

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：	第二姫路・勝原ホーム	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	理事長 石田 徳男	定員（利用者人数）：	29 名	
所在地：	兵庫県姫路市勝原区下太田201			
TEL	079-272-5524	ホームページ：	http://www.katuhara.or.jp/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成21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：	16 名	非常勤職員：	22 名
専門職員	(専門職の名称)	名	看護師	2 名
	介護福祉士	12 名	栄養士	1 名
	介護支援専門員	1 名		
施設・設備の概要	(居室数)	29室	(設備等)	3ユニット

③理念・基本方針

<理念> 利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、できる限りの生活の質の向上を図る。
 <基本方針> ケアの根本である食事、入浴、排せつなどの基本的な支援は、各々の状態に応じて、実行することのほかに、生活意欲と現存機能の維持・向上を目指した支援の展開に努める。また、利用者のライフスタイルにあわせたケアの展開に努めていくことで、施設という地域の社会資源の中で安心がかない、心身ともに生き生きと楽しみのある日常生活が過ごせるように、明るく、楽しく、思いやりをモットーに全職員が一丸となって、ケア及び健康管理、生活上の相談への対応に努めていくことを基本方針としている。更にユニットケアの特長を踏まえ、利用者の自主性を尊重したケア、ターミナル・ケアの充実、重度認知症高齢者の積極的な受入れと認知症高齢者のケアの充実を図るなどの支援を目指す。加えて、ボランティアや地域住民との交流、施設機能の地域への積極的な開放など、地域福祉の拠点として地域福祉の充実と発展を目指し、施設と居宅との両面にわたるサービス展開が行えるように、施設の環境整備ならびに職員体制の充実を図ることを目指す。

④施設・事業所の特徴的な取組

ケアの根本である食事、入浴、排せつケアなど、基本的な支援は、各々の状態やライフスタイルやライフサイクルに応じて、利用者とともに生活行為を行うことのほかに、生活意欲と現存機能の維持・向上を目指した支援の展開に努めている。事業所という地域の社会資源の中で安心がかない、心身ともに生き生きと楽しみのある日常生活が過ごせるように、明るく、楽しく、思いやりをモットーに全職員が一丸となって、ケアや健康管理、生活上の相談への対応に努めている。そのため、物的環境、人的環境の更なる充実を図り、職員・利用者ともに心が躍動することができる日常生活を目指し、支援の展開に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 11 月 27 日 (契約日) ~ 平成 30 年 4 月 20 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成30年1月17日・1月22日
受審回数	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・組織の運営管理
法人の各種規程類が整備され、運営管理体制が確立している。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。施設内に階層別・職種別の会議や委員会が設置され機能している。
- ・個別支援への取り組み
ユニット型の館内は木目調で、フロアに花が飾られ、ソファ・椅子・畳のスペース等が設置され、居室に馴染みの家具や好みのものを持ち込み、思い思いに快適に過ごせる環境作りを支援している。定期的な見直しによりPDCAサイクルにもとづいた個別支援を行っている。好みや力量に応じた個人活動、趣味サークル等の集団活動、複合施設の利点を活かした行事への参加、地域行事や季節の外出など、利用者が主体的に、活動的に過ごせるように支援に取り組んでいる。
- ・地域交流・地域貢献
法人理念に「地域福祉の拠点」を掲げ、地域交流室での「いきいき100歳体操」「いきいきサロン」の開催とマイクロバスでの送迎、「介護技術講習会」「認知症予防教室」「福祉セミナー」の開催、地域からの相談対応等、施設の機能とスペースを活用した地域貢献に努めている。神社の秋祭り・文化祭作品展・菊花展等、地域イベントへの参加、買い物・訪問販売等での社会資源の活用、ボランティア受け入れ、保育園児との交流等、利用者が地域交流できる機会づくりに努めている。
- ・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、開かれた施設運営を行っている。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、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・事故報告も公開する仕組みがある。

◇改善を求められる点

- ・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ことが望まれる。中長期計画をもとに単年度の事業計画を策定し、進捗状況・達成度の把握・評価・見直しを、職員参画で行う仕組みづくりが望まれる。
- ・マニュアルの定期的な見直し
各種マニュアルの内容を定期的に検証し、施設の現状に即したマニュアルの見直しと整理が望まれる。また、見直しについては経過がわかる履歴等の作成も望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果を真摯に受け止め、生活者である利用者や家族、また、地域住民など関係者の方々の拠り所となるように資質の向上に努めていきたいと存じます。

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> 「いたわりと思いやり」「地域福祉の拠点として」を法人理念とし、ホームページ・パンフレット等に記載している。法人理念は法人の使命や目指す方向を明示し、基本方針と整合性がある。それらをもとに、具体的に職員の行動規範を明文化した職員の倫理を作成している。毎年4月の研修会で、「基本理念」の冊子を配布して説明すると共に、毎朝のミーティングで唱和し、職員の名札や名刺の裏にも記載し意識付けを行っている。また、理念・基本方針をもとに「今月の処遇目標」を設定し、実践に向けて取り組んでいる。利用者・家族には、ホームページ・パンフレットへの掲載、家族会での説明で周知を図っている。		

