

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

（1）事業者概要

事業所名称：ひろやす荘短期入所生活介護事業所 （施設名）	種別：短期入所生活介護事業（介護予防）
代表者氏名：理事長 永田啓朗 （管理者） 管理者 永田恭子	開設年月日： 昭和54年6月1日
設置主体：社会福祉法人 慈光会 経営主体：社会福祉法人 慈光会	定員：15 （利用人数）40名
所在地：〒861-2231 熊本県上益城郡益城町大字安永1080番地	
連絡先電話番号：096 — 286 — 4192	FAX番号：096 — 286 — 6946
ホームページアドレス	http://www.jikou-kai.com/

（2）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
短期入所生活介護事業（介護予防）サービス	各種季節行事（花見会、クリスマス会等） 各種クラブ活動（絵手紙教室、ニュージックセラピー、メイクアップセラピー等）他、法人秋祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
ユニット型個室15室 従来型多床室4人部屋10室空床利用 ユニット型個室100室空床利用	短期入所生活介護事業の設備基準のとおり

2 施設・事業所の特徴的な取組

・入居棟とは別に事業所独自に棟が設けられており、全室個室からは中庭が眺められ、太陽の光が居室に入る事で居室は明るい。居室入口には雪見障子が設置してあり、開閉する事で換気が出来ようになっている。

また、グループで構成されている単独事業所としての利を活かし、ニーズ調査に基づいた外出行事・食事レクリエーションを積極的に実施している。

・利用前には、在宅（在籍先）を訪問し、日頃の生活状況ADL・食事・内服・連絡先等を確認し、24時間シートのアセスメントにて施設内での生活が継続出来るように、職員間での周知を図りケアを実施している。

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

＊サービスの質の向上に向けた組織的・計画的な取組

法人内の特養・通所・認知症対応型通所介護事業所は、平成25年度・26年度に第三者評価を受審しており、今年度は、短期入所・訪問介護・居宅介護支援事業所の3事業所が受審している。それぞれの事業所の管理者は、受審済み事業所の評価結果を参考にして職員全員による自己評価に取組み自事業所のサービスの現状を振り返る取り組みを実施している。これまで、短期入所生

活介護事業所は、特養の計画に準じたサービス提供となっていたが、より短期入所利用者の生活支援に特化したサービスの提供に取り組んでいる。法人全体で、PDCAサイクルを意識した取組が計画的に実施されている。

＊計画的な福祉人材の育成と確保

法人の基本方針に「福祉関連の各種資格取得を推進・支援」「資質の向上を目指すために施設内外の研修に積極的に参加させる」と明示し、職員の育成に向けた考えを示している。年間研修計画を策定し、新人研修・中堅研修・環境整備・看取り・法令遵守・接遇等の研修に加え、介護プロフェッショナルキャリア段位制度導入に際しての受講も推進している。現在、特養と短期で、9人の職員がアセッサーとして資格を得ており、これらの職員をリーダーとして、全体的な職員のレベル向上を図っている。

＊職員の就業状況への配慮

産休・育休・時短・介護休業等の制度を確立し、働きやすく、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境整備に取り組んでいる。職員の親睦会やボーリング大会、夏のビヤガーデン等、多様なレクリエーションを開催して、楽しい職場作りに取り組んでいる。職員用食堂には、無料で飲めるコーヒーマシンが設置されており、リラックスできる環境への配慮がある。

＊利用者満足の向上を目指した取組

事業所独自に利用者満足度調査を実施し、利用者・家族の意向把握に努めている。今年度から併設の特養・通所の行事に頼ることなく短期間の利用でも楽しめるレクリエーションやテーブルで出来るゲームなど、職員がアイディアを出し合い、入居時を楽しんでもらえるような支援を工夫している。

＊安心・安全な環境整備で利用時の事故減少への取組

短期入所者の事故減少のために、事故が起こるたびに原因を追究し、改善策を検討して、利用者の安全確保に努めている。ベッドや椅子、タンスなどの配置が、自宅と施設では異なるために起きる転倒事故、薬の置き場所など、日々の暮らしの細かな点まで見直し、医務室や相談員とも連携し、環境整備に努め、今年度は骨折事故「ゼロ」の成果となっている。この取り組みを、「短期入所者の方の介護・事故減少の取組」というテーマで、施設内の研究発表大会で報告している。全職員による真摯な取り組みが確認できた。

◆改善を求められる点

＊利用者に関する記録の管理体制

個人情報保護管理規程が整備されている。利用者に関する記録は電子カルテ「ほのぼの」に記録され、職員はIDパスワードで閲覧することが出来る。しかし、一旦設定されたパスワードが長期に亘って使用されているように覗えた。情報漏洩等を防止するために、パスワード管理規程の見直しと変更が必要と思われた。

5 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.3.31)

今回短期入所生活介護事業所として、第三者評価受審に当たり、これまで外出行事等、特養ユニットと合同に実施しており、単独事業所として機能していない事に気付かされました。また、働いている職員の意識にも変化が見られました。当たり前に行っていた事を見つめ直し、どういう意味があるのかを再確認出来たと感じております。

今回の評価を受け、これからもっと単独事業所の特色を活かし、各利用者・家族のニーズ調査に基づき、屋内外の行事・食事レクリエーションを計画的に企画・実施し、利用者満足度の向上に努めて行きたいと思っております。大変ありがとうございました。

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【共通版】

◎ 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 ワークショップ「いふ」
所 在 地	熊本市中央区水前寺6-41-5
評価実施期間	2015年10月26日～2016年3月31日
評価調査者番号	① 06-031
	② 08-012
	③ 13-007

