

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：	http://awaji-yasuragi.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： 13 名	非常勤職員：	7 名
専門職員	(専門職の名称) 施設長 1 名		
	生活相談員 1 名		看護職員 1 名
	介護支援専門員 1 名		介護職員 6 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 7 名		
施設・設備の概要	(居室数) 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、交流が可能である。
 3. 同系列の病院があり、週2回の回診を実施しており、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 29 年 9 月 20 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 23 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年10月27日・10月30日
受審回数 (前回の受審時期)	5 回 (平成 28 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制が確立し、法人としての規程・マニュアル類を整備し、各種会議・各種委員会を設置して、各事業所から担当者が参加している。翁寿園としても、法人と連動しながら、施設独自の各種会議・各種委員会・研修等を実施し、マニュアルも施設の現状に適したものに見直している。福祉サービス第三者評価を5年連続で受審し、サービスの質向上に計画的・継続的に取り組んでいる。
- ・法人の基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を、事業計画の施設長方針に「地域公益活動の推進」を掲げ、地域交流と地域貢献に継続的に取り組んでいる。夏祭り等施設行事への招待・老人会やサークル活動への交流スペースの提供・認知症サポーター養成講座の開催・24時間サポート型特養を通じての多様な支援活動・災害時の福祉避難所としての役割等、施設が有する機能を地域に還元する取り組みに努めている。
- ・ユニットケアの特色を活かし、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努め、利用者の好みや力量に応じた役割づくりや、書道・手芸クラブ、音楽・園芸療法、・月ごとの行事等、生活に楽しみが持てる機会づくりを支援している。高校生のボランティア部の協力で買い物に出かけたり、市の敬老会・季節の祭り・長寿の会等地域に出かける機会が持てるように努めている。デイサービス・保育所を併設する複合施設として、施設内での交流を楽しむ機会も多い。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。看護師が主治医と連携をとり、また、他職種に指導・助言を行い、健康管理に取り組んでいる。
- ・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。年間研修計画をもとに、法人内研修・施設内研修を実施し、ユニット内ではマニュアルにもとづいた介護技術の研修を行っている。また、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。職員の資質向上と共に、総合的な福利厚生、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。

- ・事業計画や自己評価からの課題解決について、中間評価を行っていることを進捗表や議事録に明記することが望まれます。
- ・現在使われているマニュアルや点検表の一部について、必要な見直しと追加が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審で5回目となります。
過去の評価で指摘・提案を頂いた内容を基に、書類の作成や業務の見直しを行ってきました。
まだまだ不十分ではありますが、物事を進める際はご意見を頂いた様に、計画・実施・評価・見直し等の一連の流れに沿って取り組む様に心掛けています。
今後もその流れに沿って、利用者サービスの向上に繋がっていきたいと思います。

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> 法人の基本理念・基本方針をホームページ・法人パンフレット・広報誌・事業計画に記載している。法人の基本理念は法人が目指す方向を明示し、基本方針は基本理念と整合性を確保し、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。玄関・各部署等、館内随所に掲示し、利用者・家族・外来者・職員に周知を図っている。年度初めの会議で共有し、掲示・朝礼での唱和・会議録への記載等により周知への継続的な取り組みを行っている。家族会議で事業計画を配布し説明する際に、基本理念・基本方針についても説明している。出席できなかった家族には、事業計画を郵送している。広報誌にも掲載し、周知に継続的に取り組んでいる。		

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> 淡路ブロック・近畿ブロック・全国老人福祉事業協会の施設長会・行政連絡会・研修への参加を通して、また、多方面からのメールやインターネットからの情報を活用し、社会福祉事業の動向を把握している。在宅介護支援センターや運営推進会議での行政職員・地域代表者からの情報を活用し、地域の動向や地域ニーズを把握している。把握した情報は、幹部運営委員会で共有・分析している。月次の利用率は法人に報告し、幹部運営委員会で分析している。コストについては毎月法人本部に報告し、3ヶ月に1回実績報告会で会計士と共に分析を行っている。		
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。	a・b・c
<コメント> 経営環境、組織・人員体制、財務状況等については、幹部運営委員会・実績報告会で分析し課題を明確にし、解決・改善に向けて具体的な取り組みを進めている。理事会で報告し、役員間での共有が図られている。職員に周知する内容については責任者会議で報告し共有している。		

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> 施設長が中長期計画を策定し、法人の基本理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にしている。中・長期計画は、項目別に構成され、経営課題の解決・改善に向けた具体的な内容になっており、実施状況を評価できる内容になっている。平成24年度に策定した後、平成28年度に平成28年度～32年度の中長期計画を策定し、29年に平成30年度7期介護保険計画を見据えた見直しを行っている。		

