

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：特別養護老人ホーム皆生みどり苑	種別：短期入所生活介護
代表者氏名：苑長 大西 一俊	定員（利用人数）：6名
所在地：米子市皆生新田2丁目3番1号	
TEL：0859-32-2500	ホームページ： http://kaikemidori.webcrow.jp/
【施設の概要】	
開設年月日：昭和51年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人鳥取県厚生事業団	
職員数	常勤職員：26名 非常勤職員 11名
専門職	介護福祉士 8名 医師 2名
	介護職員 1名 介護福祉士 2名
	看護師 3名 調理員 5名
	準看護師 3名 警備員 2名
	介護支援専門員 1名
	生活相談員 2名
	管理栄養士 1名
	機能訓練指導員 2名
	調理員 3名
	事務員 2名
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）
従来型個室	食堂兼機能訓練室 1か所
2床（1名定員2室）	便所（車椅子利用可）7か所
多床室	個浴 1か所
4床（2名定員2室）	特殊浴槽 2ヶ所
	リフト浴 1か所
	地域交流ホール 1ヶ所
	医務室 1ヶ所
	静養室 1ヶ所

③ 理念・基本方針

<p>「尊厳の保持」と自立支援をケアの基本とし、利用者が健康で安らぎのある主体的生活を送れるよう支援を行なうとともに、地域住民との連携強化や情報公開等による透明性の確保に努め、地域に信頼される施設を目指します。</p>

④施設の特徴的な取組

- ・受容的、共感的な対応に心がけ、職員となじみの人間関係づくりを行うとともに認知症高齢者に配慮した環境づくりに取り組んでいます。
- ・利用者アンケートや相談聴き取りを実施し、苦情、意見、要望等を受け入れて改善に取り組んでいます。
- ・多職種協働による個別リハビリの円滑な進行管理を図るとともに、生活リハビリの観点から離床を促進し、生活意欲の向上につながるよう努めています。
- ・個別の栄養管理を継続して行い、心身の状態に応じたきめ細かいサービスの提供に努めています。
- ・音楽療法やアクティビィー等を実施しています。
- ・ユニットケアの理念に沿って個別ケアに努められています地域交流室を地域のいきいきサロン開放の場所として提供され交流が行なわれています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年9月3日（契約日） ～ 平成31年3月6日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成27年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・利用者の重度化が進み入浴が困難な方が増加され特殊浴槽を1台追加され安心、安全な入浴環境を整備されました。
- ・鳥取版環境管理システム TEAS II 種を事業所全体で取り組まれ継続され環境影響への配慮が行われています。
- ・苑長は、職員（毎回看護師、介護士、調理員等10人位）とのコミュニケーションを図りながら、職員の思い（業務改善の提案等）を聞き、意見交流の場として、毎月1回地域交流室でランチミーティングが開催されています。提案・意見等の回答は職員に後日返されます。
- ・基本方針にて地域との連携強化を明記されています。
地域の活動「いきいきサロン輝らり」に活動場所に地域交流ホールを提供され、職員が講師として転倒予防体操を行い、地域高齢者の集い場所となると共に介護予防活動に寄与されています。
日常的に地域交流ホールを開放されまた、喫茶や地域の方々の交流の場としてもご利用

頂いています。利用者と地域住民との交流の機会を確保されています。

・個室（２室）と２名部屋の多床室（２室）ではあるが、人員配置はユニット型と同様の人員配置が行なわれ手厚い介護となっています。

◇改善を求められる点

・次年度よりの人事考課制度をより効率化する上でも、個人面談における中間面談を行い、目標達成等の進行状況の確認を導入されることに期待します。

・夜間の緊急時対応について、看護師の勤務がない状態での迅速な対応を行なうための工夫に期待します。

・利用者、家族ニーズ（最大３０日利用）に対応すべく、短期生活介護の利用日数制限については、保険者と話し合われることを望みます。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

今回の受審結果を職員全体で共有し、高評価に安住することなく、引き続き良質なサービスが提供できるよう工夫を重ねると共に、地域から信頼される施設作りをさらに推進していきます。

