

(様式1)

香川県福祉サービス第三者評価の結果(高齢者施設)

◎評価機関

名 称	社会福祉法人 香川県社会福祉協議会
所 在 地	高松市番町一丁目10番35号
評価調査者	①松本ムツ子
	②佐野忠司
	③

1 施設・事業所情報

(1) 施設・事業所概要

事業所名称:特別養護老人ホーム やすらぎ荘 (施設長) 長谷川智一	種別:特別養護老人ホーム
代表者氏名:長谷川純子 (管理者)	開設年月日: 平成 4年 5月 1日
設置主体:まんのう町 経営主体:社会福祉法人 正友会	定員 30名 (利用人数)
所在地:〒766-0203 香川県仲多度郡まんのう町川東1502-1	
連絡先電話番号: 0877-84-2201	FAX番号: 0877-84-2203
ホームページアドレス	http://www.seiyuukai.jp/yasuragi/top.html

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
介護老人福祉施設、短期入所生活介護事業(予防含む)、通所介護事業(予防含む)、居宅介護支援事業、ふれあいランド事業	4月:花見、6月春の野外食、さつま芋植付け、7月:ひまわり鑑賞、七夕まつり、8月:ふれあいワークキャンプ、9月:琴南保育まつり、敬老会、さつま芋収穫、10月:秋の野外食、冬野菜の植付け、11月:紅葉ドライブ、焼き芋、12月:クリスマス会、もちつき、1月:七草粥、鏡開き、2月:節分豆まき、冬野菜の収穫、3月:ひな祭り
居室形態及び居室数	居室以外の施設設備の概要
個室(1人部屋)4室、2人部屋8室、4人部屋4室 合計16室	食堂、浴室(一般浴室、特殊浴室)、機能訓練室、医務室、静養室、談話室、面接室

職員の配置

(常勤・非常勤は分けて記載すること)

職種	人数	職種	人数
施設長	1名	介護支援専門員	2名(兼務)
事務員	1名	栄養士	2名(非常勤)
生活指導員	1名	機能訓練指導員	1名(非常勤)
看護職員	2名	医師	1名(嘱託)
介護職員	11名		
介護職員	1名(非常勤)		

2 理念・基本方針

○法人訓 知愛一如

○法人の理念

・信頼関係を築きながら、提供するサービスが満足頂けるよう、日々努力研鑽します。
社会福祉を地域とともに考え実践します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

施設は県境に接する山間部にあり、地域の高齢化率は40%を超えている。合併前の旧琴南町が設立、まんのう町が運営を社会福祉法人正友会に委託している。行政との繋がりが強く、施設運営は特別養護老人ホーム事業のほか、町と連携して地域の高齢者への来所型給食サービス事業、外出生活支援サービス、生活福祉センター入所者の安否確認等の事業を行っている。施設では、地域の社会資源等を活用した交流を積極的に取り組み、福祉サービスの向上に努めている。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年11月1日(契約日) ～ 平成29年3月1日(評価確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成23年)

5 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

◇特に評価の高い点

法人訓「知愛一如」のもとに、法人の理念・基本方針が確立され、理念・基本方針に基づき、地域への取り組み、職員の育成、組織・経営基盤の強化を位置づけた中期事業計画を策定して、単年度の事業計画に反映させている。組織は法人本部では研修委員会等複数の委員会、地域福祉推進室等複数のチームを構成している。施設内委員会としては事故防止検討委員会等14の委員会を構成し、相互に活動内容等をフィードバックさせ、法人一体となった組織の取り組みをしている。また定められた各推進シートを用いて、事業の確認と課題の把握に努め、評価を行っている。

◇特に改善を求められる点

福祉サービス計画書作成の過程で、アセスメントは重要な役割をしている。アセスメントシートの大項目毎に本人及び家族の要望欄が設けられているが、権利を尊重する視点からも丁寧に要望欄の把握に努め、要望等があったものは、次の過程、サービス計画書第2表の「課題」作成で意向に添った表出に留意されたい。同第4表の日課計画標は、利用者の主な日常生活上の活動や参加を把握して記載され、把握された内容が個別サービス内容に反映されるように努められたい。アセスメントとサービス計画原案の中間に位置する「課題整理総括表」導入の検討をされたい。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審し、評価項目に沿って自施設の取り組みを客観的に見直す事ができました。
さらに評価調査員の方々と問われる取り組みについて照らし合わせすることで、良い点や改善点を明確にすることができました。
ご指摘のあった項目について全職員で検討し、サービスの質の向上に役立てていきます。

