

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：	大津みやび野ホーム	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	細野欣之	定員（利用者人数）：	70 名	
所在地：	兵庫県姫路市大津区大津町一丁目31-111			
TEL	079-236-7760	ホームページ：	www.katuhara.or.jp	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成26年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 やながせ福祉会			
職員数	常勤職員：	36 名	非常勤職員：	35 名
専門職員	専門職名称	名		
	介護福祉士	22 名		
施設・設備の概要	(居室数)	70	(設備等)	

③理念・基本方針

施設理念：誰もが暮らしたいと思える空間づくりを目指します
 基本方針：利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう一人ひとりの実態ニーズにあった施設サービス計画を作成し、職員の共通理解のもと統一した支援を行います。認知症であっても障がいを持っていてもひとりの人としての尊厳・プライバシーを大切に、楽しく生きがいのある毎日を送っていただけるよう、いたわりと思いやりのある暖かい雰囲気の中で質の高いサービスの提供に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

人材育成及び人材定着のためにOJTを体系的に運営している。OJTチェック票を用いて職員一人ひとりの現在の出来ること、不十分なことを「見える化」し、その内容をもとにユニットリーダーが職員と個人面談を実施している。
 日々のケアに関しては排泄や食事など各関連メーカーのアドバイザーに協力してもらいながら施設内研修を実施し、職員のスキルアップにつなげるとともにより安楽な生活を送ってもらえるようケアアイテムの見直しを行っている。
 また、社会資源として施設を活用してもらえよう施設交流室を地域行事に開放したり、介護や福祉に対する理解を深めてもらえよう介護や認知症における勉強会を地域住民に対して積極的に実施している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 7 月 25 日 (契約日) ~ 平成 28 年 12 月 17 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成 28 年 10 月 17 日
	10 月 19 日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回)

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織の運営管理 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・職種別に会議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。 ・人材育成体制 事業計画に年間研修計画をあげ、施設内研修・法人内研修・外部研修を計画的に実施している。施設内研修は同じ内容で複数回実施し全員受講を目指し、職種・経験・役職に応じた外部研修受講も積極的に奨励している。「OJTチェック票」による自己評価と年3回のOJT評価・個人面談により、職員一人ひとりに応じた指導を行い、標準的なサービスの実施方法の習得と資質向上に取り組んでいる。 ・個別支援への取り組み 「包括的自立支援プログラム」で課題抽出を行い、「施設サービス計画書」に利用者一人ひとりに応じた介助方法や留意事項を詳細に明示し、個別・具体的な支援に取り組んでいる。施設サービス計画書を基に「24時間生活シート」を作成し、利用者一人ひとりに応じた1日の過ごし方ができる支援に努めている。事業計画に「趣味等生きがい活動」として複数のメニューを設け、利用者・家族から把握した情報をもとに活動に参加し、生活に楽しみが持てるように支援している。 ・透明性の確保 法人のホームページで各事業所の情報を公開している。理念・基本方針、事業計画・事業報告、予算・決算情報等を掲載し公開している。事業報告では、1年間の運営・活動状況が詳細に報告され、苦情対応・事故報告も公開している。年に1回家族アンケートを実施し、アンケート結果と全コメント、改善策について冊子にまとめて配布し、家族にフィードバックしている。
<p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画・事業計画 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。事業目標・職員体制・行事計画・研修計画等、項目別に具体的で実行可能な内容の事業計画を策定している。事業計画と「行動計画」の連動性を明確にし、PDCAサイクルにもとづいた実践状況の確認・評価を行いやすい仕組みづくりを期待する。 ・サービスの質向上に向けた取り組み 法人共通の職員個別の自己評価・事業所の「OJTチェック票」による職員個別の自己評価と上位者評価・家族アンケート結果からのユニット毎の自己評価・各種委員会の設置等、サービスの質向上に向けた取り組みを積極的に行っている。今後は、定められた評価基準に基づいて、事業所全体のサービスの現状について把握するための自己評価を行い、PDCAサイクルにもとづいた仕組みづくりを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自分たちの現在行っていることの正当性や不十分であったことについての必要性が第三者評価を受審したことで明確になったので今後の施設運営を行う上でのよいヒントをいただけたように思う。ただ、致し方ないことではあるが、評価の多くが書類の「あり」「なし」で判断されるため、実際の施設の「良し」「悪し」とは乖離が出る場合もあるのではないかという思いがある。

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・老人福祉事業理念・事業所理念を明文化している。法人理念は、パンフレット・ホームページに記載されている。老人福祉事業理念・事業所理念は、各事業所に掲示している。各理念は、法人・事業所の使命・目標を明示している。基本方針は、重要事項説明書に明示され、理念と整合性のとれた具体的な内容となっている。年度初めの研修会で、「基本理念」冊子を配布し内容の周知を図っている。法人理念についてはパンフレットを用いて契約時に、事業所理念については資料を作成して家族会で、また、事業所内にも掲示し、利用者・家族への周知を図っている。「OJTチェック票」による評価で周知状況を確認し、掲示・日々の唱和・年度初めの研修等、周知に向けた継続的な取り組みを行っている。		