⑧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。

平成２７年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三評価結果（特別養護老人ホーム）

共通評価基準（45項目）

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
<p><コメント></p> <p>法人理念・基本方針が苑内に掲示されており、ユニット入り口や地域交流室に理念、方針のファイルがあり周知が図られています。</p> <p>毎年度当初に理念・基本方針を職員に配布され周知されています。</p> <p>利用者、家族へは「皆生みどり苑からのお知らせ」ファイルをユニットの廊下、リビングの分かりやすい場所に配置されいつでも見て頂ける様にされています。</p> <p>また、「皆生みどり苑からのお知らせ」ファイルには具体的取り組み例も記載してあり利用者、家族に分かりやすいよう工夫をされ周知されています。</p> <p>家族、地域へ配布する機関誌には実施する福祉サービス内容や事業所の特性を記載され周知を図られています。</p> <p>ホームページにも掲載され公表されています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>苑長は高齢者福祉事業経営セミナーに参加され情報収集を行われています。</p> <p>職員を全国社会福祉事業団協議大会へ参加させ、園内にて復命を行い、他県の福祉サービス状況把握に努められています。</p> <p>介護保険法改正に伴い各種サービスの加算、減算について情報収集をされています。また、介護サービスの需要の動向や市内各地域のニーズの把握、福祉新聞より情報の収集に努められ、幹部職員や各部署、リーダーに回覧されています。</p> <p>施設長会議年4回、運営委員会へ出席され稼働率、光熱水費の状況把握、サービスの利用状況やコスト分析を行われています。</p>		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p><コメント></p> <p>運営委員会で稼働率や運営状況を把握分析され、経費削減のため水道光熱費の使用状況も報告されています。</p> <p>運営委員会での報告事項はユニット会議で職員へ報告周知されています。</p> <p>稼働率維持のため利用者欠員発生時には10日以内に入居となるよう数値目標を定め速やかな入居に努めておられます。</p> <p>期中に職員の欠員発生した場合には速やかに法人、みどり苑よりハローワーク等へ求人募集を行われ職員補充に努めておられます。</p> <p>利用者の重度化が進み入浴が困難な方が増加され、特殊浴槽を1台追加され安心、安全な入浴環境を整備されました。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>第3期中・長期計画（平成30年度～34年度）を作成されています。</p> <p>具体的な目標、数値等を示された実行性のある事業計画、収支計画となっています。</p> <p>定期的（年度中間、年度末）に進捗状況の把握を行ない、評価・見直しも行われています。</p> <p>中・長期計画は職員に配布され周知されています。</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
<p><コメント></p> <p>中・長期計画の内容を反映した具体的な内容の単年度計画が策定されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重度者ケアの充実 ・やまと苑との連携による効率的かつ効果的な経営 ・共生社会に向けた基本方針の見直し <p>稼働率や数値目標等には具体的数値目標が設定されており、検証、評価が行なわれています。</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
<p><コメント></p> <p>各部署で事業計画を検討され取りまとめを基に策定されています。毎年定期的に運営委員会で進捗状況を確認、把握、見直しを行なわれ経営に当たられています。</p> <p>年度末に他職種（看護師、相談員、各ユニットリーダー等）で当年度事業計画の総括を行われています。年度当初のユニット会議で事業計画の説明が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者、来苑者に事業計画の概要を分かりやすい文章にまとめ「皆生みどり苑からのお知らせ」ファイルに入れてユニットの廊下、または、リビングに配置されいつでも閲覧できるようにされています。</p> <p>事業計画は毎年、年度当初に機関紙「かいけ」に掲載され家族、地域に配布、周知されています。</p> <p>ホームページにも掲載して広く公開されています。</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
<p><コメント></p> <p>ユニット毎に目標を設定し中間評価・年度末評価を行いサービスの向上に取りくまれています。</p> <p>毎年接遇マナー、利用者・家族アンケートの実施。</p> <p>自己評価の実施され評価、改善等のPDCAサイクルを用い業務等を継続的に改善されています。</p> <p>意見箱を玄関に設置され利用者、家族から意見を募集されています。</p> <p>頂かれた意見は検討され対応策を職員へ回覧、周知されサービスの向上に努められています。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p><コメント></p> <p>毎月サービス向上委員会でアンケートや自己評価を行なわれ、取り組むべき課題について検討され改善策の実施を行われています。</p> <p>改善策は6ヶ月毎に評価を行い年度末に評価見直しを行なわれています。改善策は運営会議及びユニット会議、ヒヤリハット・事故発生防止委員会で職員に周知共有されサービス向上に繋がっています。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<p><コメント></p> <p>苑長は管理者の役割と責任について、事務分担表や防災組織図により明確にしておられます。年度当初のユニット会議及び各委員会で施設長の責務や運営方針を表明されています。機関紙「かいけ」に施設長として施設運営の方針等を表明されています。</p> <p>平常時のみならず、有事（災害、事故等）管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を事務分担表や防災組織図により明確にしておられます。</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
