

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

対象事業者名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり
運営主体：社会福祉法人 晋栄福社会

(目 次)

| | |
|------------------------|-------------|
| 1.2. 事業者情報 | P 1 ~ P 2 |
| 3. 評価の総評 | P 3 |
| 4. 大項目別評価概要(共通基準・付加基準) | P 4 ~ P 7 |
| 5. 評価細目の第三者評価結果(共通基準) | P 8 ~ P 11 |
| 評価細目の第三者評価結果(付加基準) | P 12 ~ P 13 |
| 6. 利用者及び家族アンケート分析 | P 14 ~ P 15 |
| 7. 事業者の自己評価結果(共通基準) | P 16 ~ P 19 |
| 事業者の自己評価結果(付加基準) | P 20 ~ P 21 |
| 8. 事業者意見 | P 22 |

第三者評価実施機関：特定非営利活動法人 Nネット

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり

評価実施期間：平成26年10月1日～平成27年2月28日

1 評価機関

| | |
|------|----------------|
| 名称： | 特定非営利活動法人 Nネット |
| 所在地： | 奈良市登大路町36番地 |

2 事業者情報【平成26年10月1日現在】

| | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------|--------------|
| 事業所名称： (施設名) | 特別養護老人ホーム 萩の台ちどり | サービス種別： | 介護老人福祉施設 |
| 開設年月日： | 平成25年4月1日 | 管理者氏名： | 中島 一栄 |
| 設置主体： | 社会福祉法人 晋栄福祉会 | 代表者 職・氏名： | 理事長 濱田 和則 |
| 経営主体： | 社会福祉法人 晋栄福祉会 | 代表者 職・氏名： | 理事長 濱田 和則 |
| 所在地： | 〒630-0224 奈良県生駒市萩の台3丁目1-8 | | |
| 連絡先電話番号： | 0743-76-2211 | FAX 番号： | 0743-76-2500 |
| ホームページアドレス： | http://www.chidori.or.jp | | |
| E-mail： | home-haginodai@chidori.or.jp | | |

基本理念・運営方針

【基本理念】 Do For Others

情熱をもって行動する 前進と振り返り、時に回り道も あらゆる工夫で、いろいろな方法で よくコミュニケーションをとり連携を すべては地域に住む人々と自らの幸福と福祉のために

【運営方針】 施設における介護をひとつのサービス業としてとらえ、ご利用者の方々をguest(ゲスト)、ご家族の方々をuser(ユーザー)と考え、よりよい介護サービスの提供に努めます。ご利用者一人ひとりの要望や個性を大切に、尊厳あるケアに努めます。小グループで一緒に食事をとり、リビングで一緒に楽しくすごせるように工夫します。なじみのある家具を持ってきていただいたり、自室で家族の方等とお茶を飲んだり、その人らしい暮らしが実現できるように努めます。ご利用者の自己決定を尊重し、可能な限り自由に快適に暮らしていただけるような環境づくりを行います。地域とのつながりが実感できるよう、交流を図ります。 ・どなた

- でもご利用いただけるサービス提供が行えるよう努めます。
- ・ご利用様に敬意をはらったサービス提供が行えるよう努めます。
- ・法人一体となって総合的なサービス提供が行えるよう努めます。
- ・先駆的・先進的・専門的なサービス提供が行えるよう努めます。
- ・福祉の理念を持った介護等のサービス提供が行えるよう努めます。
- ・抑制や拘束のない介護等のサービス提供が行えるよう努めます

【利用者の状況】

| | | | | | | |
|------|------|-------|------------------|-----|------|-----|
| 定員： | 50名 | 利用者数： | 50名 (男性4名/女性46名) | | | |
| 要介護度 | 要介護1 | 0名 | 要介護2 | 6名 | 要介護3 | 14名 |
| | 要介護4 | 17名 | 要介護5 | 13名 | | |
| 年齢 | 平均 | 84.9歳 | 最低 | 64歳 | 最高 | 98歳 |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

2 事業者情報【 平 2 6 年 1 0 月 1 日 現在】

【職員の状況】

| 職 種 | 勤 務 区 分 | | | | 常勤換算 | 基準職員数 |
|---------------------------|---------|-----|-----------|-----|-----------|---------|
| | 常 勤 (人) | | 非 常 勤 (人) | | | |
| | 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | | |
| 施設長 | | 1 | | | 1 | 1 |
| 医師 | | | 3 | | 0.3 | |
| 介護員 | 21 | | 11 | | 26.5 | 18 |
| 看護職員 | 1 | 1 | 3 | | 3.5 | 2 |
| 機能訓練指導員 | | 1 | | | 1 | 1 |
| 介護支援専門員 | | 2 | | | 2 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 管理栄養士 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 前年度採用・退職の状況： | | 採 用 | 常 勤 24人 | | 非 常 勤 17人 | |
| | | 退 職 | 常 勤 1人 | | 非 常 勤 7人 | |
| 常勤職員の当該法人での平均勤務年数 | | | | | 2年 | (2年8ヶ月) |
| 直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数 | | | | | 2年 | (2年8ヶ月) |
| 常勤職員の平均年齢 | | | | | 38.59 | 歳 |
| うち直接処遇に当たる職員の平均年齢 | | | | | 38.26 | 歳 |

常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

3 評価の総評

特に評価の高い点

- ・当施設は、平成25年4月新設の全個室「ユニットケア型」（5ユニット/50名）特別養護老人ホームである。
- ・開設後間もないこの時期に、良い施設づくりと開かれた組織運営を構築するために第三者評価を積極的に受審を決定されたことは、高い評価に値する。また、オンブズマン制度を導入するなど開かれた施設作りにも取り組んでいる。
- ・施設（法人）の理念や基本方針は明確である。利用者・家族から「選ばれる」施設（法人）となるべき、課題や問題点を取り上げ積極的に各委員会で分析、検討が行なわれており、サービスの質の向上を図る取り組みが進められている。
- ・管理者は、当施設の運営全般に使命感を持ち、率先垂範に心がけ、きめ細かい指導に取り組んでいる。職員との定期的な個別面談を実施し、話しやすく風通しのよい職場づくりに力を注いでいる。
- ・事業計画・各種規定やマニュアル等が整備され、入職時以外にも職員への研修、会議等で周知や見直しに積極的に取り組んでいる。
- ・組織が求める職員の資格・技術は、キャリアパス表として体系的に整備され全職員に提示されている。
- ・人事考課は、常勤・非常勤職員全てを対象に実施しており、考課の結果は、個人面接を通してフィードバックされ、客観性、透明性が確保されており、職員の信頼感もある。
- ・地域に根差した施設づくりに向け、積極的に活動している。
- ・サービス全般のマニュアルが整備され、リーダー会議、各種委員会等によってサービスマニュアルの見直しが行われている。入職時の研修においては標準的サービスが身につくまで習熟度チェックで丁寧に指導している。また、職員には毎年の自己評価でも自覚を促している。
- ・当施設は「ユニットケア」なので、職員は利用者と充実したコミュニケーションが取れることを実感している。ユニットケアで大事な「個別ケア」をチームで取り組むべく、職員の前向きな姿勢、改善意欲は評価できる。
- ・広い個室で自由に部屋作りがされ、家族も気兼ねなく話ができる環境である。
- ・大多数の利用者はマンツーマンで個浴やリフト浴で、ゆっくり入浴できる配慮がなされている。
- ・利用者ごとに担当を決め、毎月身近な出来事や健康状態などを「家族への手紙」として作成し送付し、家族との連携を密にしている。
- ・今回の利用者・家族アンケートで、ここでの生活全体についての満足度は、「はい」の回答が利用者79%、家族85%である。「いいえ」は利用者5%、家族0%（どちらでもない・無回答が残り）。

