

特別養護老人ホーム稲美苑

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 稲美苑	種別：	介護老人福祉施設
代表者氏名：	木原 宏	定員（利用者人数）：	100 名
所在地：	加古郡稲美町国安1256番地		
TEL	079-492-7601	ホームページ：	<a href="http://www.hinode-wf.com">http://www.hinode-wf.com</a>
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	1992年 3月 24日		
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 日の出福祉会		
職員数	常勤職員： 45 名	非常勤職員：	16 名
専門職員	看護員 5名	介護員	52名
	相談員 2名	介護支援専門員	1名
	管理栄養士 1名		
施設・設備の概要	(居室数) 多床室 23室	(設備等)	
	個室 9室		

③理念・基本方針

稲美苑は地域に根差した老人福祉の発信基地となろう  
 稲美苑は地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷になろう  
 稲美苑は入所者と共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となろう

④施設・事業所の特徴的な取組

ボランティアの協力も得ながら、行事、クラブ活動や、個別外出や地域行事、季節ごとの外出など、楽しみを持てるように工夫している。又、家族参加型の季節ごとの全体行事等も行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 29 日 (契約日) ~ 平成 29 年 12 月 27 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年9月11日・9月19日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・施設内で責任者会議・各種委員会を定期的で開催し、施設・各事業所の経営状況・運営状況の把握と課題解決・改善に向けて取り組んでいる。また、法人共通の書式で施設・各事業所が事業計画を作成し、毎月の法人幹部会議で経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、全体研修・階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等、職員個々に応じた教育・研修の機会を設けている。
- ・法人のホームページ・施設のパンフレットや広報誌等で、理念・基本方針、取り組み・サービス内容等の広報と情報提供に努めている。盆踊り・園庭での花見・認知症カフェ・介護教室等の開催を通して、家族支援や、地域に開かれた施設として地域交流・地域貢献に取り組んでいる。
- ・責任者会議・特養会議・ユニット会議・医務室会議・ケアカンファレンス・各種委員会を定期的で開催し、部門横断で情報を共有し、サービスの質向上に取り組んでいる。定期的なアセスメントと介護計画の見直しにより、利用者個々の意向や心身の状況に即した介助・支援・サービス提供に取り組んでいる。アセスメント時に趣味等を把握し、ボランティアの協力を得ながら将棋・詩吟・エコクラブ等への活動参加や、風船パレー・脳トレ等複数メニューを準備して生活に楽しみがあるよう工夫している。花見・盆踊り・敬老会等の行事では、家族や地域住民と共に楽しむ機会を設けている。幼稚園訪問、ボーリング、ぶどう・梨・いちご狩り等、利用者の希望に沿って外出や地域行事等への参加プログラムを実施している。

◇改善を求められる点

- ・中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。
- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

サービスの質という点に於いて、手順、根拠のあるマニュアルを整備し、計画的に進めていくいく事の大切さを再確認した。

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>  法人理念がホームページ・パンフレット・広報誌に、高齢者福祉サービスの基本理念がパンフレットに記載されている。理念は、法人の使命や目指す方向を明示している。基本方針は理念と整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。入職時職員に文書を配布し、玄関・会議室・各事業所に理念を掲示し、朝礼で唱和し、職員に周知を図っている。「入所のご案内」に明示し、契約時に利用者・家族に説明している。広報誌の表紙に理念を毎回明示し、継続的に利用者・家族への周知を図っている。夏祭り等行事の挨拶でも、施設長が理念に触れて話し理解を深めている。		

## 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>  月1回開催する責任者会議に、施設長と管理者層が出席し、社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向、地域の利用者動向やニーズ等について情報を共有し、課題の把握・分析を行っている。各事業者のコスト分析や利用率等を、報告を受けた施設長がデータ化し、責任者会議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>  責任者会議での現状分析から各事業所の課題抽出を行い、幹部会議で理事・監事とも共有が図られている。責任者会議で抽出した課題を、特養会議で職員に周知し、コスト削減など、経営課題の改善に向けて取り組んでいる。		