<p><コメント></p> <p>苑長は高齢者福祉事業経営セミナーへ参加され情報収集を行っておられます。県の集団指導の復命を行い法令順守の徹底を図られています。鳥取版環境管理システムTEASⅡ種を事業所全体で取り組まれ継続され環境影響への配慮を行われています。</p> <p>労働関係法令、施設管理に必要な法令等をリスト化され幹部職員に指導されています。地域交流ホールにリストを配置され職員がいつでも閲覧できるようにされています。</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
<p><コメント></p> <p>苑長はサービス向上委員会をはじめ、各種の委員会に所属され委員会の主幹と密接な連携をとられ指導力を発揮しておられます。</p> <p>研修委員会において年間研修計画を作成され職員の教育、研修の充実を図られています。</p> <p>苑長は介護計画の課題、モニタリング、評価の確認、指導をされています。</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
<p><コメント></p> <p>実効的な人員体制にするため職員と検討されそのときの状況に合わせて勤務時間を試行的に変更し働きやすい職場作りに努めておられます。</p> <p>苑長は、職員（毎回看護師、介護士、調理員等10人位）とのコミュニケーションを図りながら、職員の思い（業務改善の提案等）を聞き、意見交流の場として、毎月1回地域交流室でランチミーティングが開催されています。提案・意見等の回答は職員に後日返されます。</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
<p><コメント></p> <p>中・長期計画に人材育成計画があり、介護福祉士の資格者の確保やユニットリーダー等の養成目標を明確に定められています。</p> <p>法人の研修実施要綱で人材育成について目標を確立されています。</p> <p>法人は人材確保について就職フェアへの参加、学校訪問、テレビのCM、ハローワーク等積極的に取り組まれています。</p> <p>最新の設備の導入等も行い、職員の身体的な介護負担の軽減も図られています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人本部が事業団就業規則により総合的に人事管理が行われています。</p> <p>人事基準は就業規則に明確に規定されています。</p> <p>人事考課はまだ行われていませんが次年度着手されます。</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
<p><コメント></p> <p>個別面談を行い職員が思いや意見を言いやすい機会を作られ聞き取りが行われています。</p> <p>職員の有給休暇取得や時間外のデータを作成され職員の就業状況を把握されています。</p> <p>毎月衛生委員会開催され職場環境の向上の検討をされまた、全職員に年1回ストレスチェックを実施し分析され職員の心身の健康と安全の確保に努められています。高ストレスに者に対しては産業医との面談を行われるよう勧められています。</p> <p>健康診断年2回実施、インフルエンザ接種法人全額負担、希望休に配慮され勤務表を作成されます。</p> <p>苑長は、職員とのコミュニケーション促進のため、月1回ランチミーティングを開催し風通しの良い職場環境作りに取り組まれています。</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
<p><コメント></p> <p>毎年年度始めに個別面談を行い職員の意向を聞き取り、目標設定を行い達成に向けて話し合われています。年度末にも個別面談が行われ目標達成状況、課題等の確認をされ次年度の計画に繋がられています。</p> <p>中間面談を行い、目標達成等の進行状況の確認をされることに期待します。</p> <p>新任、転任職員には1年間エルダー研修制度を導入され担当者がきめ細かく指導を行い円滑に業務に慣れるよう努められています。</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
<p><コメント></p> <p>基本理念及び事業団研修実施要綱により期待する職員像や研修体制が明記されています。</p> <p>事業団研修計画に基づき研修全体の総括を行われ、評価見直しが行なわれ次年度の計画につなげられています。</p> <p>研修全体の実施状況に基づき評価を行い年間研修計画や法人研修、接遇研修、職種に沿った研修参加が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>資格保有状況一覧表を作成され取得状況を把握され個別面談時に聞きとりを行い各個人の取得状況の把握を行なわれています。</p> <p>年間研修計画に沿って資格取得等の研修に参加をされています。</p> <p>新任、転任職員には1年間エルダー研修制度を導入し、個別の担当者によるOJTが実施されています。</p> <p>事業団研修実施要綱に則り段階別研修、職種別研修に参加され研修を受講されています。</p> <p>研修に参加できない場合は同法人の併設施設やまと園での同様の研修に参加されます。</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
<p><コメント></p> <p>介護実習及び介護体験受け入れマニュアルを作成され、基本姿勢が明示されています。</p> <p>研修担当として介護主幹が学校との受け入れ会議に参加され、状況に応じたプログラムを提供されています。</p> <p>実習生へは受け入れ時にオリエンテーションを開催されスムーズな実習開始を図られています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>ホームページに基本方針、事業計画及び事業報告を情報公開されています。</p> <p>施設のブログを公開され苑の日常や行事の様子を都度更新されています。</p> <p>年3回定期的に行事の様子等掲載された機関紙を地域に配布され情報提供が行われています。</p> <p>法人ホームページ等では第三者評価の受審結果を公表されています。</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
<p><コメント></p> <p>法人で決裁規程等及び経理規程等が規程されており、経理、取引等に関する責任やルールが明確にされています。</p> <p>事業団決裁規定集は事務所及び各ユニットに配布され職員はいつでも確認できるようにされています。</p> <p>毎年定期的に内部経理監査及び外部決算監査を受審され適正な経営、運営のための取組が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>基本方針にて地域との連携強化を明記されています。</p> <p>地域交流ホールを地域のいきいきサロン開放の場所としての活用や、納涼祭を2年に1回やまと園合同で共催される等、連携が図られています。定期的に納涼祭を開催する事で利用者と地域住民との交流の機会を確保されています。</p> <p>地域の廃品回収に協力や自治会に集会所が無いため地域交流室の提供など行い地域の理解を得られています。</p> <p>買い物・外出等、個々の利用者のニーズに応じて、地域資源を利用されています。</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