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>中長期計画をもとに、単年度の事業計画を策定している。組織図、基本理念・運営体制、会議・委員会、行事、研修体制、家族との連携、地域との連携等、項目別に具体的に記載し、実施状況を評価できる内容になっている。施設長・各職種別の年間の方針も明示している。</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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>事業計画は責任者会議で共有し、各部署の会議で報告し職員に周知している。地域交流状況や職員研修実績等についての実施状況は、担当者が確認して事業報告にまとめている。実施状況をもとに、次年度の計画を策定している。各職種の年間方針については、責任者会議で、実施状況を項目ごとに振り返り、次年度の方針に反映している。事業計画の内容別に担当者・担当部署（職種）を明確にし、年間スケジュールに沿って取り組み、年度途中で実施状況について把握し、中間評価を行う仕組みづくりが望まれる。</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>事業計画を施設玄関に設置し、閲覧できるようにしている。家族会で事業計画を配布して説明し、出席できなかった家族には郵送し周知を図っている。利用者・家族の参加を促す観点から、「行事・喫茶・クラブ計画」を月ごとの表を用いてわかりやすく記載している。</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>毎年、第三者評価を受審し、評価基準にもとづいた自己評価を行い、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に取り組んでいる。評価結果は、責任者会議で分析・検討を行っている。</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>評価結果にもとづく課題を文書化して、責任者会議で共有し、議事録に記録している。課題については、責任者会議や委員会で検討し改善に向けて取り組んでいる。課題解決に向け、課題の内容別に担当者・担当部署（職種）を明確にし、年間スケジュールに沿って取り組み、年度途中で実施状況について評価を行い、必要に応じて改善計画を見直す仕組みづくりが望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>施設長は自らの経営・管理に関する方針と取り組みを、29年度施設長方針として事業計画で明確にしている。施設長方針に沿って、職種別に事業計画を策定している。方針を年度初めの責任者会議で説明し、責任者会議→主任会議で周知している。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。規定等は、毎年見直して更新している。有事における施設長不在時は、「災害応急対策等の実施組織」で、副施設長に権限委任することを明確にしている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設長は、関係法令集、法人諸規定等を理解し事務所に設置している。老人福祉事業協会主催の行政連絡会、県の集団指導等に参加し、物品購入・修繕時には、決裁規定に則り、見積を取る等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係を保持している。老人福祉事業協会主催の施設長会・行政連絡会等に参加し、法令遵守の観点での経営に関する情報収集・交換を行っている。産業廃棄物処理法・フロン排出抑制法等、事業所が環境への配慮等も含む遵守すべき法令を把握し、マニフェストの取得管理等、法令に則り適正に対応している。研修計画に沿って、研修を実施し、高齢者虐待防止法・プライバシー・個人情報保護等について学ぶ機会を設け周知している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>施設長も参画し、毎年利用者への満足度調査を実施している。分析結果は職員にも報告・説明を行い、責任者会議で対応を検討している。介護サービス情報の公表制度も活用し、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、課題ごとに優先順位をつけ、各員会で検討し改善に向け具体的な取組を行っている。施設長は事業所内の主要な委員会活動や会議等に参加している。委員会・会議等で把握した意見を責任者会議で報告し、職員の意見を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。外部研修への参加も勧め、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>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。職員の処遇改善や、親睦会の開催、半日単位の有給取得促進等に取り組むとともに、基準以上の人員配置を行い、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、幹部運営委員会で検討した内容は、責任者会議→主任会議へと周知し、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。法人内の幹部運営委員会に参加し、施設内に責任者会議、各委員会等を構築し積極的に参画している。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>29年度事業計画で、福祉人材の確保と育成に関する方針として、「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、事業計画で組織が必要とする実配置人数を明示し、必要な福祉人材や人員体制について明確にしている。毎月最新版の職員一覧表を作成し、保有資格等を把握している。欠員が出た時や、出そうな場合には幹部運営委員会で検討し、人材確保を確実に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、喀痰吸引研修等を行い、人材確保や育成を図っている。また、障がい者の雇用も行い、EPAによる外国人雇用を計画している。学校訪問・就職フェアへの参加・職員紹介制度・ハローワーク・ホームページ等を活用し採用活動を行っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>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明確にしている。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。制度について、入職時に説明し、職員がいつでも見ることができるよう要綱等を事務所に設置している。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。法人として、外部コンサルタント・ハローワーク・地域の事業所の職員募集等から職員処遇の水準についての情報を把握し、改善の必要性などを評価分析している。面談時や会議等で把握した意向等に基づき、法人で改善策を検討・実施している。入職時、面談時に将来の意向を確認している。人事基準をより明確にするため、役割資格等級制度の改善を賃金体系再構築会議で検討しており、キャリアパスフレームで将来の姿を描くことができる仕組みづくりに努めている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>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施設長と定め、責任体制を明確にしている。有給休暇・時間外勤務等は施設長が最終決済し、毎月実績一覧表で就業状況を把握している。健康診断・腰痛検査を継続的に実施している。法人として、ストレスチェックを実施している。基本的に主任、副施設長が相談窓口となり個人面談を行う機会や、人事考課制度での施設長面談等、職員が相談しやすい仕組みがある。相談内容は個人情報に配慮して、施設長の手帳に記録として残している。再雇用制度の採り入れ・県及び県社協の退職金制度への加入・職員旅行時の補助・誕生日の祝・半日単位有給制度・柔軟な勤務体制等を職員の希望により採り入れ、総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。基準を上回る人員配置を行い、福利厚生、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努めている。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度の階層別考課シートで、組織として期待する職員像を明確にし、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回の個別面談を通じて、グループと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・評価基準は明確にされた適切なものとなっている。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、次の目標設定に反映させている。</p>		

18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	(a) ・ b ・ c
----	---	-------------

<コメント>

基本方針で、教育・研修に関して期待する職員像を「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」職員と明示している。事業計画に、介護支援専門員・理学療法士・生活相談員等、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。事業計画に職員キャリア支援として、計画的な研修を位置付けている。内部研修は計画通りに実施し、研修報告書・研修資料・研修参加者名簿を保管管理している。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。外部研修受講については復命書ファイルで出張命令書・研修内容を保管管理している。研修後には参加者にアンケートを実施し、研修を実施する各担当委員会が、意見・感想・成果等の分析を行い、計画・研修内容・カリキュラムの評価、見直しを定期的に行っている。