7 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ 1 理念・基本方針</p>	<p>理念・基本方針は確立され、法人訓として「知愛一如」手帖を全職員に配付している。「知愛一如」手帖は、私たちの姿勢、目指す職場環境など重要な17項目を記載し、職員の倫理観の育成と理解を図っている。理念・基本方針についての職員の理解状況の確認は、エルダー制度や人事考課制度で行っている。理念・基本方針は、事業計画書や広報誌、ホームページ、パンフレットに記載し、広く周知している。家族には家族会で事業計画書を配付し、事業計画とともに理念・基本方針を説明している。</p>
<p>2 経営状況の把握</p>	<p>町の総合計画、地域福祉計画はじめ全国社会福祉法人経営者協議会や福祉新聞等から、地域から全国にかけての社会福祉の動向を把握している。法人本部で開催される毎月の施設長会等、毎週の事務長会で月報、週報をもとに予算対比との確認をし分析して全体協議を行っている。経営課題の取り組みは、法人施設委員会で事業活動推進シートを用いて半期毎に進捗状況を確認しながら実施している。</p>
<p>3 事業計画の策定</p>	<p>平成28年度～30年度の中期事業計画「チャレンジ2018」を策定している。法人の理念・基本方針に沿って経営のあり方、職員の資質向上の取り組み、地域福祉への寄与等の方向が樹立している。単年度事業計画に反映し、計画課題は法人及び施設の各委員会で取り上げ作成している。事業の進捗状況は事業計画推進シートを用い毎月の各委員会、部署で進捗状況を確認している。職員会において全職員に配付し説明している。家族会でも事業計画書を配付しわかりやすく説明している。利用者への説明は行われていないことと、家族会不参加者への対応を検討されたい。</p>
<p>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</p>	<p>組織的・計画的な取り組みとしては、香川県福祉サービス第三者評価事業を平成23年に1回受審しており今回で2回目の受審となる。毎年自己評価を行い法人内の他の同種事業所が協力して相互評価をしている。結果は法人業務改善委員会が情報を共有し施設業務改善委員会が検討し改善に取り組んでいる。毎年家族からのアンケート調査をして要望の把握や改善に努めている。改善の取り組み計画から実施状況の評価、改善計画の見直しが課題となっている。</p>
<p>評価対象Ⅱ 1 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>人事考課制度の中で経営職が施設長であり、また規程においても役割が明示されている。施設長は経営に関する等の研修に参加し、単年度事業計画の目標の課題を、事業計画推進シートを用いて各委員会が策定した計画について、半期毎の進捗状況を確認している。年1回の職員アンケート結果から不安や不満、悩みなどを把握し職員会、業務改善委員会や人事考課の面接、また随時で相談面接を行っている。継続して課題改善や業務向上、職員との連携に努めていただきたい。</p>
<p>2 福祉人材の確保・育成</p>	<p>中期事業計画書、平成28年度事業計画書に職員の育成と定着として、職員個々への育成、職場環境作り、私たちの日々の姿勢が示されている。福祉人材の確保として、職員採用活動で、介護職等の現場の職員が参加する採用活動推進チームが、現場での就業状況等の声を求職者に伝えるなど採用活動に取り組んでいる。人材育成については、エルダー制度(就業2～3年の職員が新人の指導と教育を担当)や、研修委員会からの各種研修で育成している。人事考課制度の業務管理・評価シートを通じて職員1人ひとりの成長、役割、活動の目標を設定して、半期ごとに自己評価のうえ考課面接を行っている。</p>
<p>3 運営の透明性の確保</p>	<p>法人の理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、財務状況、第三者評価の受審、苦情等受付の体制や、寄せられた苦情等の内容についてホームページで公開している。広報誌を年2回発行し配布方法を工夫して広く届けられるよう取り組んでいる。平成27年度決算報告書中に公認会計士と法人監事2名の「指摘事項はない」旨の監査報告書が綴じられている。施設における事務、経理、取引等については各規程を策定している。職員に対して各規程における取り扱いの内容、職務分掌と権限、責任についてより理解され運営の透明性の更なる取り組みを期待したい。</p>

<p>4 地域との交流・地域貢献</p>	<p>地域福祉活動として施設が一体的に運営している同敷地内で「ふれあいランド」通所介護事業、町委託の給食サービス事業、法人独自で生活支援の活動を行っている。別建物では生活等に不安を抱える住民の高齢者生活福祉センターで安否確認等の支援をしている。施設内では利用者が地域へ出かけ交流が図られるよう近隣の理美容等の店舗を利用して外出支援を行い、社会福祉協議会の登録ボランティアが介助支援を行っている。親子ボランティア、民生委員、小学校からの訪問活動、施設内夏まつり行事の近隣者、家族等の交流を行い定着している。琴南地区医療介護連絡会、民生委員会、介護支援専門会等には定期的に参加し意見交換している。また、地域の防犯活動として青色防犯パトロール活動に参加している。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>職員全員に理念や取り組む姿勢が示された知愛一如手帖が配付されている。プライバシー保護や権利擁護の取り組みは、身体拘束委員会が担当し虐待防止研修等を行っている。業務上のプライバシー保護は各種マニュアルで標準化されたサービスを基準にして配慮したサービスに努めている。苦情解決の体制を整え申し出と対応についての内容をホームページで公表している。感染症予防、火災、自然災害の各マニュアルを策定している。利用者が気軽に相談や意見が述べられる環境作り、複数の相談者設定、説明文の工夫等の取り組みを期待したい。</p>
<p>2 福祉サービスの質の確保</p>	<p>福祉サービスの標準的実施方法は、介護職、看護職、生活相談員、栄養士、事務職の職種毎の各種マニュアルと、部署で共有する全体マニュアルがある。生活相談員の業務マニュアルでアセスメントの取り扱いの要旨が記されている。福祉サービス実施計画はアセスメント、サービス計画書、機能訓練計画書、栄養計画書、モニタリング評価、見直し計画等、国で示された策定手順で進められている。実施状況や異変状況等の具体的記録があり、職員間で共有されている。今後は福祉サービスの標準的な実施方法を見直す仕組みを確立されたい。アセスメントマニュアルのみでなく示された策定手順に沿って各職種ごとの取り扱いや方向性の整備を期待したい。</p>
<p>内容評価基準 A-1 支援の基本</p>	<p>利用者一人ひとりが自分らしい生活が送れるように、利用前に利用者宅を訪問し、生活状況、生活歴、要望などを聞き取り、施設での生活支援に取り入れている。日常生活においては、起床・就寝時に更衣をし、食事時には離床して、食堂でみんなと一緒に楽しく食事ができるよう支援している。日常生活では残存機能を活用し、洗濯物をたたんだり、他の利用者との会話をしながら、役割を担い生活に生きがいを感じられるよう自立に配慮した支援を行っている。コミュニケーションについては、一人ひとりの特徴に応じた対応で、できるだけ多くの声かけをし、相手の思いを汲み取り、利用者一人ひとりの思いをくみ取るよう取り組んでいる。活動への参加の動機づけなど、より細かな個別支援の取り組みを期待したい。</p>
<p>A-2 身体介護</p>	<p>利用者の身体介護において、一人ひとりの心身の状況、本人の意向等に合わせ行っている。入浴介助では、安全面、プライバシーの保護、健康面に配慮したマニュアルを作成し入浴が出来ないときは清拭などで対応している。また希望される方には同性介助を行なっている。排せつ介助、移動介助などにおいてもマニュアル作成し、個別にケア計画を作成し、残存機能を活用し、環境整備を行い自立支援に取り組んでいる。特に褥瘡予防には耐圧分散マットを使用しポジショニングの研修を実施、栄養マネジメントを行い褥瘡予防に取り組んでいる。</p>
<p>A-3 食生活</p>	<p>食事は業者に委託しており、年1回の嗜好調査を行い、業者と施設の栄養士会で検討し、献立に利用者の希望を反映させている。食事は、利用者の心身の状態に合わせ食べやすい形態や調理法を工夫している。また、自分で食事ができるよう、机の高さの調整、車いす、クッションなどの福祉用具を工夫することで、自立支援に取り組んでいる。誤嚥する事故が起きた場合を想定し、吸引器を設置している。季節感が感じられるよう、年2回、春はアユ料理、秋は野外でさんま料理を行い、家族にも案内し、利用者と共に食事を楽しんでいる。</p>