特別養護老人ホーム稲美苑

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長が中・長期的なビジョンを持ち、責任者会議で管理者層に明示しているが、中長期計画として明文化するには至っていない。 中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画は数値でも明示し、実行可能で、評価を行える具体的な内容となっている。 中長期計画を策定し、中長期計画と連動した単年度計画を策定することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画について「修正予算対策月次追跡フォーマット」で毎月進捗状況を確認し評価している。評価結果に基づき、必要に応じて見直し修正を実施している。年度末に事業報告書を作成し、次年度の事業計画に反映している。人事考課シートに、法人と事業所の事業方針を明記し、それに基づいた職員個々の目標設定と定期的な自己評価を行うことで、事業計画の理解を促すための取り組みを行っている。 職員参画で事業計画の実施状況と達成度の把握を行い、事業計画の策定に職員の意見を反映する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>&lt;コメント&gt;</p> <p>玄関に事業計画書ファイルを設置し、利用者・家族に周知を図っている。 事業計画の主な内容を、利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課によるPDCAサイクルにもとづく職員の質向上を事業所のサービスの質向上に反映する取り組みがある。各種定例会議・委員会を定期的に行い、サービス内容を評価する体制を整備している。介護サービス情報公表の評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行っている。評価結果は責任者会議で検討している。今年度は、第三者評価の評価基準にもとづいて自己評価を行った。</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 ・ Ⓒ
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果にもとづいた組織的な取り組みを明確にするには至っていない。職員が参画し、評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。また、経過を記録に残すことが望まれる。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、事業計画に経営管理に関する方針・取り組みを明示している。施設長は年度初めの広報紙に事業計画の概要を掲載し、自らの役割と責任について表明している。職務権限規定、及び、運営規定の中に施設長の職務分掌を定め、これら規定類は事務室に設置して周知を図っている。消防計画に、隊長不在時には副隊長が任務にあた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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、社会福祉施設長研修を受講し、遵守すべき法令や経営に関するコンプライアンス等を学ぶ機会を持ち理解を深めている。必要に応じて町の介護保険課などに相談を行い助言指導を受けている。管理者は、おむつ・ごみの廃棄処理方法など環境への配慮等も含む法令等を把握し、取組を行っている。入職時研修、倫理・法令順守に関する法人研修・事業所内伝達研修の実施・守秘義務に関する誓約書の提出等、遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための取組を行っている。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>責任者会議・各種委員会に施設長・管理者層が出席し、サービスの質の現状や課題を把握している。施設長は現状や課題をデータ化して共有し、改善に向けて主導的に取り組んでいる。委員会・会議等で職員が意見を出し合って検討し、サービスの質向上に取り組んでいる。法人の研修計画に基づいて研修を実施し、職員への教育・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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、経営・業務改善について、人事・労務・財務等を踏まえ、責任者会議で分析・検討を行っている。職員が理解しやすいように施設長が分析結果をデータ化して職員・各事業所に情報提供し、実行に向けた取り組みに反映している。法で定められた基準以上の人員配置と共に、今年4月より事業所内保育の整備を行い、職員が働きやすい環境整備を行っている。経営者会議・責任者会議の内容は施設長からリーダー会議でユニットリーダーに報告・説明を行い、ユニットリーダーから各ユニット職員に周知を行う仕組みがある。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>各事業所毎の運営規定で、職員区分・配置や職務内容を明確化し、それに基づいて人材確保を行っている。法人の研修計画に資格取得対策講座を設け、資格取得に向けて支援している。ホームページへの採用情報の掲載、派遣会社や職員紹介制度の活用、新聞折り込みやハローワークでの募集、就職フェアへの参加、養成校での説明会等、効果的な福祉人材確保活動を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として期待する職員像を、就業規則に高齢者福祉従事者が取り組む基本として明確にしている。就業規則で昇給・昇格の基準を明確化し、事業所の事務室に規定集のファイルを設置して周知している。人事考課制度での評価シートの評価要素欄で基準を明示し、基準に基づいて評価を実施している。職員処遇の水準については、ハローワーク等のデータから法人が分析・検討している。各事業所の会議で職員の処遇について意見・提案等を聴取し、改善に反映させる仕組みがある。また、年1回、自己申告カードで、法人本部に処遇を含め意向・意見を記入して伝え、改善策を検討する仕組みがある。キャリアパスフレームとして人事考課基準表が策定されている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務権限規程で、労務管理に関する権限を明確にしている。職員勤怠管理表・出勤簿・タイムカードからデータ化し、毎月時間外勤務等の就業状況を把握・確認して法人本部に報告している。定期的に健康診断を年1回、夜勤者については年2回実施している。ストレスチェックも年1回実施している。人事考課の面談時に相談を受け、入職時には各職員に組織図を基に相談担当者の説明を行っている。自己申告シートに相談を記入する欄を活用して、法人本部に相談できる体制がある。企業内保育所の設置、互助会の活用、奉仕会の医療機関受診等での医療費補助、半日有給・育児休業・介護休業・退職金制度等を取り入れ、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。基準以上の職員配置ができるよう計画的に人材確保に取り組んでいる。福利厚生充実、ワークライフバランスへの配慮に取り組み、魅力ある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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度を導入し評価シートを用いて、法人・事業所各々の事業目標に基づいた各職員の個人目標を、組織として期待する職員像に位置づけ、目標管理を行っている。目標設定のための個人面談を行い、目標項目、目標水準、目標期限を明確にしている。目標項目は最大4項目、目標水準は評価要素として、期限は半期ごとと適切に設定している。半期毎に目標設定、3か月毎に個人面談を実施し目標の進捗状況・達成状況等を確認する仕組みがある。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に、職員の資質向上について明示している。法人が年間研修計画を策定し、管理者養成研修・医療ケア研修・痰吸引研修・各種資格取得対策講座など、職員に必要とする専門技術や専門資格を明示している。法人研修に事業所担当者が参加し、各部署で伝達研修を実施している。栄養士は加古川・高砂・加古郡給食施設連絡協議会が開催する研修に参加している。内部研修参加者に研修報告書の提出を義務づけている。研修に参加できなかった職員に対しても資料の配布を行い自己研修により報告書提出を促している。</p> <p>研修報告書に研修の評価欄を設けており、今年度より、法人研修部門で研修の評価・分析を行い、研修内容やカリキュラムの見直しを行う計画である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の個別勤務表に取得した資格、有効期限等が表記され、毎月最新の取得状況等を把握している。研修計画に新入職者研修、中途入職者の年数別研修計画が策定されており、経験や習熟度に応じた研修を実施している。管理者養成研修・医療ケア研修・痰吸引研修・各種資格取得対策講座など、階層別・職種別・テーマ別研修等の機会を設けている。外部研修の案内は対象となる部署・職員へ案内文を連絡帳で共有し、外部研修への参加奨励を行っている。研修参加時には、旅費規程等で受講料・旅費等を支援している。</p>		
<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。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>初任者研修の実習生受け入れを行っている。過去に看護師の実習生受け入れ実績がある。養成校のプログラムに沿って実施している。事前に打ち合わせを行い、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。実習中に養成校より指導教員の来訪があり、振り返り等を通して連携を図っている。</p> <p>基本姿勢など必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの作成、実習指導者に対する研修の実施等が望まれる。</p>		