(1) 事業者概要

事業所名称：ひろやす荘短期入所生活介護事業所 (施設名)	種別：短期入所生活介護事業（介護予防）
代表者氏名：理事長 永田啓朗 (管理者) 管理者 永田恭子	開設年月日： 昭和54年6月1日
設置主体：社会福祉法人 慈光会 経営主体：社会福祉法人 慈光会	定員：15 (利用人数) 40名
所在地：〒861-2231 熊本県上益城郡益城町大字安永1080番地	
連絡先電話番号：096 — 286 — 4192	FAX番号：096 — 286 — 6946
ホームページアドレス	http://www.jikou-kai.com/

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
短期入所生活介護事業（介護予防）サービス	各種季節行事（花見会、クリスマス会等） 各種クラブ活動（絵手紙教室、ニュージックセラピー、メイクアップセラピー等）他、法人秋祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
ユニット型個室15室 従来型多床室4人部屋10室空床利用 ユニット型個室100室空床利用	短期入所生活介護事業の設備基準のとおり

職員の配置						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
管理者	1	0	社会福祉士	2	0	
事務職員	3	0	社会福祉主事	5	0	
生活相談員	2	0	介護支援専門員	2	1	
庶務職員	1	0	介護福祉士	8	0	
介護支援専門員	2	1	正看護師、准看護師	7	0	
介護職員	7	2	理学療法・言語聴覚士	3	0	
看護職員	7	0	管理栄養士・栄養士	3	0	
訓練指導員	3	0	調理師	0	0	
管理栄養士・栄養士	3	0				
調理員	0	0				
合 計	29	3	合 計	30	1	

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

(理念)

「スマイル、セーフティー&スピード、サービス」の3つを基本理念としている。

(基本方針)

- ・介護保険法に基づき心身の状態や生活環境を考慮した上で、可能な限り自立した在宅生活が出来るよう支援すると共に、ご利用者様の在宅介護の負担軽減を図る。
- ・リスクマネジメントへの取り組みとして、利用者の介護事故の根絶、身体拘束及び抑制の根絶、感染症予防の充実を図る。また、利用者等からの苦情の早期解決処理について全職員で取り組むと共に各種委員会での防止対策検討を積極的に進める。
- ・事業所の適正な事業運営を図るため、必要に応じて職員の配置替えを行い、職員の志気の高揚を図ると共に、人事考課制度、研修等により、福祉職員、組織人として、ふさわしい人材の育成に努め、業務上必要な資格の取得を促進し、職員個々のスキルアップ、資質向上を図る。
- ・明るく、楽しいやりがいのある職場環境の保持に積極的に努め、事業所の設備環境、美化に努める。
- ・複雑化する契約書等の事務処理についての検討を行い、省力化・効率化を図る。
- ・利用者の積極的な外出やクラブ活動等の機会の確保に努める。
- ・介護ケアプラン・機能訓練プランの充実を図り、また、各職種間の連携により、利用者にとって最善のサービス提供に努める。

3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・入居棟とは別に事業所独自に棟が設けられており、全室個室からは中庭が眺められ、太陽の光が居室に入る事で居室は明るい。居室入口には雪見障子が設置してあり、開閉する事で換気出来るようになっている。
- また、グループで構成されている単独事業所としての利を活かし、ニーズ調査に基づいた外出行事・食事レクリエーションを積極的に実施している。
- ・利用前には、在宅（在籍先）を訪問し、日頃の生活状況ADL・食事・内服・連絡先等を確認し、24時間シートのアセスメントにて施設内での生活が継続出来るように、職員間での周知を図りケアを実施している。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月26日～ 平成28年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	回（平成 年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

＊サービスの質の向上に向けた組織的・計画的な取組

法人内の特養・通所・認知症対応型通所介護事業所は、平成25年度・26年度に第三者評価を受審しており、今年度は、短期入所・訪問介護・居宅介護支援事業所の3事業所が受審している。それぞれの事業所の管理者は、受審済み事業所の評価結果を参考にして職員全員による自己評価に取組み自事業所のサービスの現状を振り返る取り組みを実施している。これまで、短期入所生活介護事業所は、特養の計画に準じたサービス提供となっていたが、より短期入所利用者の生活支援に特化したサービスの提供に取り組んでいる。法人全体で、PDCAサイクルを意識した取組が計画的に実施されている。

＊計画的な福祉人材の育成と確保

法人の基本方針に「福祉関連の各種資格取得を推進・支援」「資質の向上を目指すために施設内外の研修に積極的に参加させる」と明示し、職員の育成に向けた考えを示している。年間研修計画を策定し、新人研修・中堅研修・環境整備・看取り・法令遵守・接遇等の研修に加え、介護プロフェッショナルキャリア段位制度導入に際しての受講も推進している。現在、特養と短期で、9人の職員がアセッサーとして資格を得ており、これらの職員をリーダーとして、全体的な職員のレベル向上を図っている。

＊職員の就業状況への配慮

産休・育休・時短・介護休業等の制度を確立し、働きやすく、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境整備に取り組んでいる。職員の親睦会やボーリング大会、夏のビヤガーデン等、多様なレクリエーションを開催して、楽しい職場作りに取り組んでいる。職員用食堂には、無料で飲めるコーヒーマシンが設置されており、リラックスできる環境への配慮がある。

＊利用者満足の向上を目指した取組

事業所独自に利用者満足度調査を実施し、利用者・家族の意向把握に努めている。今年度から併設の特養・通所の行事に頼ることなく短期間の利用でも楽しめるレクリエーションやテーブルで出来るゲームなど、職員がアイディアを出し合い、入居時を楽しんでもらえるような支援を工夫している。