<p>A-4 終末期の対応</p>	<p>看取りについては看取り基本方針を定め、看取り介護、連絡体制手順書を作成し対応している。施設でターミナルケアを希望される利用者には、看取り基本方針を説明し、家族に施設でできること、できないことを説明し、看取りに関する意向確認書を記入してもらっている。連絡先は入所時に確認している。年1回の終末ケアの研修にて、利用者や家族への対応には行ったり体制は整えているが、介護職への精神的なケアは行われていない。家族などの最終的な判断や要望などで、看取りの件数は少ない。</p>
<p>A-5 認知症ケア</p>	<p>認知症を患っていても、安心して生活が送れるように入所前の生活情報を把握し、できる限り施設でも取り入れ、利用者の部屋に家族などの本人の好きな写真、絵画などを飾ったり、馴染みの物を身の回りに置くなど、利用者が落ち着ける居場所づくりに取り組んでいる。利用者自身が要望などを伝えられない場合は、日々の生活状況を観察、記録を残し、職員が情報を共有し、利用者に合わせた対応を介護会で定期的に検討している。おやつ作りなど、利用者の能力に合った役割や活動を継続できるように取り組んでいる。年1回、協力医療機関の精神科医などによる研修を行い認知症ケアに取り組んでいる。</p>
<p>A-6 機能訓練、介護予防</p>	<p>利用者の心身に応じ、個別に機能訓練計画を作成し、機能訓練指導員によって計画に沿った機能回復訓練を実施している。日々の生活の中で、生活リハビリとして洗濯物たたみ、おしぼり巻き等を取り入れているが、評価や見直しには至っていない。判断能力の低下や認知症の症状の変化を嘱託医に報告しているが、その後の対応として十分ではない考えている。</p>
<p>A-7 健康管理、衛生管理</p>	<p>利用者の健康管理について、毎週水曜日バイタル測定、毎土曜日には酸素飽和濃度測定を行っており、日々の状態を把握し、体調の変化が比較でき、早く対処出来るように配慮している。夜間の急変時には夜間看護対応、緊急連絡体制表がスタッフ室に表記されていてそれに基づき対応している。服薬については内服をトレイに出すとき、配薬時、内服前に呼名での確認、内服後の確認と4回チェックを行い、誤薬防止に努めている。感染症においても予防接種の徹底、研修、実施研修などを行い、健康管理、衛生管理を行っている。</p>
<p>A-8 建物、設備</p>	<p>災害対策チームが、設備の点検を月1回定期的に行っており、点検時や日常で異常があれば修繕するなど対応している。また、美化環境委員会が毎月居室清掃のチェックを行い、安全や清潔で快適性を維持することに取り組んでいる。気の合う利用者同士で過ごせるよう席を配慮したり、利用者一人ひとりが思い思いに過ごせるよう、ホールにはテレビ、雑誌、新聞などが置かれている。快適性についての評価を期待したい。</p>
<p>A-9 家族との連携</p>	<p>家族との連携については、利用者の体調に変化があった時にはその都度状態を伝えている。ケアプラン作成時や見直し時期、個別の機能訓練計画等の確認時に、家族に対して連絡報告を行っている。面会時には、挨拶だけでなく日常の生活状況などを伝えるようにしている。行事は、利用者と共に過ごして楽しめるよう、その都度家族に案内し、参加を呼びかけている。いろいろな場面を通じて家族との連携を行っている。</p>

5 第三者評価結果(別添)

調査報告書(高齢者施設版(共通))