特別養護老人ホーム稲美苑

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに、理念・基本方針、現況報告として事業報告、予算・決算、提供する福祉サービスの内容等を公開している。事業計画については、玄関に設置しており、来訪者がいつでも見ることができるよう公開している。苦情相談受付体制をホームページに公開し、内容・改善対応をホームページに公開する仕組みがある。事業所の情報を、ホームページに明示し、また、運営推進会議を活用して地域に向けて発信している。稲美園だよりを、法人外の施設、家族等に郵送で配布している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時に事務・経理関係規定について必要事項を説明し、規定ファイルを各事業所に設置している。外部のコンサルタントと契約しており、必要に応じて税理士・社労士等専門職等への相談や助言を受ける仕組みがある。監事監査を決算時毎に実施している。監査結果はホームページで公開している。法人内に会計監査人を設置している。指摘事項に基づいて経営改善を実施している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本理念に地域との関わり方についての基本姿勢を明文化している。ホール・各フロアー・掲示板等に地域行事の情報を掲示し、利用できるよう取り組んでいる。町の広報紙はデイサービスのホールに設置し情報提供している。個別・少人数で、花火大会・ふれあい祭り等へ参加しており、職員が同行支援している。事業所開催の盆踊り、園庭での花見には地域住民の来訪を受け、利用者との交流の機会を定期的に設けている。個々の利用者のニーズに応じて、近隣のスーパーでの買い物や近隣医療機関への通院など、地域資源を利用している。</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 ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>トライやるウィーク、体験学習、支援学校生が作った菓子販売の受け入れ等で学校教育への協力を行っている。</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受入れに関する基本姿勢・地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化するとともに、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目等を記載することが望まれる。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉マップの掲示、病院・学校・設備関係業者等目的別リストを事務所に設置し、会議等でも情報を共有している。二市二町連絡会、給食施設連絡協議会などに参加している。各連絡会や協議会で、研修・訓練参加等で協働して共通の課題解決に向けて取り組んでいる。地域ネットワーク会議に参加し、施設・地域包括支援センター・医療機関等地域包括ケアシステムの構築に向け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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所開催の盆踊り、園庭での花見では、地域住民との交流の機会を定期的に設けている。グループホーム主催で開催する認知症カフェへの場所の提供を行っている。家族介護教室を開催し地域へ参加を呼びかけている。町と福祉避難所として協定を結んでいる。自然災害時には各事業所が共同して地域への支援・対応を行う仕組みがある。地域の給食施設連絡会での食事の相互補給訓練に参加し、災害時の役割等について確認している。地域の清掃活動に参加している。法人として新入職員が、地域の祭りに出店して開催協力・参加し、協賛を行う等、地域の活性化や街づくりに貢献できるよう努めている。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内の在宅介護支援センターと連携して開催している介護教室を通じてし、地域の福祉ニーズの把握に努めている。施設長がグループホームの運営推進会議や町の高齢者福祉審議会に参加しており、民生委員より具体的なニーズの把握に努めている。在宅介護支援センターの相談窓口と連携して多様な相談に応じる機能を有している。地域包括支援センター、社会福祉協議会、在介センター等関係機関が協力し合う認知症相談窓口連絡会、地域ネットワーク会議、二市二町連絡会等への参加を通じて福祉ニーズの把握に努めている。町の徘徊SOSネットワークへの参加、自治会の依頼によるキャラバンメイト活動等、地域貢献に関わる事業・活動を実施しているが、事業計画等に反映させるには至っていない。</p> <p>把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示することが望まれる。</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
<コメント> 法人理念・事業所基本方針に利用者を尊重したサービスの提供を行うことを明示している。毎朝理念を唱和し、利用者尊重を職員が理解し実践するための取組を行っている。利用者を尊重したサービス提供に関する職員の行動指針を理解しやすく具体化した、「介護員心得」を策定している。支援内容別マニュアルにプライバシー保護や意向の尊重を明示している。毎年、倫理研修で利用者の尊重・基本的人権について学ぶ機会を設けている。毎月各ユニット会議で、利用者の尊重や基本的人権への配慮について個別に状況把握を行い、評価を行って課題を抽出し、具体的な支援内容を会議録に記載している。		
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 · ○b · c
<コメント> 利用者のプライバシー保護について明示した介護マニュアルを整備している。法人研修と伝達研修で、虐待防止・身体拘束排除に関して学ぶ機会を設けている。入職時には個人情報保護・守秘義務についての研修を実施している。契約書・重要事項説明書にプライバシー保護・守秘義務等権利擁護への配慮、運営規定に身体拘束廃止を明示し、利用者・家族に契約時に説明している。身体拘束防止委員会・特養会議で、虐待防止、身体拘束廃止、不適切ケア等についての実施状況を確認している。長い廊下の動線は広く、随所にソファを設置し、利用者が自由にゆったりと寛げるスペースとなっている。壁面には各種イベントの写真を掲示している。多床室は入居者の希望に沿ってベッドを配置し、カーテンで仕切りプライバシーの確保と快適な生活環境を提供している。女子トイレの入り口をカーテンから扉に改修し、羞恥心、プライバシーへの配慮に努めている。虐待防止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等も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。	○a · b · c
<コメント> 法人広報誌・稲美苑だよりを玄関に設置するとともに、関係機関に配布している。パンフレット・入所案内は写真・図等の使用等で誰にでもわかるような内容で、利用希望者には丁寧に説明している。見学、体験利用等の希望者には、相談員がパンフレット・利用料金表等を使用して対応、説明している。稲美苑だよりは毎月発行し、ホームページは委員会で見直している。		
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。	○a · b · c
<コメント> 可能な限り見学を依頼し、現場を見てもらいながら契約書・重要事項説明書・入所案内等でサービス内容を説明し、納得を得て契約している。契約時には、家族等の同意を得て書面で残している。契約書の条項に代理人の指定規定を設けて、契約書には立ち会い人等の署名捺印欄を設け、意思決定が困難な利用者についても適正な運用が図られている。		