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。	a・b・c
<コメント> 「月間老施協」・インターネット等からの情報、月1回の法人の管理者会議・2ヶ月に1回の運営推進会議での情報をもとに、社会福祉事業・姫路市の事業計画・地域の利用者像・ニーズの把握に努めている。法人本部のデータをもとに、毎月の管理者会議で、コスト分析・利用率等の分析を行っている。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<コメント> 法人本部のデータをもとに、毎月の管理者会議で、施設長が施設の運営・経営に関する課題・問題点と、課題解決に向けての取り組みを表明している。管理者会議には、統括施設長が出席し共有している。理事・監事は、理事会で共有している。管理者会での検討内容は、施設長が、その内容に応じて、連携会議・ユニット会議・委員会で職員に周知している。各施設・事業所が表明した運営・経営に関する課題・問題点と、課題解決に向けての取り組みは、議事録など記録に残し、次月の管理者会議で進捗を評価する仕組みづくりが望まれる。		

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
<コメント> 中長期計画の策定には至っていない。 29年度末に、30年度から3～5年スパンの中長期計画を策定する予定である。		

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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画を策定し、法人理念・事業内容・事業目標・職員配置・委員会・行事・運営推進会議・サービス概要・安全対策・行事・研修など、項目を設定し、実行可能な、また、実施状況の評価を行える具体的な内容となっている。 中長期計画を反映して、単年度の事業計画を策定することが望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>4月の研修で法人理念と共に、施設長が事業計画についても職員に説明している。施設長が上半期の進捗状況を文書にまとめ、理事会で報告している。年度末に事業報告書を策定し、次年度の事業計画の策定に反映している。 事業計画の、進捗状況・達成度の把握・評価・見直しを、職員参画で行う仕組みづくりが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、項目別・表の使用等わかりやすい構成に工夫している。事業計画をホームページに掲載し、家族会総会・運営推進会議で説明し家族の周知を図っている。家族会総会で事業計画を配布し、欠席したは家族には郵送している。利用者・家族の参加を促す観点から、年間事業計画を具体的な内容と共に記載している。</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>職員会議・運営会議・リーダー会議・ユニット会議・各所委員会活動で、定期的にサービス内容を評価している。1年に1回、職員全員が、評価基準にもとづいた「自己評価票」による自己評価を行い、施設長が評価結果を集計している。</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>自己評価結果を「自己評価票集計結果」にまとめ、課題を文書化し、職員に配布して共有している。課題については、項目別に各種委員会が分担し、委員会活動の中で改善への取り組みを検討し、議事録に記録している。</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
<コメント> 施設長は29年度事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にしている。事業計画を施設内に掲示し、ホームページ、運営推進会議でも表明している。事務分掌で、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、各ユニットに設置し、パソコンからも閲覧でき周知を図っている。施設の「火元責任者指定表」で不在時の責任移譲について相談員と明示している。		
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。	○a・b・c
<コメント> 施設長は、介護関係法令集、法人諸規定等を事務所に設置し理解している。行政の集団指導への参加、統括施設長との相談、業者との契約時は経理規定等に沿って対応する等、行政関係者・取引事業者等と適正に関係を維持している。施設長は集団指導、県老協等の研修で法令遵守・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法・労働基準法など、環境面への配慮も含め、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、入職時に遵守すべき法令について学ぶ機会を設けている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 職員個別の自己評価結果を施設全体で集計し、現状把握を行っている。介護サービス情報の公表制度・県のチェックリスト等で年1回自己評価を行っている。管理者が、各種委員会に参加し、サービスの質に関する課題を職員と共に共有し協働を図っている。委員会・職員会議会議・個別面談時に把握した意見を集約し、ユニット会議・連携会議で改善に向け検討している。施設内研修研修・特別研修・階層別、経験年数別計画を策定し、計画に沿って研修を実施し、教育・研修機会の充実を図っている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 法人本部で、経営コンサルタントと提携して経営効率をデータ化して事業所にフィードバックしている。組織として必要な人員配置を事業計画等で定めている。利用者の生活の質の確保ができるような基準以上の職員体制づくり、半日単位の有給制度、個別勤務時間調整等に取り組んでいる。施設長は、委員会・ユニット会議に出席し職員の意見を聴取するよう努めている。法人管理者会議で検討した経営・業務改善のための取り組みを、ユニット会議で説明・周知し、改善への実効性を高めるための体制を構築している。		