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>

職員名簿一覧を毎月更新し、知識、技術水準、取得資格等を明確にしている。外部研修については「個人別研修管理表」を作成し、研修機会の公平性確保に配慮している。習熟度・経験年数に配慮した研修に取り組んでいる。新任職員には、新人指導マニュアルに沿って研修を実施し配属後は、チェックシートで自己評価→評価者評価を行い習熟度を確認している。内部研修や県老協の外部研修を受講し、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修に取り組んでいる。外部研修案内は基本的に全員に回覧し、専門職種が限定されるような研修は、当該部署に回覧し受講を支援している。組織が必要とする外部研修参加については、出張扱いとし旅費規程で参加支援を明確にしている。内部研修は、パート職員も参加できるよう配慮し、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。組織に必要な資格取得を支援するとともに、給与規定で資格取得時の手当を規定している。

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>

教員免許取得、介護職員初任者研修の実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルを策定し、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢・目的を明文化している。受け入れは生活相談員が行い、マニュアルにオリエンテーション内容・手順・留意事項等を定めている。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。現在実習指導者研修の外部研修を受講をした職員はいない。介護職員初任者研修について、実施主体である当法人から継続的に情報提供を受けている。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表している。事業計画・事業報告は施設玄関に設置して公開している。事業所における取組の実施状況、第三者評価の受審はホームページで、第三者評価受審結果はWAMネットで公表している。苦情相談体制は重要事項説明書抜粋を、玄関に掲示している。苦情・相談について、苦情と相談を区分して、苦情相談記録に内容・改善・対応の状況等について記載し、申し出者にフィードバックしている。広報誌に、事業所で行っている活動や、理念・基本方針等を適宜掲載し、行政・居宅事業所・医療機関等への設置と、運営推進会議で配布し事業所の存在意義や役割を明確にするように努めている。苦情・相談の内容にもとづく改善・対応の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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>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、会計事務所・弁護士・社労士等外部の専門家と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、幹部運営委員会で報告されている。財務内容等について、監事が定期的に監査を行って、ホームページで監査結果を公表している。今年度より、ケア業務検討委員会が他事業所の業務監査を開始している。事業、財務等に関するチェックを外部の専門家に委託し、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、幹部運営委員会でコスト削減、人件費等の改善に取り組んでいる</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>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「地域公益活動の推進」を掲げ、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。市の広報誌を利用者が手に取りやすいように、各ユニットに設置している。敬老会参加案内を地域から受け、対象者への案内と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。地域高校生ボランティアの支援を受けショッピングに出かけたり、地域のまつり見物時には、職員が支援を行っている。敬老会、文化展等への参加、事業所での夏祭り時の地域住民やボランティアの参加、地域老人会の友愛訪問等、地域の人々との交流の機会を定期的に設けている。買い物、外食等は地域の商店、通院は地域の医療機関等、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>園芸・音楽療法、書道・手芸クラブ、歌・カラオケ等、各種ボランティアが来訪しており、施設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、「理念の理解、交流機会の確保」という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等を説明している。ボランティア受け入れについて行事毎に利用者・家族等に説明を行い、口頭で了承を得ている。ボランティア来訪時には、個人情報・プライバシー確保に配慮している。トライやるウィークの受け入れ、中学校への出前授業等学校教育への協力を行っている。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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>淡路地域福祉サポートマップ・行政機関・介護タクシー・病院・警察署等、社会資源を明示したリストや資料を事務室、公衆電話設置場所等に設置し、行事委員会で情報交換を行って共有している。淡路ブロック老人福祉事業協会の施設長会・栄養士会、地域ケア会議、給食施設連絡協議会等へ定期的に参加している。給食施設会の研修・訓練、地域ケア会議等に参加し、共通の問題に対して検討や情報共有を図り、協働して解決に向け取り組んでいる。地域包括支援センターと連携を図りながら、地域ケア会議等に参加し、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待し、また、地域の老人会来訪時や地域のサークル活動の写真展示等で事業所の交流スペースを提供して、地域住民との交流を行っている。社会福祉協議会と連携して、認知症サポーター養成講座を、地域の銀行・企業の従業員を対象に実施している。24時間サポート型特養を通じて、多様な支援活動を行っている。市と災害時の福祉避難所の協定を結び、畳の備蓄を行う等、災害時の地域における役割について確認している。地域の祭りや行事に協賛を行い、地域の活性化等に協力している。</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>24時間サポート型特養サービスを通じて、地域の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時間サポート型特養事業を通じて、多様な相談があり、相談に応じている。地域ケア会議などでも相談があれば対応している。社協と連携しての24時間サポート型特養や、民生委員等との連携に基づき、配食サービス等ニーズ等の把握に努めている。配食サービス時や24時間地域サポート特養で相談、安否確認等を行っている。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で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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>基本方針に「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。」と明示し、「介護の心構え」・個々の介護マニュアルにも利用者尊重のサービス実施を明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。毎年の年間研修計画に「プライバシー保護」「身体拘束・虐待」を盛り込み、利用者尊重や基本的人権への配慮についての研修を実施している。定期的に「身体拘束ゼロ推進委員会」「ケア業務検討委員会」を開催し、利用者尊重や権利擁護への配慮の実施状況の把握と適切な対応を図っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>「プライバシー保護マニュアル」「個人情報保護規程」「虐待予防マニュアル」を整備し、不適切な事案が発生した場合の対応方法も明示している。各個室は暖簾をかけ外部から見え難くし、プライバシー保護と快適な生活環境の提供に努めている。毎年の年間研修計画に盛り込んで、継続的に研修を実施している。契約書・重要事項説明書、また、事業計画に、プライバシー保護と権利擁護に関する取組を明示し、配布と説明により利用者や家族に周知している。マニュアル等にもとづいたサービス実施を、「身体拘束ゼロ推進委員会」「ケア業務検討委員会」で確認している。</p>		