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> 法人の統括施設長が兵庫県の老人福祉事業協会の会長を務めていることから、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画策定動向等について具体的な把握ができています。地域の利用者状況や福祉ニーズについては、法人内の地域包括支援センターや相談員会議からの情報により、把握しています。把握した情報を、月に1回開催される法人の「管理者会議」で分析しています。事業所のコスト分析や利用者の推移・利用率についても、「管理者会議」で報告し分析を行っています。		
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> 各事業所の1か月の運営状況を「管理者会議」で報告し、経営課題を抽出している。改善すべき課題については、統括施設長を通じて「理事会」で報告され、役員間で共有する仕組みがある。「管理者会議」で明示された課題は「エリア会議」へ、「エリア会議」から「職員会議」へと伝達され、職員の周知が図られている。コスト削減等、課題解決・改善については、委員会や各ユニットで取り組んでいる。排泄委員会を中心にした排泄アイテムの見直しによりコスト削減を行った事例がある。		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>法人として中・長期的な展望を基に運営されているが、中・長期計画として文書化は行っていない。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。</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>〈コメント〉</p> <p>単年度の事業計画が作成されている。事業目標・職員体制・行事計画・研修計画等、21項目に分けて具体的で実行可能な内容になっている。行事・研修等、取り組み内容が具体的で実施状況が把握しやすく設定されている。事業目標についても、4項目にまとめ、項目ごとに達成状況が評価できる設定になっている。</p> <p>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>26年度・27年度は、管理者層が事業計画の策定、中間報告・年度末報告・計画の見直しを行った。28年度の事業計画は、27年度末の職員会議で職員への周知を図り、事業計画を基に各ユニットの「行動計画」を策定し実践に取り組んでいる。</p> <p>半年ごとに各ユニットの「行動計画」の実施状況をユニット会議で把握し、項目ごとに、中間評価・年度末評価を行い、職員会議で集約し、次年度の事業計画を策定する仕組みがある。現在、中間評価を行う準備中である。中間評価・年度末評価は、「管理者」会議で報告し、年度末には「事業報告書」を作成する予定である。</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>27年度事業計画・事業報告・28年度事業計画の主な内容をわかりやすくまとめた資料を作成し、家族会で配布して説明している。事業計画書・事業報告書の全文については、ホームページで公開されている。参加を促す観点から、行事や活動については、「ホームだより」の中でわかりやすく説明する工夫を行っている。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>家族アンケートの結果から抽出した課題を基に各ユニットの「行動計画」を作成し、サービスの質向上に向け、PDCAサイクルに基づいた取り組みを行っている。法人共通の職員個別の「自己評価」、また、「OJTチェック票」による職員個別の自己評価と上位者評価を通して、サービスの質について、管理者層が評価する仕組みがある。各種委員会を設置し、月1回の活動報告を通して、管理者層がサービスの質について評価する体制がある。第三者評価は初回の受審である。家族アンケートの結果を、各ユニット会議で分析・検討している。</p> <p>定められた評価基準に基づいて、事業所全体のサービスの現状について把握するための自己評価を行い、評価結果を分析・検討することが望まれる。</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>分析した結果から各ユニットでの課題を抽出して文書化し、職員間で共有している。抽出した課題を「行動計画」策定時に反映している。</p> <p>家族アンケート結果から抽出した課題と「行動計画」の連動性を明確にすることが望まれる。「行動計画」にもとづく実施状況の確認と評価、また、必要に応じての見直しは、28年度の半期で行う予定である。</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、特別養護老人ホームの基本方針を明示し、事業目標として「地域の福祉拠点として信頼されるサービスの提供」を掲げている。年度初めに、事業計画を基にみやび野エリアの管理者が参加する「みやび野会議」等で説明している。事務分掌を作成し、職務内容及び業務分担を明確にしている。事務分掌等各種規程は、職員がいつでも閲覧できるように玄関ロビーに設置し周知を図っている。事務分掌で、非常災害時等での施設長不在時の指揮・命令における事項は副施設長に権限委任を行うことを明確にしている。</p>		

11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	(a) ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>施設長は、介護関係法令集、法人諸規定等を取り揃え事業所に備え付けている。集団指導への参加や、課題等相談時には上位者である統括施設長と同行し、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。兵庫県老人福祉事業協会に加入し、介護サービス集団指導等の研修で法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、事業所が遵守すべき法令を理解している。施設内職員研修時に介護保険制度・個人情報保護法・高齢者虐待防止法等を、また、職務の心得として法人規程・コンプライアンス等について、職員が学ぶ機会を設けている。</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>事業計画について、実践状況や達成状況の確認を半期ごとに行い、その中でサービスの質についても評価を行っている。管理職会議・リーダー会議・職員会議等の定期的な開催、各種委員会の設置と開催等、サービスの質向上に向けた体制を構築し、施設長は積極的に参画し、課題の抽出・改善策の検討等を行っている。各種会議・各種委員会等で職員から出た意見を集約し、管理職会議やエリア会議で検討し運営に反映する仕組みがある。事業計画書に、施設内研修・特別研修・外部研修に区分して年間研修計画を明示し、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	(a) ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>法人内の管理職会議で、事業運営全般における検討・検証、また、人事及び職員給与に関する検討等を行って理事会に提案している。管理職会議での決定事項を、エリア会議で検討し、実施に向け取り組んでいる。職員の状況に合わせた個別勤務時間の調整・半日有給の採り入れ等、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、管理職会議→エリア会議→職員会議→リーダー会議→ユニット会議を通じて、職員へ決定事項を伝達周知し意識づけを行っている。施設長は、法人内の管理職会議、エリア会議等に参加し、経営や運営に積極的に参画している。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a · b · c
<コメント> 法人としての基本姿勢をホームページに掲載するとともに、事業所としては事業計画の中で、「OJT教育により個々の職員の特長に応じた助言や指導を行う」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配置を明確にしている。OJT教育で育成計画を立て人材育成を行っている。法人として、介護職員初任者研修を実施し、入職後に研修受講を勧め、効果的な人材育成につなげている。求人専用パンフレットを作成している。定期的に新卒生を採用するため、大学・専門学校等を訪問し、福祉系学生に限定せず採用に結びつくよう努めている。就職フェアへの参加、ハローワークの活用、求人広告等で採用活動を行っている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c
<コメント> ホームページで「求める人物像」を明確にしている。「就業規則」で人事基準を、また、「給与退職金規定」で職種別・経験年数別処遇の基準を明確にし、規則・規程は入職時に配布している。OJT教育制度の仕組みの中で、年3回定期的な自己評価・上位者評価と個別面談を実施し、成果等を評価している。外部委託コンサルタントから、処遇水準データ等の提供を受け、改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。個別面談等で把握した職員の意見を、処遇改善等に反映している。キャリアパスの導入など、職員が自ら将来の自分の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりが望まれる。		
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組んでいる。	a · b · c
<コメント> 事務分掌で職員の労務管理に関する業務分担を明確にし、責任者を施設長と定めている。有給休暇取得・時間外勤務については施設長が管理し、法人本部へデータを提供している。健康診断・腰椎検査を介護職は年2回、定期的に行っている。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、費用は半額法人負担としている。法人として、産業医を配置し、ストレスチェックを実施している。年度末に施設長が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。福利厚生に職員の希望も採り入れ、半日有給・バースデー休暇・職員の状況に応じた柔軟な勤務体制、保育所の設置等、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。半日有給や有給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により、働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着率も良い。		
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
<コメント> ホームページに組織として求める人物像を明示し、OJT育成計画書で職員一人ひとりに「求められる役割」「求められる能力」を明確にし、目標管理の仕組みを構築している。OJT育成計画の中で「到達目標」「育成ポイント」を設けている。年3回定期的に目標に対する進捗状況や達成度等を職員が自己評価し、その結果を基に施設長と面談を行っている。面談日・評価等について面談記録を作成している。		