特別養護老人ホーム稲美苑

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書に、利用終了時には円滑な退所に向けて支援する条項を設けており、入院等終了時には移行先にサマリー等で情報提供を行っている。利用終了後も、家族等が相談できるように相談窓口を設置し、相談員を担当者としている。終了時には相談担当者等の説明を口頭で行っている。一般的な利用終了時に、家族等に対し、その後の手順・相談方法等を記載した書面を作成し、説明することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>半期ごとの介護計画見直し時のケアカンファレンスで個別に満足度を把握し、花見等の施設の行事の際に参加した家族から把握する機会を向けている。個別的な意見には個別に対応している。サービス・運営面での意見等があれば、委員会・特養会議等で分析・検討し、その結果にもとづいて具体的な改善に取り組む仕組みがある。利用者満足に関する調査を定期的に行うことが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情処理規定を整備し、苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置して苦情解決の体制を整備している。記入用紙も準備して意見箱を設置し、日常的に家族来訪時には声かけを行って、家族等が苦情を申し出しやすいよう工夫している。苦情内容や家族へのフィードバックについては、「相談・苦情申し立兼内容記録表」に記載し、受付と解決を図った記録を適切に保管している。苦情内容及び解決結果等は、申し出た家族等に配慮したうえで、事業報告等に公表する仕組みがある。苦情相談内容は、ユニット会議・リーダー会議・責任者会議等で共有して、サービスの向上に反映している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示し、文書を利用者等に配布することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族の希望や相談内容により、オープンスペース・会議室等プライバシーが確保できるスペースを確保している。利用者が相談したり意見を述べる方法や相手をわかりやすく説明した文書を作成し、配布、掲示することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者・家族等からの相談・意見等に対して、報告の手順をフローチャート化している。施設の入りに意見箱の設置すると共に、相談員は日常的にラウンド時に傾聴に努め、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。要望・相談等は、「生活相談員日誌（ショートステイはショートステイ日誌）」に記載として残し、ユニット会議等で対応策等を検討している。検討に時間を要するものや経過をたどる必要のあるものについては「相談・苦情申し立兼内容記録表」に記載し、申し送り時に周知している。対応マニュアルの定期的な見直しを行うことが望まれる。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止検討委員会を設置し、委員会担当一覧表でリスクマネジメントに関する責任者を施設長と明確化している。特養会議でも、事故防止について検討している。緊急時対応として昼間・夜間別に対応手順を文書化・フローチャート化しフロアーに掲示している。ヒヤリハット・事故報告書を基に、毎月データ集積・分析を行って発生傾向を検証し、特養会議で再発防止策を検討している。職員に対して、「安全管理」として、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。特養会議での再発防止策検討時に、実施状況や実効性について、評価・見直しを行っている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策について、特養会議や感染症時期に随時開催する感染症委員会で検討している。委員会担当者一覧表で施設長を委員会の責任者と明確にしている。感染対策標準マニュアルを整備し、予防と発生時等の対応について明示している。年2回、感染症食中毒に関する研修と、看護師が現場で吐物処理についての研修を、全介護職を対象に個別に実施している。食前に共用空間の噴霧消毒、職員出勤時の体温チェック等、感染症予防策を講じている。感染症発生時には感染症委員会で対応を検討し、マニュアル手順に沿って対応している。感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直し、マニュアル履歴を記載することが望まれる。</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している。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の「消防計画」に、災害時の対応体制を明示している。町発行のハザードマップで災害の影響を把握し、消防計画には、火災だけでなく自然災害についての対応も明示している。建物の耐震性について検証し、備蓄等災害に備えた対策を行っている。職員の緊急連絡網を整備し、安否確認を行う方法を定め、年2回連絡網訓練を行っている。年3回夜間想定を含む総合訓練等を実施している。食料備蓄は管理栄養士により管理され、「非常食保管状況」にリスト化している。「給食に関する災害対策マニュアル」が整備され、非常時の献立表も作成されている。投光器や水槽・トイレ・テント等、消防計画の中に明記され、用意されている。備品は介護主任を管理責任者と定めている。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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
<コメント>  介護マニュアル（排泄・入浴等）を整備し、各ユニットに設置している。マニュアルに標準的な実施方法を明示するとともに、カーテンの設置等、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。採用時研修・配属後のメンター制度での個別研修等を行い、評価シートの職務知識欄で技術等必要な知識を持っているか、自己評価を行っている。特養会議での検討、新任職員へのチェックシートの活用、おむつ研修の実施等でサービスが標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを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。	a · b · c
<コメント>  介護マニュアルについて、検証・見直しを行う仕組みを確立するには至っていない。マニュアルの検証・見直しに関する時期やその方法定め、年1回程度定期的実施することが望まれる。また、検証・見直しにあたり、サービス実施計画の内容や、職員・利用者等からの意見・提案等が反映されるような仕組みづくりが望まれる。		
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。	a · b · c
<コメント>  分掌事項表で計画策定の責任者を、特養はケアマネジャー、ショートステイは相談員と定めている。フェイスシート・ADLシート・ADL表をもとに、アセスメントを行っている。アセスメントは介護職・看護師・栄養士等関係職員からの意見の聞き取りと、ケアマネジャーが直接状態確認を行って、基本的に6ヶ月毎に実施し、個別に再アセスメント表を作成している。計画策定時には、ご本人やご家族、介護主任、看護師、担当職員、管理栄養士、ケアマネジャーが参加してカンファレンスを実施している。施設サービス計画書には、具体的ニーズを明示している。6カ月に1回モニタリングを行い、計画どおりにサービスが実施されているかを確認している。支援困難事例は、主に、緊急ショートステイとして積極的に受け入れ、経過をケース記録に残している。		
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。	a · b · c
<コメント>  基本的には6ヶ月毎に見直しを行っている。利用者の状況や家族の意向が変化した時は、期間に関係なく現状に即したものに見直している。介護計画のコピーを、各ユニットの連絡ノートで関係職員に周知し、意識づけを行っている。見直しに当たっては、家族・看護師等関係者も参加してカンファレンスを開催し、カンファレンス議事録を作成している。ショートステイでは、カンファレンスを開催していないが、介護職・看護師・栄養士等関係者の意見の聞き取りを行っている。出された要望等を、計画の要望欄に反映させた介護計画を作成している。		