改善を求められる点

- ・ユニットケアで大事な「個別ケア」をチームで実施するために、更なる「職員間のスキル格差の改善」や「専門職間の連携」を図る取り組みを期待する。
- ・財務会計は、法人の専門部署で管理されているが、外部監査は実施されていない。運営の透明性の確保や適切な経営改善の観点から、公認会計士等専門職による外部監査の導入の検討が望まれる。
- ・事業計画の評価分析に、利用者の満足度を加え、主任クラスの職員も参加した幅広い取り組みを期待する。
- ・人事考課の目標設定には、キャリアパスとの整合性を高め、評価には目標達成に向けた努力した結果を数値的に把握するとともに、その過程を考慮に入れる等の工夫が望まれる。
- ・利用者満足度の把握、分析、検討についてはもう一步踏み込んだ組織的な取り組みが望まれる。
- ・苦情解決の仕組みはあるが、苦情内容および解決結果を利用者や家族へフィードバックするために公表し周知を図る取り組みまでには至っていない。
- ・苦情に限定せず利用者からの意見や提案をすくいあげ、迅速に対応するためのマニュアルの整備が望まれる。
- ・サービス実施計画と実際に行われているサービスとの連動性に不十分さが見られる。職員がサービス実施計画を共有し、計画に沿ったサービスができたかどうかを確実に介護支援専門員に伝達できるよう、モニタリング機能の充実をはかる取り組みが望まれる。
- ・介護計画書の支援方法をより具体的に提示し、現場職員に解かりやすいケアができるような取り組みが望まれる。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

共通基準

1 - 1 理念・基本方針

- ・理念や基本方針を明文化しホームページ・パンフレット・広報誌等で、本部と一体になって関係者に発信している。
- ・法人の理念・基本方針とは別に、独自に施設方針として「ご入居様の立場に立って考え、行動する。品格・気遣い・笑顔の備わった職員であること。」を作成している。
- ・職員への周知は、職員通用口での掲示、入職時研修・施設内会議・内部研修等を通じて行なわれている。又、年に一回法人の全施設が参加して行なわれている「法人研究発表会」で理念や基本方針を再確認し、周知を図っている。
- ・当施設は開設後日が浅いため、特に新任職員への継続的な理念・基本方針の周知する取り組みを今後とも期待する。
- ・利用者・家族への周知は、パンフレットや重要事項説明書・家族連絡会議等を通じて行なわれている。

1 - 2 事業計画の策定

- ・[中・長期計画]は、「さまざまな意味で「選ばれる」施設(法人)になるため」をキーワードにして法人内の経営計画策定委員会や管理者会議等で作成見直しされ、経営戦力検討シートで分析し、経営計画(実行計画)への展開につなげている。
- ・事業計画は、法人全体の中・長期計画や経営戦力検討シート、経営計画を基に施設ごとに作成している。事業計画には、各部署の重点施策および人材育成目標・業績目標(数値目標)・地域目標・利用者満足のためのサービス目標等を記載している。全職員一人ひとりの目標(決意)も記載され職員への理解、周知がなされてモチベーションを高めている。
- ・事業計画を、玄関ロビーに掲示し、各フロアへもその要約を掲示している。又、家族連絡会議においても議題として取り上げ利用者・家族への周知に努めている。
- ・各種計画は、詳細かつ多岐にわたり組織的に検討されているが、職員・利用者・家族が理解し計画を実践につなぐためにも、また計画の周知徹底を図るためにも、簡潔な文書化を期待する。

1 - 3 管理者の責任とリーダーシップ

- ・施設長の役割と責任は、組織運営規定や組織図で明示されており、入職時研修や施設の広報誌を通じ関係者に表明している。
- ・法人初の女性施設長として、当施設の運営全般に強い使命感を持ち、率先垂範に心がけ、きめ細かい指導に取り組んでいる。職員との定期的な個別面談を実施し、話やすく風通しのよい職場づくりに力を注いでいる。
- ・自主的に第三者評価受審に取り組み、質の向上を図る真摯な姿勢は高く評価出来る。オンブズマン制度を導入するなど開かれた施設作りに取り組んでいる。
- ・施設長は、定期的な法人内の法人管理者会議で各種法令遵守を学ぶと共に、外部研修にも積極的に参加し、遵守すべき法令等を正しく理解している。職員には、朝礼で周知するとともに、法人内の法令遵守委員会通知文書を基にした内部研修の実施や、外部研修へ参加させるなど、法令等を正しく理解し遵守を図る取り組みを行なっている。

2 - 1 経営状況の把握

- ・全国及び奈良県老協主催の会議・研修会や法人の管理者会議等で福祉事業全体の動向を把握している。地域の特徴・変化は、生駒市のホームページ等で把握し、地域貢献の視点から中期事業計画に反映させているが、地域データ収集までには至っていない。
- ・サービスの運営分析・検討(コスト、施設利用率、人事労務等)は、奈良エリアの経営会議で毎月実施され、改善策等は、中長期計画や事業計画に「重点施策」として反映されている。
- ・財務会計は、法人の専門部署で管理されているが、外部監査は実施されていない。運営の透明性の確保や適切な経営改善の観点から、公認会計士等による外部監査の導入の検討が望まれる。
- ・事業計画の評価分析は、施設長が自主点検票で実施しているが、この評価分析に計画実施のアウトカムである利用者の満足度を加味し、組織全体による運営課題や業務改善への取組、職員のモチベーションの向上等の観点から、主任クラスの職員を参画させるのも効果的であると思われる。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

