

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：	養護老人ホームさくら苑	種別：	養護老人ホーム
代表者氏名：	理事長 八木 康公	定員（利用者人数）：	100 名
所在地：	兵庫県南あわじ市福良丙22-4		
TEL	0799-54-0421	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27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： 15 名	非常勤職員：	13 名
専門職員	支援員（介護職員） 16 名	管理栄養士	1 名
	生活相談員 3 名	計画作成担当者（施設長兼務）	1 名
	看護師 2 名		
施設・設備の概要	（居室数） 54室（2人部屋）	（設備等）	デイルーム・食堂・集会室
	（静養室） 2室（4床分）		共同炊事室・共同洗濯室・面会室・喫煙ルーム

③理念・基本方針

（理念）地域に親しまれ信頼される福祉事業所に
 （基本方針）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

100床のうち50床を養護の一般入所、50床を特定施設入居者生活介護としており、要介護状態となっても介護保険サービスを利用しながら入所を継続することができます。また、インスリンなどの医療行為が必要な方でも、自己管理や見守りなどで対応できる場合は積極的に受入れを行っています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 7 月 8 日 （契約日）～
	平成 28 年 11 月 1 日 （評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	評価実施日 平成 28 年 9 月 21 日 ・ 9 月 28 日 初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・事業所の運営について
法人の運営管理体制が確立しており、各種規程類・マニュアルが整備され、階層別・職種別に連絡会や委員会が設置され機能している。各事業所が年次の事業計画に沿って組織運営を行い、法人で事業運営全般を検討・検証し法人理念にもとづいた運営に取り組んでいる。
- ・利用者の意向を重視した自立支援
利用者個々の意向を尊重した自立支援に取り組んでいる。館内は明るく開放的で階段を使用して行き来が自由であり、共用空間にはテーブル席やソファが配置され、思い思いの場所で過ごせる環境である。玄関前のベンチで過ごしたり、届け出れば外出も自由である。日常生活の中で、居室の掃除・洗濯等は各利用者が日課として行い、手芸クラブ・お茶クラブ・カラオケ・工作等、利用者同士が助け合い活動を継続している。
- ・職員の資質向上と連携について
事業計画に職員育成を明示し、外部研修・内部研修の研修体制を整備している。人事考課制度の導入・定期的な個別面談により、職員個々に応じた育成に努めている。各種会議や委員会の定期的な実施により、職員間の情報共有と連携を図っている。
- ・地域社会とのつながり
事業所での納涼祭・運動会等に地域住民や保育園児を招待し、餅つき大会ではボランティアの協力を得る等、交流を図っている。南あわじ市と災害時の福祉避難所として協定を結んでいる。地域のだんじり祭りへ寄付を行ったり、また、買い物・訪問販売・理美容等では地元の商店街の利用を心掛ける等、地域とつながりを大切にしている。

◇改善を求められる点

- ・健康管理に向けた取り組み
利用者の体調の変化に早く気づくために、利用者個々の日常の身体状況を把握するための仕組み作りが望まれる。また、口腔ケアは、高齢者にとって、様々な疾患を予防するものであるため、利用者の状況に応じた口腔ケアを支援する仕組みづくりが望まれる。
- ・サービスの質向上に向けたPDCAサイクルの仕組みづくり
定められた評価基準に基づく評価やサービス質向上委員会、サービスの質向上に向けた取り組みが行われ、抽出した課題について、改善計画を策定し、計画の評価・見直しを行いながら計画的な仕組み作りを期待する。また、職員の参画と、取り組みの過程を記録に残すことが望まれる。
- ・プライバシーの確保への工夫
既存の建物を継続使用しているため、個室以外の居室での、プライバシーへの配慮への工夫が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回市より譲渡された開設2年目の養護老人ホームで、ケア内容はまだまだと自覚がある中での受審でしたが、業務を振り返るいい機会になりました。特養のような充実した環境整備やケア内容を確保することは難しいと思いますが、ご指導いただいた弱点を少しずつ改善しながら、質の向上を目指したいと思えます。

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> 理念・基本方針が明文化され、ホームページ・法人パンフレット・広報誌に記載されている。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、具体的な内容となっている。入職時に説明を行うと共に、玄関・廊下等への掲示・朝礼での唱和・事業計画作成や見直し時の振り返り等、継続的に職員への周知が図られている。 理念・基本方針を利用者・家族に周知を図る取り組みの工夫が望まれる。		

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> 老人福祉事業協会・市役所・居宅介護支援事業所等から情報を収集し、社会福祉事業や地域の福祉計画について把握し、法人の幹部運営委員会で分析している。法人の在宅福祉事業部連絡会から地域のニーズや潜在利用者に関する情報を収集し、法人の幹部運営委員会で分析している。毎月、利用者の推移・利用率を算出し、法人本部で分析を行っている。		
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> 経営環境や経営体制についての課題を、法人の幹部運営委員会で明確にし、理事会で役員間でも共有されている。明確にした課題は事業計画書に重点施策としてまとめ職員会議で周知を図っている。幹部運営会議の内容は、管理者から事業所の責任者会議で報告し、責任者から各部署への伝達と責任者会議の議事録の回覧で職員に周知し、コスト削減や稼働率向上などに向け取り組んでいる。		

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> 中・長期の収支計画は策定しているが、中長期の事業計画の策定には至っていない。 中・長期的なビジョンを中長期計画に明文化し、実施状況の評価を行いながら必要に応じて見直しを行う仕組みづくりが望まれる。		