<p><コメント></p> <p>ボランティア活動の受入れマニュアルにボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明記すると共に、受け入れ体制、受入れ方法は規定されています。</p> <p>ボランティアの方（傾聴ボラ、外出ボラ、演芸、演歌等）と打ち合わせを行ない、利用者との交流を図る上での心構え等必要な研修も実施されています。</p> <p>地域小学校の社会科学習や中学生職場体験、高校生のインターシップの受け入れも行われています。</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 施設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
<p><コメント></p> <p>警察、消防署、病院、学校、電気、ガス、水道、セキリュティー会社等リストを作成しており関係機関の名称、所在地は「みどり苑からのお知らせファイル」で玄関、各ユニット、地域交流室に置かれています。</p> <p>定期的に、米子市、地域包括支援センター、地域住民を招いての情報交換の会議が海佐されています。</p> <p>法人としても、米子市社会福祉法人等連絡会に加入し、今後の地域共生社会へ向けた支援検討に参画されています。</p>		
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 施設が有する機能を地域に還元している。	a
<p><コメント></p> <p>日常的に地域交流ホールを開放されまた、喫茶や地域の方々の交流の場としてもご利用頂いています。</p> <p>高齢者等をテーマとした地域公開講座を理学療法士等の専門職を講師として年3回開催されています。チラシを配布して地域住民へ参加を呼びかけて折られます。</p> <p>地域自治会と災害時の相互協力を申し合わせておられ、米子市と「災害時等の発生時における要配慮者の緊急受け入れに関する協定」を結んでおられます。</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
<p><コメント></p> <p>自治会長や民生委員と意見交換を行われ地域のニーズの把握に努めておられます。</p> <p>また、米子市の介護保険計画の基本理念「住み慣れた地域で支え合い、高齢者が生きがいを持って安心・安全に暮らし続けるまちづくり」に関する情報を収集し地域のニーズ把握に努めておられます。</p> <p>地域の活動「いきいきサロン輝らり」に活動場所を提供され、職員が講師として転倒予防体操を行い、地域高齢者の集い場所となると共に介護予防活動に寄与されています。</p> <p>毎月「福祉なんでも相談日」を設けられ専門職で対応する体制を整えられています。</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
<p><コメント></p> <p>基本方針、事業団職員倫理要綱があり利用者の人権の尊重と尊厳の保持について明記されており周知されています。</p> <p>定期的に研修会が開催され、職員の共通理解を図られています。</p> <p>接遇マナー等の自己評価毎年実施されチェック票や自身で振り返ると共に評価・見直しが行なわれ、必要な対応が実施されています。</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
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護等についてマニュアルを整備され、職員がいつでも見られるように配置されています。</p> <p>接遇マナーを前期、後期と研修会を開催され、各ユニットで振り返りを行ないサービス提供が行われています。</p> <p>プライバシー保護に関する意向調査を行われ個々の希望（顔写真を機関紙に掲載しない等）を把握され配慮が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページ、ブログでも積極的に情報提供が行なわれています。</p> <p>パンフレット等の資料を玄関に配置され誰でも自由に持ち帰る事ができるようにされています。</p> <p>居宅支援事業所や公民館にもパンフレット等配置され地域の方にサービス内容を理解して頂けるようされています。</p> <p>パンフレットは写真を多く掲載され丁寧語で分かりやすいものにされています。</p> <p>入居申し込み、見学希望者には、土日祝日を含めて随時対応できる体制を整えられています。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <p>サービスの開始時に契約書、重要事項説明書により利用者、家族に丁寧に説明され、同意の上サービスは開始されます。</p> <p>サービス開始時及び変更時は、アセスメント、モニタリングを行い、意向等確認されたケアプランについては、多職種でカンファレンスを行い、サービス担当者会議を開催し各専門職から説明され利用者・家族に同意を得ておられます。</p> <p>意思決定が困難な方については、成年後見制度を活用され説明及び契約手続きを行っておられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>入退所相談業務マニュアルを整備されています。</p> <p>他施設への移行の際は、担当者が生活状況等の引継ぎ書を作成して説明が行われています。</p> <p>利用が終了した場合でも、いつでも苑に相談できることも説明されています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者、家族満足度アンケートや嗜好調査が毎年実施され、調査結果をサービス向上委員会や給食委員会で検討され改善が図られています。</p> <p>モニタリング時に利用者、家族に個別に意向を伺われ意向を踏まえて、ケアプランに反映されサービス提供が行われています。</p> <p>ソフト食やソフト食の副食でも食欲が出るように形状に工夫が行なわれています。</p> <p>普通食でもカロリーの範囲で味がしっかりついているので、満足して食べてもらえるよう工夫されています。</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
<p><コメント></p> <p>第三者委員を2名委嘱された苦情解決検討委員会を設置され苦情可決への体制を整えられています。</p> <p>苦情解決に向けた体制整備や仕組み（苦情対応フロー図）や重要事項説明書、事業所内に苦情解決の仕組みのポスター等掲示されまた、お知らせファイル等を玄関、各ユニット等に複数掲示され周知されています。</p> <p>苦情内容や改善策を「皆様の声」として文章を作成され家族に配布、周知されています。</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