＊安心・安全な環境整備で利用時の事故減少への取組

短期入所者の事故減少のために、事故が起こるたびに原因を追究し、改善策を検討して、利用者の安全確保に努めている。ベッドや椅子、タンスなどの配置が、自宅と施設では異なるために起きる転倒事故、薬の置き場所など、日々の暮らしの細かな点まで見直し、医務室や相談員とも連携し、環境整備に努め、今年度は骨折事故「ゼロ」の成果となっている。この取り組みを、「短期入所者の方の介護・事故減少の取組」というテーマで、施設内の研究発表大会で報告している。全職員による真摯な取り組みが確認できた。

◆改善を求められる点

＊利用者に関する記録の管理体制

個人情報保護管理規程が整備されている。利用者に関する記録は電子カルテ「ほのぼの」に記録され、職員はIDパスワードで閲覧することが出来る。しかし、一旦設定されたパスワードが長期に亘って使用されているように覗えた。情報漏洩等を防止するために、パスワード管理規程の見直しと変更が必要と思われた。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.3.31)

今回短期入所生活介護事業所として、第三者評価受審に当たり、これまで外出行事等、特養ユニットと合同に実施しており、単独事業所として機能していない事に気付かされました。また、働いている職員の意識にも変化が見られました。当たり前に行っていた事を見つめ直し、どういう意味があるのかを再確認出来たと感じております。

今回の評価を受け、これからもっと単独事業所の特色を活かし、各利用者・家族のニーズ調査に基づき、屋内外の行事・食事レクリエーションを計画的に企画・実施し、利用者満足度の向上に努めて行きたいと思っております。大変ありがとうございました。

7 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。

（参考） 利用者調査の手法等

調査の手法	対 象 者	対 象 数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利 用 者 本 人	22	
	家 族 ・ 保 護 者		
聞き取り調査	利 用 者 本 人		
	家 族 ・ 保 護 者		
観 察 調 査	利 用 者 本 人		

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。	①・b・c
<コメント> 法人設立時に、基本理念を「スマイル・セーフティ&スピーディー・サービス」と分かり易く表現し、職員が業務を遂行する上での行動規範としている。理念に沿って27年度は7項目の基本方針を掲げ、全体会議・課長会議・ユニット会議等で読み合わせを行い、職員への周知を図っている。全職員は理念SSS(スリーエス)が表示されたバッジを常に着用し、日々のケアの拠り所としている。また、広報誌・パンフレット等に理念を記載し、施設内に掲示すると共にホームページも活用して、対外的にも理念の周知を図っている。		

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。	①・b・c
<コメント> 経営の安定・将来の展望を行う上での福祉全体の動向や、地域の福祉ニーズ等の情報は、行政や老協を通して、また、地域の代表が参加する事業運営推進委員会等から得られている。経営をとりまく環境についての情報やデータは、毎月開催される事業運営対策委員会において取り上げられ、現状の把握と分析、対応策の検討が行われており、その結果は、事業所の職員に伝えられ共有されている。		
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	①・b・c
<コメント> 財務月次計算書を毎月チェック・確認し、エネルギー対策など、コスト管理等を行っている。安定した運営のためには人材確保を重要とし、短期・中期・長期を見据えた職員の人材育成計画が策定されている。また、職員が自ら職場紹介のDVDを作成し、就職フェアでプレゼンテーションを行う等、人材確保のために組織的に取り組んでいる。相談員との連携を密にして空室の減少を図り、利用率の向上を図っている。		

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	①・b・c
<コメント> 中・長期計画は、理念・基本方針に基づき、経営状況や環境の把握・分析等を踏まえて法人本部で策定されている。法人は、①旧ひろやす荘の東側土地の整備計画、②旧ひろやす荘跡地の施設整備計画等、③償還積立金・施設整備積立金・修繕積立金等に関する計画、④近年の大規模な震災、天災等に対する更なる防災計画、訓練等の4項目が計画されている。		

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。	①・b・c
<コメント> 平成27年度の事業計画として、①利用者の相談を受けた際、迅速な受け入れをするため、法人内の複数事業所が関わりを密にする。②必要な支援を行うことやケアプランに添った支援を行うため、利用者とその家族との連携を図る。③担当ケアマネージャーとの連携で、在宅介護の継続維持や介護負担軽減を図る他6項目を含めて、推進する項目を9項目掲げている。計画は、実行可能な具体的な内容となっている。		
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。	①・b・c
<コメント> 事業計画策定に際して、全職員が各部門での話し合いに参加して原案をつくり、課長会議、事業運営対策会議等において検討され、施設長・理事長・役員等に承認され確定されている。計画は、年度初めに全職員に配布され、説明が行われている。計画の実施状況・進捗状況は、半期ごとに見直しが行われている。		
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。	①・b・c
<コメント> 事業計画は、家族会で資料を配布し説明を行なっている。参加できない利用者・家族には、資料を郵送している。また、事業計画は、施設内玄関に掲示している。更に広報誌、パンフレット、ホームページ等に行事内容などを掲載して、利用者に関係のある計画についての周知に努めている。		

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。	①・b・c
<コメント> 法人内の他事業所が受審した第三者評価の評価結果を参考にしたり、職員が自己評価に取組んで、事業所のサービスの現状を振り返り改善に繋げている。また、毎年、利用者と家族の満足度を知るため「利用者満足度調査」が実施され、結果を分析して改善へのステップが取られている。PDCAサイクルを意識した取り組みが組織的に行われ、機能しているものと思われる。より質の高いサービス提供を目指して「ユマニチュードケア」の導入・24時間シートの活用・多様なコミュニケーション方法の取り入れなど、具体的な取組も行っている。		
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。	①・b・c
<コメント> 第三者評価受審に際してのサービスの振り返りの中で、行事計画の内容を見直し、これまで、特養の計画に準じて行っていた支援を、短期利用者に特化した計画を策定することとしている。今年度は、短期入所者のニーズをより把握して計画の作成に努めている。利用者の希望を聞き、これまで実施していた特養との交流に加え、短期間の利用者がより楽しめるレクリエーションやテーブルで出来るゲーム等を取り入れ、施設での生活が数日であっても喜んで楽しいと感じられるような支援に努め、利用者の満足度向上に繋げている。		