2 - 2 人材の確保・育成

- ・組織が求める職員の資格や技術は、キャリアパス表として体系的に整備され、採用委員会で具体的プランを作成している。就労支援事業を通して人材確保や障がい者雇用等が計画的に実行されている。
- ・非常勤を含め人事考課は、年2回実施され、自己評価後、直属の上司、管理職を含めた3次評価と個人面談が行われている。考課結果は、各自にフィードバックされ客観性、透明性が確保されている。
- ・職員の意向や就業状況は、労務担当事務部門で把握され分析されている。分析結果や職員の意向は、施設長に定期的に報告されている。改善課題等はリーダ会議で検討され、中・長期計画に反映させている。
- ・福利厚生は、研修旅行等への補助制度が整っている。また、職員の悩み相談窓口としてカウンセラーがいる「こころケア」が設置されている。
- ・職員の教育・研修は、自主的或は管理職の推薦により研修へ参加させ、知識や技術の向上を図っている。研修の内容を各種会議や委員会等で職場への伝達研修を実施し、研修後アンケート等により評価・分析が行われているが、結果を次期研修計画に十分に反映するまでには至っていない。
- ・中期計画には、『さまざまな意味で「選ばれる」法人になるために、"福祉のイメージを向上させ、次世代のリーダを養成する"』と謳い、これの実現に向けて、施設長の強いリーダーシップのもと、体制の整備が図られ各施策が実施されている。これをより確実なものとするため、次期リーダーの育成の一環として、現場（秋の台）で培った経験・知識をベースに、リーダー（フロアを跨ぐ）を中核として一歩踏み込んだ「チームで考える」介護サービスに向けた内部研修の充実を図ることが望まれる。また、現状の人事考課は、結果重視の傾向が見られるため、目標達成の過程にも配慮する等改善の工夫が望まれる。

2 - 3 安全管理

- 施設内に、事故防止、衛生管理、身体拘束廃止等の各種委員会を設け、施設長のリーダーシップのもと利用者の安全確保に向けた取組体制が整備されている。
- ・ヒヤリハットや事故報告書等のデータの収集・分析は委員会中心に実施されている。各種委員会は月一回定期的に開催され、現場の職員も加わって事故・感染・虐待等の検討が行われている。またリスク種別ごとの役割と担当を配置し、マニュアルの整備と職員への周知が図られている。
 - ・事故防止委員会主催の内部研修においては、「KYTトレーニング」、「AED 取扱」等の実務研修が企画され、職員への事故対応訓練に取り組んでいる。夜間想定避難訓練も実施されている。
 - ・災害時に対する利用者の安全確保としては、防災マニュアルの整備、建物や消防設備の定期点検等を実施するとともに、奈良県老人福祉施設協議会が推奨する対応体制の整備も図られている。地元の消防署と連携した防災（避難）訓練は年2回実施している。自治体との防災協定に向けた取組は計画の段階である。管理栄養士が主担当となり、食料品（水・食料）や備品類の備蓄リストを作成し保管管理している。訓練要綱やマニュアルに記載しているが、ユニットケア特有の課題として利用者の在室確認への取組が求められる。
 - ・事故報告書の書き方の研修が実施されているが、現場でのインシデントの拾い方に職員間で差異が生じている。基準等をわかりやすくし職員間での判断差異の解消が望まれる。

2 - 4 地域との交流と連携

- ・地域とのかかわりについての基本的な考え方は、事業計画に「地域目標」として文書で示している。地域で活用できる社会資源や情報を収集し、玄関ロビーや掲示板等で利用者に提供している。地域の自治会に加入し、「運動会」「夏祭り」等の地域行事に参加し地域交流に努めている。自治体（市役所）や自治会へ、施設の理念、運営方針、活動の紹介を掲載した施設のパンフレット、機関誌「鹿鳴草」等を配布し、地域へ周知を図っている。
- ・「ボランティアの活動の心得」等ボランティア受入れマニュアルが整備され、受け入れ態勢が整っている。ボランティアに対する研修も実施されている。
- ・必要な社会資源はファイルに綴じ、玄関ロビー、事務所受付前に設置するとともに、リーダ会議（月2回）で、個々の利用者の必要な情報を職員間で共有している。
- ・奈良県老人福祉施設協議会主催の「施設連絡会議」「県老協総会」には定期的に参加するとともに、「災害初動時相互支援システム」の構築を図る等の具体的な取り組みを行っているが、地域の民生委員や自治会との定期的な会議を開催するまでには至っていない。
- ・介護相談窓口を設置し、地域住民に対して掲示板で周知・呼びかけを行い、見学相談等の機会を通して地域のニーズの把握に努めている。「第5期生駒市ハートフルプラン」に基づく公募に応募し、新規事業として「グループホーム」の立ち上げに着手している。
- ・地域に根差した施設づくりに向け、積極的な活動が実施されている。

