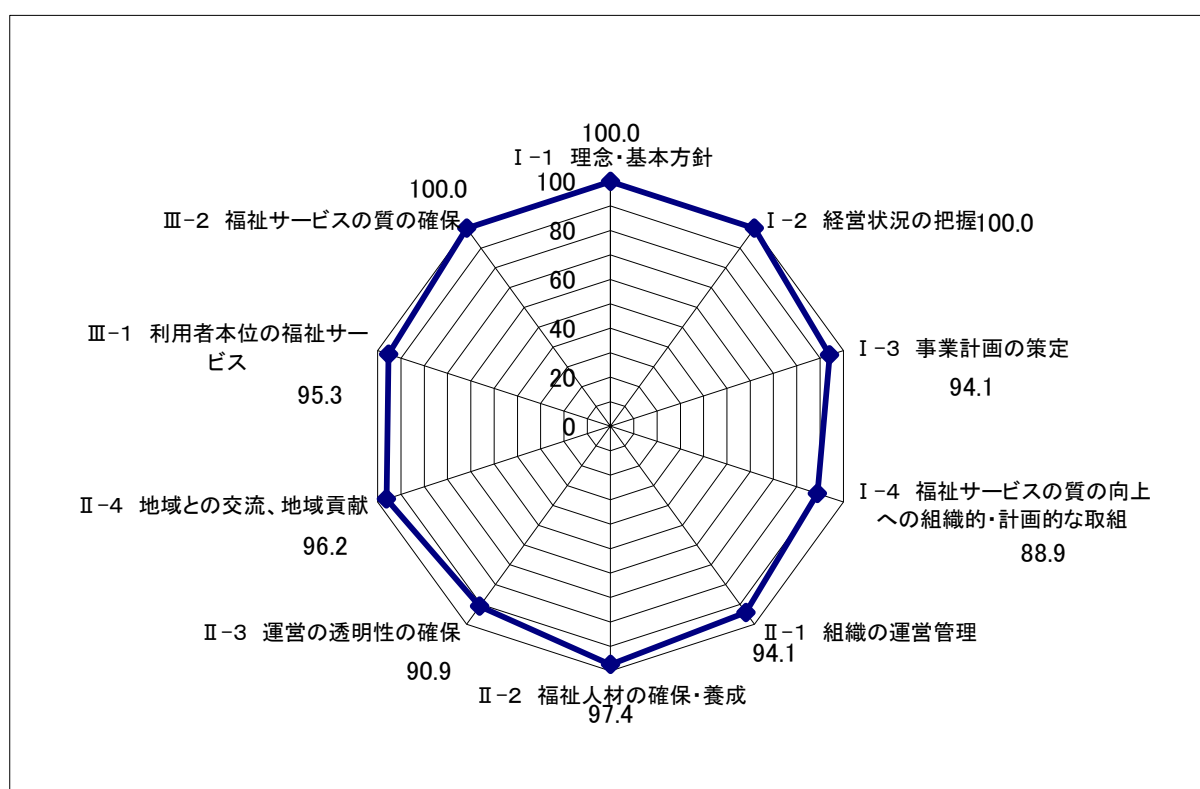
外出時は安全確保に十分な人員配置を行っているが、連絡先を明示したカードの作成などの検討も期待する。

1階玄関に公衆電話が設置されており、郵便の発送も受け取りもいつでもできるように支援している。携帯電話の持ち込み使用も自由で、郵便物は事務所で取り扱われ、プライバシーに配慮した対応がされている。

新聞・雑誌は、現在は共同購入のみであるが、希望があれば個人での購入も可能である。共有スペースにテレビが設置され、各居室にも自由に持ち込みできるよう便宜が図られている。共同利用について、必要があれば利用者間で話し合ったり、職員が仲立ちして調整している。

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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	16	94.1
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	8	88.9
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	37	97.4
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	61	95.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	31	100.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	21	100.0
2 身体介護	54	53	98.1
3 食生活	26	26	100.0
4 終末期の対応	6	6	100.0
5 認知症ケア	15	15	100.0
6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
7 健康管理、衛生管理	13	13	100.0
8 建物、設備	5	5	100.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	7	87.5