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。	○a · b · c
<p><コメント></p> <p>事業計画で「配置基準の遵守、利用者の安全で快適な生活確保」という、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方を明確にし、指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にしている。基準以上の人員体制の確保と共に、介護職員初任者研修の実施、職員への資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。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、就職フェアへの参加、ハローワークの活用、ホームページ等で採用活動を行っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a · ○b · c
<p><コメント></p> <p>基本理念に基づく職員の倫理を、行動規範として具体化し、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・経験年数別に処遇の基準を明確にしている。規則・規程は入職時に配布している。法人で、把握した処遇水準や、ユニット会議、個別面談等で把握した意見に基づき、処遇改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。キャリアパスに関するガイドラインを策定している。職員が昇格できるポストを選択できるよう、事業拡大や資格取得支援に取り組んでいる。毎年、自己評価と個別面談を実施しているが、成果や貢献度等と処遇を連動させる仕組みはない。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	○a · b · c
<p><コメント></p> <p>労働管理について事務分掌で責任体制を明確にし、責任者を施設長と定めている。職員の就業状況を、タイムカード・出勤簿で把握し、法人本部へデータを提供し、就業状況の一覧表を事務室にファイリングしている。健康診断を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、全員に接種を義務づけ、費用は半額法人負担としている。産業医を配置し、ストレスチェックを実施し、社会保険労務士によるストレスマネジメント講義を受講している。年1回、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。半日有給制度・職員親睦会・ボーリング大会等を職員の希望により採り入れ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。基準を上回る人員配置に努め、健康管理・福利厚生・ワークバランスに配慮した取り組み等により、職員の定着率も良い。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a · ○b · c
<p><コメント></p> <p>ホームページに、入職後の年次別に組織として期待する職員像を明示し、目標管理の仕組みを構築している。「自己評価表」に沿って年1回個別面談を行い職員個別の課題・取り組みたい内容等個人目標を設定している。面談時に、振り返りを行い、次年度の目標に反映させている。目標の設定に関し、目標項目、目標水準を明確にすることが望まれる。また、中間面接の機会を設け、目標に対する進捗状況を確認する仕組みづくりが望まれる。目標達成度の確認を行った面談記録の作成が望まれる。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>「能力開発支援体制と役割」で役職別・職種別に期待する職員像を明示している。運営規定に、組織が職員に求める専門職種、資格を職員配置として明示している。年間研修計画を策定し、計画に沿って施設内研修はユニットラウンドで実施している。外部研修は出張復命書、内部研修は、研修参加一覧表、また、ホームページ上の28年度事業報告から、内外研修実績が確認できる。内部研修欠席者には資料の回覧により周知を図っている。外部研修については、必要に応じて復命書の回覧により伝達研修を実施している。委員会が実施した研修については研修開催後、研修内容の評価を行い次年度の研修計画に反映する仕組みがある。委員会活動報告書は毎年提出されている。</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>法人が「職員台帳」により、取得資格、経験年数等を個別に把握し一元管理している。施設内研修・特別研修として、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を設け、研修を実施している。内・外部研修計画は事業計画に明示し、事業報告で実施状況を公表している。積極的に外部研修への参加を勧め、職員のスキルアップに努めている。研修案内を掲示板に掲示し、参加を奨励している。職員の受講状況は、年度別の「出張命令簿」で個別に管理している。内部研修はユニットごとで行うなど、職員全員が参加できるよう配慮している。外部研修は、出張扱いとし受講費用等の支給について規定で定めている。新入職員には、法人で基本的な研修を行い、事業所で職員の経験・習熟度に配慮したOJTを実施している。OJTチェックシート等で、習熟度を段階ごとに確認する仕組み作りが望まれる。</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、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、高校福祉科、介護職員初任者研修の実習生の受け入れ実績があり、高校福祉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。リーダーが介護福祉士指導者研修を受講し、実習生を指導している。実習期間中に、指導教員が巡回し、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。事業計画・事業報告は施設玄関にも設置している。今回受審した第三者評価結果も公表する予定である。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し、玄関に掲示している。苦情や事故内容・対応についてホームページでも公表している。認知症予防教室等セミナーで、法人の理念・基本方針等を地域に向けて説明している。ホームだよりをセミナー受講者や運営推進会議委員に配布している。		
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> 法人諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見ることが出来るよう設置している。経理規定・事務分掌等で権限、責任を明確にし、職員に周知している。法人として、経営コンサルタント、社会保険労務士、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。助言は管理者会議で報告され、施設長が対応策を講じている。監事が定期的に内部監査を実施し、結果を公表している。経営コンサルタント等から、定期的に予算等財務等に関する指摘・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、地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。事業所玄関に、市の広報誌・情報提供資料を設置している。地域神社の秋祭り見学・文化祭作品出展と見学・菊花展見学等、地域イベント時に参加希望者の送迎を職員が行っている。地域交流室を開放しての「いきいきサロン」「いきいき100歳体操」、ボランティア来訪時等に、地域の人達と利用者が交流する機会を設けている。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。パンの訪問販売を利用している。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 夕方の食事ボランティア（介助）・あんしんサポーター養成研修の体験実習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。「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、基本姿勢を明文化している。個人情報の保護等留意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受け入れ時には、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、中学校への出前講座等を実施し、学校教育への協力を行い、福祉への理解が深まるよう努めている。学校教育等への協力について、基本姿勢を明示することが望まれる。		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> ガイドブック姫路、病院・行政機関・タクシー会社・理美容店等社会資源を目的別にリスト化し、事務所に設置している。ユニット会議等で行事時の外出先の情報共有が図られている。県老協・市老連・事業所連絡会・給食施設連絡協議会等、関係機関・団体と定期的な連絡会に参加している。施設長・管理栄養士等を対象にした研修に参加し、災害時の福祉避難所の運営や給食への対応等、課題解決に向け取り組んでいる。運営推進会議後に、地域包括支援センター職員一と民生委員をメンバーにミニ会議を開催し、地域の利用者へアフターケアを含めて情報交換している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 地域交流室で、いきいき100歳体操・いきいきサロン等を開催している。いきいきサロンは、マイクロバスで送迎している。「介護技術講習会（介護者の集い）」「認知症予防教室」等を県の委託事業として実施し、案内掲示して参加を呼び掛けている。地域包括支援センターと連携して、福祉セミナーを開催している。講習会・予防教室を通じて、また随時、外部からの相談に応じている。施設として姫路市と災害時の福祉避難所の協定を結んでいる。地域への周知等は運営推進会議を通じて行っている。地域の祭り等へ協賛を行っている。また、買い物等では地元商店の利用を意識的に心掛け、ふれあい文化祭に出展して見学に行くなど地域の活性化に貢献している。また、パン等の訪問販売を活用している。運営推進会議後、民生委員が定例会を行うためのスペースを提供している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 福祉セミナー・介護技術講習会・介護予防教室等を通じて、地域のニーズを把握している。運営推進会議に施設長が、また、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。セミナー・講習会・予防教室・随時相談等で多様な相談に応じている。買い物難民への支援体制づくり、独居の人に対しての地域交流スペースの活用を地域包括支援センターに相談・提案している。「認知症予防教室」「介護技術講習会」「出前講座」等を実施しており、29年度事業計画に明示している。		