特別養護老人ホーム稲美苑

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を個別ケース記録に記録し、日勤・夜勤職員、看護師がそれぞれ色分けして記載している。計画書のサービス内容に沿ってチェック表・ケース記録等に記載するよう職員に周知している。記録の書き方について差異が生じないように個別に指導を行っている。記録に関する責任者を分掌事項表で、特養は介護主任、ショートステイは相談員と定めており、必ず介護主任・相談員が記録内容を確認し必要に応じて訂正している。責任者会議、特養会議、ユニット会議を定期的で開催し、部門横断で情報を共有している。また、医務室会議、施設ホームページ委員会、ケアカンファレンス等で各職種間の情報共有を行っている。部門間では、パソコンのネットワークシステム・各フロア連絡会・各種記録・毎日の申し送り等、情報を共有する仕組みが整備されている。会議等議事録は連絡帳の回覧により、欠席者へも周知する仕組みがある。</p> <p>サービス実施計画にもとづくサービスの実施が明確になる記録の工夫が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規程を整備し、記録の保管、保存、シュレッダーによる廃棄、情報の提供等に関する規定や、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を定めている。記録管理の責任者を、(主)課長、(副)介護主任としている。入職時研修の実施や入職時に誓約書を交わしている。利用者・家族には契約時に、写真等の使用や個人情報の取り扱いについて説明し同意を得ている。</p>		

特別養護老人ホーム稲美苑

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

利用開始時に、アセスメント表（フエイスシート・ADLシート）を用いて面接を行い、既往歴等を聞き取り心身の状況、ADL、等を把握している。アセスメント表を基に介護計画を作成し、基本的に6ヶ月毎に見直している。レクレーションへの参加等を計画に採り入れ、自立に配慮した支援を行っている。アセスメント時に趣味等を把握し、ボランティアの協力を得ながら将棋・詩吟・エコクラブ等への活動参加に反映させるとともに、風船バレー・脳トレ等複数メニューを準備して生活に楽しみがあるよう工夫している。ラジオ体操・口腔体操等を実施している。花見・盆踊り・敬老会には家族も参加し、花見は地域住民にもスペースを開放している。幼稚園訪問、ボーリング、ぶどう・梨・いちご狩り等、利用者の希望に沿っての外出や地域行事等への参加プログラムを導入・実施している。食事、排せつ、入浴について、体調不良時は居室で行うが、出来る限り、食堂、トイレ、風呂等に移動して支援している。特養では入浴時に、ショートステイでは朝替えを行い、離床時間については、本人の希望や身体状況に合わせ自由としている。

アセスメント表で、聴力・言語能力等を把握し、筆談・あいうえお表・ホワイトボード等を活用して個別の方法でコミュニケーションづくりに努めている。ショートステイでは、目の不自由な利用者には、同じ部屋が使用できるよう配慮している。日々の会話から思い・希望等を把握し、誕生日外出等、個別の外出に努め、行事参加者一覧表の作成により均等な外出機会の確保に努めている。言葉遣い、接遇等不適切ケアに対する利用者への配慮について、採用時研修・身体拘束廃止研修等で学ぶ機会を設け、申し送り時に課長から指導・助言している。ラウンド時に、利用者へ声かけを行い、また、配席の工夫や担当職員制の採り入れ等日常生活の場面で話しやすい環境づくりに努めている。

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 ・ (h) ・ 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



介護計画に個別の入浴形態や方法・介助内容を記載し、入浴チェック表で管理している。入浴手順マニュアルにプライバシーに配慮した介助を明記し、可能な限り同性職員の介助、脱衣所ではバスタオルで身体を覆う等、利用者の尊厳や羞恥心への配慮に努めている。入浴拒否のある利用者には、時間をかけ、職員の交代や時間を変更する等、無理強せず利用者のペースに合わせて入浴できるように努めている。脱衣室の室温・浴室温度・シャワー温度・浴槽内温度は職員が確認している。脱衣室には、ミネラルウォーターを用意して入浴後の水分摂取を勧め、ライフチャート表に水分摂取量を記載している。皮膚の状態を観察し、個人持ちのケア用品を塗布し、皮膚に異常が認められた場合は看護師に報告している。一般浴、機械浴、などの入浴形態を用意し、浴室内と脱衣所に各1名責任者を配置して入浴時の事故予防に努めている。利用者の身体状況や意向に応じて、入浴日や保清方法を変更し、チェック表に変更理由と共に記録している。浴室には体形に応じた複数のシャワーチェアー・浴槽内の底上げ用具・滑り止めマットが用意されている。自力で入浴可能な利用者も必ず見守り・介助を行い事故防止に努めている。浴槽内の湯は常時循環させ、感染症発症者は最終にする等、臨機応変に対応している。

入浴可否判断基準は作成していないが、看護師が、バイタルチェックの結果で、入浴担当職員に入浴可否、及び、清拭への変更を指示し、入浴表に変更を記載しているが、現行の入浴マニュアルに入浴可否判断基準の追加が望まれる。

利用者の状況を把握して介護計画を作成し、利用者の状況に応じた排泄介助が行われている。15分区分の排泄チェック表で排泄サイクルを管理し、排泄時間や便の状態を記載している。可能な限り布の下着の着用を勧め、自立に向けた働きかけを行っている。排泄誘導の声かけが必要な利用者には、誘導時は周囲の利用者に気づかれないように声かけし、おむつ交換時にはタオルで覆う等羞恥心への配慮に努めている。トイレ扉はリニューアルされプライバシーの確保が来ている。トイレ内は空調管理されている。トイレ内の車いす移動は安全が確保されており、歩行可能な利用者には職員の介助により安全に移動できるように支援している。朝、昼のラジオ体操、食前の軽いストレッチ、1回150～200ccの水分摂取を複数回声かけして摂取を促し、食事摂取量は各利用者毎にチェック表に記録し体調の管理を行っている。管理栄養士により食事管理も行われている。夜間は概ね3時間ごとにおむつ交換を実施している。職員間で検討し、排泄量や体形の合わせたおむつやパットを選択し、排泄チェック表やスタッフ伝達ノートに記載して管理している。おむつ交換時に皮膚の観察を行い、状況変化時は看護師と連携し対応している。利用者の排泄パターンに応じて声かけ・誘導を行い、各ベットにナースコールを設置し迅速な対応に努めている。