事業所名:特別養護老人ホームやすらぎ荘
種別:介護老人福祉施設

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
I 福祉サービスの基本方針と組織				
I-1 理念・基本方針				
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。	○			法人及びその経営する事業所で共有する理念・基本方針が明文化され確立されている。内容は関わるすべての信頼関係づくりと地域への貢献となっている。理念・基本方針は、パンフレット、広報誌、ホームページまた事業計画書に掲載し、広く周知している。職員には、理念や方針、倫理のあり方が記載されている法人訓である「知愛一如」が表題の手帳を配布し、年度初めに説明している。新規採用職員に対しても周知をしている。利用者と家族には、毎年家族会において理念・基本方針を記載した事業計画書を配布・説明し、周知している。
I-2 経営状況の把握				
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。	○			法人本部でまんのう町の地域福祉保健計画等はじめ、全国社会福祉法人経営協、福祉新聞等で継続的に把握分析している。琴南地区の状況は、医療機関、福祉施設、介護事業所、行政が参加する琴南地区医療・介護連絡会や民生委員協議会に毎月参加して、実状を把握している。地域の居宅介護支援専門員にアンケートを実施し、掌握に努めている。毎月法人で総合開催される施設長会、幹部会、事務長会で各事業所の稼働率、予算対比等、事業実施状況等の分析を行っている。
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。	○			事業計画書に記載された課題を、施設各委員会や担当部署ごとに目標を立て、事業計画推進シートに具体的な計画を作成しており、半期毎に進捗状況を確認している。法人においても各委員会で同様のことを進め法人全体で状況を確認している。経営状況は週報と月報にまとめ、職員に配布報告している。
I-3 事業計画の策定				
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。	○			法人で、平成28年度～30年度の中期計画書「チャレンジ2018」を策定している。中期計画書は、理念や基本方針に沿った内容で構成され、利用者サービスの質の向上、地域への働きかけ、職員の育成と定着、組織と経営基盤の強化の四つの項目を柱にしている。中期計画に伴う収支計画は策定していない。中期計画は、法人委員会中期事業計画推進チームで進捗状況を確認し、必要時には見直していく方向である。
5 I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	○			中期事業計画を基に、単年度の事業計画が策定されている。各委員会や各部署で、事業活動推進シートを作成しており、課題や重点項目、期待される成果を掲げた具体的な計画となっている。経営状況は、収支計画で成果を評価し、サービス内容は半期ごとに確認している。定量化等の評価方法が具体化されず課題となっている。
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。	○			事業計画の策定は、中期計画の法人の目標と施設の目標を踏まえ、各委員会や担当部署で職員が参画して作成されている。各委員会や各部署は月ごとに事業計画推進シートで計画についての課題や期待される成果を確認し、半期ごとに活動を確認・評価し、見直しが必要なものは、次年度の事業計画に反映させている。事業計画書は全職員に配布され、年度当初に職員会で施設長より説明している。職員は、事業計画推進シートで担当する項目の具体的な内容を確認している。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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。		○		事業計画書はホームページに掲載して誰でも閲覧が可能である。玄関に事業計画書を置き、自由に閲覧できるようにしている。年度当初の家族会で、利用者や家族に事業計画書を施設長から説明している。内容の紹介として取り組みの一つであるポジショニング(快適で安定した姿勢や活動しやすい姿勢を提供すること。重症化予防対策のひとつ)については実技を交えてわかりやすく説明している。より理解を深めてもらうために、工夫された資料作りが望まれる。
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組				
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。		○		法人の各委員会と施設の各委員会が連携して、毎月サービスの質の向上に取り組んでいる。評価は、毎年利用者や家族にアンケートを実施し、結果と改善すべき内容を、家族に報告している。年1回事業所において自己評価を行い、法人内の他の同種事業所が協力して、相互に評価を行っている。評価結果については、法人業務改善委員会が情報を共有し、施設業務改善委員会で検討し、改善が行われようとしている。第三者評価事業は平成23年に受審しており、今回が2回目の受審となる。評価結果は法人全体で共有し、サービスの質の向上に組織的に取り組んでいる。評価結果に対する、改善取り組み計画と改善評価が行われることを期待したい。
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。		○		評価結果は、法人の業務改善委員会で全体的な課題を検討し、事業所の課題を分析している。施設の業務改善委員会、介護会で課題を検討し、会議録や事業活動推進シートを活用して、職員へ周知している。業務委員会で毎月改善の取り組みの確認を行っているが、改善計画の実施と見直しを評価する取り組みを期待したい。
II 組織の運営管理				
II-1 管理者の責任とリーダーシップ				
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。		○		人事考課制度や規程の中で、管理者の役割と責任を明文化している。管理者は、自らの役割と責任について職員会や業務連絡会で発言している。事業計画書には経営力、組織運営力の向上の姿勢が記載している。管理者不在時の権限委任の明確化が課題となっている。
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。		○		法令遵守規程を整備し、管理者の役割が規定されている。管理者は研修会に参加し、遵守すべき法令等を把握し、職員に対し職員会や業務連絡会で遵守すべき法令等を周知している。福祉分野以外の研修にも、機会があれば参加している。防災や環境問題、消費者保護、雇用・労働等の幅広い分野への取り組みと、法令遵守への理解を促進させるための内部研修を検討されたい。
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。		○		施設委員会と介護職員が作成した事業活動推進シートの半期ごとの評価や業務改善委員会が年1回の自己評価をした結果から、サービスの質の現状を確認している。施設各委員会及び介護、看護職員リーダーと半期毎に面接をし、事業計画進捗状況を確認しながら、指導を行っている。法人研修委員会で計画された階層別研修はじめ、外部研修に職員を積極的に参加させている。継続してこれらの取り組みを行い指導力を高めていきたい。
II-2 福祉人材の確保・育成				
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。				

	評価項目	判定結果			判定の理由
		a	b	c	
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。	○			法人本部職員と各施設の職員で採用活動推進チームを組織し、就職情報サイトの活用や就職支援セミナーに参加している。機会あるごとに法人独自の職場説明会を行うなど、人材確保対策を積極的にやっている。その折には、現場職員の声を求職者に伝えるなど、一丸となった取り組みをしている。中期事業計画、単年度事業計画書に、職員の育成の考えや人員配置計画を記載している。新規採用職員には、エルダー制度(経験者が新人職員の面倒をマンツーマンで見る制度。実務の指導を行い職場生活上の相談役も担う(OJT制度))で、育成を評価し、次の研修を行いながら定着化を図っている。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	○			人事考課制度やキャリアパス制度(仕事をどの程度の期間経験し、どの程度能力が身に付くと、どのポストに就けるかを明確化したもの)による人事管理が行われている。事業計画書にキャリアパスの全体構成が記載されている。人事考課制度では、職員が評価シートで目標を立て半期毎に目標達成の確認、勤務状況の評価を考課者が面接で行っている。今期からこれまでの職員意識調査のあり方、人事、給与制度の見直しに取り組んでいる。職員の意向、評価結果に基づく具体的な改善策に期待したい。
	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。	○			人事考課制度で半期ごとに職員面接を実施し、職員の意向や勤務状況を確認している。有給休暇の取得、時間外労働のデータを毎月集計し、把握している。安全委員会で職員の健康問題、労働環境について常に検討し、管理職と現場が一体となり働きやすい環境作りを目指している。介護休暇、産休・育休明けの時間外短縮勤務体制を整備している。福利厚生として互助会を設置して、職員間の交流が積極的に行えるよう活動費の補助制度を設けている。全国規模の福利厚生事業に、加入して職員に福利厚生事業への参加を促している。
	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。	○			事業計画書に、職員に求める人物像を記載している。キャリアパス制度では立場別に求められる姿を位置付けて、人事考課制度の業務管理評価シートを用いている。個人毎に半期で目標設定や重点課題について自己評価をしたうえで、考課者と面接を行い共に確認をしている。新規採用者等へはエルダー制度で育成に取り組む新人職員研修、中堅職員研修等階層別研修を実施し育成の向上に努めている。職員一人ひとりの目標での面接は更に半期の面接で、評価シートの進捗、業務の確認等適切な指導が行われることを期待したい。
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。	○			職員研修制度要綱を策定している。法人研修委員会が階層別研修を企画・実施し、施設研修委員会は施設内研修を企画・実施している。行った研修はアンケートを用い評価している。専門資格取得には事前の勉強会等の費用を助成等、資格取得を支援している。外部研修についての評価と見直しを期待したい。
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。	○			法人研修委員会で、法人全体を対象とした階層別研修として、新規採用者研修・2年目研修・中途採用者研修・エルダー研修を企画・実施している。介護技術については、ポジショニング研修を実施している。施設研修委員会で、施設内研修を企画・実施しており、参加者アンケートを実施し、参加者の理解度を確認している。職員は、研修履歴カードに要望を記入し、外部研修に対応している。外部研修は、法人本部にて参加の検討を行っている。参加者は復命書により有効性を検証し、他の職員に内容を広めるため、職員会で復命研修を行っている。研修参加を要望しない職員に対して、資質の向上の取り組みを検討された。
	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。				