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>組織として目指す福祉サービスを実施するための職員像を、ホームページに「職員の倫理」として明示している。職員に配布している「接遇・基本理念」にも明示している。事業計画に、組織が職員に求める機能訓練指導員・看護師・管理栄養士・生活相談員・医師等の専門職種、資格を職員配置として明示している。研修計画に沿って研修を実施していることが、外部研修は出張復命書、内部研修は参加職員名を記載した研修記録から確認できる。研修欠席者には会議資料の回覧、サイン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>研修・受講証明書等を添付した「履歴書」で、専門資格・他事業所での経験年数等を把握し、別途「職員名簿」で取得資格、当事業所での経験年数等を明確にしている。職員の経験・習熟度に配慮したOJT育成計画に沿って研修を行い、OJTチェックシートで習熟度を確認している。新入職員には、現場でリーダーと共に研修を行っている。内部・外部研修として、看護師・介護職員・管理栄養士等職種別の研修機会を設けて事業計画書に明示し、事業報告書で実施状況を公表している。兵庫県、姫路市老人福祉事業協会等主催の外部研修に参加し、職員のスキルアップ・キャリアアップに努めている。新任職員にも、積極的に外部研修への参加を勧め、受講機会が均等になるよう努めている。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、参加を奨励している。職員の受講状況は事業報告書外部研修様式に職員名を記載し、施設長が内部管理している。内部研修は同じ内容で複数回実施し、外部研修は出張扱いとして、時間外手当や受講費用の支給等について規程を定め、職員が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、「人材の確保」「社会貢献」等、教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。受け入れ窓口を相談員とし、「実習の流れ」でオリエンテーション内容を明示している。現時点では、高校介護科、介護職員初任者研修の実習生の受け入れ実績があり、高校介護科は学校指定のプログラム、初任者研修は研修カリキュラムに沿って実習を実施している。外部研修として、介護福祉士指導者研修を受講し、社会福祉士指導者研修を受講を予定している。指導者研修受講者がリーダーを指導し、リーダーが受講者と共に行動しながら責任をもって研修を実施している。実習期間中に、学校の指導教員が巡回し、中間・最終カンファレンスを開催している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> ホームページに理念・基本方針、事業計画・事業報告・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重要事項説明書に明示し、一部を抜粋して、玄関に掲示している。苦情、事故内容・対応についてホームページで公表している。パンフレットを地域包括支援センター・保健センター等に配布している。地域への認知症予防教室では口頭で説明している。配布しているパンフレットに、事業所の活動内容等を掲載し、ブログも定期的に更新している。認知症予防教室の案内状を作成し、地域包括支援センターや地域住民に配布している。		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 経理規定等法人諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見られるよう設置している。事務分掌で役割・責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタント・社労士・顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、管理職会議で施設長等に報告されている。経理・取引関係については、委託している外部コンサルタントが定期的にチェックを行い、内部監査を実施している。理事については、監事が内部監査を行っている理事会が、事業・財務等に関するチェックを外部コンサルタントに委託している。定期的に予算等財務等に関する報告・指導を受け、経営の改善に向け取り組んでいる。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人理念の中で「地域福祉の拠点」を掲げ、職員に配布している「基本理念」にも基本姿勢を明示している。また、事業計画書にも事業目標の中で明示している。事業所玄関やエレベーター内に「介護の日のイベント」等地域の情報を掲示している。近隣小学校での夏祭り等、地域住民向けイベント時に参加希望者の送迎を職員が行っている。地域住民向けの「介護者の集い」には、地域に案内チラシを作成して地域住民に参加を呼び掛けている。事業所での演奏会や展示会ではボランティア等の協力を得ながら地域の人達と利用者が交流している。定期的な通院介助は基本的に事業所が行い、買い物等は地元の商店を利用している。		

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><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、目的に「利用者の生活並びに施設と地域の交流」を掲げ、受け入れに対する基本姿勢を明文化している。大正琴演奏・フラダンス・沖縄三線等のボランティアを受け入れ、行事報告書に記録している。個人参加は活動記録を作成している。「実習生受け入れマニュアル」に学生の受け入れについての言及がある。マニュアルの「受け入れ方法」の項目で、個人情報の保護等約束事項を記載している。受け入れ時にはマニュアルに沿って事前説明を行っている。トライやるウィークで中学生を受け入れる時には、ミニ講座を開催し、車イスの取り扱い等を説明して事故防止に努めている。トライやるウィークの受け入れ、また、近隣女子校へ出前講座を実施し、学校教育への協力を行い、高齢者への理解を深めている。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>病院・施設、等介護事業所・行政機関・タクシー会社・理美容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玄関に設置している。外出先等を行事報告書に記録し、職員間で共有を図っている。兵庫県並びに姫路市老人福祉事業協会に加入している。定期的に、施設長、管理者、栄養士等を対象にした協会主催の研修に参加し、災害時の福祉避難所運営や給食への対応等、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福祉施設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>毎週月曜日に地域交流室で、100歳体操を開催し、参加者名簿を作成している。また、ジャコウアゲハ展示会のためにも開放している。「介護技術講習会」「認知症予防教室」等を県の委託事業として実施し、チラシを配布して参加を呼び掛けている。随時、外部からの相談に応じ、相談内容は「相談・問い合わせ一覧」に記録として残している。姫路市と災害時の福祉避難所として協定を結んでいる。地域の祭り・児童合唱団活動等へ協賛金寄付を行い、また、買い物等では地元商店の利用を意識的に心掛け、パン等の訪問販売も活用する等、地域の活性化に努めている。</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 • b • c
<p><コメント></p> <p>併設の地域包括支援センター等関係機関を通じて、地域のニーズを把握している。把握したニーズを、みやびの会議で検討し、地域へ場所の提供等を行っている。統括施設長が「大津まちづくり協議会」に参加し、民生委員・児童委員等と連携する機会を持ち、地域のニーズを把握する仕組みがある。地域包括支援センターと相互に情報交換を行い、随時相談に応じて、相談内容等は記録として残している。行政・地域包括支援センター等を通じて、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、緊急ショートステイを受け入れた事例がある。「認知症予防教室」「介護技術講習会」「出前講座」等を実施している。上記の実施計画を28年度事業計画書に明示している。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	○a・b・c
<コメント> 利用者尊重について、法人の老人福祉事業の「基本理念」と、「職員の倫理」「行動規範」に明示し、毎年度初めの冊子配布と研修により、周知を図り理解を深めている。利用者尊重を基に、各ユニットで「行動計画」を作成し実践に取り組んでいる。個々のサービスの標準的な実施方法を明示した介護マニュアルに、利用者尊重の姿勢が示されている。施設内職員研修の年間計画に「理念について」「人権意識について」を位置付けて、研修を実施している。利用者尊重への配慮については、OJTチェック票の項目に入れ定期的な評価と個人面談により個別に必要な対応を行っている。		
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> 「プライバシー保護マニュアル」「人権擁護マニュアル」「身体拘束廃止マニュアル」が整備されている。プライバシー保護・権利擁護については、「基本理念」「接遇」の冊子にも記載され、年度初めの配布と研修により内容の理解が図られている。2階・3階の共同スペースは明るく十分な広さを確保している。自由に移動できる移動式のテーブルを囲み、思い思いに過ごせる快適な環境となっている。ユニット型の居室は一人一人の趣味を取り入れ、プライバシーを確保しながら自由に過ごせる生活の場となっている。契約時に契約書に基づいてプライバシー保護・権利擁護について説明すると共に、家族会で「身体拘束防止に関する指針」を用いて説明を行い、利用者・家族に周知を図っている。「OJTチェック票」を用いた定期的な評価と個人面談により、また、月に1回の「身体拘束・虐待防止委員会」の開催により、規定に基づいたサービスの実施に取り組んでいる。不適切な事案が発生した場合の対応方法についてもマニュアルに明示されている。		
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> 法人理念・施設の内容や特性等を、写真や図等を使用してわかりやすく紹介したパンフレットを、地域包括支援センターや保健センターに設置している。入所希望者には随時見学に対応し、個別に施設内を案内しながら、丁寧な説明を心がけている。パンフレットの内容は、法人で適宜見直している。料金等変更が生じた情報については、資料の見直しを施設で随時行っている。ホームページの「みやび野日記」は随時更新し、毎月発行している「大津みやび野ホーム便り」もホームページで公開し、事業所の活動等について情報提供している。		
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> 「施設サービス提供マニュアル」に、サービス開始時の手順を定めている。契約時には、契約書・重要事項説明書と共に、各種指針・同意書・入所時持参品等の資料を用いて、わかりやすい説明に努め、書面で同意を得ている。事前面談で把握した情報や要望を基に暫定プランを作成し、契約時に説明することで、入居後の生活や支援について具体的に理解できるようにしている。意思決定が困難な利用者については、身元引受人への説明と同意の代行を契約書に定めている。		