寝たきり予防目的でラジオ体操を実施している。施設内の動線を広くし、車椅子と歩行器の平行移動や立ち上がりをしやすくし、職員が常に見守りができるように配置している。杖・歩行器使用の他、車椅子を必要とする利用者に対し、状況と意向を踏まえて自走を促している。ケアプランやモニタリングで利用者の状況と意向を確認し、利用者の状態に適した福祉用具を選択し自立に向けた働きかけを行っている。また、広く長い廊下で歩行訓練ができています。居室外のスペースには常時職員を配置し、居室ベットにはナースコールを設置して、迅速な対応を心がけている。杖歩行者と車いす移動者の並走移動による事故予防のために、共用スペースには常に職員を配置し目配りしている。廊下をはじめ館内の動線は広く、明るい環境が整備され、ソファを随所に設置して、安全に移動しやすい環境が整えられている。多種類の杖、歩行器が用意されている。また車いすに関しても自走用・リクライニング車いす・歩行器・杖等多種準備し、利用者の状況に合わせた選択を行っている。

福祉用具に不具合が生じた場合は修理記録に記載しているが、定期的な点検を行う仕組みづくりが望まれる。

現在褥瘡の発生はないが、入浴時・排泄時に観察し、皮膚の異常が認められた時は看護師に報告している。エアマットによる除圧や、体位変換を頻繁に行う等、看護師が介助時の注意点を介護職員に周知し褥瘡予防に努めている。食事の摂取状況から低栄養のある利用者に対しては栄養士に報告して補食を勧め、食事面からの褥瘡予防にも取り組んでいる。法人研修の「看取り研修」で褥瘡に関して学ぶ機会を設けている。

「褥瘡マニュアル」を整備し、褥瘡予防について標準的な実施方法の明示が望まれる。衣類は私物で、入浴時には利用者と好みの衣類を選択し、意思表示が困難な場合は相談に応じている。

衣類は、必要に応じて家族に持参を依頼したり、担当職員が利用者と一緒に購入に出かけている。着替え後は洗濯を行い、補修は基本的に職員が行っている。

希望する利用者には、化粧ができる環境を整え、希望があれば職員が手伝ったり、一緒に化粧品の購入に出掛けている。基本的には2ヶ月に1回訪問理美容を利用し、毛染めの希望には、職員が対応している。訪問理美容の仕組みについては入所時に家族に説明している。外部理美容の希望があれば、家族に依頼したり、職員が付き添いを行って支援する仕組みがある。

夜間は睡眠を妨げないように室内の保安灯、スタンドを使用している。体位変換やおむつ交換への対応等を含むマニュアルを整備している。スタンド・テレビ・ラジオ等利用者の希望により持ち込み可能である。寝具は施設が用意しているが、希望があれば私物寝具使用も認めている。不眠者への対応について、一時的に安眠室を使用し、見守りを必要とするときはオープンスペースにベットを移し、スタッフが付き添い支援している。

特別養護老人ホーム稲美苑

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

嗜好調査は実施していないが、利用開始時に把握した個別の嗜好に対応するように努めている。毎日、その日の3食の献立を食堂に掲示し紹介している。旬の食材を使った献立、行事計画で決定した調理レクへの参加、特別な季節食を駅弁様式にして郷土色を採り入れる等、季節・行事に合わせた工夫をしている。メイン料理、小鉢皿を含め料理に適した食器に盛り付け、冷保温車で提供している。食堂は、窓から自然光がレースのカーテン越しにさしこみ、明るく清潔な雰囲気である。各テーブル席の間隔も広く設置されている。親しい利用者同士の席、一人席や二人席など等、個々の状況や意向に配慮し、スタッフから死角ならないように全体に目配りが出来るように配慮している。家族やスタッフ同行で外食の機会もある。居室内配膳も、保温カートを使用しして適温で提供している。

食事の選択性は取り入れていない。

ソフト食・ミキサー食等、利用者の嚥下能力に合わせた食事形態で提供している。エプロン着用、利用者の身体状況に応じた補助具や食器類を用意し、時間がかかっても自力で摂取出来るよう見守り、自分のペースで食べられるように支援している。職員が皿の配置を介助しながら負担の軽減を図っている。リクライニングの角度の調整やクッションの使用、椅子への移乗等、食事時の姿勢を修正・確保し、誤飲・誤嚥の予防に努めている。状況観察と迅速な対応ができるように、職員の配置をしている。吸引器やナースコールを設置し、誤嚥時の対応について、救急時マニュアルを入職時に配布し研修も実施している。順次、吸引資格を取得している。食事量・水分摂取量はライフチャートにて管理している。栄養士や看護師等と連携し、利用者の嚥下能力に合わせた形態で食事を提供している。胃ろうの利用者には、栄養士・看護師等の助言を計画に採り入れて、アイスクリームやヨーグルトを提供し、徐々に経口摂取が継続できるようソフト食の導入へ向け取り組んでいる。栄養アセスメント表でアセスメントを行い、全利用者に栄養ケア計画を策定している。低リスク・高リスク者に分けて、計画に基づく栄養マネジメントを実施し、3ヶ月毎に評価を行って、基本的に6ヶ月毎に計画を見直している。突発的な状態変化の際は、粥・パンがゆ梅干しなど、入居者の身体状況に応じ、食事を変更して提供している。