評価対象Ⅱ 組織の運営

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。	①・b・c
<コメント> 運営・管理をリードする立場として、理念や基本方針を踏まえて質の高いサービスを提供するために、法人全体の組織図と職務分担表に自分の果たすべき役割と責任について明記しており、会議等において表明している。リスクマネジメント、災害、苦情等に関して管理者の責任と役割を明確にすると共に、不在時における権限委任等も明示されている。		
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。	①・b・c
<コメント> 管理者は、事業運営に関わる法令等に関する外部研修に自ら参加し、管理者が遵守すべき法令等の幅広い分野の資料、情報の収集、把握に努めている。また、全職員を対象とした「倫理・法令遵守に関わる職員研修」を開催し、職員の法令遵守に関する意識向上に努めている。倫理綱領を玄関に掲示し、各規定集はブロックごとに保管され職員がいつでも閲覧できるように整備されている。		
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。	①・b・c
<コメント> 特養の施設長でもある管理者は、法人内の特養の他、通所・訪問介護・居宅介護支援事業所等、それぞれの事業所が順に第三者評価を受審して、サービスの質を向上に繋げることを目指している。これまで受審した特養や通所介護事業所の評価結果を参考にして、それぞれの事業所が現状を振り返り、継続した改善への取組を促し、サービスの質の向上に意欲を持ち、リーダーシップを発揮している。 ユマニチュードケアの導入・介護プロフェッショナルキャリア段位制度のアセッサー取得の推奨・コミュニケーション力の強化等、具体的な取組にも指導力を発揮している。		
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。	①・b・c
<コメント> 事業運営対策会議や地域運営推進会議等において、常にエコ対策、環境の充実、人事・研修における人材育成等、経営の改善や業務実行性の向上に向け、検討して対策を図る等、指導力を発揮している。マイナンバーやメンタルチェック等の課題に対して、いかに推進していくか「個人情報の管理対策」や「メンタルチェックの有効推進」に向け、委員会で指導力を発揮し態勢づくりに着手している。		

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。	①・b・c
<コメント> 安定した運営のためには人材確保が重要であり、短期・中期・長期を見据えた職員の人材育成計画が策定されている。新人研修・中堅職員研修は、先輩職員が講師を務めきめ細やかな指導が行われている。人材確保のための就職フェアでは、職員が職場紹介のDVDを作成しており、入所者と職員の様子・花見や誕生会等の行事の様子、職員旅行の写真等、明るく、楽しい職場をアピールする積極的な取組が見られた。職員の定着率は高いと思われた。		

法人全体で、障がい者5人を採用している。各種資格保有者数の維持を図るため、半期毎の採用や職員の資格取得推進が図られている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<コメント> 定期的に行われる自己評価・上司による評価・個人面談・スキルアップ等、人事考課表に基づく人事考課が定期的・継続的に実施されている。尚、職員研修・人材育成の充実と人事異動による能力開発等が整っており、総合的な人事管理が行われている。法人本部は、各部門に亘る人事管理規程を整備し、その適切な運用と職員への周知に取り組んでいる。		
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り組んでいる。	㉠・b・c
<コメント> 育休、産休、時短、介護休業等の制度を確立し、働きやすく、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境整備に取り組んでいる。年2回の人事考課の際に、個人面談を行ない、思いや要望を聴き取り、職員の働く意欲を高めている。夜勤帯には、必ず正社員が入る体制をつくり、職員が安心して働けるように配慮している。また、職員の親睦会やボウリング大会、夏のビヤガーデン等、多様なレクリエーションを開催して、楽しい職場づくりに取り組んでいる。職員用食堂には無料で飲めるコーヒーマシンが置かれており、職員がリラックスできるような配慮が見られる。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 法人の基本方針に「福祉関連の各種資格取得を推進支援」「資質の向上を目指すために施設内外の研修に積極的に参加させる」と明示し、職員の育成に向けた考えを示している。人事考課の個人面談の際、目標について話し合い、個人育成計画に繋がられている。現在、介護プロフェッショナルキャリア段位制度のアセッサー資格取得者が法人内に16名おり、取得者は講師として指導し、職員のレベルアップを図ることとしている。新人研修・中堅研修・リーダー研修など各レベルでの教育研修がなされている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 法人の基本方針に「福祉関連の各種資格取得を推進支援」「資質の向上を目指すために施設内外の研修に積極的に参加させる」と明示し、職員の育成に向けた考えを示している。年間研修計画を策定し、新人研修・中堅研修・リーダー研修・環境整備に関する研修・看取り介護に関する研修・接遇研修・法令遵守に関する研修等、多様な研修が計画され実施されている。また、介護プロフェッショナルキャリア段位制度導入に際しての研修など、質の向上を目指した研修計画と実施が行われている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 基本方針、中・長期計画に基づき、年間研修計画を策定し、積極的に研修の実施を図っている。新人研修・中堅研修・リーダー研修など各レベルでの教育研修が実施され、今年度は、更に介護プロフェッショナルキャリア段位制度導入し、法人内の16名のアセッサー資格取得者が、講師となり、更なる職員全体のレベルアップを図っている。職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 実習生受け入れは積極的に行われている。YMCA や中央リハビリ専門学校、尚絅大学など		

20 数名の専門職を目指した学生の受け入れが「実習生受け入れマニュアル」に沿って適切に行われている。H27 年度参加した実習生の中で、栄養士の 1 人が来年度当法人へ就職することになっている。