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

| | |
|-------|---|
| 3 - 1 | <h3>利用者本位の福祉サービス</h3> <ul style="list-style-type: none">・利用者を尊重した標準的サービスの提供を図るため各種マニュアルが整備され、入職時研修ならびに内部研修を行い、復命書の提出で周知を図っている。・プライバシー保護マニュアルが整備されているとともに、各種マニュアルにはサービス提供時におけるプライバシー保護が記載されている。居室は全て個室で、フロア毎の浴室で個浴を実施している。・家族会での意見聴取やオンブズマンの月2回の訪問、栄養士による聴き取り、リーダー会議で改善に向けた検討など利用者満足の上昇を行っている。・利用者満足度の把握、分析、検討については組織的に取り組むことが望まれる。・相談員が各フロアを回って利用者から話を聞いてリーダー会議等にあげている。家族へも気軽に職員から声をかけ、相談室や応接室を随時利用出来るよう準備している。・苦情解決については窓口担当者を重要事項説明書に記載するとともに、第三者委員・オンブズマンを導入している。尚両者は兼任となっている。・苦情解決の仕組みはあるが、苦情内容および解決結果を利用者や家族へフィードバックするために公表し周知を図る取り組みまでには至っていない。・苦情に限定されない利用者からの意見や提案を吸い上げ、迅速に対応するためのマニュアルの整備が望まれる。 |
| 3 - 2 | <h3>サービスの質の確保</h3> <ul style="list-style-type: none">・サービス全般のマニュアルが整備され、リーダー会議、各種委員会等によってサービスマニュアルの見直しが行われている。入職時研修にあたっては標準的サービスが身に着くまで習熟度チェック表で丁寧に指導している。又、現任職員は毎年自己評価表でチェック確認している。・リーダー会議や各種委員会で明らかになった課題について、共有化して目標や計画に掲げて取り組んでいる。・サービス内容の評価は自主点検表を用い年一回実施しているが、組織体系として分析・検討・実行するシステムの整備が望まれる。・記録作成はパソコンの記録ソフトを使い、ネットワークで共有されている。各フロアの利用者の記録は、一目でわかるように工夫された24時間シートと連絡ノートを使い、チェック出来るシステムになっており、職員は情報を共有できる。記録は個人情報保護規定により管理体制が確立している。・記録の管理に関する研修は事務職のみ行なわれているが、現場の介護職も含めた研修を行い、記録の管理の充実を図る取り組みに期待する。 |
| 3 - 3 | <h3>サービスの開始・継続</h3> <ul style="list-style-type: none">・サービス選択に必要な情報提供は、施設内をカラー写真で紹介したパンフレットや施設での行事や取り組みを掲載した広報誌「鹿鳴草」などを市役所・自治会館に配置し、ホームページ上でも発信している。・利用前の見学は、予約なしでも随時対応している。体験入所は実施していないので、ショートステイの利用を薦めている。・入所は、入所選考指針に基づき、利用者・家族と話し合いの上、決定している。・サービス開始時には、サービス内容や料金を「一覧表形式」で分かりやすく記載した重要事項説明書と、「施設サービスご利用についてのご案内」「入所時手続き確認表」など補足資料を使い、利用者・家族に分かりやすく説明している。・入所の説明にあたり、理解が困難な利用者に対して利用者本位の決定を促す取り組みが望まれる。・退所時には、看護・介護サマリーで引継ぎのための情報提供を行っている。退所後も利用者・家族が相談できる窓口として、生活指導員が対応しているが、マニュアルを作成し手順を明らかにした上で周知していくことが求められる。 |
| 3 - 4 | <h3>サービス実施計画の策定</h3> <ul style="list-style-type: none">・入所時の面談で生活指導員兼介護支援専門員により、利用者の生活全体を理解するためのアセスメントが適切に行われている。「利用者のプロフィール」については家族から詳しく聴き、入所してすぐ利用者とのコミュニケーションがとれるよう工夫している。またサービス開始直後の利用者の様子は詳細にケース記録に記されている。・初回のサービス実施計画は、アセスメントを基に生活指導員兼介護支援専門員が利用者・家族の意向を把握して作成しているが、サービス担当者会議は行っていない。その後は、3か月毎に開催されるサービス担当者会議に医師・看護師・栄養士・介護職員が参加し、利用者の生活課題を再検討し、サービス実施計画の見直しをしている。・サービス提供のためにサービス実施計画作成の一連の流れは出来ているが、サービス実施計画と実際に行われているサービスとの連動性に不十分さが見られる。職員がサービス実施計画を共有し、計画に沿ったサービスができたかどうかを確実に介護支援専門員に伝達できるよう、モニタリング機能の充実を図ってほしい。・当施設は、10人程度のユニットに分かれ、それぞれを単位としてサービスが行われる「ユニットケア」が採用されている。ユニットケアを実践するために、今後、介護支援専門員はユニットケアで大切な「個別ケア」をサービス実施計画に入れていくことを目標としており、職員は利用者本人の意向を大切に「家での暮らしと変わらない生活ができるケア」を目指している。 |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

4 大項目別の評価概要

| 付 加 基 準 | |
|---------|---|
| A - 1 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束のないケアへの取り組みについては、身体拘束・虐待防止委員会で毎月話し合いがされ、職員研修も行われている。研修受講者には復命書を提出させ周知を図っている。身体拘束が必要な対象者はいないが、「身体拘束廃止の指針」「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」が整備されている。 ・虐待防止に関しては、「職員倫理法令順守規程に関する誓約書」により周知させると同時に、職員研修も行っている。職員のストレスへの対応として相談窓口「こころケア」を設置し、個別面談も実施している。 ・成年後見制度や権利擁護事業については、生活相談員や介護支援専門員が担当し、利用者等に情報を提供している。 ・被服の選択は、利用者が自由に選び、衣替えや補充、購入の支援がなされている。 ・衣服の汚れや破損時の対応についての手順が決められている。 ・理美容については、訪問理美容の体制を整え、多くの利用者がこれを利用している。施設外の理美容院を利用する利用者もある。 ・終末期の対応については、「看取りの指針」「重要事項説明書」に明記し、「終末期におけるご家族の意向調査」により説明がされている。状況に合わせて家族、医師、関係職員による話し合いがされ、利用者、家族の希望に添う支援がされている。 |
| A - 2 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事については、管理栄養士が個別に聞き取りを行い、栄養マネジメントしている。毎日の残食を1か月単位で詳細に記録し、結果を献立に反映させている。食事上の問題点(テーブルの高さや自助具、食事形態など)をフロア会議や給食委員会で検討されており、体調不良時の対応食や嚥下状態などは、看護師が検討し介護職員に指導している。献立表を各ユニットに掲示している。 ・入浴については、事前に検温を実施し、利用者の身体状況に合わせて、個浴、リフト浴、機械浴と使い分け、マンツーマンで入浴している。プライバシーに配慮して脱衣室の扉は必ず閉め、希望者には同性介助を行っている。 ・おむつ交換、排泄については、ケアカンファレンスやフロア会議で排泄自立に向けた対応などが話し合われ、昼間はなるべくオムツを使用せずトイレで排泄するよう生活リハビリを兼ねた支援をしている。各居室にトイレがあり、おむつ交換やトイレ使用時には居室やトイレの扉を閉め、介助用品もバッグに入れるなど配慮している。排泄用具は各フロアのクリンルームに保管し、使用の都度洗浄している。 ・褥瘡の処置が必要な利用者は少ないが、衛生管理委員会で看護師による褥瘡予防、体位変換の勉強会を行い、各フロアに説明、指示が出されている。支援の結果、改善がみられる。褥瘡マニュアルがある。 ・機能訓練については、10名位の利用者は外部の訪問リハビリを受けており、機能訓練計画書がある。他の利用者は、ケアプランに生活リハビリが計画されている。見直し時にはモニタリング結果をケアプランに反映させている。 ・レクリエーションについては、アセスメントや聞き取りで得た情報をフロアでのレクリエーションに活かしている。ボランティアによるレクリエーションにも、利用者は希望により参加している。レクリエーションに関する情報は、フロアのホワイトボードに掲示し知らせている。 ・家族同伴の外出や外泊は、「外出外泊届」の提出により行われている。お花見などの外出行事は多くの利用者が参加できるように数回に分けて行っている。安全確保や不測の事態に備えた対応として「外出外泊マニュアル」「外出外泊届」を整備している。自治会と地域交流委員会の連携で自治会行事(運動会)へ20名の利用者が参加することができた。 ・居室は、ユニットケア方式を採用しているため全室個室になっている。家具の持ち込みや部屋の飾りつけは、利用者や家族が自由に行っている。 ・意思伝達に制限のある利用者のケアプランに、コミュニケーション確保のための方法が具体的に示されていないケースがある。職員は利用者との会話を多くするように努め、日中は出来るだけリビングに出て他の利用者や職員と交流し、孤立しないように配慮している。 |
| A - 3 | <ul style="list-style-type: none"> ・家族の面会時間は決まっているが、時間外面会の要望があれば配慮している。面会は居室を利用しているが、大人数の時は会議室を提供するなどの対応をしている。敬老祝賀会へ家族の参加を呼びかけ、同時に開催される家族連絡会への参加も促している。利用者の近況は、毎月担当職員が「家族への手紙」で報告している。 |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果(共通基準)