入所時のアセスメント表（ADLシート）で、嚥下・咀嚼嚥下機能を把握し、口腔ケアが必要な利用者は計画に採り入れている。毎週、歯科医師、歯科衛生士の往診があり、助言・指導を受けて、口腔状態および咀嚼嚥下機能を定期的にチェックしている。法人研修の「食事」の研修の中で口腔ケアについて学ぶ機会を設けている。食前に座位でストレッチ体操を行い、食後に口腔内チェックを行っている。口腔ケアの必要な利用者は食事の際の義歯の着脱、口腔内の清潔保持を行い、歯ブラシの保管は職員が専用のコップで清潔に保管している。洗面所台や流し台での洗口スペースを確保している。

特別養護老人ホーム稲美苑

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

「看取り介護に関する指針」を整備し、終末期を迎えた場合の対応について明示している。状態の悪化が見られた場合には、「看取りケアに関する指針」で施設の考え方・体制・対応を利用者・家族に説明し、主治医から状態説明後、ターミナルに関する意向確認シートで意向を確認し、文書で同意を得ている。年1回マニュアルに基づいた施設内職員研修を実施している。また、外部研修のフィードバック研修も行っている。ユニット会議の中で事例の振り返りを行い、終末期の支援を行う際にカンファレンスで情報共有を行い、職員の精神的なケアにも配慮している。毎月供養を行い、また、生前の写真集を家族に送るなど、利用者家族や職員への精神的なサポートを行っている。「看取り介護に関する指針」に明示した医療・看護体制や、職種間の役割や連携を含め、看取り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

入所者は、再アセスメント時にアセスメント表の「その他」欄で、ショートステイ利用者はアセスメント表「ショートステイADL」欄で、日常生活能力、残存機能の評価を行っている。周辺症状のある人には、計画見直し時に症状に合わせたケアや生活面での配慮を再アセスメント表「その他」欄に記載し、思いを計画に採り入れて日々支援に努めている。エプロン・タオルたたみ等を計画に採り入れ、役割が持てるよう工夫している。昨年特養全職員を対象に認知症研修を実施し、29年度も法人研修計画に沿って学ぶ機会を設けている。課長が外部研修で習得した最新の知識・情報をフィードバックしている。一人ひとりの症状に合わせ、イベント・脳トレ等を工夫し、日曜日のカラオケは継続的に実施している。身体拘束は行っていない。

居室に自宅で使い慣れた私物を持ち込むことで、環境の変化のギャップ軽減を図り落ち着いて過ごせるように配慮している。施設内の移動やエレベーターでの昇降を含め、見守りの下で自由に移動が出来るように支援している。危険物は目や手の届かない専用の場所に保管している。消毒液等危険物はすべて鍵付きの保管庫で保管している。清掃を含め生活環境を整備し、清潔で明るく、大きな窓から季節の移り変わりが感じられ、安心して過ごせる環境が整えられている。居室は利用者の状況を考慮して、柔軟に組み合わせている。各入居者のベット周辺には思い思いの私物が飾られている。イベント時の楽しそうな写真が飾られ、使い慣れた寝具や家具を持ち込み個性のある環境が作られている。各居室前の視線位置に大きな名札を掲げ、わりやすく表示されている。

特別養護老人ホーム稲美苑

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

機能訓練として、生活リハビリを計画に採り入れ実施、評価・見直しを行っている。ラジオ体操・歩行訓練等を採用して、介護予防活動も計画的に行っている。趣味・興味に合わせた訓練や、希望に沿って車イスのフットレストを外しての自走等、利用者が主体的に訓練を行えるよう工夫している。計画策定時に、看護師の助言・指導を受けている。認知症の症状の変化を早期発見した場合は、看護師を通じて主治医に相談し必要あれば専門医への紹介等、必要な対応を行う仕組みがある。

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。	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

全利用者について、週2回の入浴日に合わせて血圧測定を行い、記録して体調変化の早期把握に努めている。「急変時対応マニュアル」を整備し、入職時に説明し周知している。看護師・介護士が連携を図り利用者の体調の変化を把握し早期の対応に努めている。体調変化時はあらかじめの医師の指示をマニュアル化し対応している。体調の変化は往診時に主治医に情報提供を行い、適切な受療ができる体制を整備している。配薬ボックスに看護師が薬セットを行っている。簡潔明瞭な服薬管理マニュアルをフローチャートにして確実な服薬支援を行っている。食事摂取・水分量チェック票の服薬欄に服薬支援を行った介護職がサインしている。「個人ケース記録」「個人用看護記録」に健康状態の記録を行い、往診・回診を記載するとともに、指示など詳細な内容はケース記録に看護師記録として文字の色を変えてわかりやすく記録している。高齢者の健康管理・疾病・薬・体調変化時の対応等について施設内研修の機会を設け、職員の周知徹底を図る取り組みが望まれる。西播磨発行の「社会福祉施設における感染症標準マニュアル」を感染症・食中毒に対する予防・発生対応についてのマニュアルとして整備している。法人の「感染症対策マニュアル」に職員・職員家族がインフルエンザにかかった場合の対応方法を明文化している。予防接種は、法人が費用負担して、全職員に実施している。室内は消毒液を噴霧して予防、感染拡大防止を図っている。「感染症について」年2回施設内職員研修を定期的・継続的に実施している。玄関に手指消毒薬を設置すると共に掲示して手洗いうがいを呼びかけている。流行期は職員の健康状態をチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組みが望まれる。

特別養護老人ホーム稲美苑

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

委託業者が、建物・設備の点検を定期的に行い、問題点については改善に取り組んでいる。大きなテレビのあるオープンスペースのテーブルは木製で、移動スペースを広く取り、明るいく清潔で落ち着いて快適に過ごせる雰囲気である。壁面にイベントの写真が多数飾られた廊下は、整理整頓され安全面への配慮と共に随所にソファを設置して利用者の休憩や談話スペースにもなっている。また、パチンコ台やカラオケの設備のある多目的スペースでも思い思いに過ごせるように配慮されている。居室にはイベント時の写真が掲示され、ベット周辺に馴染みの私物を置き自宅のような雰囲気が感じられる。