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る。	①・b・c
<コメント> ホームページによる情報公開は、財務状況のみならず事業全般について行っており、今まで受けた法人内の特養や通所介護事業所の第三者評価受審の結果についてホームページからリンクさせ、いつでも閲覧可能としている。アンケート結果や苦情解決等については施設内掲示で公表している。		
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。	①・b・c
<コメント> 毎月開催される事業運営対策委員会において、事業所の実績等について話し合わせ、その結果は、職員に伝えられ、共有化されている。事業所の事務・経理・財務等は、法人事務局で処理され、定期的に公認会計士による外部監査を受けており、透明性の高い運営が実施されている。		

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。	①・b・c
<コメント> 「地域・関係機関との連携・交流事業計画」を法人の基本方針に明示し、地域に開かれた施設として、益城町役場、民生委員協議会、婦人会及び老人クラブ等と活発な相互交流の促進が図られている。地域住民が参加し一緒に楽しむ行事や講演会を主催し、開催に際してはパンフレットや掲示板で参加を促している。法人主催事業の「いきいき介護セミナー」は、年 6 回開催され、講演会には、地域住民や職員等 100 名以上が参加し地域住民との交流の機会となっている。地域への情報提供や地域住民との交流を大切に地域に信頼される施設をめざしている。		
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。	①・b・c
<コメント> ボランティア受入れに関しては、法人の基本方針に「地域ボランティア、学生実習生等を積極的に受け入れ、介護、福祉分野の教育、人材育成を積極的に図り、これらの方々を通じて福祉の向上、地域づくりを推進する」としている。ボランティアの目的、申し込み、登録手続き、留意点などを明記したマニュアルの整備、年間受入れ計画を策定、ボランティア担当者を窓口として、受入れ体制は確立している。職業体験の中高生との交流も盛んで実習生は年間 20 名を超えている。絵手紙教室、健康ダンス、バンド演奏、日舞、ミュージックセラピー、メイクアップ、傾聴ボランティアなど幅広い内容で利用者との交流が行われている。 利用者と地域とのふれあいを大切にし、「ボランティアの集い」として交流会を開催するなど、地域ボランティアの来訪を歓迎する取り組みも見られる。益城町ボランティア連絡協議会との連携も図られている。		

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。	①・b・c
<コメント> 地域の社会資源として、県、町の行政機関、学校、病院、福祉関係、警察、消防署、地域内の団体等を体系的に把握し、連絡先を明示したリストが作成されている。必要に応じで職員が活用できるように事務室や各ユニットに配備している。年2回運営推進会議を開催し行政機関、婦人会、保育園、商工会、PTA、銀行、区長等と連携を図る事で地域ネットワーク化に取り組んでおり、福祉サービスの向上に繋げている。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設の会議室や地域交流ホールを地域住民へ貸出して地域還元している。生活困窮レスキュー事業への取り組み、介護相談支援、カフェテラスや遊歩道等、地域住民や保育園児が自由に利用できるように開放する取組が行われている。災害時の福祉避難場所として指定されており、エントランスホールや通路の活用が期待されている。県の「おでかけ安心トイレ普及事業」に登録、施設内に多目的トイレを設置し高齢者、障がい者、乳幼児連れの方が安心して利用できるように「やさしいまちづくり推進計画」の協力施設として貢献している。		
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。	①・b・c
<コメント> 益城町ボランティア祭に事業所として参加し「介護予防」のブースを設置し生活相談員による施設の紹介や介護相談に応じている。地域の福祉ニーズにもとづき、給食宅配サービスの実施や地域サロンへ生活相談員、ケアマネージャーが出向き、地域の生活課題・福祉課題の解決や緩和に向けての支援活動を積極的に行う等、公益的な事業・活動が進められている。		

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。	①・b・c
<コメント> 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は、「老人福祉施設倫理綱領」を基に「基本方針」にも示し、目につきやすい中央通路の掲示板に掲げ、職員の共通理解、共通認識を高める取り組みとしている。虐待及び身体拘束廃止対応マニュアルを作成、基本姿勢は個々の福祉サービスの実施方法に反映されている。身体拘束、虐待防止研修会や接遇マナー研修会に参加し、施設内勉強会を実施し、情報の共有化が図られている。研修の効果を高める取り組みとして、「言葉づかい週間」を設定し、職員同士がお互いにチェックし合い、コミュニケーションスキルの向上に努めている。		
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。	①・b・c
<コメント> 利用者のプライバシー保護について法人の基本方針、事業所の目的に明示している。虐待防止や身体拘束廃止対応マニュアルをはじめ五つの基本ケア「起きる・食べる・排泄・清潔・活動」など福祉サービスの様々な場面に応じたマニュアルを整備し、マニュアルに基づいた対応と利用者の権利擁護に配慮したサービスの提供が行われている。人権やプライバシー保護に関する外部研修会へ参加し、施設内勉強会を実施することで基本的な知識や守秘義務についての姿勢など、職員の共通認識を高めることとしている。プライバシーや羞恥心に配慮して「浴室の入り口にのれんを付ける、交換用のおむつはトートバッグに入れて運ぶ、医療器具には手作りのカバーをかける」等、職員によるアイデアや工夫が見られた。		