養護老人ホーム さくら苑

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>28年度事業計画は、事業方針・重点施策等、11項目から構成され、実行可能な具体的な内容となっている。各部署ごとに具体的な年間目標を設定しており、会議・研修・行事計画を表で明示する等、実施状況の評価を行える内容となっている。 単年度の事業計画は、中・長期計画にもとづいて策定されることが望まれる。</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>27年度の事業計画について事業報告書を作成し、その結果から28年度事業計画を策定している。年度末の職員会議で次年度事業計画を説明し、職員の周知を図っている。 27年度の事業計画は、主に管理者が策定・評価を行った。28年度は、人事考課を活用し、職員参画で、実施状況の把握・評価・見直しを行う予定である。</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>改修工事や行事等、利用者に関係する事業計画の主な内容は、毎月実施される座談会で説明している。座談会で当月の行事を伝え、利用者の参加を促している。 資料の作成等、利用者が事業計画の主な内容を理解しやすい工夫を行うことが望まれる。</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>法人内にサービスの質向上委員会をはじめ各種委員会を設定し、月に1回委員会を開催している。委員会別に課題抽出・解決策に検討・評価を行う仕組みがある。事業所内では、月に1回責任者会議・職員会議を開催し、サービスの質の向上に取り組んでいる。また、人事考課制度を導入し、定められた評価基準に基づき自己評価・上位者評価を行い、サービスの質向上に取り組んでいる。 第三者評価は初回の受審である。定められた評価基準に基づいて行われた評価の結果を、分析・検討する仕組みづくりが望まれる。</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>各種委員会・事業所内会議で抽出した課題は、議事録に文書化している。各委員会の内容は責任者会議での報告で、事業所内会議の内容は議事録の回覧で職員間の課題の共有化が図られている。 抽出した課題について、改善計画を策定し、計画の評価・見直しを行いながらの計画的な仕組み作りを期待する。</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>28年度事業計画書に、事業方針を明示し、「多様化するニーズに対応できる事業所となり、地域で選ばれる施設」を掲げている。各部署の責任者が、事業方針に沿って年間目標を策定している。年度初めに、事業計画を基に責任者会議等で説明している。職務分掌表・決裁規程を作成し、決裁規程に職務内容を明確にしている。各種規程は、職員はいつでも閲覧できるよう事業所内に設置し周知を図っている。防災・防火・緊急時対応の正担当、副担当を定めており、正担当を管理者としている。不在時には副担当が権限委任を受け対応に当たっている。</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>管理者は、諸規定等を取り揃えている。行政への事業所の課題等相談時には、法人本部長と同行し、取引事業者との契約時には、合い見積りを取る等適正な関係維持に取り組んでいる。兵庫県福祉センター・経営者協議会・淡路ブロック老人福祉事業協会等での研修に参加し、淡路ブロックの「行政関係連絡会議」では制度改正等の説明を受けている。管理者は産業廃棄物処理法等、事業所が遵守すべき法令も理解している。研修時に個人情報保護法・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を設け、職員が遵守すべき法令の周知を図っている。</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>法人で四半期ごとに開催する実績報告会に管理者も参加し、稼働率等の報告と共に、必要に応じてサービス内容についても検討している。法人にサービスの質向上委員会を設置し、管理者が担当幹部職員の一人として参画している。委員会を月に1回開催し、参加職員からの意見をサービスの質向上につなげるよう取り組んでいる。事業計画書に明示した、施設内研修・外部研修を年間研修計画に沿って実施し、サービスの質向上に向けて職員教育の充実を図っている。サービスの質向上委員会でサービスの質向上に向けた取り組みが行われているが、現状の評価・分析から課題の抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。</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>管理者は、法人内の幹部運営委員会、さくら苑の責任者会議に参加し活動に積極的に参画している。幹部運営委員会で、事業運営全般における検討・検証、人事及び職員給与に関する検討等を行っている。幹部運営会議での決定事項を、責任者会議で検討し、実施に向け取り組んでいる。半日有給取得・保育所設置・更衣室の整備等、職員が働きやすい環境整備を行っている。経営改善に向けて、幹部運営委員会→責任者会議→各部署の職員へと決定事項を伝達周知し意識づけを行っている。</p>		

養護老人ホーム さくら苑

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>事業計画の中で、「職員の育成について」を重点施策として掲げ、「事業方針に沿って多様化するニーズに対して柔軟に対応出来る職員を育成する」という基本姿勢を明示している。事業計画で、指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にし、事業計画に基づいた職員体制を確保している。定期的に新卒生を採用するため、淡路島内の高校を訪問し、福祉系希望者の把握を行い、採用に結びつくよう努めている。ハローワークでの分野別相談会への参加、求人広告の掲出等で効果的な採用活動を実施している。また、県老協の人材育成委員会に参加している。</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>人事考課表要素別評価欄で期待する職員像を明確にしている。「役割資格等級制度要綱」で人事基準を明確にし、要綱は職員がいつでも閲覧できるよう設置している。人事考課制度の仕組みの中で、3月・10月に個別面談を実施し、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。「役割資格等級制度要綱」「昇格基準表」等で昇格のための資格要件を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。</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>職務分掌表・決裁規程で採用等労務管理に関する責任体制を明確にし、正担当を管理者と定めている。時間外勤務については、事務部門がタイムカードで把握・チェックし、管理者が決裁している。有給届出書受理・勤務状況に基づいた給与計画作成については管理者が担当している。健康診断を定期的に行い、インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は全額施設負担としている。法人として、産業医を配置し、ストレスチェックを行う計画である。年2回の人事考課時に個人面談を行い、また、随時個別に面談の機会を設けている。半日有給制度の導入・国家資格取得時の手当支給等、幹部運営委員会で検討し、福利厚生に議職員の希望を採り入れている。半日有給・介護休暇・育児休暇等の制度の採り入れ・保育所の設置・希望に沿った勤務時間調整等、ワーク・ライフ・バランスに配慮している。半日有給や休暇等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・ワークバランスに配慮した取り組みや福利厚生の充実により、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>人事考課制度を採り入れて職員一人ひとりの目標を明らかにしている。年2回定期的に個別面談の機会を設け、面接を通してコミュニケーションを構築している。目標管理はグループ目標と個人目標を設定している。目標期限を半期ごととし、「何を、どのレベルまで」欄で目標基準・目標項目を明確にしている。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認している。</p>		

養護老人ホーム さくら苑

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
<p><コメント></p> <p>事業計画書の重点施策として、職員の育成を採り入れ、基本方針を明示している。事業所の基本理念に「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」と言う職員に求める方向性を明確にし、人事考課シートに期待する職員像を明示している。事業計画に、組織が職員に求める看護師・管理栄養士・主任生活相談員・医師等の専門職種、資格を職員体制として明示している。研修計画に沿って研修を実施し、外部研修は出張復命書を提出し、内部研修は職員会議録に研修報告として記載されている。研修欠席者には会議資料の回覧、捺印により周知を図っている。定期的に計画やカリキュラムの評価、見直しを行うには至っていない。 内部研修についても報告書を作成し、アンケート欄や成果欄等を設け、研修の評価・見直しが行える仕組みづくりが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>職員リストを作成し、取得資格、他事業所・当事業所での経験年数等を把握している。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。習熟度に応じて、アセッサーが指導を行っている。内部研修として、支援員・介護職員・計画作成担当者・看護師等職種別の研修機会を設け、事業計画に明示している。兵庫県福祉センター・淡路ブロック老人福祉事業協会等の外部研修への参加しを奨励し、職員のスキルアップ・キャリアアップに努めている。一般的な研修については、案内を回覧し、専門職種限定の研修については直接対象者に案内を手交している。内部研修は時間外に実施し、外部研修は出張扱いとして、時間外手当や受講費用を支給する等、研修に参加しやすいように配慮している。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
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
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れマニュアルを整備し、受け入れの基本姿勢を明文化している。現時点では実習生の受け入れ実績はない。 今後、基本姿勢に沿って実習生を受け入れる時のために、実習内容を計画的に学べるプログラムや、目的・職種等に配慮したプログラムの用意、学校等との連携を図る仕組みづくり等が望まれる。</p>		