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>事業所のパンフレットや広報誌を、市役所・病院・関係機関等多くの人が入手できる場所に設置している。パンフレットや広報誌は、写真・絵の使用等でわかりやすく工夫し、適宜内容の見直しを実施している。見学希望に随時対応し、個別に施設内の案内と丁寧な説明を行っている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>契約時には、契約書・重要事項説明書・同意書・料金表・入所時の案内資料を用いて、資料に沿ったわかりやすい説明に努め、文書で同意を得ている。意思決定が困難な利用者については、契約書に「代理人の指定」の条項と身元引受人・保証人の署名欄を設け、適正な説明と運用が図られている。</p>		
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>契約の終了時には、契約書の「契約の終了に伴う援助」の条項にもとづいて、不利益が生じないように配慮している。契約の終了は入院によるものが多く、インテイクシート・看護サマリー・ケース記録等で情報提供を行っている。利用が終了した後の相談担当者を生活相談員とし、「解約届出書」に連絡の電話番号を明記して利用者・家族に手渡している。</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>毎年、「利用者満足度調査」を実施している。「利用者満足度調査」は利用者への聞き取りで行われ、忌憚のない回答が得られるように質問者の設定に工夫している。年2回家族会を開催し、職員も参加して交流を図ると共に、利用者満足の把握に努めている。「利用者満足度調査」の担当者を生活相談員とし、集計結果を円グラフとコメント欄の報告書にまとめ、責任者会議・主任会議・ユニット会議で共有している。</p> <p>分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行う仕組みづくりが望まれる。</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、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。「福祉サービスをより良くするために」に、苦情・要望の報告までの流れをわかりやすく明示し、玄関ロビーに掲示し、利用者・家族に配布し説明している。アンケート・家族会の実施など、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情内容は、「相談受付表」に内容・要望・原因・対応記録し、適切に保管している。申立者へのフィードバックも「相談受付票」に記載している。苦情相談内容は、ユニット会議・申し送りノートで共有し、サービスに反映している。</p> <p>苦情内容及び解決結果の公開について、検討が望まれる。</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>疑問・要望・苦情の相談窓口を「福祉サービスをより良くするために」に明示し、玄関ロビーに掲示し、利用者・家族に配布している。利用者・家族からの相談はプライバシーの保護に配慮し、会議室・面接室等、相談や意見が述べやすい複数の場所を用意している。</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>「苦情対応マニュアル」に、相談・要望への対応についてのフローチャートを記載している。アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。日々のサービス提供時に、特に、食事・入浴・更衣等個別ケアの際に、意見・要望の傾聴に努めている。把握した相談や意見について、「相談受付票」「要望受付票」に内容や対応を記録し、介護記録に記録して共有しサービスに反映している。</p> <p>「苦情対応マニュアル」については、サービスの質向上委員会で見直しを実施する予定である。</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の責任者を施設長としている。「事故防止対策委員会」を設置し、月に1回開催している。「緊急時対応マニュアル」を整備し、転落・転落・誤嚥など事故対応について記載し、対応手順をフローチャートで示している。「インシデント・アクシデントレポート」を整備し、発生場所・原因・対応・家族への連絡・経過・再発防止策を記録している。事故防止策等の実施状況や実効性についてはケース記録に記録し、事故防止委員会でも再発防止策の振り返りを行っている。「事故防止について」の研修を年2回実施している。</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>感染症対策の責任者を施設長とし、「事故防止検討委員会」を設置し、管理体制を整備している。詳しい「感染症防止マニュアル」を作成し、設置と施設内研修の年間計画に位置付けて、実践的研修と感染症予防についての研修を実施して職員に周知を図っている。感染症発生時には蔓延予防のための掲示物で啓発や注意喚起を行い感染予防策を講じている。感染症の発生した場合には、感染者の隔離・嘔吐物の適切な処理など、適切な対応を行っている。「感染症防止マニュアル」は、委員会の年間計画にも挙げ、看護師長が中心になって1年に1回見直しを行っている。</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やっている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「防災マニュアル」と「消防計画」を整備し、災害時の対応体制を定めている。耐震性を考慮した建造になっており、設備類にも対策を講じている。ハザードマップで立地条件を把握し、風水害・土砂災害を想定した避難訓練も行い必要な対策を講じている。利用者の安否確認については、利用者名簿と「利用者引継ぎカード」で行うこととしている。職員の「緊急連絡網(防災用)」を作成し、職員の安否確認の方法を定め、年に1回は連絡網の訓練も実施している。年間計画に盛り込んで、年に2回施設合同での訓練を実施している。年に1回は消防署の立ち合いもあり、連携を図っている。食料品は多種類の食料を備蓄し、リスト化して保存し賞味期限前には消費している。各種おむつ・簡易トイレ・市から預かっている布団・毛布・畳等、一括管理し、備品の場所は各職員が把握している。管理責任者は施設長である。</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>各種介護マニュアルを整備し、サービスの標準的な実施方法を適切に文書化し、利用者尊重・プライバシー保護に関わる姿勢を明示している。マニュアルを各部署に設置すると共に、新人研修プログラムに「介護技術マニュアルに沿って」の項目を設け、各職員の習熟度に応じてOJTによる指導を実施し、周知を図っている。新人研修の進捗についてはチェック表で確認する仕組みがある。グループ会議で、2ヶ月に1回マニュアルに沿った介護技術の勉強会を実施し、実施状況を確認している。</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>各種介護マニュアルは、各施設で年に2回定期的に検証し、法人のケア業務委員会で見直しを実施している。見直しについては、各種マニュアルの表紙に日付と改定という文字で明記している。検証・見直しに当たっては、マニュアルに沿った勉強会や各委員会が出された職員の意見・提案等を反映する仕組みがある。</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>施設サービス計画の責任者を施設長とし、決済を行っている。「入所者台帳」「自叙伝」「日常生活動作能力調査」をもとに、多職種職員が参加してカンファレンスを実施し、「課題分析シート」で課題を明示している。多職種職員が参加し、可能な限り利用者・家族にも参加を依頼して担当者会議を開催し、施設サービス計画を作成している。施設サービス計画には、利用者個々の具体的なニーズが明示されている。日々の「実施モニタリング表」、毎月の「モニタリング記録」で、計画にもとづいたサービスの実施状況を確認している。支援困難ケースにも、多職種職員が協働して、また、関係機関とも連携して積極的に対応し、対応や経過の記録はケース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>施設サービス計画書の見直しについては、「ケアマネージャーマニュアル」の中に、定期的な見直しと緊急に変更する場合の仕組みを明示している。カンファレンスで抽出した新たな課題については、見直した計画書のニーズ欄に明記している。見直しによって変更した計画書は、回覧によって周知（回覧印）し、日々の「実施モニタリング表」を変更して内容を職員に周知している。</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
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、「バイタル表」「ケース記録」「日常生活動作能力調査」等の様式によって把握し記録している。日々の「実施モニタリング表」、毎月の「モニタリング記録」により、施設サービス計画にもとづくサービス実施が確認することができる。項目毎に記録例を明示した「記録の書き方マニュアル」を作成して設置し、記録内容を確認した主任が添削し、必要に応じて個別に指導・助言を行っている。ユニットの申し送りノート、日々のミーティング、毎月のユニット会議・主任会・責任者会議・各種委員会、パソコンのネットワークシステム、文書の回覧（確認印）など、情報を共有する仕組みが整備されている。</p>		