車イスは職員がチェックを行い、修理が必要であれば営繕に依頼して、故障や不具合等がないよう取り組んでいるが、備品をリストアップし、チェックリスト等を作成し、点検を定期的に行う仕組みづくり望まれる。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

利用者の状況に変化があった時は、面会時や随時電話等で報告している。また、6ヶ月毎のカンファレンス時に定期的に報告している。長期のショートステイ利用者については月1回、通常ショートステイでは帰宅時に家族に報告している。定期的にカンファレンスを開催し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。把握した意向等は、カンファレンス議事録に記録として残している。家族の面会時には、利用者の近況を報告している。行事等について、毎月発行する広報誌に掲載し、花見・盆踊り等大きなイベントは、別途返信ハガキを同封した案内状を郵送している。

特別養護老人ホーム稲美苑

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。	Ⓐ ・ b ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

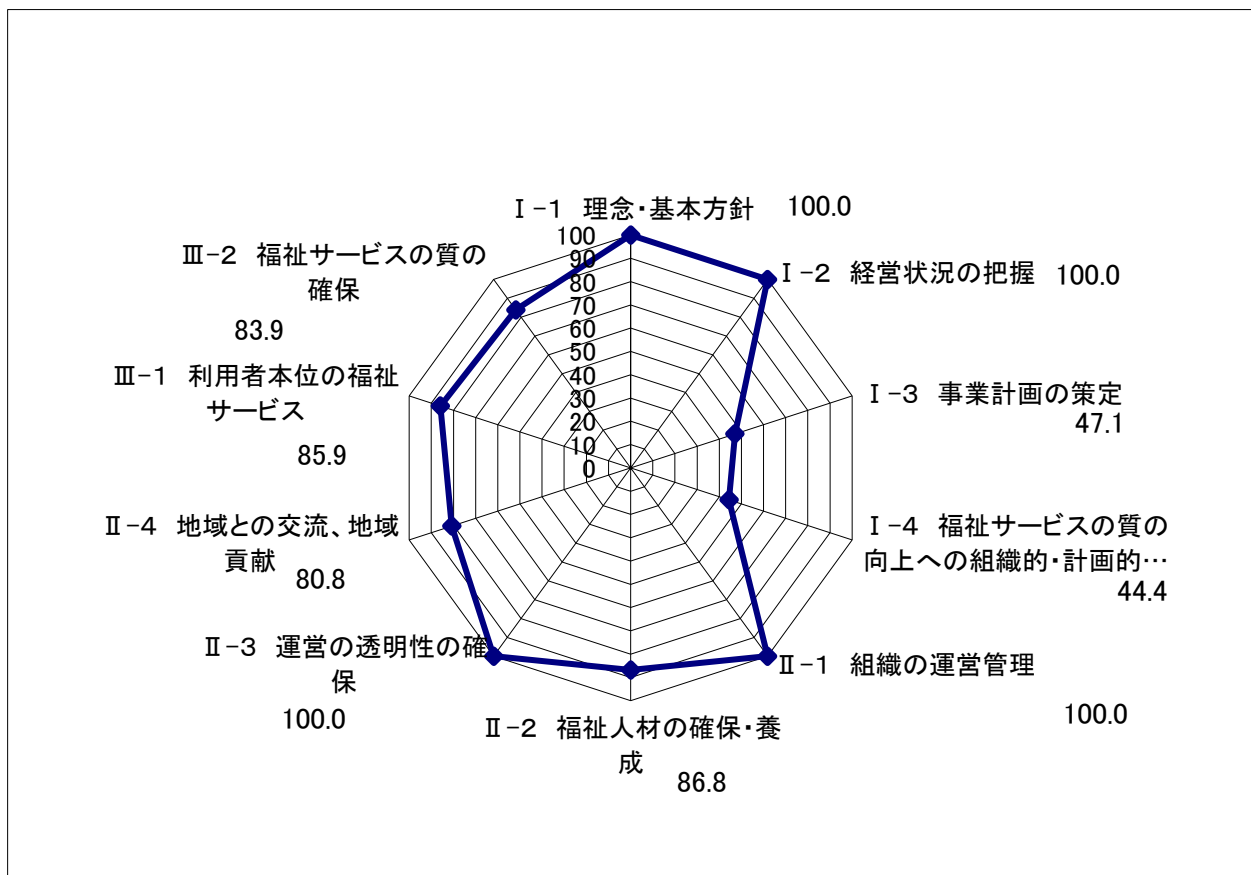
誕生日には、スペシャルデーとして、利用者の希望に応じて、梨狩り等個別に職員同行で外出を行っている。地域のイベント等の情報を収集し、ポスター・パンフレット等を各フロアの掲示板に掲示し、玄関カウンターに設置して利用者に情報提供している。安全確保のためマンツーマンの同行を基本とし、外出に伴う不測の事態等に備えて、職員が携帯電話を携帯している。

施設内の庭にポストが設置されており、希望があれば職員が同行して投函している。郵便物は事務所で取り扱っているが、届いた郵便物は職員が直接本人に手渡している。公衆電話は設置されているが、外線電話はコードレス電話を使用して本人が直接通話可能であり、プライバシーに配慮している。

個人購読の希望があれば対応可能であるが、現在は希望者はない。共有スペースに大きな画面のテレビを設置してある。個人で居室に置くことも可能であり、多床室ではイヤホンを使用し周囲への配慮を行っている。雑誌は家族が購入して持参するか、利用者からの希望があれば職員が購入している。新聞の協同利用については、話し合いトラブルは生じていない。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	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	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	17	100.0
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	11	100.0
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	55	85.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9





## 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	51	94.4
3 食生活	26	25	96.2
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	11	84.6
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

## A 達成度