<p><コメント></p> <p>家族の面会が多いので意見・要望等は直接伺う事が多く見られます。相談相手についても、相談員や職員は誰でも相談に応じられる事が伝えられています。</p> <p>意見箱を玄関や各階に設置され、相談、意見を投書しやすい環境が整備されています。</p> <p>相談室を複数用意され随時相談が受けられる体制を整えられています。</p> <p>苦情等の相談窓口については、複数（施設内担当、第三者委員、施設オンブズマン、他団体）明記された文章を玄関、各ユニット等、複数掲示され周知されています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者、家族から頂いた相談・意見については、相談票を作成し、相談員、事務局で迅速に対応されています。必要に応じて苦情解決検討委員会を開催する等、改善に努められています。</p> <p>対応策は申し出者にきちんと報告されます。対応までに時間を要する場合には、その旨、相談者に説明しておられます。</p> <p>意見箱やアンケートの実施等で意見相談を集計されサービス向上委員会で検討され改善され職員に周知され理解されています。</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
<p><コメント></p> <p>事故発生防止委員会を設置され定期的に開催され改善策等を検討され予防に取り組まれます。</p> <p>リスクマネジメントフロー図を作成され事故発生時の手順等を明確にされています。緊急時は対応フロー図で手順を明確にされます。</p> <p>事故発生防止委員会で各ユニットのヒヤリハット・事故報告の事例を基に再発防止策の検討され、改善策は各ユニット職員へ周知され支援に繋げておられます。</p> <p>事故発生時には速やかに検証会議を開き検証・対応も実施し、職員へは周知するとともに定期的に研修会で資質向上が図られています。</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
<p><コメント></p> <p>業務分担表に感染症対策の責任と役割が明記されています。</p> <p>感染対策委員会を設置され感染症対策マニュアルの見直しや研修会の開催より感染予防の管理体制を整備されています。研修会でマニュアルの手順の周知や演習を行ない発生時にスムーズな対応ができるよう取り組まれています。</p> <p>毎日全館の手すり等をアルコール（冬季はノロウイルス対策のジアノック）で消毒されています。職員の手洗いチェックを隔月で実施され適切な手洗いを励行されています。</p> <p>感染症発生した場合はマニュアルに沿って、活動の中止や面会のお断りをされ感染拡大防止に努められます。</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
<p><コメント></p> <p>火災・地震・洪水ごとに防災計画を作成され職員に周知されています。</p> <p>消防計画やBCPを策定され急連絡網の整備や火災発生時の応援対制を確保され利用者の安全確保のため取り組まれており、年2回防災訓練が行われています。</p> <p>安否確認について「職員行動基準」に従い職員から施設への連絡方法が定められており周知されています。施設から職員へは一斉メールにて連絡する体制があります。</p> <p>3日分の食料を確保されており各階の倉庫へ備蓄されています。</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
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルを整備され各ユニットに配置されサービスについて実施方法が文書化されサービスが提供されます。</p> <p>プライバシー保護マニュアルを整備され利用者の尊重や権利擁護について実施方法が文書化されています。職員はサービスについて共有されています。</p> <p>新任、転任者にはエルダー制により個別指導の実施を行い標準的な実施方法のスムーズな指導を図られています。</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
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルの見直しは、各委員会や担当により年1回定期的に必ず行われ、変更点等は職員に周知されています。</p> <p>また、ケアプランについても、毎月のユニット会議や3ヶ月に1回のモニタリングで状況把握すると共に、6ヶ月に1回のサービス担当者会で検討・見直されています。利用者のご意見はもちろん、家族にもできるだけ出席して頂きご意見を伺って（欠席の時は電話にて事前にご意見を伺っています）、ケアプランに反映させて作成されています。</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
<p><コメント></p> <p>ケアチェック表を用いて、一人ひとりのアセスメントが多職種間で実施され、サービス担当者会議で家族の意向も都度確認した上でケアプランは作成されており、利用者、家族に同意を得ておられます。</p> <p>3ヶ月毎にアセスメントを行い評価、見直しを24時間シートに記入されています。24時間シートは各ユニットに設置され職員は共有されます。</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
<p><コメント></p> <p>ケアプラン作成手順やフロー図に従い年間予定表に沿って見直しが行なわれています。</p> <p>ケアプランは多職種の参加によりカンファレンスを実施し、6ヶ月に1回評価・見直しが行なわれています。</p> <p>利用者の状態変化がある時はケアプランの変更、介護手順の変更を行いサービス提供が行われています。</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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <p>介護ソフトを利用し統一した様式による記録が行われており、ネットワーク化され各部署で職員は情報を確認できるようになっています。</p> <p>記録は職員間で共有されサービス提供を行われています。</p> <p>介護計画に沿ったサービス実施状況の記録が適切に行われています。</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
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規定に沿って情報管理が行なわれており、記録管理責任者を定められ法人の文書管理規定に基づき管理されています。</p> <p>職員に個人情報保護規定に基づき説明を行い、誓約書も提出頂き個人情報の管理が行われています。</p> <p>利用者、家族には、利用開始時に個人情報の取り扱いについて説明され同意を得ておられます。</p>		