評価対象1 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

| | | |
|---------|-------------------------|---------|
| 1-1-(1) | 理念、基本方針が確立されている | 第三者評価結果 |
| | -1 理念が明文化されている | a |
| | -2 理念に基づく基本方針が明文化されている | a |
| 1-1-(2) | 理念や基本方針が周知されている | 第三者評価結果 |
| | -1 理念や基本方針が職員に周知されている | a |
| | -2 理念や基本方針が利用者等に周知されている | a |

1-2 事業計画の策定

| | | |
|---------|----------------------------|---------|
| 1-2-(1) | 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている | 第三者評価結果 |
| | -1 中・長期計画が策定されている | a |
| | -2 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている | a |
| 1-2-(2) | 事業計画が適切に策定されている | 第三者評価結果 |
| | -1 事業計画の策定が組織的に行われている | a |
| | -2 事業計画が職員や利用者等に周知されている | a |
| | -3 事業計画が利用者等に周知されている | a |

1-3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | |
|---------|----------------------------------|---------|
| 1-3-(1) | 管理者の責任が明確にされている | 第三者評価結果 |
| | -1 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している | a |
| | -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 |
| 1-3-(2) | 管理者のリーダーシップが発揮されている | 第三者評価結果 |
| | -1 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している | a |
| | -2 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している | a |

評価対象2 組織の運営管理

2-1 経営状況の把握

| | | |
|---------|----------------------------------|---------|
| 2-1-(1) | 経営環境の変化等に適切に対応している | 第三者評価結果 |
| | -1 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている | b |
| | -2 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている | b |
| | -3 外部監査が実施されている | c |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果(共通基準)

評価対象2 組織の運営管理

2-2 人材の確保・養成

| | | |
|---------|--|---------|
| 2-2-(1) | 人事管理の体制が整備されている | 第三者評価結果 |
| | -1 必要な人材に関する具体的なプランが確立している | a |
| | -2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている | a |
| 2-2-(2) | 職員の就業状況に配慮がなされている | 第三者評価結果 |
| | -1 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている | a |
| | -2 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる | a |
| 2-2-(3) | 職員の質の向上に向けた体制が確立されている | 第三者評価結果 |
| | -1 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている | a |
| | -2 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている | a |
| | -3 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている | b |
| 2-2-(4) | 実習生の受入れが適切に行われている | 第三者評価結果 |
| | -1 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b |

2-3 安全管理

| | | |
|---------|--|---------|
| 2-3-(1) | 利用者の安全を確保するための取組が行われている | 第三者評価結果 |
| | -1 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている | a |
| | -2 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | a |
| | -3 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している | a |

2-4 地域との交流と連携

| | | |
|---------|-------------------------------------|---------|
| 2-4-(1) | 地域との関係が適切に確保されている | 第三者評価結果 |
| | -1 利用者と地域とのかかわりを大切にしている | a |
| | -2 事業所が有する機能を地域に還元している | b |
| | -3 ボランティア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 |
| 2-4-(2) | 関係機関との連携が確保されている | 第三者評価結果 |
| | -1 必要な社会資源を明確にしている | a |
| | -2 関係機関等との連携が適切に行われている | a |
| 2-4-(3) | 地域の福祉向上のための取組を行っている | 第三者評価結果 |
| | -1 地域の福祉ニーズを把握している | b |
| | -2 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている | a |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果(共通基準)

評価対象3 適切な福祉サービスの実施

3-1 利用者本位の福祉サービス

| | | |
|---------|--|---------|
| 3-1-(1) | 利用者を尊重する姿勢が明示されている | 第三者評価結果 |
| | -1 利用者を尊重した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 |
| | -2 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している | a |
| 3-1-(2) | 利用者満足の向上に努めている | 第三者評価結果 |
| | -1 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | b |
| 3-1-(3) | 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている | 第三者評価結果 |
| | -1 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している | a |
| | -2 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している | b |
| | -3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している | b |

3-2 サービスの質の確保

| | | |
|---------|---|---------|
| 3-2-(1) | 質の向上に向けた取組が組織的に行われている | 第三者評価結果 |
| | -1 サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している | b |
| | -2 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | b |
| 3-2-(2) | 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している | 第三者評価結果 |
| | -1 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている | a |
| | -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 |
| 3-2-(3) | サービス実施の記録が適切に行われている | 第三者評価結果 |
| | -1 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている | a |
| | -2 利用者に関する記録の管理体制が確立している | b |
| | -3 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している | a |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果(共通基準)

評価対象3 適切な福祉サービスの実施

3-3 サービスの開始・継続

| | | |
|---------|---|---------|
| 3-3-(1) | サービス提供の開始が適切に行われている | 第三者評価結果 |
| | -1 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している | a |
| | -2 サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている | a |
| 3-3-(2) | サービスの継続性に配慮した対応が行われている | 第三者評価結果 |
| | -1 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている | b |

3-4 サービス実施計画の策定

| | | |
|---------|------------------------------|---------|
| 3-4-(1) | 利用者のアセスメントが行われている | 第三者評価結果 |
| | -1 定められた手順に従ってアセスメントを行っている | a |
| 3-4-(2) | 利用者に対するサービス実施計画が策定されている | 第三者評価結果 |
| | -1 サービス実施計画を適切に策定している | b |
| | -2 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている | b |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果(特別養護老人ホーム 付加基準)

評価対象A-1 入所者の尊重・保護

| | | |
|---------|--|---------|
| A-1-(1) | 入所者に対する不当な取り扱いの防止 | 第三者評価結果 |
| -1 | 身体拘束のないケアへの取り組みを行っている | a |
| -2 | 入所者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている | a |
| -3 | 相談担当者は、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の権利擁護事業制度について理解し、必要に応じて入所者に説明し、支援している | b |
| A-1-(2) | 被服 | 第三者評価結果 |
| -1 | 入所者の個性や好みを尊重し、被服の選択等について支援している。 | a |
| -2 | 衣服の着替え時の支援や汚れに気がついた時の対応は適切である | a |
| A-1-(3) | 理美容 | 第三者評価結果 |
| -1 | 入所者の判断能力に応じて、個性や好みを尊重し、選択について支援している | a |
| A-1-(4) | その他 | 第三者評価結果 |
| -1 | 重篤な状態になった時や終末期の対応について、入所者・家族の希望に応じた対応を行っている | a |