養護老人ホーム さくら苑

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
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念・基本方針、予算・決算情報等を掲載し公開している。今回受審した第三者評価結果を公表する計画がある。苦情・相談の体制について掲示等で公表するに至っていない。内容については、苦情受付簿に掲載する事例がなかったので公表していない。広報紙を地域包括支援センター・市役所・病院・他法人の居宅介護支援事業所等地域に向け郵送にて配布している。地域に向けて配布している広報紙に、事業所での活動・行事等を掲載している。</p> <p>苦情・相談の体制や、事例発生時の改善・対応状況を養護老人ホームの特性に配慮しつつ公表する仕組みづくりが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>法人諸規定を一冊にファイル化し、職員がいつでも見られるよう設置している。職務分掌表、決裁規程で権限、責任を明確にし、職員に周知している。法人として、公認会計士、社会保険労務士、弁護士等と委託契約を結び、内容に応じて相談し助言を得ている。経理、取引関係については、委託している公認会計事務所が定期的にチェックを行って、内部監査を実施している。理事会が、事業、財務等に関するチェックを会計事務所に委託している。3ヶ月に1回、実績報告会で予算等財務に関する報告を行い、課題等があれば改善に向け取り組んでいる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画で、「地域社会とのつながり」として利用者の外出支援、施設の開放、地元住民とのつながりと言う基本姿勢を明文化している。市の広報紙や地域の人が持参する行事案内等を掲示し、ケーブルテレビを受信して入所者が視聴できるようにしている。市が主催する敬老会や系列すいせんホームでの地域住民向けイベント時に、職員が参加希望者の送迎を行っている。施設内での納涼祭には地域に案内ポスターを掲示して地域住民を招待している。10月の運動会には近隣の2保育園の園児を毎年交互に招待している。餅つき大会はボランティアの協力を得ながら行い、随時カラオケボランティアが来訪している。定期的な通院介助は基本的に事業所が行い、他は家族に依頼しているが家族の状況等により事業所が臨機応変に対応している。買い物等は地元の商店を利用し、外出時は公共交通機関の「らんらんバス」や、時には介護タクシーを利用し、地域の社会資源の活用に努めている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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>ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受け入れに対する基本姿勢を明文化している。学校教育等への協力についての基本姿勢は明示されていない。マニュアルに、オリエンテーション・開始時の留意事項等が記載されている。オリエンテーション時にプライバシーの確保について説明し、個人情報保護・守秘義務等に関する誓約書を交わしている。トライやるウィークで中学生を受け入れている。トライやるウィークオリエンテーション資料を作成し、留意事項を掲載している。</p> <p>地域の学校教育等への協力についての基本姿勢を、マニュアル等で明文化することが望まれる。</p>		

養護老人ホーム さくら苑

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>送迎可能な病院・退所後に利用できる施設・居宅介護事業所等をリスト化し、重要事項説明書に記載している。また、病院・薬局・理髪店・地元の商店等利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し、連絡先一覧表として事務所に設置している。利用できる通所リハビリの事業所等の情報を、サービス担当者会議等を活用して共有している。南あわじ市及び全島の給食施設連絡協議会に加入している。定期的に、栄養士、調理師等を対象にした研修や通報等の訓練に管理者も参加し、共通の課題解決に向け取り組んでいる。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と連携を図りながら養護老人ホームとしての役割を果たすべく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>事業所での納涼祭・運動会等に地域住民や保育園児を招待し、餅つき大会ではボランティアの協力を得て交流を図っている。南あわじ市と災害時の福祉避難所として協定を結んでいる。地域のだんじり祭りへ寄付を行ったり、また、買い物等では地元の商店街の利用を意識的に心掛ける等、地域の活性化に努めている。</p> <p>事業所の専門性や特性を活かして、介護相談や各種講演会等を開催し、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みが望まれる。また、取り組みに関する記録を残しておくことが望まれる。</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>事業所が有する機能を還元する地域貢献活動等を通じての福祉ニーズの把握には至っていないが、関係機関を通じて、空床利用等のニーズを把握している。市を通じての相談はあるが、民生委員・児童委員等との直接的な相談等で連携する機会を現時点では持っていない。市を通じて、生活保護受給者等の相談に対応している。現時点では地域住民に対する相談事業等を実施するには至っていない。行政、ケアマネジャー等を通じて、要介護度3以下の人、医療ニーズのある人、虐待事例等の受け入れに関する具体的なニーズを把握している。地域の子供食堂、子供と一人暮らし高齢者の食堂等、地域貢献に関わる事業を計画している。上記計画を次年度の事業計画書に明示することを予定している。</p> <p>民生委員・児童委員等との定期的な会議への参加や、地域住民に対する相談事業を通じて具体的な福祉ニーズを把握する仕組みづくりが望まれる。</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>利用者を尊重する姿勢を基本理念に明示し、掲示・唱和・事業計画策定等を通して、職員の共有と実践を図っている。介護マニュアル内の個々のサービスの標準的な実施方法に、プライバシー・羞恥心への配慮、意向の尊重を明記している。「身体拘束と虐待について」の施設内研修を、27年度に実施し、28年度も年間研修計画で予定している。研修の中で利用者の尊重や基本的人権への配慮についても言及している。施設内に、事故防止・拘束廃止・虐待防止委員を設置し、月に1回開催する責任者会議で事例を報告し、会議で検討する仕組みがあるが、現在までに事例が発生していない。利用者尊重の姿勢を明示した「倫理綱領」や規程の策定し、職員が理解し実践するための取り組みが望まれる。また、不適切ケアを含む事例の収集と未然防止への取り組みの強化を期待する。</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」「身体拘束マニュアル」が整備され、年度初めにマニュアルの回覧を行い、職員の理解と周知が図られている。法人での新人職員研修でも周知を図っている。外出や施設内での自由な移動、入浴や排泄、また、洗濯等生活の場として、日中自由に利用できるよう工夫されている。プライバシー保護・権利擁護については人事考課シートの項目に盛り込んで、自己評価・上位者評価で実施状況を確認し実施に取り組んでいる。権利擁護に配慮したケアに取り組んでいるかをミーティング時に振り返っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法等は、各マニュアルに明示している。</p> <p>「個人情報保護とプライバシー」についての施設内研修については、27年度の実施はなく、28年度は年間研修計画で予定している。</p> <p>法人や事業所のプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを、「入居対応マニュアル」に盛り込んで、「理念・基本方針」と共に入居時に説明し周知することが望まれる。</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>理念・基本方針・サービス内容・事業所の特性などを、写真・絵・わかりやすい言葉遣いで紹介した、法人パンフレット・事業所パンフレット・広報誌を作成している。パンフレットは法人内の全事業所に、広報誌は病院・地域包括支援センター等に設置し、多くの人が入手できるようにしている。利用希望者には「入所対応マニュアル」に沿って、個別に丁寧に説明している。利用希望者には必ず見学を依頼し、希望があればショート利用での体験入所も受け付けている。ホームページも含め、パンフレット、入所のご案内等利用希望者に提供する情報は適宜見直しを行っている。</p>		