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活動選択に必要な情報を積極的に提供している。	㉠・b・c
<コメント> 施設見学は随時受け付け、利用希望者には丁寧に説明が行われている。事業所のホームページで、福祉サービス、事業内容が分かりやすく発信されている。チラシや施設案内パンフレットを作成し、施設の玄関、病院、居宅介護支援事業所に配置する等、利用希望者に必要な情報が提供されるように努めている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> サービス開始にあたり、入居直前のオリエンテーションを行い、パンフレットや重要事項説明書を用いて、丁寧に説明が行われ、同意を得て契約締結となっている。利用者・家族の意向や要望はサービス実施計画に反映されている。サービス変更時は家族や利用者の面談を通して同意を得ることとしている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 短期入所の場合、家庭への移行となる場合が大半であり、元気に在宅生活が送れるように、口頭のみでなく、連絡帳を活用し、バイタルチェック、生活リズム、支援状況等健康チェックの内容を記入し家族へ引き継ぎ、移行後もケアマネージャーが相談を受けるなど、サービスの継続性に配慮した取組となっている。在宅から施設への切れ目のないサービスで安心できる環境が整っている。他の事業所への変更の場合は、移行時申し送り事項を記帳し、変更先へ情報提供し、関係機関との連携が図られている。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉠・b・c
<コメント> 家族会や事業所独自に利用者満足度調査を実施し、利用者・家族の意向把握に努めている。サービス担当者会議において情報を検討し、業務改善、接遇の向上、サービスの質の向上に取り組んでいる。組織的に利用者満足向上の仕組みが整備され、福祉サービスの改善に繋がっている。ショートステイ利用者も併設のデイサービスや特養との交流により楽しく過ごせる取り組みが日々実施されているが、今年からは更にショートステイの特色を出して、併設の行事に頼ることなく短期間の利用者でも楽しめるレクリエーションや、テーブルで出来るゲームなど職員がアイデアを出し合っている。施設での生活が数日も喜んで楽しいと感じられるような余暇活動にしたいと積極的な取り組みが進められている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 苦情解決の仕組みについては、利用契約時に重要事項説明書兼契約書を交付し利用者に伝えている。受付担当者（生活相談員）、責任者（事業所管理者）、第三者委員を設置し、苦情受付から、解決までの手続きを明確にした苦情処理体制が確立している。毎月リスクマネジメント委員会で事例の振り返りと情報共有化を行い、年2回の第三者委員会で報告が行われている。改善内容については施設内に掲示及び利用者・家族にフィードバックし、苦情や意見に対して迅速な対応を心がけている。		

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。	㉑・㉒・㉓
<コメント> 事業所内3か所に意見箱を設置、エントランスホールには個室の相談室が3室と談話室が整備され、いつでも相談や意見が述べられる環境が整っている。生活相談員は毎日各ユニットを巡回し、入居者の日々の生活状況から要望や悩みなどを把握するため、優しく声をかけてコミュニケーションを図っている。利用者のニーズ調査を実施し、短期入居者の意向を踏まえた行事計画や外出行事などの見直しも行われている。		
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。	㉑・㉒・㉓
<コメント> 「苦情・意見・対応マニュアル」が整備され、利用者からの意見や相談は受け付け担当者から責任者に報告し、ユニットリーダー会議、課長会議において話し合い、迅速な対応に取り組んでいる。毎月のリスクマネジメント委員会において報告、内容の共有化を図り、各部署からのアドバイス、解決策は組織横断的な視点で検討が進められている。設置された「意見箱」は毎日確認し、対応した案件は「苦情・意見・要望受付簿」に内容、相談経緯、結果が詳細に記録されている。		
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。	㉑・㉒・㉓
<コメント> リスクマネジメント体制を整備し、個々のリスク、事故ヒヤリハットの分析、発生頻度や対策状況を評価し、施設全体として取り組むべき重要リスクについて「リスクマネジメント委員会」を毎月開催している。委員会は「虐待及び身体拘束廃止委員会」「事故防止委員会」「苦情処理対策委員会」「感染症対策委員会」として項目ごとに検討し利用者の安全・安心を優先すると共に適切な情報開示を行うこととしている。利用者一人ひとりの「ここが危ないカード」を作成し各該当場所に設置し利用者の安全確保に努めている。KYT（危険予知トレーニング）やAED研修を実施して全職員が速やかに誠実に対処できるように取り組んでいる。更に今年度は「短期入居生活介護事業所の事故減少の取り組み」として介護リーダー職員による研究発表を行った。様々な角度から短期入居の事故原因を追究し、内容ごとに相談部門や医務室と連携して、環境整備にとりくみ問題解決を図っている。3年前から取組を始め、事故が少しずつ減少し、今年度は骨折事故「ゼロ」と成果が上がっている。全職員のひたむきな努力が利用者の安全に繋がっている。		
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。	㉑・㉒・㉓
<コメント> 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」に基づき日常での予防対策、発生時の対応プロセスを示したマニュアルを策定し、全職員への周知を図ると共に、発生時の報告体制を明確にしている。事業所内は明るく清潔、清掃が行き届いている。入居時の手洗い、うがいの徹底、玄関、職員通用口にはソリューションウォーターを配備している。各ユニットに感染キッドの配備、退所時に感染予防啓発チラシの配布、センサーによる職員の手洗いチェックなど、インフルエンザへの予防対策が随所に見られる。毎月、感染症予防委員会を開催、協力病院や市町村からの感染症等の発生情報を得て予防策を適切に講じている。		
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。	㉑・㉒・㉓
<コメント> 火災・地震等の災害発生に備え「災害対応マニュアル」を整備し、昼・夜間を想定した避難訓練を年3回実施している。年に1回は、地域、消防署との連携・協力で合同訓練や防災		

教育を実施し、環境の変化に対応した効果の上がる取り組みが見られる。防災設備点検（月1回）の実施、屋内消火栓操作法大会への参加、避難経路、非常食、備品の保管場所を各ユニットに掲示するなど、災害等に備えた事前準備、事前対策が講じられている。