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。	○a・b・c
<コメント> 「基本理念」に「人権尊重」、「職員の倫理」に「人権・人格の尊重」を明示し、それらを記載した冊子を毎年配布し、年度初めの研修会で周知と理解を図っている。標準的な実施方法を記載した「介護マニュアル」や「接遇」冊子のサービス毎の「対応の仕方」に、プライバシー保護・利用者尊重を明示している。年に1回実施する職員の自己評価の中で、利用者の尊重や基本的人権への配慮について評価し、必要な対応を図る仕組みがある。		
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> 「個人情報に関する規定」を整備し、「基本理念」冊子に記載し職員の理解を図っている。法人の「個人情報保護規程」も整備している。姫路市の「虐待対応マニュアル」を整備している。「個人情報保護規程」「虐待対応マニュアル」に、不適切な事案が発生した場合の対応方法を明示している。施設内研修で、プライバシー保護・虐待防止についての研修を実施している。契約書にプライバシー保護・権利擁護に関する取組を明示し、契約時に説明し、利用者・家族に周知している。居室はすべて個室となっており、居室入り口には暖簾を付けプライバシーに配慮されている。居室の設えは自由とし、持ち込み品は利用者の意向に沿って配置している。フロア内には、自由にくつろげるソファやテレビが用意されており、バリアフリーで自由に移動出来る環境となっている。		
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> 理念、実施する福祉サービスの内容や施設の特長等を紹介したパンフレットを、法人内の各事業所の多くの人が入手できる場所に置いている。パンフレットは、言葉遣いや写真・見取り図等でわかりやすく工夫している。利用希望者には、随時見学に対応し、個別に丁寧な説明を行っている。パンフレット・ホームページの内容は、法人本部で適宜見直しを実施している。		
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> 契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書をもとに、説明し文書で同意を得ている。サービス開始時に施設サービス計画書を手渡し、入居後の支援内容について具体的に説明している。意思決定が困難な利用者への配慮について、代理人の設定を契約書に明記し、適正な説明・運用が図られている。		