45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「文書取扱規程」「個人情報保護規定」を整備し、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、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が規定されている。記録管理の責任者を、施設長としている。年間研修計画に盛り込んで、「個人情報・プライバシー保護について」の研修を継続的に行っている。入職時には、法人の新人研修で学ぶ機会を設け、守秘義務の説明を受け誓約書を交わしている。利用者や家族に向けては契約時に「個人情報使用同意書」を用いて説明し、同意を得ている。</p>		

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

「入所者台帳」「自叙伝」「日常生活動作能力調査」をもとに、利用者の心身の状況、ADL、暮らしの意向、生活歴、生活習慣等の把握をしている。それらの情報をもとに施設サービス計画書・「24時間シート」を作成し、利用者個々に応じた生活となるよう支援を行い、実施状況をモニタリングで確認し、カンファレンスで検討する仕組みがある。計画書のサービス内容の欄には、自立支援や活動の動機づけについての記載がある。書道・手芸のクラブ活動、音楽療法、園芸療法等、複数のメニューを用意して、趣味活動等生活に楽しみがあるような工夫をしている。リハビリ委員会も、レクリエーションを企画して実施している。高校生などボランティアの協力を得てショッピング・地域のお祭りへの外出、家族の協力を得て個別外出を行い、社会参加の機会作りにも努めている。利用者個々に「24時間シート」を作成し、利用者の心身の状況を考慮して日中活動に参加できるように配慮している。「ライフスタイル一覧」で、利用者個々の生活リズムを把握し、個々に応じた離床時間や過ごし方を支援している。生活にメリハリをつけるため、基本的には、朝夕の更衣、食堂・トイレ・風呂への移動を行っている。

「ADL評価」「日常生活動作能力調査」で利用者個々の、コミュニケーション能力を把握し、筆談など特別な配慮を要する場合は、施設サービス計画書に明示して支援している。「コミュニケーションマニュアル」を整備し、研修の中でも「言葉遣い」「不適切ケア」「プライバシー保護」等について継続的に学ぶ機会を設けている。食事等利用者が集う場面や、個別に介助を行う場面等、日々の関わりな中で会話が引き出せるように配慮し、また、利用者担当の職員を設置し個別の対応にも努めている。