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>退所時には、契約書・重要事項説明書の「円滑な退所のための援助」に沿って、利用者の状況や環境を勘案した必要な援助を行っている。病院・他施設・居宅介護支援事業所に要請に応じた文書で情報提供を行う等、円滑な引き継ぎを行っている。退所後の相談窓口を、受付担当者を計画作成担当者として設置している。退所時に、「苦情・相談窓口」を記載した文書として重要事項説明書を提示し、相談担当者について説明している。 退所後の相談方法や担当者を記載した文書を作成し、退所時に説明して渡すことが望まれる。</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><コメント></p> <p>年に1回、「ご家族アンケート」と「食事嗜好調査」を実施している。年に1回2ユニット毎に「入居者意見交換会」を、また、家族会も年1回実施し、各職種の職員も出席し利用者満足や意見の把握に努めている。副施設長・ユニットリーダー・看護師が個別に家族面談を行う機会を設け、実施一覧表に沿って、順次実施している。「入居者意見交換会」で出された意見については、可能な限り会の中で回答している。「ご家族アンケート」については、各ユニットで集計結果から課題を抽出し、年間の行動計画に反映して改善に取り組む仕組みがある。アンケート集計結果は、利用者家族にすべてに郵送してフィードバックしている。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。重要事項説明書に、施設の苦情・相談窓口と行政機関その他苦情受付機関を明示し、利用者・家族に配布している。施設入口に重要事項説明書の要点を掲示し、苦情解決の仕組みと相談窓口を明示している。意見箱の設置やアンケートの実施など、利用者・家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情の内容、処置の経過、処理結果、対応策・改善策を、「苦情処理報告書」に記録している。利用者・家族等へのフィードバックについても、報告書に記録している。苦情内容や解決結果などについては、事業報告書に記載し、苦情を申し出た利用者・家族等に配慮したうえで、ホームページで公表する仕組みがある。リスクマネジメント委員会で、苦情の内容・対応について報告・検討を行い、また、職員会議・ユニット会議でも検討・周知し、再発防止とサービスの質向上に取り組んでいる。</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>施設入り口の意見箱の横に、職員の氏名・職種・写真を掲示し、相談相手を自由に選んで相談できるように工夫している。各ユニットの入り口にも職種別の全職員の顔写真を掲示している。相談室を設け、プライバシーを確保しながら個別に相談できるスペースを確保している。</p>		