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>施設の変更等、サービスの終了については、契約書の「契約の終了に伴う援助」に沿って対応している。サービス終了後の相談窓口を介護支援専門員とし、口頭で説明している。終了後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を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回アンケートを実施している。3ヶ月に1回実施する担当者会議に利用者の参加があり、利用者満足の上昇に努めている。年に1回家族会総会を開催し、職員も参加し、その後に茶話会を開催し家族満足の上昇に努めている。アンケート調査の集計は施設長と相談員が行い、運営会議で報告し、委員会・ユニット会議で改善に取り組んでいる。改善については、「ご意見・ご要望（回答）に関する綴」に記録している。</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・第三者委員の設置し、苦情解決の体制を整備している。行政機関その他の苦情受付機関と共に、重要事項説明書に明示し、利用者・家族に配布している。提案箱の設置・アンケートの実施等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。「苦情処理報告書」を整備し、概略・処理結果・改善策を記録し保管している。申立者へのフィードバックは、処理結果欄に記録している。苦情内容及び解決結果等は、申立者に配慮したうえで、「皆様からのお声への回答」の掲示、事業報告書への掲載で公表している。苦情については連携会議・ユニット会議で共有し、サービスの向上に反映している。</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>利用者の日常的な相談については、居室が個室となるため、居室で対応している。また、施設玄関付近に相談室を設けており、相談を受けている。年度初めに配布する職員紹介表を活用する等、相談相手や方法を自由に行うことをわかりやすく説明した文書の配布や掲示を行うことが望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ (b) ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>苦情マニュアルの「提案事項の確認回答」を相談対応マニュアルとしている。ユニットケアを活かし日々のコミュニケーションに努め、3ヶ月ごとの担当者会議に利用者も参加し、相談しやすく意見を述べやすいように配慮している。提案箱の設置・アンケートの実施等、意見を積極的に把握する取り組みを行っている。把握した意見は、内容に応じて委員会や連携会議で検討し、対応結果を「皆様からのお声への回答」でフィードバックしている。「生活状況のお知らせ」の発行など、利用者の意見をサービスに反映している。相談対応マニュアルを定期的に検証し、必要な見直しを行うことが望まれる。</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委員会を設置し、委員長を施設長としている。「事故マニュアル」に事故対応について対応手順を明示している。事故報告書・ヒヤリハット報告書に事例を収集し、リスクマネジメント委員会で集計結果から発生要因・改善策を検討し議事録に記録している。職員会議でリスクマネジメント委員会から報告すると共に、職員会議録・委員会議事録をユニットに配布し周知を図っている。施設内研修で「リスクマネジメント研修」を実施している。3ヶ月ごとに実施する担当者会議で、事故防止策の実施状況や実効性を見直している。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>感染症委員会を設置し、施設長を委員長・看護師を副委員長として、管理体制を整備している。「感染症対策マニュアル」を作成している。施設内研修で、「ウイルス感染症」「嘔吐物処理」についての研修を実施している。うがい・1ケアにつき手洗いの徹底、「感染症予防策に関する点検表」でのチェック等、感染症予防策を講じている。感染症が発生した場合は、マニュアルをもとに蔓延防止のための対応を行っている。感染症対策委員会によるマニュアルの定期的な検証と見直しを、議事録に残すことが望まれる。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にやっている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>防災マニュアル・消防計画を整備し、災害時の対応体制を定めている。立地条件から災害の影響を把握し、耐震性の確保など必要な対策を講じている。避難経路の確認と待機場所での利用者の安否確認の方法を定め、避難訓練で周知している。職員の安否確認は緊急連絡網で行うことを定めている。年間の訓練計画で毎月の訓練実施を計画し、日中・夜間体制の消防訓練、自然災害対応訓練を実施している。年に1回は消防署の立ち合いがあり、自治会・実習生が参加する機会も設けている。施設長を管理責任者とし、備蓄品リストを作成している。水や粥やドライフードなどの非常食や食器、カセットコンロなどの炊き出し用機器など準備されている。また、ユニット毎にも備品を管理しており、不足品が出た場合は、ユニットリーダーから栄養士に報告し補充している。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法をケアマニュアルに文書化し、プライバシー保護親利用者尊重についても明示している。「接遇」の冊子にも、サービス提供時の言葉かけや対応についての留意点をケア内容ごとに明示している。入職時研修での説明と、ユニットリーダーによるOJTにより周知を図っている。入職時研修の実施記録やチェック表を作成し、習熟度の確認を行う仕組みづくりが望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>ケア向上委員会が、ケアマニュアルの確認・改訂を行うことを定めている。委員会には、ユニットから職員が参加し、職員や利用者などからの意見・提案を反映する仕組みがある。ケア向上委員会ではケアの実施方法の検討が行われているが、年度末等、時期を決めてケアマニュアルの検証を行い、計画的な見直しの実施を議事録に残すことが望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画の責任者を介護支援専門員としている。介護サービス調査表・基本調査票・ケアチェック表によりアセスメントを実施し、利用者・多職種職員が参加し、サービス担当者会議でアセスメント・計画策定の協議を行っている。施設サービス計画書に、利用者個々の具体的なニーズが明示されている。支援困難ケースについても、定期的なアセスメント・計画見直しにより現状に即した個別支援を行い、経過をケース記録に記録している。計画通りのサービス提供を3ヶ月ごとのサービス担当者会議で確認しているが、モニタリングシートへの記載が望まれる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画は、3ヶ月に1回、介護サービス調査票により再アセスメントを行い、基本調査票・ケアチェック表によりニーズを抽出している。多職種の職員が参加してサービス担当者会議を開催し、利用者の意向を会議で確認し、見直しを行っている。緊急に見直しを行う場合も、同様の方法で行っている。変更した施設サービス計画を、ユニットに設置して職員の周知を図り、確認印で確認している。</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、職員間で共有化されている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ケアチェック表・基本調査表・ケース記録により、利用者の身体状況や生活状況等を把握し記録している。施設サービス計画にもとづくサービス実施を、ケア実績チェック表・各種チェック表・ケース記録に記録している。「記録の書き方の留意事項」の掲示・「介護記録の書き方」の配布・施設長が記録を確認して個別に注意する等、職員で記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。ユニットの申し送りノート・職員会議・連携会議・リーダー会議・ユニット会議・パソコンのネットワークシステムより、職員間の情報共有を行っている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の「個人情報保護規程」により、保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正な利用・漏えいに対する対応等を規程を定めている。利用者に関する記録管理の責任者をユニットリーダーとし、事務分掌に記載している。個人情報保護に関する施設内研修で、記録の管理についても言及している。「基本理念」の冊子に「個人情報保護に関する方針」を記載して配布し、入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わし、職員の周知を図っている。契約時に、利用者・家族に個人情報使用について説明し文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