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。	①・b・c
<コメント> 福祉サービスの多様な場面ごとに標準的な実施方法を文書化し、食事、排泄、移乗、口腔ケア等13項目のマニュアルを作成している。利用開始日には血圧や体温などのバイタルをチェックし、既往状況や自宅での健康管理の様子を把握、短期入所生活介護サービス計画書を作成し利用者一人ひとりに沿った支援が行われている。		
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。	①・b・c
<コメント> 福祉サービスの標準的な実施方法は、毎年新人研修の機会を捉えて見直し更新している。利用者や職員の意見をもとに、リーダー会議で検討、現行化を図っている。更新したマニュアルは改訂年月日を記載、新たな知識や修正箇所は赤字とし、サービス内容の変更が分かりやすいものとなっている。		
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。	①・b・c
<コメント> 24時間シートをもとに聞き取ったアセスメントと居宅のケアマネジャーが作成したケアプランを踏まえ、短期入所生活介護計画書を策定している。本人と家族の希望を入れた計画は在宅生活の継続を目指したものとなっている。ADLや服薬の状況、移動移乗の方法、福祉器具の使用状況のほかに生活歴や嗜好品なども理解し、関わる職員が共通認識で支援できるようになっている。詳細なアセスメントで利用者個々の支援ポイントを丁寧に把握し、計画に反映している。		
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。	①・b・c
<コメント> ケアプランは短期相談員、ケアマネジャー、介護職員等、関係職員の参加で居宅の期間に合わせて評価・見直しが行われている。居宅プランの更新に伴いショートステイプランも更新が行われている。緊急変更の場合はその都度担当ケアマネジャーに連絡、計画書や看護サマリーは赤書で追記したり、アンダーライン等で変更箇所を明示して、関係職員へ周知が図られている。6ヵ月に1回サービス担当者会議を開催し更新時期の検討も行われている。		
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、職員間で共有化している。	①・b・c
利用者のバイタルチェック、食事・排泄等の生活状況や個人情報、特記事項、面談記録も電子カルテ「ほのぼの」に入力されている。介護職、ケアマネジャー、訓練室、栄養課、相談員においても、個人情報、特記事項、面談記録については電子カルテ「ほのぼの」にて、		

閲覧できるようになっており、福祉サービスの向上に活用されている。また、申し送りノートも活用されており職員間の共有化が図られている。		
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
個人情報保護管理規定が整備されており、重要事項説明書にも記載し、現行5年間保管が定められている。広報誌等の個人情報掲載については家族の許可を得ている。利用者に関する記録は電子カルテ「ほのぼの」に記録されており、閲覧するにはIDパスワードが必要である。ただ、電子カルテ「ほのぼの」のパスワード変更の実施が確認できなかった。リスクマネジメントの面から変更の期間設定について、検討されることも必要と思える。		

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	44	1	0

評価対象Ⅳ

A-1 支援の基本

		第三者評価結果
46	A-1-① 職員の接し方について、利用者を個人として尊重する取り組みを行っている。	①・b・c
接遇マナー、権利擁護、身体拘束などのマニュアルが整備されると共に、研修も実施されている。更に、「言葉遣い週間」を設け言葉使いへの意識向上も図られている。排泄介助、入浴介助には15名中3名の同性介助の希望を受け入れている。特に、ショートの利用者は利用日数にも違いがあるので、こまやかな対応についてマニュアル化し、居室への入室時のノック・声掛け、荷物チェック等を丁寧に行い、利用者一人ひとりを尊重した介護に取り組んでいる。		
47	A-1-② 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。	①・b・c
新規利用時に家族やケアマネージャーからの情報収集により家庭での1日の過ごし方を聞き取り、24時間シートを利用し、できるだけ家庭での暮らしに沿った生活になるように配慮している。利用者の気持ちに寄り添い、それに応じた日課の作成を行い、見守り対応している。握力が弱く、無理かと思われる利用者が、ジグソーパズルを完成されたこともある等、個々に応じた工夫がされている。できる限り楽しみを味わってもらうためにそうめん流しやハンドケア・マニキュア・コスモス見学等、郊外や部屋の中で楽しむことが工夫されている。		
48	A-1-③ 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。	①・b・c
スタッフがユマニチュードケア研修会に参加後、施設内で講習会を開き、昨年からユマニチュードケアを取り入れている。また表情、顔色、身振り手振り等言葉以外の手段で意思の疎通を図るノンバーバルコミュニケーションも取り入れ、多様なコミュニケーション方法で、利用者を支援している。これまで、すり足歩行だった利用者が、スキップができるようになったり、食事介助を必要としていた利用者が自力摂取できるようになった改善例もある。職員間での勉強会も盛んで一人ひとりのコミュニケーション力を高めている。		

A-2 身体介護

		第三者評価結果
49	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。	①・b・c
入浴マニュアル・入浴個人カードが整備され、個々の状況に沿った浴槽の種類、注意点などが記録され、統一した入浴介助が実施されている。できるだけ本人の希望に沿った入浴支援を行うこととしている。同性介護や午前・午後の時間だけでなく、夜（午後7～8時）の入浴希望にも応じている。特に入浴拒否をされる人に対しては、事前の声かけを工夫し、入浴されるように又、皮膚疾患のある人には、手浴、足浴を毎日行う等、一人ひとりへの対応がなされている。バスマットは常に一人ひとりの使用後交換されている。		
50	A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	①・b・c
排泄マニュアルが作成されており、個人カードには、注意点、誘導時間、移乗介助、オムツ交換は、その人に応じてパット使用やパンツ使用等を細かく記載されている。オムツの種類や大きさ等の記載と共に、排泄チェック表も活用している。同性介助にも対応している。水分摂取は体重×30～50グラムを目安とし、自然排便の支援を目指している。ユニット内のトイレ便座は小さく、小柄の高齢者も使用しやすいように配慮されている。又、声かけやおむつ交換には他人に分かりにくいようにさりげない対応に配慮している。		
51	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。	①・b・c
移乗マニュアルが整備され、新人職員は理学療法士指導の研修を受けるほか、安全な移乗		