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>「相談対応マニュアル」を整備し、27年度末に見直しを行い、見直した内容については職員会議で職員に周知している。意見の傾聴・相談対応については、継続的な研修やハンドブックの配布、また、項目として盛り込まれているOJT評価表による定期的な評価等で意識付けを行い、職員に周知徹底を図っている。意見箱の設置・「入居者意見交換会」の実施、また、代弁者としての「ご家族アンケート」や「家族会」の実施など、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。個別に受けた相談・意見については、内容・対応・フィードバック等、対応経過を個別のケース記録に残している。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントの責任者を施設長とし、事務分掌に定めている。リスクマネジメント委員会を設置し、月に1回職員会議の中で開催している。「リスクマネジメント指針」「事故対応マニュアル」を整備し、事故発生時の対応手順はフローチャートに明示している。事故報告書・ヒヤリハット報告書の提出により、事例の収集を行い、ヒヤリハット報告書については全職員に毎月1件以上の提出を義務付け、危険予知についての意識向上に取り組んでいる。施設内職員研修で、リスクマネジメント研修とヒヤリハット研修を実施している。ヒヤリハット事例については、ユニット毎にヒヤリハット報告書のファイルを作成し発生時に共有すると共に、月1回のユニット会議で検討している。事件事例については、事故報告書を作成し発生時に共有すると共に、月1回の職員会議内のリスクマネジメント委員会で、発生件数・事故内容・再発防止策等を検討している。事故防止策の実効性については、再発防止策の実施状況や実施結果を通して、リスクマネジメント委員会で検証する仕組みがある。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>感染症対策について、責任者は施設長、担当者は看護師として事務分掌に定め、「感染委員会」を設置している。厚生労働省「感染症対策マニュアル」を基に「感染症対応マニュアル」「ノロウイルス対応マニュアル」を作成している。施設内職員研修で、「食中毒について」「ノロウイルス対応」「感染症について」の研修を実施している。研修資料としてマニュアルを用いて、マニュアルの内容の周知を図っている。職員通用口・玄関に洗面所があり、うがい薬、洗浄液を設置し、職員・外来者のうがい・手洗いを励行している。利用者についてももうがい・手洗いを励行すると共に、ミクロテクトを使用して手指消毒・テーブル等の清拭・空間散布を行う等、予防策を講じている。発生時の対応手順については「感染症対策マニュアル」に明示され、適切な対応が行われたことが、対応記録に残されている。感染症対策マニュアルの定期的な見直しは、今年度から予定している。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に 行っている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>施設共通の「災害マニュアル」・ハザードマップを整備し、施設全体で対応体制を定めている。全職員の一覧名簿や緊急連絡網を作成し、また、マニュアル内の「職員の招集について」の中で職員からの安否確認の連絡についても明示されている。毎月避難訓練を行うことを事業計画に明示し、様々な想定で、訓練や確認を行っている。年に1回程度消防署との合同訓練を実施し、また、姫路市と合同で福祉避難所開設訓練を実施する等、関係機関と連携をとりながら訓練を実施している。各ユニット毎に3日間程度の飲料水・食料・ガスコンロ・カセットを用意し、備蓄リストを作成している。管理者(管理栄養士)を決め、消費期限等に留意している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 介護サービスについての標準的な実施方法が、各種マニュアルに文書化されている。各種マニュアルには、利用者の尊重・プライバシー保護・権利擁護についての内容が明示されている。施設内職員研修に「入浴について」「排泄について」「食事ケアについて」「介護技術研修」を位置づけ、マニュアルに沿った内容で研修を行い周知徹底を図っている。「OJTチェック票」に各介護技術について詳細な項目を設け、自己評価とOJT評価により実施方法の習熟度を確保する仕組みがある。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 開設後、順次マニュアルの整備を行い、今年度から定期的な見直しを予定している。現在行っている、随時の見直しについては、計画書の内容や職員・利用者・家族の意向を総合的に勘案して行っているが、仕組み作りには至っていない。 マニュアル見直しの基準・規定を作成し、各マニュアルについて、見直しの時期・担当者（部署・委員会・役職など）・見直し方法などを明確にすることが望まれる。また、職員や利用者などからの意見や提案が反映される仕組み作りが望まれる。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 施設サービス計画書策定の責任者を、介護支援専門員として事務分掌に明示している。「包括的自立支援プログラム」をアセスメントツールとし、課題抽出を行っている。計画の作成に当たっては、「施設サービス提供マニュアル」の手順に沿って、サービス担当者会議に各職種の職員が参加して検討し作成している。施設サービス計画書には、利用者・家族の意向とニーズが明示されている。支援困難ケースについては、対応の経過を「ケース記録」に記録し、カンファレンスなどで検討し、支援や計画に反映して適切なサービス提供に努めている。サービスの実施について詳細に記録できる各種チェック表・確認表を作成し、また、ケース記録への入力を行い、サービスの実施状況を記録し、定期的にモニタリングを行い、計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 「施設サービス提供マニュアル」に、緊急に変更する場合も含め、計画の見直しの仕組みを明示している。「施設サービス計画書」にもとづいて、各ユニットで介護職員が「24時間生活シート」を作成し、変更内容も含め周知する仕組みがある。計画の見直しに当たり、支援内容を変更する場合は、モニタリング票に課題を明示している。		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「包括的自立支援プログラム」「24時間生活シート」の様式を用いて、利用者の身体状況や生活状況を把握、記録している。「記録マニュアル」を作成し、記録の意義・目的・適切な記録の取り方について明示し、マニュアル周知のための研修を実施し、記録に差異が生じないように取り組んでいる。また、「OJTチェック票」に記録の項目を設け、定期的に評価を行っている。情報共有については事業計画の事業目標に挙げ、職員に意識付けを行いながら取り組んでいる。毎朝の全体ミーティング・ユニット毎の申し送り・連絡ノートの設定・ケース記録の閲覧など、情報共有が確実に出来るように取り組んでいる。ユニット会議・リーダー会議・職員会議・看護師会議・ケース会議・サービス担当者会議等を定期的に開催し、情報共有に努めている。パソコンのネットワークシステムを活用し、また、必要に応じてプリントアウトした書面の閲覧により、情報共有を図っている。施設サービス計画書の内容と、サービスの実施状況の整合性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><コメント></p> <p>個人情報保護規定に、記録の保管・保存・情報提供について定められている。諸記録全般の保全管理の統括者を施設長として、事務分掌に明示している。記録保管については、各フロアの施錠できる棚に保管し、個人情報保護に努めている。毎年度初めの施設内職員研修で、法令順守・個人情報保護について研修を行い、記録の管理についても学んでいる。入職時の研修で、個人情報保護・守秘義務について周知徹底し、入職時、退職時に誓約書を交わしている。契約時に、利用者・家族に、「個人情報保護に関する方針」を説明し、「個人情報使用同意書」で同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

事前面接の情報を記載する「インタビューシート」と家族記入の「生活シート」を基に、利用者の・家族の意向や心身の状況・生活習慣などの把握に努めている。把握した情報を基に「24時間生活シート」を作成し、一人ひとりに応じた生活になるように支援し、定期的実施するケースカンファレンスで検討・見直しを行っている。個々の施設サービス計画書に自立支援を位置づけ、また、「OJTチェック票」にも項目を設けて、自立支援に取り組んでいる。事業計画に「趣味等生きがい活動」として、複数のメニューを設け、利用者や家族から把握した情報をもとに、個別の施設サービス計画書に採り入れて、日中活動に参加し、生活に楽しみが持てるように支援している。クリスマス会・夏祭り等行事には、家族・ボランティアの参加がある。買い物・外食・喫茶・地域イベントへの参加等を通して、地域資源の活用と社会参加できるように、計画を立てて実施している。生活リハビリを重視し、食堂・トイレ・浴室に移動できるように支援し、更衣・整容も自立支援している。個人に応じた離床時間を把握し、「24時間生活シート」に明記して支援している。

毎年度初めに配布される「接遇」ハンドブックと施設内職員研修、「OJTチェック票」での定期的な評価等、コミュニケーションの重要性・言葉遣いや接し方等について、学び振り返る機会を数多く設けている。意思疎通に課題がある利用者については、ホワイトボードの使用による筆談を行う等、個別の対応方法を施設サービス計画書に挙げて支援している。会話が不足しがちな利用者には、職員が言葉かけ・スキンシップに心がける等、施設サービス計画書に盛り込み支援している。生活の日常的な場面でも共に、定期的利用者意見交換会を開催する等、利用者が話したいことを話せる機会作りを努めている。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