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

「日常生活動作能力調査」で利用者の心身の状況を把握し、入浴形態、清拭等個人のプランを作成して、個別に支援している。軽介助で入浴可能の方はいるが、現状リフト浴が多い。基本的には浴槽へのまたぎが可能であれば、個浴でマンツーマンで対応し、希望があれば、同性介助を行い、羞恥心への配慮に努めている。入浴の拒否はない。脱衣室の室温・浴室温度・シャワー温度・浴槽内温度は自動調節されているが、さらに入浴前には介助者の体感で確認している。秋から春にかけては、入浴後に保湿剤を塗布し皮膚乾燥を防いでいる。浴室には化粧水、乳液を用意して、希望者は使用している。入浴前にバイタルを測定しバイタルチェック表に記入し、異常が認められた場合は看護師に判断・指示の基で、安全な入浴支援を行っている。入浴者のバイタルに異常があれば、再度測定をしたり、入浴日の変更や清拭への変更で対応している。入浴マニュアルに可否基準を明記している。入浴中の事故がないように、マンツーマンでの対応や、浴槽の湯温の確認、バスタチェアー・マットの破損などのチェックをしている。チェアや足台・手すり等を用意し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安全な入浴支援している。循環浴になっているので、週1回は湯を抜くが、その日以外は毎日入浴は可能である。檜の個浴・リフト浴・機械浴などの種類が用意され、身体状況に合わせた入浴の支援を行っている。足白癬症の利用者は足浴をしている。

法人統一の排泄マニュアルを作成している。半年に1回、日常生活動作能力表を基に、排泄チェック表に利用者個々の排泄パターンと、使用しているパットを記載して現状に即した排泄を支援し、自立に向けた支援に努めている。ライフスタイル一覧に個々の排泄パターン及び排泄用品を記載し支援している。排泄に異常を認めた場合は、看護師に報告し、「施設サービス計画書」に挙げ、排泄の課題解決に向け支援している。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。トイレは毎日清掃し、ポータブルトイレは起床前に職員が洗浄し、週に1回は、ハイターで洗浄をして清潔保持に努めている。トイレ内には、L字バー・U字バーを設置し、歩行に問題のある利用者や立位のとれない利用者には二人介助で対応し、事故防止に努めている。夜間は排泄量に合わせておむつ・パットの交換を行い、トイレに行きたいとの希望があれば、トイレに誘導している。尿量はパットの汚染度により、マークを変えて排泄表に記載し、利用者に適した排泄用具を使用し、サイズが変更がある時には、申し送りノートで、周知している。おむつ交換毎に皮膚の観察や清拭を行って清潔保持に努めている。、排泄介助の要望に対しては迅速な対応を心がけている。

「日常生活動作能力調査表」で移動・移乗について、身体状況、利用者の残存機能を評価し、日常的に使用している福祉用具が適切かどうかを確認して安全な自立支援に取り組んでいる。利用者からの移動・移乗の要望には迅速な対応に努めている。各フロアは広く、全フロアがバリアフリーになっており、安全に移動しやすくなっている。車椅子移動の利用者は移動しやすいテーブルの場所を確保し、テーブルや椅子の間隔を広く取り車いす利用の方も安全に移動できている。車椅子・歩行者等利用者に合わせた福祉用具が準備されている。車いすや福祉用具使用時の状況確認や点検を行い、安全に使用できるように補修や業者に修理を依頼しているが、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・体位建艦マニュアル」を整備し、褥瘡予防について標準的な実施方法を明示している。入所時のアセスメントで、褥瘡の発生の可能性があれば、褥瘡予防についてはサービス計画書に上げ、栄養面や皮膚の観察・ポジショニングなどを盛り込み悪化予防や処置方法を明示している。発生後の悪化予防については、電動エアマットの使用、保清、体位変換を実施し、夜は体位変換を2時間毎に実施している。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、体位変換表を作成して個々に応じた体位変換を実施し記録している。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っている。体位・姿勢変換、軟膏塗布、介助時の注意点等を看護師から、職員への周知を図っている。看護師を中心に新人研修の中で褥瘡・体位交換についての研修を計画し、職員も参加できる仕組みがある。食事の摂取状況から低栄養のある利用者に対して栄養ケア計画に位置付け、栄養士と相談して、補助栄養食品で食事面からの褥瘡予防の取り組んでいる。

更衣の際は、利用者の意向に沿って選択し、必要に応じて家族からの情報を参考に、職員が介入して支援している。年2回、家族の協力を得て衣替えを行うように支援し、衣類の補充や購入は基本的には家族に依頼している。必要に応じて、ショッピングの機会に購入する場合もある。

月に1回、訪問理美容サービスが受けられる機会があり、契約時に説明している。訪問日やサービス内容を記載したポスターで情報提供している。理美容申し込み表で、カット・パーマ・毛染め・顔そりの選択、また、希望のスタイルの記入も行える仕組みがある。また、希望があれば、馴染みの理美容院に送迎することもある。

全室個室になっており、利用者の希望に応じた明るさになっている。「睡眠マニュアル」が整備され、睡眠に関わる対応が詳しく明記されている。寝具は私物の持ち込みは可能となっている。不眠時も個室になっており同室者への影響は無く、職員が個別に対応している。

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

インテークの段階で利用者・家族から、聴き取りで嗜好を調査している。年に1回に嗜好調査を実施し、調査結果を基に給食委員会で検討して、献立に反映させている。献立は1週間の献立表を作成している。月始めは、赤飯、茶碗蒸し、季節の果物を提供し、旬の食材や行事食など献立に変化を持たせている。朝食はご飯、パンの選択やコーヒー牛乳、牛乳、野菜ジュースの選択ができ、和食、洋食の選択もできる。食事は保温カートで運ばれ、各ユニットでユニットごとの食器に盛り付け適温で提供されている。おかゆ、温めは各キッチンで行っている。食席は自由に選び思い思いに和やかな雰囲気の中で食事が楽しめるように配慮している。