内容評価基準（特別養護老人ホーム17項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じた暮らしの意向を把握し利用者一人ひとりに応じた生活支援が行われています。</p> <p>24時間シートを作成し3ヶ月毎に見直しをされユニット会議でケア内容を話し合わせ介護計画に反映され支援が行われています。</p> <p>利用者一人ひとりの生活リズムやニーズの把握をし職員間で共有され支援が行なわれています。</p> <p>一人ひとりの希望を聞きつつ、離臥床して頂けるようにされています。</p>		

A②	A-1-(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
<p><コメント></p> <p>接遇、虐待、身体拘束廃止等の法人研修が行われ利用者の尊厳に配慮した言葉使いでコミュニケーションを図られています。</p> <p>接遇アンケート等を実施し接し方の対応について、職員間で話し合いの機会が作られています。</p> <p>ホワイトボードの筆談や文字パネル使用によるコミュニケーション方法が必要な利用者の場合には、介護計画に反映され支援が行われています。</p> <p>認知症の方に対しては、ゆっくり分かりやすい言葉や声の大きさ、聞き取りやすい位置等でコミュニケーションを行なわれています。</p>		
1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a
<p><コメント></p> <p>虐待防止要綱等を毎年配布され利用者に周知されています。</p> <p>身体拘束の研修を行われ職員は周知されています徹底をされ、センサーマットの使用は本人、家族に実施する際の具体的な実施方法を説明されます。使用する場合でも、定期的に必要の有無の検討が行なわれています。</p> <p>権利侵害について施設内で取り組みを徹底をされユニット内で話し合われています。</p> <p>身体拘束の指針があり実施する場合や方法を明確にされ職員に周知徹底されています。また、委員会も設置され、事業所全体で取り組まれています。</p>		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a
<p><コメント></p> <p>清潔で安全な環境で過ごすことができるよう毎日掃除が行われています。また、大掃除も実施され清潔で安全な環境作りに努めておられます。</p> <p>居室には自宅から馴染みのものを持参して頂き、落ち着いて過ごせる工夫が行われています。</p> <p>食堂兼機能訓練室や居室は温度管理に気を付けられています。</p> <p>食堂兼機能訓練室や各居室は定期的に換気を行い環境に配慮されています。</p> <p>各居室のうち2名部屋の多床室については、仕切りカーテンを使用し、利用者間のプライバシーが守られるように工夫されて落ち着いて過ごせるよう配慮されています。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント></p> <p>介護計画・入浴マニュアルに沿って個々の体調や精神状態、感染症等に配慮した入浴支援が行われています。</p> <p>入浴方法については3ヶ月毎、または状態変化時に見直し・検討され、ユニットで職員に周知されます。</p> <p>入浴は、個浴、リフト浴、特殊浴槽と利用者個々に合った入浴形態がとられており、週に2回以上は入浴し頂かれます。</p> <p>拒否の方は、時間帯の変更や職員の変更等を行い入浴して頂かれます。無理な時は清拭の実施等で対応されます。受診や外出等の時には、日にちの振替等も行われています。</p> <p>プライバシー対応として、タオルをかけ羞恥心に配慮されたり、声かけ等に気をつけられています。</p> <p>柚子湯や菖蒲湯など季節を感じられる入浴を提供されています。</p>		
A⑥	A-3-(1)-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
<p><コメント></p> <p>介護計画・排泄マニュアルに沿って利用者の心身の状況や意向にあわせた排泄支援が行われています。</p> <p>排泄時間を個別にされたり、排泄用品の種類も必要時変更しておられます。</p> <p>便秘の方には寒天を提供する等の工夫をされ、自然排便を促されています。</p> <p>便の性状、色、匂い等変化があった時は看護師へ連絡され対応されます。</p> <p>利用者の心身の状況により2名対応の支援も行われています。</p> <p>常にカーテンやドアを閉める等プライバシーを守り尊厳や羞恥心に配慮されています。</p> <p>トイレは毎日の清掃と汚染があったときは適宜清掃をされています。</p>		
A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント></p> <p>介護計画・移乗マニュアル、リフト操作マニュアルに沿って機能訓練指導員と連携され、座位姿勢に気を付けながら、無理のない安全な移乗が実施されています。</p> <p>車椅子使用、安全な在姿勢等、利用者の状況に合わせた補助具の選定も行われています。</p> <p>利用者の心体の状況に合わせて福祉用具業者よりレンタルで車椅子等を使用される利用者もおられます。</p> <p>事故があった際には、直ぐに話し合いが持たれ、再発防止に努められています。</p>		