養護老人ホーム さくら苑

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>サービスの開始に当たっては、入所申請時の施設見学を行い、市職員も同行し、利用者・家族に概略の説明と意思確認を行っている。わかりやすい資料として、入所時の案内資料を作成し手渡している。入所対応マニュアルに沿って、わかりやすい説明に努め、契約書・重要事項説明書について理解と同意を得ている。自立で意思決定のできる利用者の受け入れとなるため、入所時に意思決定が困難な事例はないが、入居中に困難になる場合は、身元引受人か市町村の担当者に説明し同意を得ることとなっている。</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>福祉サービスの変更が生じた場合は、利用者と家族・身元引受人・市職員等関係者と共に担当者会議を開催し、不利益が生じないように配慮し、納得と同意を得ている。利用が終了した後も、相談できる窓口担当者を相談員とし、口頭で説明している。サービスの移行や終了の際の手順や引き継ぎ文書を定めたマニュアルを作成し、終了後の相談方法・担当者についての説明と文書配布についても盛り込むことが望まれる。</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1回食事の嗜好調査を行い、法人の給食センターで検討し献立等に反映させている。月に1回、全利用者参加で座談会を開催し、職員も出席して、利用者の要望等を聴取し満足の把握に努めている。利用者の要望は、座談会の会議録に詳細に記録されている。座談会で利用者の要望を聴取し、すぐに回答できるものは回答し、検討が必要なものは次月の座談会で回答しているが、利用者の満足調査を分析・検討・改善する仕組み作りが望まれる。</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・第三者委員が設置され、苦情解決の体制が整備されている。重要事項説明書に明記し、利用者到手渡すと共に、カウンターに設置し、掲示している。苦情受付マニュアルの中に、苦情解決対応のフローチャートも記載されている。法人統一の書式の苦情受付対応票を用いて、出された苦情の内容、検討、解決までの流れや対応状況及び結果を明記している。事例が少ないが、顛末書として家族にフィードバックした記録がある。フローチャートなど、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料の工夫が望まれる。また、苦情を申し出やすい工夫と、苦情・相談を集積・分析・検討しサービスの向上に反映する仕組み作りが望まれる。また、苦情内容や解決結果を利用者などに配慮して公表する工夫が望まれる。</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>玄関横に面談室を設けたり、職員室前には個別に相談できるスペースを確保している。苦情解決対応フローチャートと共に、相談・意見が表しやすいように、相談方法や相談相手をわかりやすく説明した文書を作成し、配布や掲示などにより、利用者・家族に周知する工夫が望まれる。</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>法人共通の、苦情・相談対応マニュアルを整備している。利用者が相談・意見を表しやすいように座談会を毎月開催し、意見聴取や迅速な対応、サービスの質の向上に取り組んでいる。対応のマニュアルの定期的な見直しが望まれる。また、座談会の開催以外にも、意見箱の設置・アンケートの実施など、利用者の意見を積極的に把握する機会づくりが望まれる。</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>事故防止委員を設置し、リスクマネジメントに関する体制を整備している。緊急時対応マニュアルを整備し、対応の手順や流れをフローチャートで図式化している。緊急時連絡先一覧も書面化し、いつでも見ることができる位置に設置している。ヒヤリハット・事件事例は、インシデント・アクシデントレポートに詳細に記録し、事例収集している。インシデント・アクシデント事例は、朝礼や責任者会議で共有し再発防止に努めている。年間研修計画に、リスクマネジメント研修を位置づけ、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。インシデント・アクシデント事例の集積を基に、分析・検討を行い、安全保障策の評価・見直しを行う仕組み作りが望まれる。</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>衛生管理・感染症対策委員会を設置し、3カ月に1回定期的に会議を実施し、感染症対策について管理体制が整備されている。「高齢者介護施設における感染症対策」を基に、施設独自で必要な内容を追加しマニュアルとして作成している。年間研修計画に位置づけ、定期的に研修を実施し、28年度は食中毒・スタンダードプリコーションについて実施している。感染症の発症事例はないが、発症した場合には、マニュアルに明示されている対応手順に沿って行う仕組みがある。手洗い・手指消毒等、感染症予防策を行っているが、チェック表などによる実施状況を確認する仕組み作りが望まれる。また、対応マニュアルについては、今後、定期的な見直しが望まれる。</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>法人共通の「災害時対応マニュアル」を整備し、対応のフローチャートがあり、体制が定められている。立地条件等を把握し、改修時に建物・設備などに耐震性を考慮した対策を講じている。管理者（管理栄養士）を決め、備蓄リストを作成し、消費期限等に留意し食料・備品類の備蓄が整備されている。福祉避難所の指定を受け、市が行う防災訓練に参加する等、行政や消防署などと連携している。職員の安否確認や出勤の可否等確認の方法を定め、全職員に周知すると共に、定期的に訓練することが望まれる。</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>利用者処遇系各種マニュアルを整備し、標準的な実施方法について文書化している。排泄・入浴・プライバシー保護マニュアル等の中に、利用者尊重・プライバシー保護・羞恥心への配慮などが明文化されている。入職時に、標準的な実施方法について新人研修を行い、「新任職員用アンケート調査」で支援項目に沿って習熟度をチェックできる仕組みがある。年間研修計画に位置づけ、ボディカニズムに応じた介護技術など、標準的な実施方法についての現任研修を行っている。現任職員については、キャリア段位制度を活用し、習熟度を確認する仕組みがある。</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>法人内に、ケア業務検討委員会を設置し、利用者処遇系マニュアルの整備と、定期的な見直しを実施する体制がある。委員会に事業所から介護主任が参加し、年に1回、マニュアルの定期的な見直しが実施されている。 マニュアルの検証・見直しにあたり、ケアプランの内容や、職員・利用者の意見・提案が反映される仕組み作りと、経過がわかる記録の作成が望まれる。</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>ケアマネジメント検討委員会が策定したケアマネジメントマニュアルに基づいて、ケアプランを策定している。計画作成責任者は管理者としている。基本情報、ADL評価表を活用したアセスメントを実施している。部門を横断した各職種の職員の見解を基にアセスメントを行い、利用者一人一人について具体的なニーズが明示されている。サービス担当者会議に部門横断して各職種の出席者があり、ケアプランを策定している。プランに基づいたサービスの実施状況はモニタリング表で毎日チェックし、実施の内容についてはケース記録に残している。支援困難事例についても、経過を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>ケアマネジメントマニュアルの手順に沿って、定期的には6カ月に1回、緊急時など必要時には随時、見直しを行っている。見直したケアプランの周知について、手順を文書化していないが、見直したプランを担当者会議で周知した後、コピーを各職種に配布し、一定期間見やすい位置に設置し周知を図っている。毎日チェックするモニタリング表にサービス内容項目が明示することにより、定着を図っている。毎月のモニタリング記録表と6か月に1回の評価表、ADL評価表での再アセスメントを基に、見直しを行っている。カンファレンス前に作成する書面で、「前回のサービスに基づいて実行してどうだったか」の項目で課題などを明確にする仕組みがある。</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 ・ (h) ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況は、利用者基本情報とADL評価表によって把握している。ADL評価票を用いた再アセスメントにより、変化も把握している。ケアプランに基づくサービスの実施状況はモニタリング表とケース記録に記録している。朝礼・申し送りノート・パソコンを活用し、的確な情報伝達に努めている。介護職員会議・責任者会議・サービス担当者会議等、部門横断での会議が定期的開催され、情報伝達・共有が図られている。パソコンのネットワークシステムも活用し、支援介護日誌に当日の利用者の状態や変化生活の様子記録した内容をプリントアウトして、伝達共有している。申し送りノートは、確認印により周知を確認している。介護職員会議で記録についての言及はあるが、記録内容や書き方に差異が生じないような記録マニュアルの作成や研修など、指導の工夫が望まれる。</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>文書管理規定を整備し、記録の保管・保存・破棄・情報提供等について、規程を定めている。個人情報保護規定を整備し、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応を規定している。記録の管理体制については、介護記録等各種記録毎に責任者が設置され、総合的には管理者が管理責任者となっている。入職時に職員に守秘義務について説明し、誓約書を交わしている。契約時に、個人情報の取り扱いについて利用者・家族に説明し、利用同意書に同意を得ている。年間研修計画に位置づけている「個人情報保護とプライバシー」についての研修で、記録の管理についても研修する予定である。</p>		