利用者の個別の嚥下・咀嚼状態を把握し、サービス計画書に位置づけ、状態に応じて摂取表に明記して提供している。残存能力を活用して可能な限り自立を支援し、個々に合った食事ペース・食事の姿勢等、安全に食事摂取が出来るよう努めている。食事は全介助者はいないが、疲れて手が止まる利用者には、途中から支援している。誤嚥・誤飲時の対応についてのマニュアル、救急マニュアルを整備している。食事時の事故について、毎年実施する法人の救急蘇生の研修で学ぶ機会を持っている。個別の食事・水分の摂取量を把握・記録し、極端な食事量の低下がある場合は看護師とも連携し、栄養補助食品で食事・水分補給への配慮を行っている。きざみ、極きざみ食、ゼリー食、高栄養流動食等、個々の状態に応じた食事形態での提供・個別の食事介助方法等により、経口での食事摂取ができるように取り組んでいる。利用者一人ひとりに、「栄養計画」を作成し、栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングを3ヶ月毎に実施している。発熱、歯痛等、突発的な状況に対しては、一時的な変更を伝達し、対応した食事を提供している。

「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、個別機能訓練計画書を挙げ、リハビリテーションを実施し支援している。毎年1回に言語聴覚士からの指導が受けられ、必要な人には、歯科受診を支援している。年に1回、母体の病院から、言語聴覚士の口腔リハビリ研修を実施している。食前には口腔体操を実施し食事時の誤嚥事故を予防している。全利用者に対して、毎食後及び就寝前に口腔ケアを行い、「口腔ケア・義歯チェック表」に記載している。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各自口腔ケアが実施されている。

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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

看取りの手順をフローチャート化して作成している。契約時に看取りに関する指針を基に、看取りケアに関する施設の考え方・体制・対応を利用者・家族に説明し、意向確認し同意を得ている。観察記録は、ほのぼのの中に入力され介護・看護の記録が連動しており、職員が情報を共有している。看取りの研修を年に1回取り入れている。施設内研修で「看取りの事例報告・研修会」を実施し、グループ会議の中で振り返りを行い、職員の精神的なケアも行っている。嘱託医・看護・介護職は、職種間の役割や連携を含め、看取り体制を整備し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。	(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

利用者の日常生活能力、残存機能について、「ADL表」で把握し、「日常生活動作能力調査」で定期的の評価を行っている。周辺症状を呈する利用者には、多職種職員・主治医が協働して支援に取り組み、観察・対応経過などはケース記録・看護記録に記録している。メニュー書き・ランチョンマット配布・お茶提供・洗濯物たたみ等、「ライフスタイル一覧」に挙げて利用者が日常生活の中で役割持てるように工夫している。年間研修計画に盛り込んで、「認知症研修」を継続的に実施している。クラブ活動・音楽療法・園芸療法・レクリエーション・塗り絵・水彩画等、利用者個々の症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。抑制や拘束は行っていない。

共有フロアは明るく広く、閉塞感がなく開放的である。危険物の保管にも留意され、整理整頓が行き届き、安全で落ち着ける環境とになっている。共有スペースのテーブル上は整理整頓され、事故防止に努めている。ユニット間は行き来できるようになっており、移動導線はバリアフリーで、整理され安全に移動できる環境である。開放的な共用スペースの廊下には、思い思いに座れるようにソファや椅子を数か所置き、各々の居心地のいい場所でくつろげるように配慮している。また、廊下の一角にはソファを置き少人数で楽しめるスペースも用意されている。個室も明るく、室内は衣装箱・整理たんす等馴染みの私物が持ち込まれ、個性のある居室となっている。居室前には絵や名前を表示し、トイレにも一目でわかるプレートを設置している。

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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

利用者個々に、「機能訓練計画」を作成し、看護師が機能訓練指導員としてリハビリテーションを実施している。計画の評価・見直しを定期的に行っている。リハビリ委員会を中心に、体操・レクリエーション等介護予防活動に取り組み、活動内容の評価・見直しを行っている。理学療法士の助言・評価を参考に、日常生活動作の中で、活動性を高めるように支援している。利用者の希望や興味に応じて、体操・園芸・音楽療法、レクリエーション等、利用者が主体的に参加できるように工夫をしている。月に1回、法人の理学療法士の訪問を受け、リハビリ評価を受けている。また、毎年、言語聴覚士が研修会を実施し指導を受けている。看護師が、認知症の進行等の症状変化を観察し、家族と連携しながら、検査等による医師の指示受け、看護・介護の方向付けを行っている。

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

特記事項

利用者自身から体調の変化について、訴える人は少ないが、「観察マニュアル」を作成し、体調の変化を早期に発見するようにしている。全利用者について、顔色、体熱感、倦怠感などの様子を観察している。入浴日に血圧測定を行い、「看護記録」に記録し、体調の変化の早期把握に努めている。血圧、体調に変化がある人は再測定し、看護師に報告し、看護師が医師から指示を受け対応している。嘱託医の回診は週2回あり、24時間連絡体制がとられている。「緊急時対応マニュアル」を整備し連携体制を明示している。薬については、薬剤師が月に一度訪問がある。服薬手順フローチャートを作成している。看護師がダブルチェックし、介護師も捺印し、フローチャートに沿って服薬介助を行い、誤薬の予防に努めている。介護日誌に申し送りを記録している。服薬確認は服薬チェック表で行われている。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。