	評価項目	判定結果			判定の理由
		a	b	c	
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。		○		実習受け入れマニュアルを策定している。実習前に学校等の実習生とオリエンテーションを行い、実習内容に応じたプログラムを作成し、職員には実習の目的や内容等を周知している。介護福祉士実習指導者と社会福祉士実習指導者を育成しているが、社会福祉士の実習は、依頼がなく、これまで行われていない。実習期間中は所属の学校と意見を交わし、必要時には変更等の調整をしている。実習プログラムについて、専門職種の特性に配慮した内容の工夫を期待したい。
	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。		○		法人と施設に広報委員会を設定して広報活動を行っている。法人でホームページを作成し、法人の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、財務状況、経営する各事業所の活動内容や行事予定、重要事項説明書、利用料金、苦情の相談体制での苦情内容と対応状況等を掲載している。第三者評価の受審結果は香川県のホームページで公表されている。年2回広報誌「やすらぎの里」を発行し地区内の郵便局、農協等で置かせてもらい、広く地域の方々の目に触れられるようにしている。地区社会福祉協議会のボランティア研修に参加し、活動内容も広めている。ホームページで事業計画等掲載の閲覧は開示までがわかりやすくなるような表示等の検討をされたい。
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。		○		事務、経理、取引等に関して、諸規程を整備している。理事である社会保険労務士や外部の公認会計士に関係書類を確認してもらい、助言を受けている。年2回公認会計士による監査を受けている。平成27年度決算報告書での法人監査と公認会計士からの監査報告書が綴られており、いずれも指摘事項はない。職員の入職時に諸規程を配布して説明しているが、採用後の周知や研修等の実施を期待したい。
	Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献				
	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。		○		利用者が施設内だけの生活にとどまらないよう、地元の理美容店の外出利用、週1回地元商店と利用者の注文活動で地域と日常交流を図っている。散策等の外出の機会を作り、社会福祉協議会登録ボランティアの協力を得て、外出や理美容利用等の付き添い介助を受けている。施設内では年2回の保育所からの訪問、年2回の民生委員を中心にしたそば打ち行事、また親子ボランティア車椅子清掃活動等の提供を通じて交流がある。夏まつりに、地域の方や家族を招待し、利用者から喜ばれている。外出や訪問、ボランティア、民生委員、地域の交流を重ねて交流活動を行い、信頼関係の構築を行っている。
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。		○		ボランティア受け入れや地域の学校教育の協力については事業計画書に基本姿勢を明記し、ボランティア受け入れマニュアルを整備している。ボランティアの登録票、受け入れ票、活動内容の報告等を記入する仕組みを作り、訪問の際には注意事項を説明し個人情報保護にも協力いただいている。年1回の地区ボランティア研修に参加して活動の報告をしている。地域の小学校の訪問活動、学生の実習受け入れに取り組んでいる。
	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。		○		地元理美容店、商店、診療所等の社会資源一覧表を作成して、生活相談員が管理している。職員は日常的に地域の社会資源を利用しており理解している。地域の介護支援専門員、民生委員、医療機関との関係づくりに取り組んでいる。毎月の地区医療介護連絡会や民生委員会に参加して、事例検討や情報交換を行っている。中期事業計画策定時に、福祉用具事業所等関係業者に対して説明を行っている。また、施設設置者がまんのう町であり、行政機関との連携は常時行われている。
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。				