評価対象A-2 適切な処遇の確保

| | | |
|---------|--|---------|
| A-2-(1) | 利用者に対する食事の提供 | 第三者評価結果 |
| -1 | 食事は入所者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるように工夫されている | a |
| -2 | 入所者の身体的状況に応じた食事が提供されている | a |
| A-2-(2) | 利用者に対する入浴の提供 | 第三者評価結果 |
| -1 | 入浴は、安全かつ適切に行っている | a |
| -2 | 入浴に関して、入所者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮している | a |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

5 評価細目の第三者評価結果(特別養護老人ホーム 付加基準)

評価対象A-2 適切な処遇の確保

| | | |
|---------|---|---------|
| A-2-(3) | 入所者の適切な排泄管理 | 第三者評価結果 |
| -1 | おむつ交換・排泄に関する取り組みがなされている | a |
| A-2-(4) | 入所者の適切な体位変換 | 第三者評価結果 |
| -1 | 必要な入所者に対して、体位変換を定期的に行っている | a |
| A-2-(5) | 機能訓練 | 第三者評価結果 |
| -1 | 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練を実施している | a |
| A-2-(6) | レクリエーション | 第三者評価結果 |
| -1 | レクリエーションは、入所者の参加を促すような工夫がされているとともに、入所者の希望に沿っておこなわれている | b |
| A-2-(7) | 外出 | 第三者評価結果 |
| -1 | 外出が入所者の希望に応じて行われている | a |
| A-2-(8) | 快適な環境づくり・環境整備 | 第三者評価結果 |
| -1 | 入所者のための快適な環境づくりに努めている | b |
| A-2-(9) | コミュニケーション | 第三者評価結果 |
| -1 | 入所者とのコミュニケーションが円滑に保たれている | a |

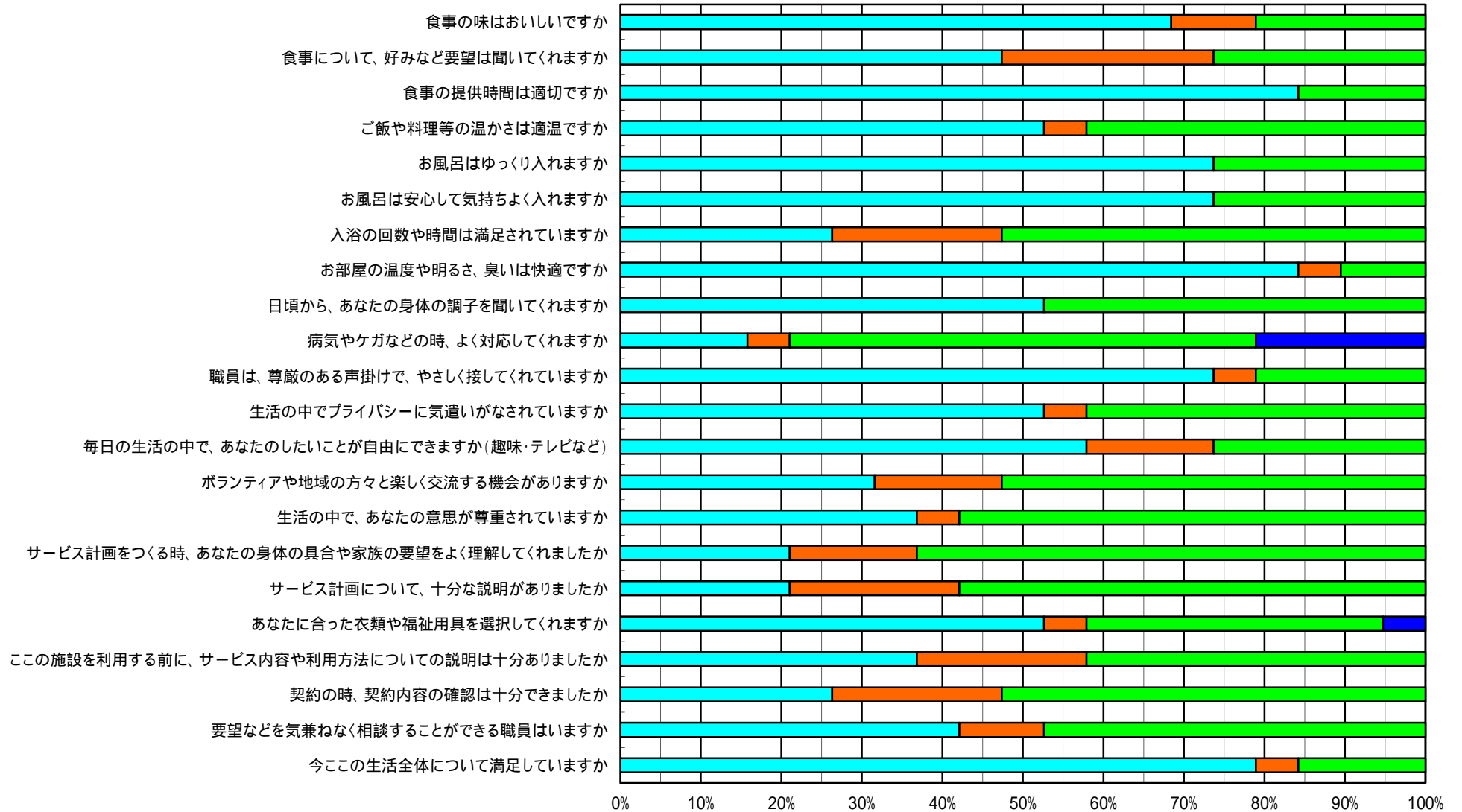
評価対象A-3 家族との交流の確保

| | | |
|---------|--|---------|
| A-3-(1) | 入所者と家族との交流、家族との連携確保 | 第三者評価結果 |
| -1 | 入所者と家族との交流の機会に配慮するとともに、入所者家族との連携を積極的に図っている | a |