養護老人ホーム さくら苑

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

利用者個別の心身の状況や生活についての情報は、基本情報・ADL評価表等で把握している。把握した意向を基本情報の本人の意向欄に明文化してケアプランを作成し、支援に反映している。定期的にケアプランを見直し、現状に応じた生活になっているかを検討し改善する仕組みがある。洗濯場・調理室を設置し、また、居室の掃除も自分でできる利用者には自分で行えるように支援している。園芸、手芸、料理、お茶等のクラブ活動を、利用者の意向から開設し、現在も利用者が自主的に集まり活動し、職員がサポートしている。外出届けを提出して自由に外出できる仕組みである。買い物にも自由に出かけ、訪問販売の来訪もあり、嗜好品を選んで買う機会もある。散髪・訪問販売・ボランティアには、地域住民の協力がある。お茶クラブの講師も地域住民にお願いしている。施設での納涼祭でも、地域住民やボランティアの参加がある。事業計画の中の行事等計画として、月別に施設内行事、外出・地域交流・レクリエーション・その他（訪問販売・散髪）を導入し実施している。現在は、利用者全員が、食堂・トイレ・風呂に移動して利用している。着替え・整容等は、基本的には自分で行い、必要な利用者は支援し、毎日適時に行っている。利用者の安眠を考慮して、6時30分に職員が朝のあいさつに回り、活動開始しているが、基本的には起床時間は自由であり、身体状況に応じて調整している。

日々の関わりの中でコミュニケーションに努めると共に、月1回の座談会、年1回の嗜好調査、6カ月に1回のサービス担当者会議など、定期的に利用者の考えや希望を聴取する機会を設けている。把握した思いや希望は、すぐに対応できる内容については、毎日の職員ミーティングで共有し申し送りノートで共有して対応している。内容によっては、ケアプランに反映して支援につなげている。意思疎通が困難な利用者には、筆談・ホワイトボードを使用する等、個別の方法を工夫している。入職時研修で接遇についての研修が盛り込まれ、また、年間研修計画にも位置付けて、継続的に研修が行われている。利用者とのコミュニケーションについては職員ミーティング等でも共有し、日々の関わりや介助時に、話しやすい雰囲気づくり・機会づくりに努めている。また、デイルームと職員室が隣接し、仕切りに壁がなくカウンター式になっており、常に職員と会話できるように構造的にも工夫されている。

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

利用者の心身の状況や意向に合わせ、介助浴・機械浴・夜間浴などを実施している。入浴マニュアルにプライバシーへの配慮を明記し、周知を図っている。浴室入口の脱衣室にパーテーションを設置し、利用者の自立を促しながら介助している。入浴前の浴室内の安全確認については担当職員を決め、入浴前に設備や湯温・備品等が確認されている。脱衣室や浴室等にエアコンを設置し、室温管理が行われている。入浴後に飲用できるお茶やスポーツドリンクを準備している。皮膚の状態に応じて保湿剤の塗布の指示を受け実施している。特に皮膚疾患があれば医師の処方・指示で軟膏類を塗布するようにしている。利用者の体調や意向に応じて、入浴日の変更や、シャワー浴・清拭への変更を行い、ケース記録に記載している。一般浴と機械浴の設置があり、個浴の設備は用意されていない。シャワーチェアや手すり・滑り止めマット等、介護機器が用意されている。意向に応じた順番の変更は随時行っている。感染症や体調については、看護師の指示を受け情報共有し順番に配慮している。