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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。		○		夏祭りを実施し、地域住民に参加してもらっている。施設が運営する地域を対象に法人独自で買い物や金融機関、受診の送迎サポートを実施している。高齢者通所介護事業、町委託の給食サービス事業を実施しているほか、隣接する「高齢者生活福祉センター」で生活している10人程の単身、夫婦世帯の安否確認を日々行っている。各事業の総責任者は施設長が携わり、有効的な活用を図っている。今後は認知症の方への支援計画を検討しているところであり、実現に期待したい。
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。		○		法人では包括的に介護者教室を開催し、送迎支援等の参加者友の会を実施している。地域の防犯活動として警察の講習を受けた職員が、週1回青色防犯パトロールを行い、公益性の高い取り組みに協力している。法人では地域福祉推進室を設置し、町全域の福祉ニーズの取り組みを始めている。今後は具体的のあるニーズの把握等の取り組みに期待したい。
III 適切な福祉サービスの実施				
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。		○		法人の理念・基本方針で、私たちの姿勢、目指すべき職場環境（組織風土）として利用者を尊重した福祉サービスの提供を位置付けている。中期計画書、事業計画書に明記され、職員会で理事長や施設長から説明をしている。各業務マニュアルには利用者への配慮した対応を記載し、施設研修委員会でプライバシー研修、身体拘束防止研修を実施し、参加者からアンケートで尊厳について1か月後の目標を立て、確認を行っている。自立支援、尊厳を考慮した研修を積み重ね、職員の意識の更なる醸成に努められたい。
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。		○		利用者のプライバシー保護や権利擁護について、各業務マニュアルで留意点を記載している。身体拘束廃止検討委員会が虐待についての研修を実施し、職員の意識向上に努めている。介護や看護等、利用者に直接かかわるサービス提供のマニュアルは、現場部署で作成し、マニュアル委員会が見直すなどの管理をしている。今後も、権利擁護への意識向上への取り組みとして、虐待防止マニュアルの整備を検討されたい。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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。		○		ホームページに必要な情報を掲載し、毎月の活動を紹介するなど工夫している。パンフレットや年2回発行の広報誌は、地区の公共機関等に置き、広く目に留まるようにしている。また、地域の文化祭等のイベントでも、希望者に配布するよう努めている。写真や絵などを用い、わかりやすい内容としている。施設見学来訪者にはパンフレットや広報誌を渡し、説明を行っている。設備の都合もあり、体験希望者には、ショートステイの利用を勧めている。利用希望者には、施設での日常生活が分かりやすくイメージでき、サービス提供の可否がわかるような資料の作成を検討されたい。
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。		○		サービス開始と変更時の福祉サービスの内容に関する事項等は、契約前に重要事項説明書で説明のうえ、同意を得てから契約を交わしている。自己決定が困難な利用者の場合は、家族に説明して同様の手順を進めている。説明文章や内容が多く十分な理解を得ることが困難なため問い合わせの都度説明を行っている。制度改正時は理解を得やすいよう案内文や説明文を工夫して説明している。なお、現在のところ成年後見制度の利用者はいない。
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。		○		家庭への移行事例はないが、法人内他施設や医療機関に移行する場合は、心身状況を記載した要約書を看護師が中心となって作成し、提供している。死亡退所後や移行に伴う諸問題は、生活相談員が窓口となり、対応と支援を行っているが、移行や終了時の連携、相談体制の手順の作成を検討されたい。
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。		○		利用者満足に関するアンケートを実施して、その結果を法人、施設のCS(顧客満足度)委員会で分析検討して改善に取り組んでいる。改善結果は、利用者や家族に報告している。アンケート以外では年2回の家族会で意見を伺いながら、サービスの向上に努めている。家族会の内容については、職員に周知している。アンケート結果後の施設検討会に利用者や家族の参画がないので検討を期待したい。
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。		○		苦情解決の体制(苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置)を整備している。苦情解決の体制は、重要事項説明書に記載するとともに、書式を玄関に掲示している。利用者や家族からの苦情については検討を行い、施設、職員間とも対応策を検討して解決の結果を説明し、了解を得られるようにしている。日常の小さな相談事から職員は傾聴し、不満を無くするように努め大きな苦情にならないような取り組みをしている。個人情報取り扱いに配慮して第三者委員に報告会を年2回実施し、その後ホームページで公表している。申出者以外の利用者・家族への説明を検討を期待したい。
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。		○		玄関に意見受付箱を置き、記入カード、筆記具が備えられている。家族の面接時においては、運営やサービスに対しての要望の有無と近況報告との話し合いに努めている。利用者や家族から個別に意見を受けやすいように相談室を設置している。利用者や家族が苦情の申し出に抵抗感を持つ場合があり、日常の諸々の要望や疑問に対応できる窓口を含む、相談体制を検討されたい。
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。		○		ご意見受付マニュアルを作成し、利用者からの相談や意見に対応している。検討した結果を利用者や家族に報告し、受付から対応策までの経緯を、職員に周知している。法人全体で、出された意見について情報を共有し、満足度の向上に努めている。施設でミーティングや介護会で、更なる解決の取り組みを行っている。日常時から利用者の相談は、職員が傾聴して話し合い、重要と思える事項はすぐに上司へ報告し、対応策を図っている。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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。		○		法人にリスクマネジメント委員会を設置し、施設に事故防止検討委員会を設置しており、事故発生時の対応マニュアルや夜間時の対応マニュアルを作成している。ヒヤリハットや事故報告書は発生のおとど作成し、発生原因や発生時の状況を記載し、関係部署等で再発防止の対応、改善策が検討され他職員へ周知している。リスクマネジメント委員会では施設委員会から持ち寄られた重要な事故についての再検討がされ予防策を講じている。また未然防止等の研修を行っている。施設事故防止検討委員会では年2回の意識向上の研修を行い、職員は1カ月の目標を設定してその後に確認アンケートを行い、危険予知と事故防止の意識向上に取り組んでいる。事故発生時の対応について、より具体的な状況設定し、対応策を検討されることを期待したい。
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。	○			感染症に関する各種マニュアルを整備している。毎月、感染症防止委員会を開催し、状況に応じて随時の委員会を開催している。流行期には感染の種別から予防や対策を検討し職員へ周知している。外来者には普段から玄関での手洗い、うがいの協力をお願いしている。流行期には家族等に文書を送り、また玄関内で注意文書を掲示している。感染症防止委員会で、食中毒、手洗い、嘔吐物処理研修を行っている。マニュアルは、定期的に見直している。
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行っている。		○		火災時の避難マニュアルは日中用と夜間用を作成し、年2回の火災想定訓練を消防署立会のもと行っている。自然災害時の地震、風水害マニュアルを作成して職員に周知している。設備の法定点検以外の設備については、職員が毎月行っている。食料、飲料水を3日分を備蓄しており、災害時でも受水槽から取水できるようにしている。今後は、紙おむつ等の備蓄を検討している。緊急時の職員連絡網や利用者の防災カードを整備しており、地元自治会との災害相互応援協定を結んでいる。避難準備情報の発令を想定した法人内の協力体制のもと避難訓練の在り方について検討されたい。関係機関や近隣地域との具体的連携、安全に避難場所までの確保が課題となっている。
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保				
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。		○		標準的な実施方法は、介護職、看護職、生活相談員、栄養士、事務員の職種ごとと、部署間で共通するマニュアルがある。介護職においては必要な介護支援の手順が文書化され、そのうちの入浴や排せつ支援ではプライバシー保護のかかわり方や取り扱いが示されている。標準的な方法で実施されているかを、介護会等の議題で取り上げ確認しているが、職員一人ひとりがマニュアルを理解するために、職員全体で確認するような取り組みに期待したい。
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。		○		福祉サービスの標準的な実施方法は、マニュアル委員会で、随時見直している。介護マニュアルは、基準としての標準的な方法とサービスの手順を示しているが、そぐわない内容があった時など、必要時に見直している。利用者の個別計画の援助目標終了期間毎に、カンファレンスを開いて、利用者や家族からサービス方法等について意見を聞いているが、利用者や家族の参加は限られている。全職種の実施マニュアルについて、定期的に見直しをし、個別計画に反映や多くの利用者・家族からの個別サービスの意見を求めることを期待したい。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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		○		生活相談員マニュアルの中で、福祉サービス実施計画書策定におけるアセスメント手順が示されている。アセスメントは、包括的自立支援プログラムを用い、介護支援専門員が中心になり、利用者の状況を確認し、介護サービス計画書が作成されている。計画書は定められている標準様式を使用し、アセスメントから課題が把握されたうえで、サービス提供内容が記載されている。マニュアルの内容がアセスメントのみであるので、国が定めている一連の経過を踏まえた策定マニュアルの再整備を検討されたい。(アセスメントの取り扱い方法、サービス計画書・日課表のあり方、サービス担当者会、支援経過記録とモニタリング評価、見直し計画書、再アセスメント等)
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。		○		介護サービス計画書の短期援助目標終了時に、カンファレンスを行い、介護サービス計画書を見直している。見直した計画の内容は、関係部署で確認している。見直された計画は、利用者、家族の同意が得ている。認定期間内で認定区分変更があった時や体調変動がしばらく続くと考えられる時などは、モニタリングと連動させ、直ちに計画書の見直しが必要となる。評価、見直しも含め、策定マニュアルの再整備を検討されたい。
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。		○		福祉サービス実施計画書は、関係職員に周知され共有されている。計画書に沿ったサービス内容を実施し、結果及び経緯が毎日記録されている。チェック表など複数の書式を用い、体調不良や状態の確認が必要な利用者の具体的内容については、ケース記録に記載している。食事については、食事摂取量・水分摂取量を把握して、栄養状態を確認している。紙ベースとパソコンで、職員間いつでも情報が把握できるようにしている。毎日、朝夕に記録等から関係職員に引き継ぎや申し送りをしている。情報共有の徹底は、毎週業務連絡会で情報共有の機会を作り、内部で記録研修会を行っている。各種会議録や事故報告書等回覧して、職員への周知に努めている。
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。		○		文書管理規定で記録の保存、廃棄等について規定し、責任者を定めている。パソコンは、個人のパスワードを設定し、情報の内容により個人の権限を設定する等、記録等を管理している。個人情報保護制度要綱で、個人情報使用の対応方法を定め、利用者や家族からの情報提供の求めについて、情報開示の開示手順を具体的に規定している。入所時に、家族に個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ている。玄関に個人情報保護指針や要綱を掲示している。職員に対しては、入職時に個人情報保護について説明し、退職後も含めて、業務上知れた情報を漏らさないよう誓約書を提出させている。採用後は、プライバシー保護マニュアル等で理解を求め、研修を行っている。