「包括的自立支援プログラム」の「ケアチェック表」で入浴についての状況を把握し、「施設サービス計画書」「24時間生活シート」に、個別の介助方法を明示している。「入浴マニュアル」「OJTチェック票」に、尊厳や羞恥心への配慮を明記し、支援に反映している。入浴を拒否する利用者への誘導介助方法は、「施設サービス計画書」に明示している。各浴室には入浴マニュアルを設置し、入浴前のバイタルチェック・安全確認等、統一した手順で行っている。脱衣室の室温・浴室温度・シャワー温度・浴槽内温度は自動調節されているが、さらに入浴前には介助者の体感で確認してチェック表に記録している。機械浴室は壁一面にパネルヒーターを設置して入浴時の温度調節に努めている。入浴後の水分摂取は日課として行っている。ユニットで入浴剤や保湿剤を購入し、ユニット全体でスキンケアを行っている。個別に行う場合は、保湿剤などを購入し個別支援している。「入浴マニュアル」に、看護師による健康チェック、入浴可否判断を受け入浴を実施することを明示している。「入浴前チェック表」で入浴前のバイタルチェックからの可否判断の確認を介護職員が行ったことを印・サインで確認できる仕組みがある。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た場合には、チェック表に変更を記録している。自力で入浴可能な利用者は少なく、必ず見守り・介助を行い事故防止に努めている。洗剤等は利用者の手が届かない場所に保管されている。家庭的な浴槽が各ユニット個々に設置されており、別途個浴・機械浴が用意されている。シャワーチェアや手すり、ステップ台・滑り止めマット等介護機器が用意され安全に入浴ができるように整備されている。業務割り振りで職員の配置を行い、自力で入浴できる場合でも安全のための見守りを行っている。感染症や意向等に応じた入浴順の配慮については、「施設サービス計画書」に挙げて支援している。

「包括的自立支援プログラム」の「ケアチェック表」で排泄についての状況を把握し、「24時間生活シート」で「自分で出来ること」「支援内容・留意点」を明示し、残存能力を活用した自立支援に取り組んでいる。「排泄表」に排泄状況を記録し、健康状態の確認を行っている。「排泄介助マニュアル」に利用者の尊厳や羞恥心への配慮を明記し、「施設サービス計画書」の留意点にも明記している。各フロアに共用トイレが2箇所設置され、車いすでも十分な広さのスペースが確保している。個々の状態・状況に合わせた介助方法等工夫し、尊厳や羞恥心に配慮しながら実施している。共用のトイレは汚れ・臭いがなく清掃が行き届き清潔である。居室に設置されているポータブルトイレも、洗浄時に消毒液で洗浄し臭気は感じられない。全館冷暖房が完備され、隣接しているトイレ内も温度管理が行き届いている。「排泄マニュアル」「OJTチェック票」「サービス計画書」を基に安全な介助に努めている。「排泄表」「食事摂取・水分量チェック表」で状況の把握を行い、看護師と連携して、自然な排泄を促す対応を行っている。睡眠時の排泄介助については、使用パット・おむつの工夫・定時介助など、睡眠を妨げないように配慮している。おむつ・パット類を数種類準備し、業者による研修の機会も設け、個々の利用者に適切な使用ができるように取り組んでいる。おむつ交換を行う際は、皮膚の観察・陰部洗浄を行うことをマニュアルに明示して実施している。ナースコール・センサーマット・PHSを活用し、排泄の要望に対して迅速に対応できるように努めている。

「包括的自立支援プログラム」の「ケアチェック表」で、移動・移乗についての状況を把握し、「24時間生活シート」で「自分で出来ること」「支援内容・留意点」を明示し、安全で残存能力を活用した自立支援に取り組んでいる。「ケアチェック表」の「移動・移動用具」の項目で、使用している福祉用具が適切かどうかを定期的に確認している。福祉用具使用時に点検を行い、「福祉用具の点検表」に記録している。不備があれば、業者に適宜修理を依頼している。ナースコールやセンサーマットを活用し、移動・移乗に対する迅速な対応に努めている。フロアは広く、バリアフリーになっており安全に移動しやすくなっている。移動式のテーブルや椅子等の配置も工夫されている。車いす移動スペースも十分である。車椅子・杖・歩行器・シルバーカー等利用者に合わせて福祉機器・福祉用具が準備されている。

「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を明示している。「褥瘡対策委員会」「看護師会議」で褥瘡について取り上げて検討し、検討内容や決定事項を職員会議で報告し、体位・姿勢変換、マッサージ、軟膏塗布、介助時の注意点など、職員への周知を図っている。個別の褥瘡処置に関して表を作成し、実施している。食事の摂取状況から低栄養のある利用者に対して栄養ケア計画に捕食を位置付ける等、食事面からの褥瘡予防にも取り組んでいる。

好みや季節を考慮して衣類の選択が行えるように支援している。購入の必要がある場合は、家族に連絡し、要請があれば、購入代行したり、買い物外出や訪問販売の機会に購入する等、適宜支援している。訪問販売は、チラシを作成し情報提供している。更衣については、適宜対応している。

「OJTチェック票」に、整容・身だしなみ・服装への配慮の項目を設け、職員に支援への意識付けを行っている。「インフォーマルサービス一覧」で訪問理美容の事業所の情報提供を行い、訪問理美容来訪日を「みやび野ホーム便り」に掲載している。希望する美容院からの訪問を調整する等、希望に応じた支援に努めている。

全室個室となっており、天井、洗面台に豆球で明るさを調節して、利用者の希望に応じた明るさになっている。「安眠マニュアル」を整備し、不眠予防・不眠者への対応方法等を明文化している。私物の持ち込みは可能であり、タオルケット・敷布など持ち込んでいる。完全個室であり同室者への影響はないが、壁を叩く等他の入居者に影響を及ぼした場合には壁からベットを離す等、適宜対応している。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○a・ b ・ c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○a・ b ・ c