入浴の可否の判断基準の明確化、入浴前の健康チェック、自力で入浴できる利用者についての安全のための見守りについて、施設内で再度検討し、方針を統一し取り組まむことが望まれる。

利用者の心身の状況や意向を把握し、必要時にはケアプランに位置付けて、個々の現状に応じた排泄介助を行っている。排泄チェック表を用いて、排泄状況と健康状態の確認を行うと共に、パターンを把握して適時の声かけで排泄の自立を促すように支援している。共用トイレは清掃が行き届き清潔で、汚れ、臭いは感じられない。居室に設置したポータブルトイレも、使用度に洗浄し清潔な状態を保っている。トイレまでは手引きで誘導し、トイレ内は手すりを活用して、個々の利用者に合わせて安全な介助に努めている。また、滑りによる転倒予防のため、トイレの床の湿式から乾式への改修を行った。排泄チェック表や食事・水分摂取量チェック表で状況を把握し、必要な場合には摂取を促したり、牛乳や乳製品を採り入れて、自然な排泄に努めている。夜間は、ナースコール・センサーコール・ポータブルトイレの設置など、利用者個々の状況に応じて、睡眠を妨げない安全な排泄介助を行っている。おむつやリハビリパンツ等はサイズを3種類用意し、状態や体形に合ったものを提供している。おむつ交換の一連の流れの中で皮膚観察・清拭を行い、必要な利用者についてはケアプランに位置付けて観察や洗浄・清拭を行っている。排泄の要望については、ナースコール・センサーコール等も活用し、迅速に対応できるように取り組んでいる。

各階に個室の共用トイレが設置され、プライバシーに配慮されている。また、排泄マニュアルに尊厳・羞恥心への配慮が明記され、周知を図っている。居室のトイレについてもカーテンの設置など、プライバシーに配慮した工夫が望まれる。共用トイレには保温便座が設置されているが、居室の便座や共用トイレ全体の温度調節の設備の整備には至っていない。冬場のトイレの温度調節や保温についての検討と工夫が望まれる。

車椅子・4点杖・歩行器・シルバーカー等、各種福祉用具を準備し、また、手引き歩行での支援も含め、利用者個々の心身の状況に応じた移動を支援している。歩行状態に変化があれば、看護師と共に状態の確認を行い、ミーティングや担当者会議で検討し、現状に即した福祉用具の使用による安全な移動が行えるように取り組んでいる。ナースコールやセンサーコールも活用し、移動・移乗の希望に迅速に対応できるように努めている。移動・移乗時は、周囲の安全にも配慮するように、周知している。全フロアがバリアフリーで、テーブル・椅子等の配置も工夫され、廊下に障害物もない、安全で移動しやすい環境整備が行われている。

車椅子等福祉用具は、使用する度に状態の確認を行い、不備があれば営繕担当者に連絡し保全・修理を行っているが、実施状況を明確にするためにも、点検チェック表等の作成が望まれる。

褥瘡・体位変換マニュアルが整備されている。必要時には2人介助で対応し、傷や皮下組織のずれが起きないように安全に介助している。「食事・水分摂取量チェック表」で摂取状況を把握し、課題が生じれば看護師・栄養士・医師に報告し、必要に応じて栄養補助の処方を受ける等、栄養管理を行っている。褥瘡の発生予防や対応について、体位変換・マッサージ・軟膏塗布・ずれ防止の移動介助等は、ケアプラン・介護記録等、実施状況についての記録の整備が望まれる。褥瘡予防についての研修は、新人研修の中で行われているが、全職員への周知徹底することが望まれる。

衣類の選択は、基本的には、各利用者が行い、必要があれば相談に応じたり支援したりしている。衣類の購入については、訪問販売を利用したり、買い物ツアーを活用し、必要に応じて職員が支援している。着替え・洗濯は、基本的には各利用者が行い、必要に応じて職員が介助・支援を行っている。

髪型・化粧の仕方等は、基本的には各利用者が決めており、必要があれば、職員が手伝ったり、相談に応じるようにしている。訪問理美容の来訪日を座談会で情報提供し、個別の意向で活用できるようにしている。月1回交代で地域の5店舗の理美容店によるボランティアの来訪があり、利用者が希望に合わせて利用できるように支援している。その他の訪問理美容サービスを利用することも可能である。また、理美容店に出かけて利用することもある。

睡眠マニュアルを整備し、夜間就寝中のサービスについて明記している。寝具は、基本的には私物の持ち込みで揃えてもらっている。不眠時は他の部屋や場所で過ごすことができるように支援している。既存の建物を継続使用のため、2人部屋で居室も狭く、カーテン等の間仕切りがなく、プライバシーの確保までは至っていない。

養護老人ホーム さくら苑

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

年1回嗜好調査を行い、法人の給食センターで検討し、献立に反映させている。職員も同じ食事を摂り、検食簿も活用し、月に1回の給食サービス検討委員会で、利用者の希望や好みを献立に反映させている。季節感や行事を採り入れた献立、旬の食材を使う等、献立に変化を持たせるよう工夫している。厨房職員と都度打ち合わせし、各料理に合わせた器を使用し、彩りや盛り付けにも工夫し提供している。また、配膳の直前に盛り付け、適温で提供できるように配慮している。日常的には、清潔で落ち着けるシンプルな環境づくりに配慮し、行事の時は、行事に合わせた敷き紙や装飾により雰囲気作りを工夫している。食事の席は、利用者の相性や、ADLの状況などを考慮して配置している。体調不良の時など、状況に応じて居室へ配膳するときも保温に配慮している。

食事の選択メニューについては、現在検討中である。

各利用者の嚥下・咀嚼状態や意向・希望を把握して、キザミ食・ミキサー食等、食事形態を工夫して提供している。自己摂取を基本とし、自己摂取が困難な利用者にはケアプランに食事形態や食事介助について位置づけ、必要最小限の介助で自立支援を行っている。また、ADLに応じて、配膳・下膳も自分で行えるように支援している。リクライニングの車いすの使用やクッションの使用等、嚥下しやすいように食事の座位や姿勢に配慮している。食事・水分摂取量が減少する等、観察が必要な場合は記録し、看護師に報告し適切な摂取につなげるように努めている。必要に応じて経口補水液の使用をすることもある。体調の変化や体重減少等があれば、看護師・嘱託医と連携し、必要に応じて栄養補助食（エンシュア）の処方を受けている人もある。ケアプランに位置づけて、嚥下・咀嚼状態に応じて食事形態を変更したり、ムセがある利用者にはトロミをつける等、経口摂取が継続できるように支援している。発熱・歯痛・便秘等、突発的な状況に応じた食事を適宜提供している。