のための見守り、介助を行っている。車いすの動きや高さ、ブレーキや空気等、全体的な点検は月に1回実施している。利用者状況に合わせて、介護職が日々点検を行っている。主治医の指示により機能訓練が行われている。		
52	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	①・b・c
入所当日に皮膚の異常の有無を確認しており、必要時、家族及びケアマネージャーと相談し、除圧用のクッションレンタル、エアマット等について、施設だけでなく家庭での使用も含めて検討し、連携を図っている。施設においては2時間おきの体位交換や、利用前の情報によりエアマット準備等、利用者の状況に合わせて対応している。現在、褥瘡発生者はいない。		

A-3 食生活

		第三者評価結果
53	A-3-① 食事は利用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工夫している。	①・b・c
管理栄養士、栄養士が配置され、年2回、個々の嗜好調査が実施されている。食の向上委員会は毎月開催されている。自立支援を原則とし、ユニット内の食堂で食べるように支援している。食の楽しみとして中庭でバイキング、そうめん流しなどレクリエーション食も行っている。また、元気な頃はみんなで作っていた巻きずしや郷土料理のお姫さん団子汁には利用者自ら参加する等、楽しみの工夫もされている。ソバ・シイタケ・青魚等にアレルギーがある利用者に対して、代替食を提供したり、歯が悪い人や胃腸系の調子が良くない利用者に対しては、見かけは同じでも、とろみ食、刻み食で提供するなど、細かな配慮がなされている。		
54	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。	①・b・c
入所初日に言語聴覚士、管理栄養士、介護職が摂食状況をさりげなく観察し、検討して心身の状況に合わせた食事の支援を行っている。誤嚥防止のなめらか食については、米飯は栄養課で、汁物やお茶はユニットで用意している。療養食は主治医の食事箋に従い提供されている。また青魚、そば、鶏肉、椎茸など食することが困難な場合は代替食を提供している。更に見た目は普通食と変わらないソフトゼリー食を提供するなど個々に合わせて細かな対応がされている。		
55	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	①・b・c
口腔ケアのマニュアルが整備され、必要な時は入居時に歯科往診を依頼することができる。個々に応じ、歯磨き、舌ブラシ、綿棒などで対応している。また、プライバシーに配慮し個室で行うこともある。職員は、口腔ケア研修会等に参加し、職員間の情報共有化を図り、利用者一人ひとりの状況に合わせた対応をしている。		

A-4 終末期の対応

		第三者評価結果
56	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。	①・b・c
短期入所において終末期対応の経験はないが、末期がんの利用者を短期間ケアした経験がある。看取りマニュアルを整備している。グリーフケアの専門的研修を受けた職員2名が、施設内研修の講師を務め、利用者死後の家族とのかかわり等、職員研修を実施し学習している。		

A-5 認知症ケア

		第三者評価結果 ①・b・c
57	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	
認知症ケアのマニュアルが整備されている。全職員が認知症研修会に参加している。笑顔で見つめて、接して、語りかけるユマニチュードケアを実践しており、利用者の明るさ		

や元気さにつながっている。また、居室のベッド配置は、自宅のベッドの配置と同じようにすることで、不安なく過ごせるように配慮したケアに努めている。		
58	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。	①・b・c
居室はすべて1階にあり、各個室から中庭が眺められる明るい開放的な造りである。また、開放感と空気清浄化のための天窓や雪見障子などの工夫が見られる。またウッドデッキ窓上部にセンサーを設置し、開けるとユニットのキッチンに反応し、職員が気づき、見守りが出来るように工夫されている。居室は、利用者宅のベッドの配置と同じようにすることで、また、馴染みの家具物品を持ち込むことで、安心、安全に過ごせるよう環境整備を行なっている。		

A-6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
59	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。	①・b・c
自宅での訓練も含めて、主治医の指示により理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の訓練が実施されている。また音楽療法士による音楽療法の他、お化粧療法、健康ダンス、絵手紙、書道など行われ、利用者の心身の状況の安定し、行動維持を図っている。		

A-7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
60	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。	①・b・c
緊急対応マニュアルが整備されている。毎朝、バイタル測定、状態観察を実施し、体温37℃以上及び状態変化の場合は居室棟の医務室、生活相談員、ケアマネージャーへ連絡され適宜、処置される。なお、状況に応じて、家族への連携が図れるように整備されている。AED訓練も実施されている。		
61	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	①・b・c
毎月1回リスクマネジメント委員会、感染症対策委員会が開催されると共に、見直しもされている。通常は、毎週日曜日は、冷蔵庫清掃となっており、共有トイレは次亜塩素酸ナトリウムにて、玄関入り口にソリューションウォーターを配置している。感染症対策マニュアルも整備され、手洗いチェッカーは医務室にあり、年に2回、チェッカーにて手洗いの確認をし、毎日が丁寧な洗い方を心掛けている。感染キットは、特別養護老人ホームの各ユニット、短期入所生活・ユニット他15セットが常備されている。		

A-8 建物・設備

		第三者評価結果
62	A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性や来所者が利用しやすいように配慮した取り組みを行っている。	①・b・c
施設は平屋建てで、どこからでも施設内遊歩道に出る事が出来る。近隣の保育園や幼稚園のおでかけコースにもなっており、施設利用者の喜びの一つになっている。安心普及事業にて多目的トイレが設置されている。居室はそれぞれエアコンが設置されており、フロアは床暖房設備があるなど利用者や来所者への配慮がある。		

A-9 家族との連携

		第三者評価結果
63	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	①・b・c
連絡帳を使用して家族との情報交換と共有が図られている。個人カードを作成しており、体調の変化や家族からの話など詳しく記録されており、緊急の場合など関係者への連絡がすぐ出来るようになっている。入所初日には、夕方に、あるいは翌朝家族へ状況を報告している。また家族には、サービス担当者会議への参加を依頼し、家族会、家族試食会の開催、さまざまな行事の案内をするなどで連携を図っている。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
内容評価基準（評価対象A）	18	0	0