3-(2) 食生活		
A⑧	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p><コメント></p> <p>介護計画・給食委員会や食事マニュアルに沿って食事をおいしく食べられるよう支援されています。</p> <p>ユニットケアという事もあり、ユニット毎の炊飯が行なわれ、家庭的な雰囲気の中での食事となっています。</p> <p>嗜好調査を実施され利用者の好みや嫌いな食材を把握され食事を提供されています。</p> <p>個々に合った陶器の食器や自助具の使用、本人の嗜好に合わせご飯かパン等の選択もできます。</p> <p>季節の食材や行事食を取り入れおいしく食べられるよう工夫されています。</p> <p>温度や一口大に刻むなど個々に合った形態で提供されています。また、誤嚥がないよう配慮されています。</p> <p>嚥下が困難な方にはトロミ剤を使用し誤嚥防止に努めておられます。</p>		
A⑨	A-3-(1)-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
<p><コメント></p> <p>介護計画・個別機能訓練計画・栄養計画に沿って利用者の心身の状況に合わせて食事の提供が行われています。</p> <p>機能訓練指導員に食事時のポジショニングの相談し、調整を行いながら安全な食事ができるよう支援されています。</p> <p>嚥下状態により食事形態（刻み、なめらか、ペースト、ゼリー等）やトロミ材等について、多職種で検討を行い、安全に美味しい食事の提供、食事介助が行われています。</p> <p>利用者からの食事変更の希望があれば、連携し速やかに変更にも対応されます。</p>		
A⑩	A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>訪問歯科医師と連携を取りながら、口腔内の状態を把握し清潔に努められています。毎月1回歯科医師より助言を頂くと共に、必要時には往診も実施して頂かれます。</p> <p>食前に口腔マッサージを行いおいしく食べる為や誤嚥予防に努めておられます。食後は口腔ケアを行い清潔に努めています。口腔ケア用品も利用者個々に合った物を選別し使い分けておられます。</p> <p>毎年口腔ケア計画により研修を実施され口腔ケアの向上を図られています。</p>		