ご利用者アンケート回答表

質問事項

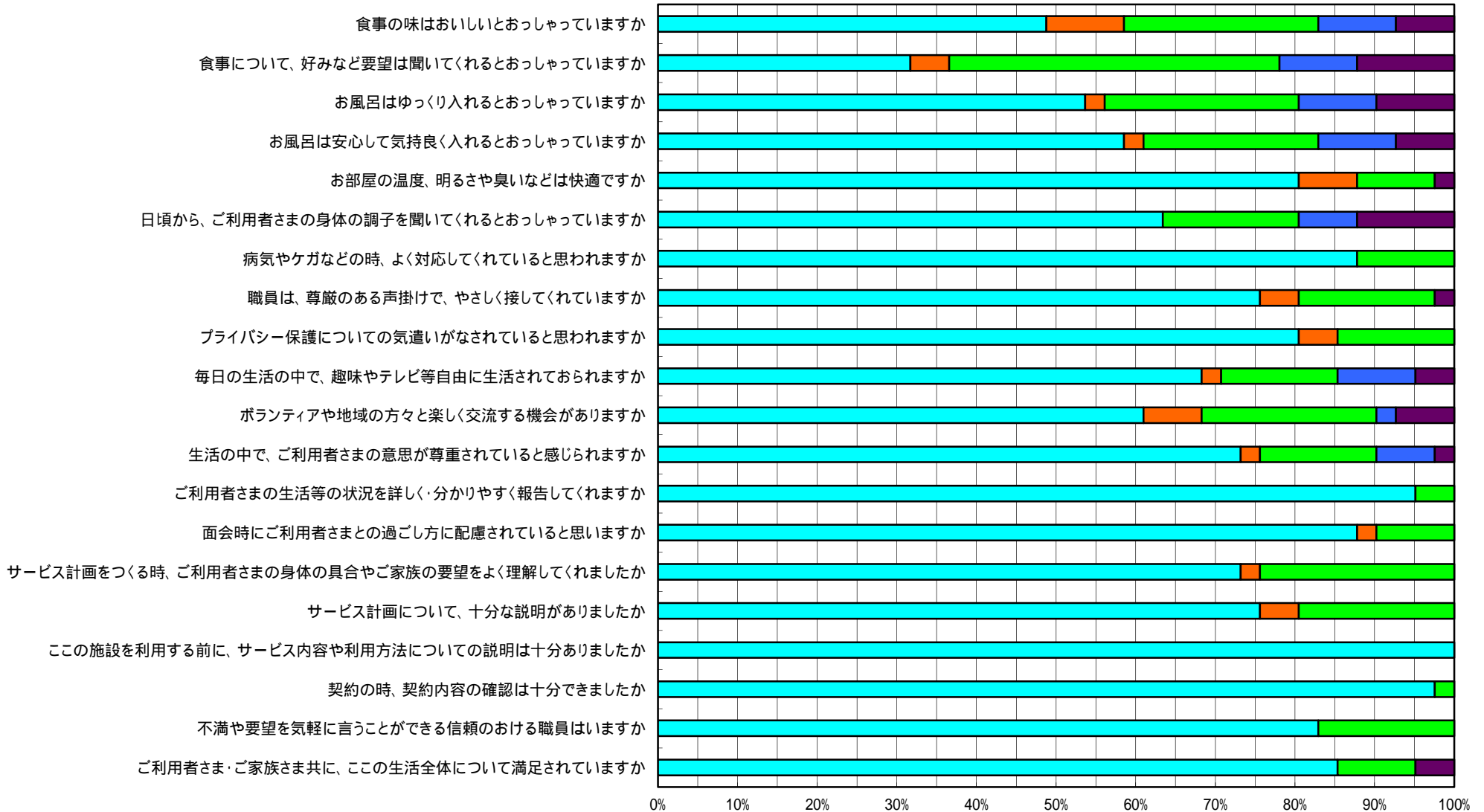
■はい ■いいえ ■どちらともいえない ■当てはまらない ■



ご家族アンケート回答表

質問事項

■ はい
 ■ いいえ
 ■ どちらともいえない
 ■ 当てはまらない
 ■ 無回答



7 事業者の自己評価結果

奈良県福祉サービス第三者評価自己評価票

| |
|-----------------------|
| 事業所名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり |
| サービス種類：介護老人福祉施設サービス |

1. 評価細目の第三者評価自己評価票（共通基準）

評価対象1 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

| | | |
|---------|-------------------------|--------|
| 1-1-(1) | 理念、基本方針が確立されている | 自己評価結果 |
| | -1 理念が明文化されている | a |
| | -2 理念に基づく基本方針が明文化されている | a |
| 1-1-(2) | 理念や基本方針が周知されている | 自己評価結果 |
| | -1 理念や基本方針が職員に周知されている | b |
| | -2 理念や基本方針が利用者等に周知されている | a |

1-2 事業計画の策定

| | | |
|---------|----------------------------|--------|
| 1-2-(1) | 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている | 自己評価結果 |
| | -1 中・長期計画が策定されている | a |
| | -2 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている | a |
| 1-2-(2) | 事業計画が適切に策定されている | 自己評価結果 |
| | -1 事業計画の策定が組織的に行われている | a |
| | -2 事業計画が職員に周知されている | a |
| | -3 事業計画が利用者等に周知されている | a |

1-3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | |
|---------|----------------------------------|--------|
| 1-3-(1) | 管理者の責任が明確にされている | 自己評価結果 |
| | -1 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している | a |
| | -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 |
| 1-3-(2) | 管理者のリーダーシップが発揮されている | 自己評価結果 |
| | -1 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している | a |
| | -2 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している | a |

評価対象2 組織の運営管理

2-1 経営状況の把握

| | | |
|---------|----------------------------------|--------|
| 2-1-(1) | 経営環境の変化等に適切に対応している | 自己評価結果 |
| | -1 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている | b |
| | -2 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている | b |
| | -3 外部監査が実施されている | c |

7 事業者の自己評価結果

奈良県福祉サービス第三者評価自己評価票

事業所名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり

サービス種類：介護老人福祉施設サービス

1. 評価細目の第三者評価自己評価票（共通基準）

評価対象2 組織の運営管理

2-2 人材の確保・養成

| | | |
|---------|--|--------|
| 2-2-(1) | 人事管理の体制が整備されている | 自己評価結果 |
| | -1 必要な人材に関する具体的なプランが確立している | a |
| | -2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている | a |
| 2-2-(2) | 職員の就業状況に配慮がなされている | 自己評価結果 |
| | -1 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている | a |
| | -2 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる | a |
| 2-2-(3) | 職員の質の向上に向けた体制が確立されている | 自己評価結果 |
| | -1 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている | a |
| | -2 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている | a |
| | -3 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている | b |
| 2-2-(4) | 実習生の受入れが適切に行われている | 自己評価結果 |
| | -1 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b |

2-3 安全管理

| | | |
|---------|--|--------|
| 2-3-(1) | 利用者の安全を確保するための取組が行われている | 自己評価結果 |
| | -1 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている | a |
| | -2 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | b |
| | -3 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している | a |

2-4 地域との交流と連携

| | | |
|---------|-------------------------------------|--------|
| 2-4-(1) | 地域との関係が適切に確保されている | 自己評価結果 |
| | -1 利用者と地域とのかかわりを大切にしている | a |
| | -2 事業所が有する機能を地域に還元している | b |
| | -3 ボランティア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 |
| 2-4-(2) | 関係機関との連携が確保されている | 自己評価結果 |
| | -1 必要な社会資源を明確にしている | a |
| | -2 関係機関等との連携が適切に行われている | a |
| 2-4-(3) | 地域の福祉向上のための取組を行っている | 自己評価結果 |
| | -1 地域の福祉ニーズを把握している | b |
| | -2 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている | a |