第三者評価結果(高齢者施設版(内容))

事業所名: 特別養護老人ホームやすらぎ荘
種別: 介護老人福祉施設

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
A-1 支援の基本				
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に工夫している。	○			利用者一人ひとりが自分らしい生活が送れるように、利用前に利用者宅を訪問し、生活状況、生活歴、要望などを聞き取り、施設での生活支援に取り入れている。日常生活においては、起床・就寝時に更衣をし、食事時には離床して、食堂でみんなと一緒に楽しく食事ができるように支援している。入浴日に入浴できない場合は、できるだけ利用者の要望を取り入れて変更している。利用者の生活動作をきちんと見極めて、本人の残存機能を活用し、可能な限りできることは行ってもらうことで、自立を支援し、QOLの向上に努めている。例えば、洗濯物をたたんだり、おしぼりを巻いたり、他の利用者とは話をしながら、自分の役割として行っている。また散髪、うきうき外出等では、自分で商品を選んだり、自主的な行動を支援している。利用者一人ひとりに応じた援助に取り組まれているが、活動への参加の動機づけなど、より細かな個別支援の取り組みを期待したい。
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。	○			会話でのコミュニケーションに限らず、それぞれの利用者の特徴に応じて対応している。難聴の人には筆談やジェスチャー等で伝え、表情など利用者の様子から、相手の思いを汲み取るよう努めている。会話の少ない人には、職員が一言でも多く声かけを行ったり、利用者同士が話しやすい人と隣り合わせに席をするなど、環境作りにも努めている。年1回接遇の研修を行い、利用者一人ひとりに応じた良好でスムーズなコミュニケーションが取れるよう努めている。利用者の状況に応じ、ボランティアの協力を得て、日常的に会話ができる機会づくりを期待したい。
A-2 身体介護				
3 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。	○			入浴介助について、安全面やプライバシーの保護、健康面に配慮したマニュアルを作成している。入浴前には看護師によるバイタルチェックを行い、入浴の可否を判断している。体調などの理由で入浴ができない場合には、シャワー浴、清拭等で対応している。また、状態に応じて機械浴・リフト浴・普通浴が用意されており、利用者一人ひとりの身体状態、要望に応じた対応をしている。環境面において浴室、浴槽には滑り止めマットを使用し、安全面や自立支援に配慮した支援を行っている。入浴の時間帯や順番など、利用者の要望には、できる限り対応しているが、入浴日以外の入浴には対応できていない。
4 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。	○			排せつ介助マニュアルを作成し、プライバシー保護、安心や安全、利用者の尊厳に配慮した排せつ介助に努めている。可能な限りトイレでの排せつできるよう支援しており、利用者の残存機能のアセスメントを行い、能力に合わせた排せつ介助を行なっている。夜間のみポータブルトイレを使用している利用者場合は、便座にカバーをかけ、居室の温度管理をし、手すり等を設置するなど、環境面に配慮している。自然排泄を促すため、利用者の排せつリズムを把握し、適度な運動、食事改善、水分摂取に配慮した援助に取り組んでいる。自然な排泄となるよう、適度な運動や食事による改善が課題となっている。
5 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。	○			移動、移乗介助マニュアルを作成し、介護会で統一した移乗、移動方法を検討している。ポジショニング研修を行い、介護技術の向上に努めている。車いすとベッドの移乗には、利用者の残存機能を活用し、安全に移動できるよう廊下などの障害物を排除し、環境を整えている。車いすは、一部の利用者に対して、利用者の心身の状態に合ったものに変更したり、クッション等補助具を使用しているが、利用者全員が対象となっていない。福祉用具の定期的な点検が、課題となっている。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
6 A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	○			褥瘡予防委員会を月1回開催し、入浴時や排せつ介助時等に把握した利用者の情報を共有し、褥瘡予防の検討している。利用者の状態に合わせ、オムニクッション、変換棒を使用し、ポジショニングを行っている。体位変換、移乗、排せつ介助時の後は、体圧分散のためにマルチグローブを使用し、利用者に優しい介助に努めている。個別指導は実施できていないが、年1回開催しているポジショニング研修を通して、職員個々に合ったレベルで研修を行っている。また、褥瘡を食事面から予防するため食事摂取量の確認、毎月の体重測定を行い、体重の増減を確認し、栄養補助食品などの検討を行うなど、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理に取り組んでいる。
A-3 食生活				
7 A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			調理は、業者に委託しているが、年1回嗜好調査を実施し、栄養士会で検討し、利用者の希望を献立に反映している。利用者の家族にも案内し、春はアユ料理、秋はさんま料理を野外で一緒に楽しんで貰っている。日常の献立には、地産の野菜で旬のものを活用し、利用者が食べなれた料理も提供されている。食事の時間は仲の良い人と同席するように案内し、会話を楽しみながら食事ができるように配慮している。食堂と厨房が隣り合わせであり、保温に配慮している。食事時間が通院等で遅れた場合も、料理は温かくして提供している。食事の選択制は、おやつバイキングやアレルギーや嗜好により代替食を取り入れるなど、取り組みが行われているが、更なる取り組みを期待したい。
8 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。	○			利用者の状態にあわせた食べやすい形態や調理法を工夫して(例 ご飯→お粥 軟菜→刻み スープにはとろみを付け)、誤嚥を防ぎ、経口摂取が継続できるよう取り組んでいる。また、できるだけ利用者自身で食べられるよう食べやすい姿勢を整えるために、机の高さ、車いす、クッションなどの福祉用具の使用等の工夫を行い、食事の自立支援に取り組んでいる。誤嚥や喉に詰まるなど食事時の事故に備え、吸引器を備えている。栄養ケア計画書の作成は、少人数であり、栄養ケアマネジメントは行っていない。