緊急時対応マニュアルの中に誤嚥時の対応が明文化されているが、食事の事故についての対応方法の周知徹底については今後の研修で行う予定である。

ADL評価表の整容の欄で口腔ケアの自立度を把握している。法人で口腔ケアに関する研修があり、参加した職員が介護職員会議の中で伝達研修を行っている。各居室に洗面台が設置され、食堂にも洗口スペースが設置されている。

口腔ケアをケアプランに位置づけている事例はない。定期的な歯科衛生士や歯科医師の助言・指導による口腔状態や咀嚼・嚥下機能の定期的なチェックや、口腔機能を保持・改善する体操の実施には至っていない。口腔ケアや義歯の着脱・清潔・保管については、基本的には利用者が各自で行っている。必要に応じて援助を行っているが、記録などを残すには至っていない。口腔ケアは、高齢者にとって、様々な疾患を予防するものであるため、利用者の状況に応じた口腔ケアを支援する仕組みづくりが望まれる。

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

養護老人ホーム さくら苑

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や残存機能は、ADL評価表を用いて評価している。周辺症状を呈する利用者については、ケアプランに位置づけ、観察や支援内容については、介護日誌に記録している。支援上の配慮や支持的・受容的なかわりについては、ミーティング等で共有している。日常生活の中で、居室の掃除・洗濯などは、各利用者が日課として行い、必要な利用者には、職員が自立支援を行っている。周辺症状については、医師・看護師等医療スタッフとの連携の下、時には家族も交えて支援内容を検討し、介護日誌に記録している。手芸クラブ・お茶クラブ・カラオケ・工作等、利用者同士が助け合い、活動を継続している。抑制・拘束は行っていない。拘束廃止マニュアルを整備し、やむを得ず実施する場合に必要な手続き等は理解している。

年間研修計画の中で、「認知症について」の研修を予定しており、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を内容に盛り込む予定である。

ゆったりと広いバリアフリーの生活空間は、整理整頓され、色調や照明にも配慮があり、安心・安全で落ち着ける環境となっている。居室・共用スペース・敷地内での移動やエレベーターの使用が自由に行われ、行動制限がないように配慮している。洗剤・薬品は厳重に管理している。利用者の刃物・火気類は原則持ち込み禁止とし、あれば施設が預かり申し出があった場合に渡している。カウンターやテーブル上は整理整頓され、ポット類等火傷や怪我の原因になる物は、置かないようにしている。居室の同室者の組み合わせには、心身の状況や相性等に配慮し、必要があれば見直しを行っている。ベッド周辺には、持ち込まれた私物を、自由に飾れるよう配慮している。各居室前には名前が、トイレは場所名が明示され、一目でわかるよう表示されている。目印にぬいぐるみや造花を置く場合もある。

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

非該当

養護老人ホーム さくら苑

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

緊急時マニュアルの中に、利用者受診の対応手順がフローチャートで明示され、体調変換時の対応方法が明確になっている。看護師が配薬車ボックスに仕分けし、介護士が配薬し、いずれもダブルチェックを行っている。服薬確認は目視で飲み込み確認をしている。年2回の健康診断、年4回の体重測定検診を行い、健康状態の把握と記録を行っている。

利用者の体調の変化に早く気づくために、利用者個々の日常の身体状況を把握するための仕組み作りが望まれる。高齢者の健康管理・病気・薬・体調変化時の対応等については、年間研修計画の「観察とバイタルサインチェック」等で、研修を予定している。

感染症・食中毒に対する予防・対応マニュアルを作成している。インフルエンザ等必要な予防接種については、施設が全額負担している。年間研修計画に盛り込んで、「食中毒について」「スタンダードプリコーション（感染予防策）」の研修を行っている。玄関・共有洗面台・各トイレに手指消毒液等設置し、利用者と共に、家族・来訪者にも、手洗い・手指消毒の呼びかけを行っている。

体調管理の自己チェック表等を用いて、日常的に職員の健康状態や体調を把握する仕組み作りが望まれる。また、職員や職員の家族が感染症にかかっている場合の対応方法の明文化が望まれる。

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・設備の点検は、規程に基づいて各委託業者が行い、問題点があれば改善し、快適性・安全性を維持する仕組みがある。共用スペースは、ゆったりと広く、木の温もりを感じさせる椅子とテーブルが設置され、照明にも工夫があり、落ち着ける雰囲気作りが行われている。廊下は床と壁を白で統一し、明るく清潔感がある。談話スペースやテレビ観賞スペースを設け、また、椅子やソファを随所に配置し、思い思いに快適に過ごせるように配慮している。

備品の点検は、営繕担当職員が中心になって行っているが、チェック表の作成などにより、点検項目・頻度・実施状況・故障や不具合への対応等を記録に残すことが望まれる。

養護老人ホーム さくら苑

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

変化があった場合は、主に相談員・看護師が家族・身元引受人に報告しているが、定期的な報告は行っていない。報告した内容はケース記録に残している。健康診断の結果は郵送で送付している。入所時・サービス担当者会議に、家族・身元引受人の同席があれば、サービスの説明を行い、要望を聞く機会を設けている。必要時の相談は、来訪時や電話で行っている。介護保険利用者には、プランの見直し時に、定期的に相談を行っている。相談内容は、ケース記録や会議録等に記録している。家族・身元引受人の面会時には、職員が近況を報告している。納涼祭など、大きな行事の案内は、家族・身元引受人に郵送している。
変化があったときに加え、定期的に利用者の状況を報告する仕組みづくりが望まれる。