7 事業者の自己評価結果

奈良県福祉サービス第三者評価自己評価票

事業所名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり

サービス種類：介護老人福祉施設サービス

1. 評価細目の第三者評価自己評価票（共通基準）

評価対象3 適切な福祉サービスの実施

3-1 利用者本位の福祉サービス

| | | |
|---------|--|--------|
| 3-1-(1) | 利用者を尊重する姿勢が明示されている | 自己評価結果 |
| | -1 利用者を尊重した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 |
| | -2 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している | b |
| 3-1-(2) | 利用者満足の向上に努めている | 自己評価結果 |
| | -1 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | b |
| 3-1-(3) | 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている | 自己評価結果 |
| | -1 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している | a |
| | -2 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している | b |
| | -3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している | b |

3-2 サービスの質の確保

| | | |
|---------|---|--------|
| 3-2-(1) | 質の向上に向けた取組が組織的に行われている | 自己評価結果 |
| | -1 サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している | c |
| | -2 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | c |
| 3-2-(2) | 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している | 自己評価結果 |
| | -1 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている | a |
| | -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 |
| 3-2-(3) | サービス実施の記録が適切に行われている | 自己評価結果 |
| | -1 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている | a |
| | -2 利用者に関する記録の管理体制が確立している | b |
| | -3 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している | a |

7 事業者の自己評価結果

奈良県福祉サービス第三者評価自己評価票

事業所名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり

サービス種類：介護老人福祉施設サービス

1. 評価細目の第三者評価自己評価票（共通基準）

評価対象3 適切な福祉サービスの実施

3-3 サービスの開始・継続

| | | |
|---------|---|--------|
| 3-3-(1) | サービス提供の開始が適切に行われている | 自己評価結果 |
| | -1 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している | a |
| | -2 サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている | a |
| 3-3-(2) | サービスの継続性に配慮した対応が行われている | 自己評価結果 |
| | -1 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている | b |

3-4 サービス実施計画の策定

| | | |
|---------|------------------------------|--------|
| 3-4-(1) | 利用者のアセスメントが行われている | 自己評価結果 |
| | -1 定められた手順に従ってアセスメントを行っている | a |
| 3-4-(2) | 利用者に対するサービス実施計画が策定されている | 自己評価結果 |
| | -1 サービス実施計画を適切に策定している | a |
| | -2 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている | b |

7 事業者の自己評価結果

奈良県福祉サービス第三者評価自己評価票

事業所名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり

サービス種類：介護老人福祉施設サービス

2. 評価細目の第三者評価自己評価票（特別養護老人ホーム 付加基準）

評価対象A-1 入所者の尊重・保護

| | | |
|---------|--|------|
| A-1-(1) | 入所者に対する不当な取り扱いの防止 | 自己評価 |
| -1 | 身体拘束のないケアへの取り組みを行っている | a |
| -2 | 入所者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている | a |
| -3 | 相談担当者は、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の権利擁護事業制度について理解し、必要に応じて入所者に説明し、支援している | b |
| A-1-(2) | 被服 | 自己評価 |
| -1 | 入所者の個性や好みを尊重し、被服の選択等について支援している。 | a |
| -2 | 衣服の着替え時の支援や汚れに気がついた時の対応は適切である | a |
| A-1-(3) | 理美容 | 自己評価 |
| -1 | 入所者の判断能力に応じて、個性や好みを尊重し、選択について支援している | a |
| A-1-(4) | その他 | 自己評価 |
| -1 | 重篤な状態になった時や終末期の対応について、入所者・家族の希望に応じた対応を行っている | a |

評価対象A-2 適切な処遇の確保

| | | |
|---------|--|------|
| A-2-(1) | 利用者に対する食事の提供 | 自己評価 |
| -1 | 食事は入所者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるように工夫されている | a |
| -2 | 入所者の身体的状況に応じた食事が提供されている | a |
| A-2-(2) | 利用者に対する入浴の提供 | 自己評価 |
| -1 | 入浴は、安全かつ適切に行っている | a |
| -2 | 入浴に関して、入所者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮している | a |

7 事業者の自己評価結果

奈良県福祉サービス第三者評価自己評価票

事業所名：特別養護老人ホーム 萩の台ちどり

サービス種類：介護老人福祉施設サービス

2. 評価細目の第三者評価自己評価票（特別養護老人ホーム 付加基準）

評価対象 A - 2 適切な処遇の確保

| | | |
|-------------|---|------|
| A - 2 - (3) | 入所者の適切な排泄管理 | 自己評価 |
| -1 | おむつ交換・排泄に関する取り組みがなされている | a |
| A - 2 - (4) | 入所者の適切な体位変換 | 自己評価 |
| -1 | 必要な入所者に対して、体位変換を定期的に行っている | a |
| A - 2 - (5) | 機能訓練 | 自己評価 |
| -1 | 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練を実施している | a |
| A - 2 - (6) | レクリエーション | 自己評価 |
| -1 | レクリエーションは、入所者の参加を促すような工夫がされているとともに、入所者の希望に沿っておこなわれている | b |
| A - 2 - (7) | 外出 | 自己評価 |
| -1 | 外出が入所者の希望に応じて行われている | a |
| A - 2 - (8) | 快適な環境づくり・環境整備 | 自己評価 |
| -1 | 入所者のための快適な環境づくりに努めている | b |
| A - 2 - (9) | コミュニケーション | 自己評価 |
| -1 | 入所者とのコミュニケーションが円滑に保たれている | a |

評価対象 A - 3 家族との交流の確保

| | | |
|-------------|--|------|
| A - 3 - (1) | 入所者と家族との交流、家族との連携確保 | 自己評価 |
| -1 | 入所者と家族との交流の機会に配慮するとともに、入所者家族との連携を積極的に図っている | a |

(様式第2号) 奈良県福祉サービス第三者評価結果報告書

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

開設から約1年半後という間もない時期での第三者評価受審となりました。
このタイミングでの受審は、今後の施設運営において非常に有益であったと感じています。
現時点における問題点や課題が明確になることで、方向性を見誤ることなく早期の対応が出来、職員の意識向上も図ることが出来ました。

内容につきましても、細かなところまで聞き取ってくださり、十分に法人および施設の意図を汲み取った上で評価いただきました。

高く評価いただいた点につきましては、その評価に甘んじることなく更なる高みを目指して参ります。また、ご指摘いただいた点につきましては施設全体で共有し、考え、実行して参ります。

今後も「すべては地域に住む人々と自らの幸福と福祉のために」と法人理念にもありますように、ご利用者・ご家族だけでなく、地域や職員からも望まれる施設となれるよう、努めていきたいと考えております。

この度は誠にありがとうございました。

平成27年3月2日
萩の台ちどり
施設長 中島 一栄