9 A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○			利用者の一人ひとりの身体状況に応じた口腔ケアを実施している。毎週、歯科衛生士が施設を訪問し、ケアを行っている。歯科衛生士が来ない日は、介護職員が行っている。介護職員は、歯科診療所で研修を受けてきた職員から口腔ケアの研修を受けている。毎食後洗面台で歯磨き・うがいをしているが、夕食後は義歯を預かり消毒液につけて消毒している。月1回、歯科医師による口腔衛生に関する助言をコピーし、職員に配布し、情報を共有している。利用者一人ひとりの口腔ケアの記録は、パソコンに保存している、また、記録を基に3か月に1回歯科医師を交えたカンファレンスを実施、見直しを行っている。嚥下機能のチェックは行っていない。
A-4 終末期の対応				
10 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。	○			看取り介護についての基本指針や看取り介護連絡体制手順書を作成し希望があれば看取り介護を行っている。入所時に看取りに関する意向確認書について説明し、意向を確認している。実際に終末期になった場合は、改めて看護師により施設での対応、ケアについて説明をし、連絡先を再確認している。ターミナルケア研修を行っているが、終末ケアに携わる職員に対する精神的ケアは行っていない。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
A-5 認知症ケア				
11 A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○			認知症であっても、安心して生活を送ることができるよう、日常の様子を記録し、介護会を開催して利用者への支援を検討している。検討結果は、職員全体で共有し、一人ひとりに応じた支援に取り組んでいる。利用者の能力に合わせ、洗濯物をたたむ、おしぼりを巻くなどの役割を持ってもらい、メリハリのある日常の生活ができるよう支援している。また、季節感を味わえるよう、秋には家族やボランティアの協力を得て、さんまの炭火焼きを野外で行っている。年に1回の研修を開催し、認知症に対する知識や認知症の症状の理解を深めている。
12 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。		○		共通スペースのホールでは、ゆっくり過ごせるようにいす、テーブルやソファの配置を工夫し、テレビが見やすい場所であったり、数人が座れるテーブルなど居心地の良い場所づくり、また車いすが通りやすい配慮をしている。個人の居室では、ベッド周りには自宅が使われていたものを持ち込まれており、家族の写真を飾ったり、身近に咲いた花を生けるなど、落ち着ける場所作りを職員は心がけている。居室やトイレなどには、ネームプレートを目線に表示する等、利用者一人ひとりの状態に応じた環境を整備することで、安心・安全な生活ができるよう支援している。
A-6 機能訓練、介護予防				
13 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。		○		利用者の心身に応じ、個別に機能訓練計画を作成し、機能訓練指導員によって計画に沿った機能回復訓練を実施している。日々の生活の中で、生活リハビリとして洗濯物たたみ、おしぼり巻き等を取り入れているが、評価や見直しには至っていない。判団能力の低下や認知症の症状の変化を嘱託医に報告しているが、その後の対応として十分ではないと考えている。
A-7 健康管理、衛生管理				
14 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。		○		健康管理において、毎水曜日に血圧測定、毎土曜日には酸素飽和濃度測定を行い、日常時の値を把握して、体調の比較が出来、体調の変化に早く気づけるようにしている。また入浴前には看護師がバイタルチェックを行っている。夜間利用者の体調の変化に気づいたときは、緊急連絡体制表をもとに夜間看護対応を行っている。入院をする場合は、看護サマリーや服薬等の情報提供を行っている。利用者の体調の変化については、介護日誌及び申し送りノートを活用し、毎日のミーティングで全員に周知を行い対応している。服薬は服薬マニュアルを作成し、4段階でチェックを行い誤薬を防止している。年1回薬について研修を実施している。利用者の状態に変化があった場合の対応だけでなく、予兆に気づくための工夫や研修を期待したい。
15 A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		○		職員は、出勤、退勤時に健康チェックをし、手洗い、うがいもしている。「社会福祉施設等の入所施設における感染症発生時の標準的な対応基準」を参考に対応している。職員が感染症の診断を受けた場合は、出勤停止し、職員の家族に出た場合は上司に報告しているが、その対応は明文化されていない。感染症、食中毒発生予防、発生時の対応方法について、研修を年2回行っている。食中毒「ノロウイルス」の発生後の対応は、職員の経験年数に分けて、嘔吐物の処理等が適切に対応できるよう実技研修が行われている。外部からの感染侵入を防ぐため、玄関の洗面台に泡石鹸、うがい薬、わかり易く設置されており、来園者に案内し、うがいと手洗いを呼び掛けている。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
A-8 建物、設備				
16 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。		○		災害対策チームが、設備の点検を月1回定期的に行っており、点検時や日常で異常があれば修繕するなどの対応している。また、美化環境委員会が毎月居室清掃のチェックを行い、安全や清潔で快適性を維持することに取り組んでいる。気の合う利用者同士で過ごせるよう席を配慮したり、利用者一人ひとりが思い思いに過ごせるよう、ホールにはテレビ、雑誌、新聞などが置かれている。快適性についての評価を期待したい。
A-9 家族との連携				
17 A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。		○		家族に、ケアプラン作成時、機能訓練については3か月ごとに、毎月の請求時等を利用して連絡や報告を行っている。また利用者の体調に変化があった時やそれに伴う対応について、電話連絡にて家族に説明し了承を得ている。家族の面会時には挨拶だけでなく、体調や食事状況、日常の生活状況などを伝えるなどで連携を図っている。担当者会議に利用者や家族が参加しやすくなるような工夫が望まれる。