特記事項

利用者の希望や好み・季節・行事などを考慮して、法人三施設の管理栄養士が献立を作成し、毎月開催の管理栄養士会で検討している。嗜好調査の結果や月に1回の食事委員会の内容を参考に、利用者の希望や好みの把握に努めている。自宅で使い慣れた食器の持ち込みを勧め、施設の食器や盛り付けにも配慮している。配膳車で運ばれた米飯はレンジで温め、また、汁物はシャトル鍋で保温し適温で提供している。気の合った利用者同士が好みの場所で自由に食事時間が過ごせるように配慮されている。安全に食事摂取ができるよう周囲に気を配りながら、食事介助の必要な利用者には1対1で職員が介助している。週に1回菓子パンを選択できる日を設けている。また、チキンライス・ちらし寿司・チャーハンを選択できる機会を設け、今後も選択メニューを採り入れていく予定である。厨房で調理された食事を提供前に各ユニットで温め直し、居室への配膳も保温に配慮している。

「包括的自立支援プログラム」の「ケアチェック表」で、個別の嚥下・咀嚼状態を把握し、状態に応じた形態で提供している。「施設サービス計画書」にもとづいて作成する「24時間生活シート」に、「自分で出来ること」「支援内容・留意点」欄を設け、残存能力の活用・自立支援・食事ペース・食事時の姿勢など、個別の支援方法を明示し支援している。食事介助の留意点については、「OJTチェック票」でも確認している。「事故対応マニュアル」に、食事中の事故についての対応方法を明示し、研修で周知し、「OJTチェック票」でも確認している。食事・水分の摂取量を「食事摂取・水分量チェック表」で把握し、看護師とも連携し、食事・水分補給への配慮を行っている。部門横断のカンファレンスで、栄養面・形態に配慮した食事を検討し、食事箋で栄養課に伝え適切な食事提供を行っている。口腔体操・個々の状態に応じた食事形態での提供・個別の食事介助方法等により、経口での食事摂取ができるよう取り組んでいる。利用者一人ひとりに、「栄養ケアプラン」を作成し、栄養マネジメントを行っている。発熱・歯痛等、突発的な状況に対しては、「食事連絡票Ⅱ」で一時的な変更を伝達し、対応した食事を提供している。

「包括的自立支援プログラム」の「ケアチェック表」で、口腔ケアの自立度を把握している。「栄養ケア計画」に口腔ケアの項目を設け、日々のチェック表で実施を記録し、「栄養ケア計画」の中で評価・見直しを行っている。週1回歯科衛生士の訪問を受け、個別に指導・助言を受け対応・支援につなげている。食前には口腔体操を実施し食事中の事故防止に努めている。口腔ケアについては外部研修に参加し、資料回覧により、周知を図っている。また、「OJTチェック票」に口腔ケアについての項目を設け、必要に応じて個別に指導している。口腔ケアの実施状況は、朝・昼・夕のチェック表に記録している。歯ブラシはフロアで預かり自立している利用者は自室の洗面台で食後の口腔ケアを行っている。義歯は容器に入れ清潔に保管している。各個室に使いやすい高さの洗面台が設置されており食後は自室へ誘導して口腔ケアを促している。

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

「終末期対応マニュアル」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。契約時に、「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、文書で同意を得ている。施設内職員研修で毎年「看取りケアについて」の研修を実施している。研修の中で事例の振り返りを行ったり、また、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。「看取りケアに関する指針」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

利用者の日常生活能力・残存機能は、「モニタリング票」で定期的に評価している。周辺症状に対応するケアについてはケアプランに位置づけ、観察や経過は「ケース記録」に記録している。支持的・受容的なかわりについては、接遇マニュアルや「OJTチェック票」で周知を図り実践に努めている。家事等、日常生活の中での役割を持つこと等は、施設サービス計画書に盛り込んで支援している。外部研修に参加し、「4DAS」等認知症ケアについて最新の知識・情報を学ぶ機会を設け、資料の回覧により職員間で共有している。周辺症状への支援内容の検討については、心療内科等専門医の指導・助言を受け、また、カンファレンスには看護師の出席もあり、連携を図っている。利用者一人ひとりの症状に合わせた活動は、施設サービス計画書に挙げ、継続的に活動できるように支援している。「身体拘束防止に関する指針」を策定し、抑制・拘束は行わない指針を明示している。やむを得ず拘束を行う場合には、定められた手続きの下、カンファレンス・家族への説明と同意・記録と再検討等、解除に向けて取り組んでいる。

木調の茶系統に統一された床と壁等、全館バリアフリーで、安全で落ち着ける環境になっている。各階に2つのユニットが設置され、ユニット間は廊下で自由に行き来でき、広く閉塞感のない生活空間が提供されている。エレベーターは事故防止のためテンキー使用となっているが、希望があれば職員が同行して使用している。洗剤類・包丁等危険物は、適切に保管・管理している。カウンターやテーブル上は整理整頓を心掛け、異食・火傷等の事故防止に努めている。自然光がさしこみ明るく開放的な共用スペースには、少人数に分かれて座れるようなテーブル、椅子を用意し落ち着いて過ごせるよう工夫がされている。居室には衣装箱・整理たんす・時計・仏壇等私物が持ち込まれ、個性のある居室となっている。各居室前には表札、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。また部屋間違え予防の品が貼られている。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

看護師が、利用者一人ひとりに応じた「機能回復訓練計画書」を作成し、「モニタリング」に実施状況を記録し、「計画見直しのためのアセスメント用紙」で再アセスメントを行い、3カ月毎に計画の見直しを行っている。介護予防活動は、施設サービス計画に自立支援や生活リハビリを位置づけ、計画的に取り組んでいる。移動・移乗・入浴・排泄等、日々の生活動作の中でも、残存能力を活かした自立支援を行うことを施設サービス計画に盛り込んで支援している。家事活動やレクリエーション等、利用者の好みや興味に応じた場面設定を行うこと、また、言葉かけを頻繁に行うこと等を施設サービス計画に盛り込んで主体的に参加できるように工夫している。利用者の状況に応じて、随時看護師の助言・指導を受け、施設サービス計画や支援に反映している。利用者に認知症状の変化があれば、気づきの段階から経過をケース記録で共有し、看護師と連携して、心療内科への受診など必要な対応を行っている。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a ・ Ⓑ ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

全利用者について毎日検温を、週2回の入浴日に合わせて血圧測定を行い、「看護記録」に記録して、体調の変化の早期把握に努めている。「医療安全管理指針」をマニュアルとして整備し、緊急時対応フローチャートで医師・医療機関との連絡・連携体制を明示している。毎月の緊急連絡先一覧で看護師のオンコール体制を明示している。協力医療機関と24時間体制での受け入れ体制を整備し、3カ月ごとに見直す「看護・介護情報提供書」により正確な情報提供を行い、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。服薬管理マニュアルあり。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。服用しているか口腔内を介護職が確認してサインしている。サインの状況を看護師が確認しサイン漏れがあれば看護師より介護職に確認、残薬確認をおこない欄外に看護師が印をしている。「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として記録している。また、医務の申し送りノートにも記録している。