利用者の心身の状況、ADL、生活習慣等を入居時の面談で把握しフェイスシートに記録して、利用者の意向を反映した目標を掲げた施設サービス計画書を作成し支援を行っている。3ヶ月に1回担当者会議で利用者の意向を確認し、支援内容の検討や改善する取り組みを継続的に行っている。パズル、計算・漢字ドリル、塗り絵・折り紙等を各ユニットに用意し、利用者がいつでも活動できるように支援している。また、毎週ボランティアによる様々な趣味活動、法人内保育園児との交流の機会もある。地域の祭りや文化祭、季節ごとの花見ドライブ、個別に希望に応じた買い物等、家族や地域住民とも連携し、社会参加の機会も設けている。日常活動については各所に移動して行い、着替え・整容も行う等、生活にメリハリがつくように支援している。離床時間は、個々の状況や意向に合わせ、週間サービス計画に生活スタイルを記載している。

ケアチェック表でコミュニケーション能力を把握し、ジェスチャーやホワイトボードでの筆談など、残存能力を活かした支援を施設サービス計画書に反映して支援している。入居時の面談・担当者会議などで、利用者の思いや希望を聴き取り、ケアに反映している。毎年4月に接遇マニュアルを配布し、施設内研修で周知を図り、利用者の尊厳を尊重した言葉かけや対応が徹底できるように取り組んでいる。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ Ⓑ ・ 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。	a ・ Ⓑ ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ Ⓑ ・ 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。	a ・ Ⓑ ・ c

ケアチェック表で利用者個々の心身状況を把握し、自立度等個々の利用者に合わせた保清方法を工夫し自立に向けた支援を行っている。入浴時は、マンツーマンで介助し、同性介助希望者には、できる限り同性で対応している。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず声かけの方法・タイミングを検討し工夫をしている。声かけの仕方については、介護マニュアルに明示している。入浴設備、湯音の確認については、マニュアルに手順を記載し、周知している。入浴前に備品や湯温の確認し、「入浴時浴槽点検表」に記載している。脱衣室には、エアコン、浴室にはヒートパネルが設置されており、事前に脱衣室や浴室を季節に応じた室温管理をしている。入浴後の水分補給は一連の流れとして行っている。スキンケアについては、保湿剤は利用者の希望に応じ、個人購入されたものを塗布している。皮膚状態に変化があり、医療的な処置が必要な場合は看護職員管理のもとで行っている。処置を行った内容は看護ケース記録に記載している。入浴前には必ずバイタルチェックを行い、バイタル値を看護師に確認し、入浴の可否や入浴方法（清拭やシャワー浴）を判断する仕組みがある。入浴マニュアルに介護のポイントを明示し、マニュアルに沿った安全な支援を実践している。入浴する際は必ず近くに職員が配置されており、必要に応じては2名以上での介助を行うことができる体制を整えている。入浴日はある程度は、ユニット毎に入浴日を決めているが、利用者からの随時の希望や体調不良があった場合には、入浴日の変更は可能である。個浴、座位式個浴、臥床式特殊浴槽など、個々の心身状態に合わせた入浴設備が用意されている。滑り止めマット、介助バー、シャワーチェア、シャワーキャリー、浴槽台、トランスファーボードを設置している。自力で入浴できる場合でも、浴室への案内から着替えまでマンツーマンで対応し見守りを行っている。入浴順は利用者の意向を尊重しているが、感染症や状態に応じて医師や看護師の指示のもと順番の変更を行っている。マニュアル等に、入浴の可否の判断基準を明確にすることが望まれる。