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

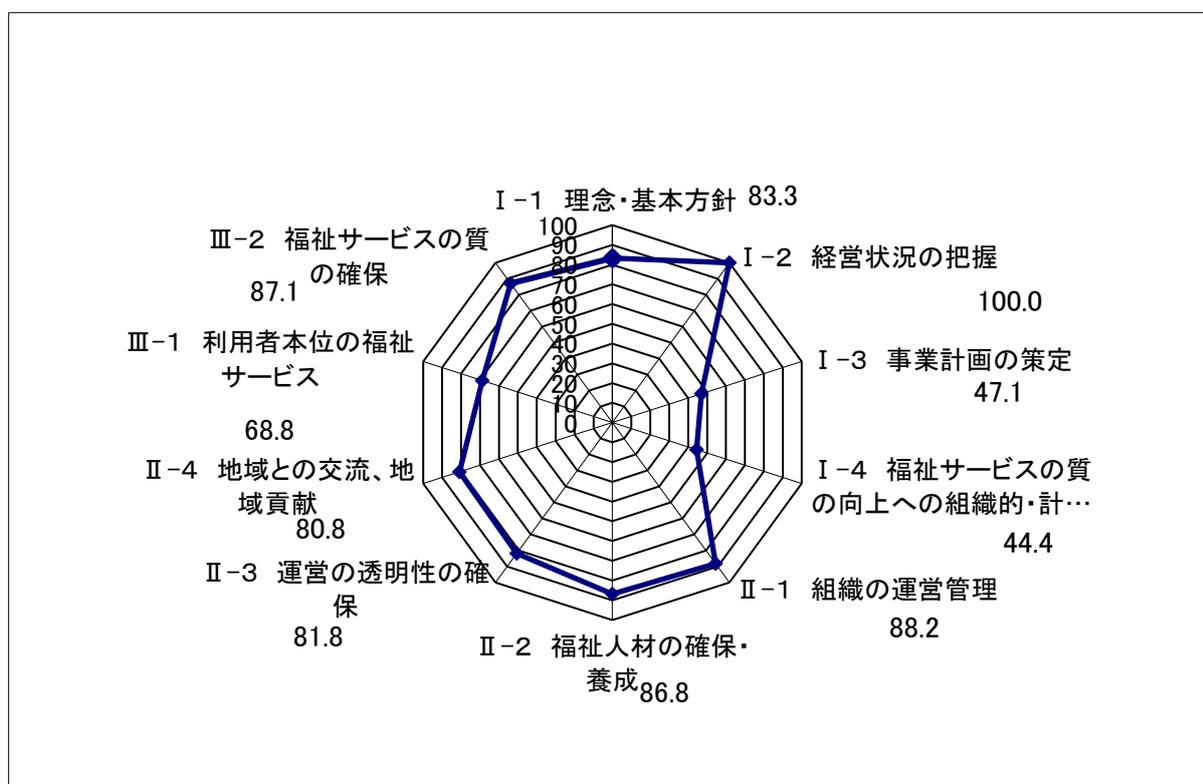
利用者の希望に応じて外出支援を行う時は、職員が中心に行っている。地域の理美容院利用の際は、理美容院からボランティアの送迎が行われている。地域のイベントは、ポスターの掲示で情報提供している。

利用者の外出について、安全確保のための学習や連絡先カードの携帯については、今後検討する予定である。
公衆電話と郵便ポストが設置され、いつでも利用できるようにしている。携帯電話の持ち込み使用を許可し、また、希望時には子機を使用できる等、プライバシーに配慮した対応がされている。

新聞・雑誌は施設でも購入し、個人で購買することも可能であり、定期購読している利用者もある。共有スペースにテレビが設置され、各居室にも1台所有できるよう便宜が図られている。共有スペースのテレビは、2階に2台、1階に1台あるため調整して使用している。居室のテレビについては、設置時に同居者で話し合っ使用することとしている。

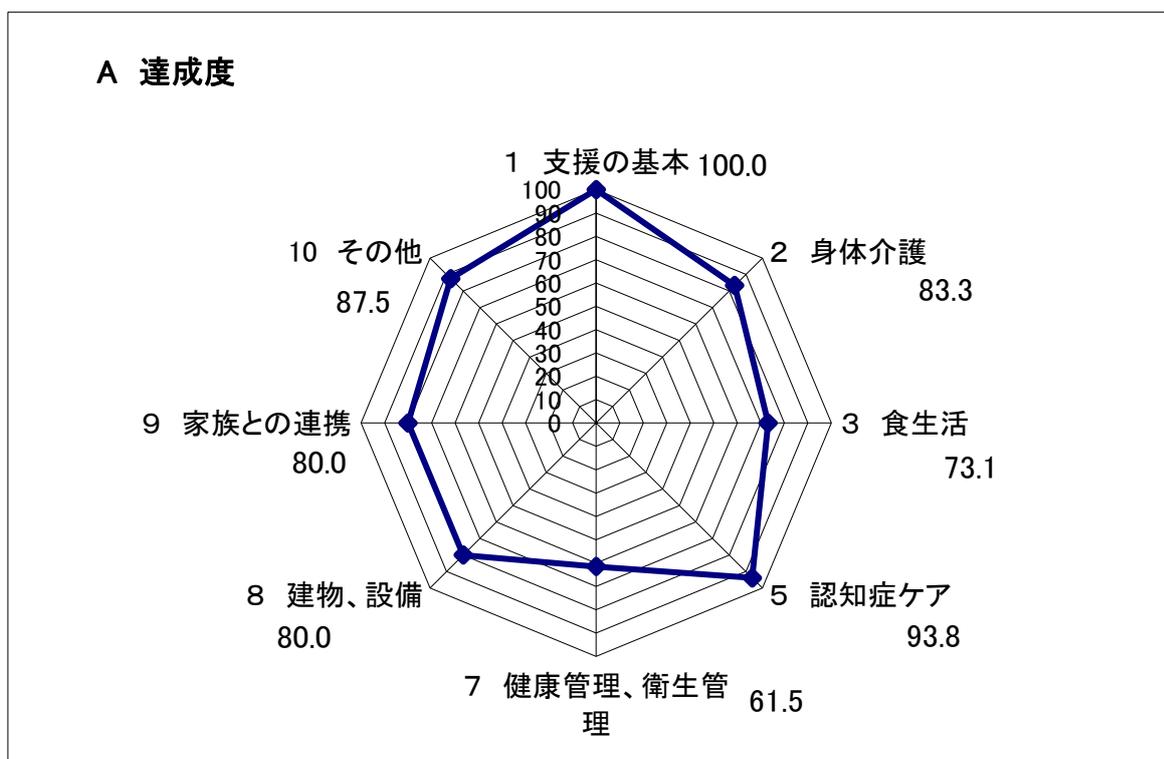
I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	8	47.1
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	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	38	33	86.8
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	21	80.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	44	68.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1



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	45	83.3
3 食生活	26	19	73.1
5 認知症ケア	16	15	93.8
7 健康管理、衛生管理	13	8	61.5
8 建物、設備	5	4	80.0
9 家族との連携	5	4	80.0
10 その他	8	7	87.5



4 終末期の対応、6 機能訓練、介護予防 非該当項目とする。