「感染症・食中毒に対する予防・発生対応についてのマニュアル」が整備され、観察・連絡・依頼・報告の流れが明確にされている。環境整備と吐物処理マニュアルも整備され研修を実施している。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。「家族が感染症にかかった場合の対応」はマニュアルに明記している。流行期は外来者の面会の禁止を掲示し、インフルエンザの蔓延予防に努めている。インフルエンザ等必要な予防接種は職員全員に、施設が費用負担している。玄関やユニット入口に手指消毒液を設置し玄関に「感染症の予防についてのお願い」を掲示し、家族・来館者蔓延の予防の協力を呼びかけている。職員の健康状態についてチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組みづくりが望まれる。

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。同じフロアの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

変化があったときには、随時、迅速に電話で状況を報告している。定期的には、6カ月に1回の担当者会議に家族の参加を依頼し、状況報告・サービス内容の説明・要望・相談の把握を行っている。内容については、議事録・ケース記録に記録している。家族の面会時には、近況報告を行っている。夏祭り・クリスマス会・家族会（年2回）等、行事については家族に日程を案内し参加を勧めている。

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

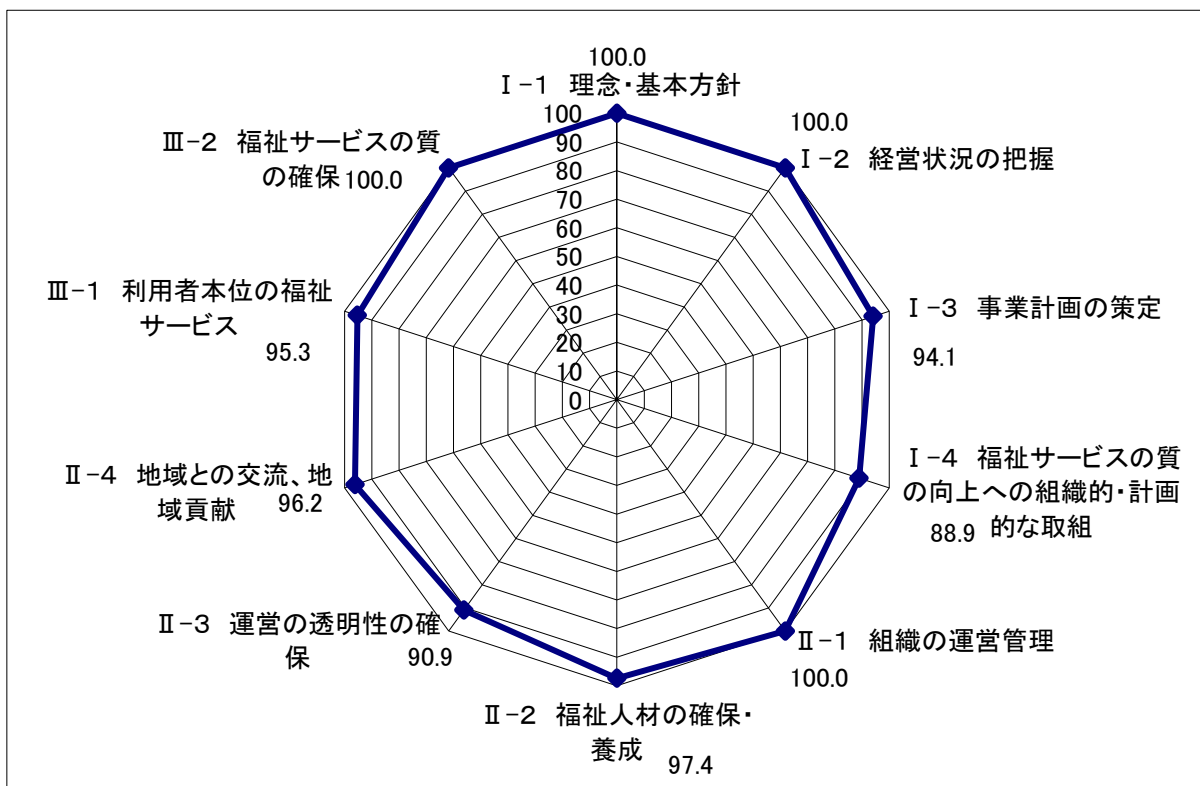
高校生ボランティアがショッピングの外出を支援している。買い物・地域の祭り・個別外出には、職員が同行して支援している。市の広報誌の設置やチラシの掲示で、地域のイベント情報を利用者に提供している。外出時には、1対1で対応できるように職員を配置し、緊急連絡先情報を持参し、外出の安全確保と不測の事態に備えている。

携帯電話の持ち込まれている人もいる。公衆電話使用希望時は職員が付き添い、いつでも使用できるようになっている。郵便物は事務所に届き個人に手渡されている。郵便物発送に関しては事務所で対応可能となっている。

新聞、雑誌は玄関に設置されており閲覧は自由にできるようになっている。新聞は、おのずから、購読の順番が決まり、問題なく皆で回し読みをしている。テレビ、ラジオは持ち込み中であるが、テレビは複数台設置しており、譲り合い観ている。

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	17	100.0
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	16	16	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	12	92.3
8 建物、設備	5	4	80.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	8	100.0