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。

感染症・食中毒に対する予防・発生対応についてのマニュアルが整備されている。栄養士・調理員については、健康状態をチェックし、体調の変化を日常的に把握している。職員がインフルエンザにかかった場合の対応方法は、「インフルエンザ出席停止期間早見表」に明示している。予防接種は、全職員に義務付け、費用の一部負担を支援している。施設内職員研修に「食中毒について」「感染症について」を位置づけ、定期的・継続的に研修を実施している。また、外部研修にも参加し、資料回覧により職員間で共有している。玄関と職員通用口に、手洗い場・手指消毒薬・マスク等を設置している。家族等来訪者には、玄関の手洗い場に掲示し、手洗い・うがいなどを呼び掛けている。

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する仕組み作りが望まれる。職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法の文書化が望まれる。

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・衛生管理等の点検は、専門業者に委託して、定期的実施され、快適性・安全性の維持に取り組んでいる。消防関係の備品は避難訓練の時期に合わせて設置場所・器具の点検を行っている。その他備品についても、故障・不具合・汚れ等があれば、施設長から関係業者に連絡し、対応している。木の温もりを感じさせるフローアや椅子とテーブル、白色に統一された壁面等、落ち着ける雰囲気づくりに配慮している。どの角度からも鑑賞できる壁面にテレビを設置し、木調のテーブルや椅子の配置等、個々に自由に過ごせるように工夫している。利用者が集うフローアや居室の環境は、利用者の要望を聞き取り、快適に過ごせるように配慮している。

A-9 家族との連携

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

特記事項

定期的には6カ月ごとの施設サービス計画見直し時に、ケアチェック表の送付により利用者の状況を報告している。変化があった場合には、電話で迅速に報告している。定期個別面談も順次開催し、利用者の状態報告・サービスの説明・要望や相談の聴取を行っている。家族の面会が多く、面会時には近況を報告し、要望を聞いたり、相談を受けている。行事については、ホーム便りと別紙行事案内を郵送し、家族に日程などを案内し、出欠を確認している。

A-10 その他

	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	(a) ・ b ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	(a) ・ b ・ c

特記事項

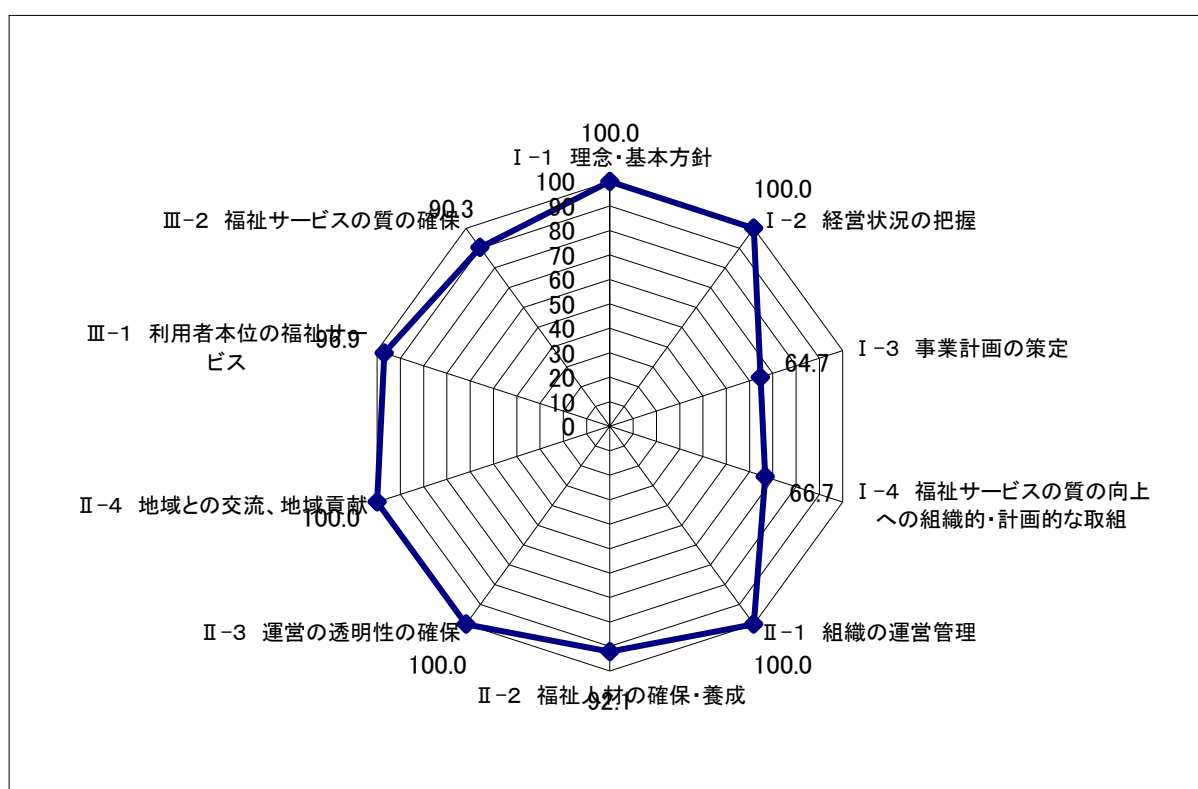
買い物・外食等、必要時の外出は職員が支援している。地域のイベントについての利用者への情報提供は、主に掲示で行っている。外出マニュアルを作成して安全な外出に努め、外出先での緊急事態に備えて、各利用者に「情報連絡シート」を作成し持参している。

携帯電話の持ち込み、使用は自由である。スタッフルームでの電話の取次ぎ・使用にもいつでも対応し、プライバシーに配慮している。郵便は本人または家族に手渡し、プライバシーに配慮している。郵便物の投函も、個別に適宜支援している。

新聞・雑誌は希望があれば個人購入可能である。テレビ・ラジオは持ち込みが可能で、自室にテレビを設置されている利用者もある。2階エレベータ横の共有スペースに各種新聞が設置され自由に読むことができる。円滑な共同利用については、適宜職員が支援している。

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	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	11	64.7
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	6	66.7
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	35	92.1
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	26	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	62	96.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3



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	54	100.0
3 食生活	26	26	100.0
4 終末期の対応	6	6	100.0
5 認知症ケア	15	15	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	9	69.2
8 建物、設備	5	5	100.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	8	100.0