ケアチェック表で利用者の心身の状況を把握し、個々の利用者に合わせた介助方法、排せつ用具の選定など排泄方法を工夫している。排せつマニュアルの努力事項に自立に向けた支援方法を明示し実践している。排泄チェック表に実施状況を記載し、一時間毎にチェック欄を設け、排泄の有無や量を確認している。また異常があれば介護記録に記載している。利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援については、排せつマニュアルに明示し、声掛けの仕方、プライバシーに配慮した支援を行っている。共有トイレは全て個室となっており、プライバシーが守られている。同性介助の希望があれば、対応できる仕組みがある。トイレの清掃は、毎日実施し、また、消臭剤を設置し臭気や汚れに配慮している。保温機能のついた便座を各トイレに設置し、冬場にはトイレの保温に努めている。手すりを適所に設置し、利用者個々の心身状況に合わせて職員が複数で介助するなど安全面に配慮し、事故防止に努めている。自然排便を促すため、水分摂取量のチェックと、便秘傾向である利用者に対しては乳製品を提供している。夜間は安眠にも配慮し、オムツ交換、トイレでの排せつ、ポータブルトイレの利用など、個々の利用者の排泄状況にあわせて支援している。オムツ、パッドについては、個々の利用者に適したものが使用できるようにサイズと吸収量別に複数種類準備している。排泄ケアの一連の流れで、皮膚疾患や傷がないか確認し、清拭等を行っている。排泄の要望に速やかに対応できるようにナースコールで利用者が知らせることができる。尿意など訴えられない利用者については、排せつチェック表で排せつ間隔を把握し、排泄ケアを行っている。

ケアチェック表で利用者の個々の心身状況を把握し、自力で移動できるよう個々に応じた福祉用具の活用を行い、支援している。ケアプランに介助方法や援助の方針が明確にし、移乗・移動の自立に向けた働きかけをしている。L字型の介助バー・スライディングボードなど福祉用具の活用や、また、職員が複数名で介助する等、安全な移動・移乗のために取り組んでいる。フロアには職員を配置し、迅速に対応できるよう支援し、居室ではナースコールを手の届きやすい位置に設置している。移動しやすいように、テーブルや椅子の配置も工夫され導線が確保されており、施設内はバリアフリーでスペースを広く取られている。共有スペースは安全を確保するため、整理整頓されている。利用者個々の特性を把握し、安全性に配慮しながら支援している。多種類の車いすやシルバーカー、杖、押し車など利用者の状態に合わせた福祉用具が準備されている。必要に応じて、自宅から持ち込んでもらうことも可能である。環境安全委員会を中心に毎月1回定期的に福祉用具の安全確認を行っているが、記録に残すには至っていない。今後、チェック表や点検表などを作成し、点検結果や不備のあった場合の対応を記録に残すことが望まれる。

健康管理マニュアルの「褥瘡について」に基づいて、必要な場合はサービス計画書に反映し、体位変換・姿勢変換・マッサージ・軟膏の塗布などを実施している。日頃から、傷や皮下組織のずれが生じないように安全介助に努めている。管理栄養士による栄養マネジメントを実施している。現在、褥瘡予防や対応についての研修は実施していないが、今後実施する予定である。

衣服は利用者個々が選択し、必要があれば職員が本人の個性や好みを尊重して支援している。利用者・家族の希望があれば、相談・情報提供を行ったり、買い物に同行支援している。更衣や洗濯は、随時職員が支援している。

整容については、利用者の個性や好みを尊重し、個々の意思で決定し、必要があれば職員が支援している。月に1回カットを基本とした理美容の訪問があり、入所時に情報提供している。居室で家族がカットしたり、個人的に美容師出張サービスを利用したり、美容院への送迎支援も行っている。

全室個室となっており、利用者の希望や心身の状況に合わせてられる環境である。照明については、明るさの切り替えができるものが設置されている。寝具は基本的には、リースでの対応となるが、私物の持ち込みには制限を設けず、好みの寝具を持参することが可能である。

夜間就寝中のサービスや睡眠リズムの乱れや不眠対応に関するマニュアルの整備が望まれる。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

特記事項

アセスメントで嗜好や食事形態の確認を行い、アセスメントシートに記載し職員間で周知している。食事中に喫食状況を確認したり、サービス担当者会議で意向を聞き取り、献立や調理法を検討している。季節や旬の食材を考慮し、夏場には流しそうめんを提供したり、クリスマスに行事食を提供している。また、バイキング形式で寿司を提供することもある。基本的には施設統一の食器を利用しているが、厨房職員が食器や盛り付けに工夫し、色合いや食材を配慮して提供している。行事食の際には、食材に合わせた盛り付けをユニット毎で行っている。事業所内の厨房で調理したものをすぐに提供するようにしている。汁物については、シャトル鍋（保温機能）、や保温食器を利用し配慮している。必要に応じて、電子レンジやIH機能を利用し、温めなおしも行っている。利用者間の関係性を考慮し、テーブルを分散配置したり、食事の時間はテレビを消して、落ち着いた雰囲気作りを行っている。食事の席については、基本的には利用者の意向により、随時変更している。利用者間の関係性や食事の摂取時間など考慮し、席の配慮がなされている。常時の食事については、選択制は、対応していないが、毎月行事食の機会を設け、その際には、利用者が選択できるようなメニューを工夫し提供している。居室配膳の際もユニット毎のキッチンの電子レンジで温め直しを行い、保温に配慮している。