3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>褥瘡発生予防マニュアルに沿って 栄養状態、皮膚状態の様子観察を行い看護師は褥そうや褥そうの発生がないよう体位交換やポジショニング、ベッドマットレスの選択等の対応に努め予防発生時には介護職員に指導されています。</p> <p>褥瘡発生時対応手順を作成され職員に周知され各ユニットに対応手順を配置されいつでも確認できます。</p> <p>褥瘡発生時には、ケアプランの見直しを行いプランに沿ったケアが行なわれています。また、体動や栄養面からもアプローチされ多職種で連携され取り組まれています。</p>		
3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>医師の指示の基、喀痰吸引・経管栄養実施マニュアルに沿って実施されています。</p> <p>喀痰吸引や経管栄養については、看護師が日中に対応されています。</p> <p>個別指導、研修を定期的に行ない介護福祉士による実施体制の充実化を図られています。今後順次、職員に研修を受講し資格取得を推進されています。</p>		
3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑬	A-3-(5)-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
<p><コメント></p> <p>介護計画・個別機能訓練計画に沿って 機能訓練指導員による個別リハビリを行われています。</p> <p>認知症予防の為書道やぬりえなど実施され、楽しみプラスリハビリや予防を視野に入れて取組まれています。</p> <p>個々に応じた機能維持のプログラムを作成され生活リハビリとして機能訓練に取り組まれています。</p>		
3-(6) 認知症ケア		
A⑭	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>介護計画・認知症高齢者ケアマニュアルに沿って認知症ケアを行われています。</p> <p>年に数回、認知症の研修を実施されています。</p> <p>BPSDがある方への対応として、情報共有の為にユニットごとの「気づきノート」を活用され状況を詳細に記録し対応方針を決定されます。</p> <p>困難事例には臨時的に会議を開催され統一したケアを目指されます。</p> <p>入苑時、介護変更時及び長谷川式スケールを実施され利用者の状況把握に努められており、必要時には、専門医受診し助言を受け介護計画につなげられます。</p>		

3-(7) 急変時の対応		
A⑮	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>急変時対応マニュアルに沿って利用者の体調変化時の対応が行われます。</p> <p>急変時の対応の方法はセンター内の分かりやすい場所に掲示されており、連絡体制についてはフローチャート化されています。</p> <p>看護師はユニット内を毎日巡回し利用者の体調変化の把握に努められており、利用者の日々の健康管理と各職種間の連携が徹底されています。担当者会議等においても利用者に合わせて観察の視点が周知されています。</p> <p>夜間帯は看護師の勤務がなく迅速に対応する事が難しい場合等は、他ユニット職員とも協力し対応されます。</p> <p>緊急時対応の演習を踏まえた研修も実施されています。</p>		
3-(8) 終末期の対応		
A⑯	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組みを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>看取り計画・ターミナルケアマニュアルに沿って看取りは実施されています。</p> <p>職員は、看取りの研修を実施する事で共通理解を持ち看取りケアに取り組まれています。</p> <p>看取りケアについて、医師・看護師・栄養士・職員等の多職種で連携を図り支援されています。</p> <p>家族とのコミュニケーションをも大事にされ、家族の希望に添えるように配慮されています。</p> <p>看取り段階においては、利用者と家族と一緒に過ごせるように環境を整えられています。</p>		

A-4 家族との連携

A-4-(1)		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用開始時に、家族にも意向・要望を確認され、家族とも連携された支援となっています。</p> <p>家族の面会時には、利用者の日々の状況等を説明され信頼関係が構築できるよう努力されています。</p> <p>広報紙「かいけ」の送付や苑のブログ、ホームページの活用で、支援内容を見て頂けるような工夫も行われています。</p> <p>変化があった時など必要時には相談員、主任が電話連絡で報告されています。また、緊急時の連絡の優先順位を伺い連絡が必ず取れるようにされています。</p> <p>介護計画を作成、更新時等に家族にサービスの説明や希望・意向を伺い介護計画に反映されます。</p>		