普通食・刻み食・ミキサー食や利用者の状態や好みにあわせて、各ユニットのキッチンで一口大・細かく刻む等、利用者の嚥下能力に合わせて工夫して提供している。補助食器、変形スプーンなど状態に合わせた自助具の活用をしたり、主食をおにぎりにして食べやすい様に工夫し、自立に向けた支援を行っている。定められた喫食時間の範囲であれば、個々の食事時間に合わせた配膳を行っている。また、本人の意向や心身の状態に合わせて、居室に配膳するなど、利用者の負担についても配慮されている。食事の際は、可能であれば椅子に座わり、座位が安定しない場合は、クッションを利用し、嚥下しやすいように対応している。車いすについては身体状況にあった物が用意されている。利用者の身体状況に合わせ、高さ調整が可能なテーブルが設置されている。吸引器は各階に1台ずつ設置され、緊急時に速やかに利用することができる。緊急時には内線で看護職員に連絡し、救急対応をする流れが、職員に周知されている。食事量や水分の摂取量はチェック表に記載している。食事量が著しく低下している場合は、介護職員から医療職へ連携し、医師の指示のもと対応している。ケース記録はパソコン管理しているため、多職種で共有することができる。管理栄養士が栄養マネジメントを行っている。発熱などの突発的な体調変化があった場合は、看護師から管理栄養士に連絡し、食事箋に記載し、適切な形状や内容に変更した食事を提供している。

口腔ケアの自立度をケアチェック表で把握し、必要に応じて施設サービス計画に盛り込んで実施し、3ヶ月毎に評価見直しを行っている。月に1回歯科医師・歯科衛生士が、希望者や必要のある利用者に往診を行い、助言・指導を受け記録に残している。毎食前に口腔体操は実施している。食後の口腔ケアの際に口腔内のマッサージを実施する場合がある。食事前には水分を提供し、その際に嚥下状態の確認を行っている。毎食後に口腔ケアを実施し、口腔ケアチェック表に記載している。職員が毎食後に義歯を洗浄し、保管している。リビングスペースに洗面台が設置されており、口腔ケアが実施されている。口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	○a ・ b ・ c

特記事項

「ターミナルケアマニュアル」内の指針で対応手順や、嘱託医・医療機関との連携体制を記載している。入所時に利用者・家族に説明して意向確認を行い、また、終末期を迎えた段階で再度意向確認を行い、共に同意書を交わしている。終末期ケアについての施設内研修を行っている。連携会議やユニット会議で振り返りを行い、職員の精神的なケアに努めている。

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

ケアチェック表・基本調査表で利用者の日常生活能力、残存機能を把握し、サービス計画に反映して個々の症状に合わせた支援に努め、ケア記録に記録している。している。サービス計画に残存能力を活かした洗濯やテーブル拭き等役割が持てる内容を盛り込んで支援している。認知症に関する研修を、施設内研修で実施している。担当者会議に看護師が参加し、定期的に精神科医の往診があり、助言・指導はケース記録に記載し支援内容に活かしている。脳トレや手先を使う塗り絵や折り紙等の個人活動やボランティアによる趣味サークル等の集団活動に、複合施設の利点を活かして利用者本位の参加を支援している。ユニット間やエレベーターでの移動は制限を設けず、玄関ドアは車椅子利用者でも手が届く位置に装置を設置し自由に移動できる環境であり、職員が見守り支援を行っている。

館内は木目調で、フロアに花が飾られ、自由にくつろげるようにソファ・椅子・畳のスペース、また、テレビが設置され、落ち着いて快適に過ごせる雰囲気作りに配慮されている。居室は全室個室となり、自宅の馴染みの家具や好みのものを持ち込み落ち着ける環境作りに配慮されている。ユニット内は全てバリアフリーとなっており、ユニット間やエレベーターでの移動は特に制限を設けておらず自由に行き来できるように配慮されている。包丁やキッチンバサミなどの調理器具については、整理整頓がなされて、鍵付きの棚などに保管はされていないが、使用後は速やかに所定の場所に戻すように周知している。また、内服薬や洗剤などは利用者の目の届かないところで保管されている。テーブルやキッチン周りは常に整理整頓され、異食ややけど等の事故に綱縋がらないように配慮されている。居室の表示は車いすの利用者でも目につきやすいに設置したり、トイレ前や浴室は表示しわかりやすいように配慮されている。包丁・はさみ・洗剤等、危険物の保管については、更なる管理体制が望まれる。

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。	○a ・ b ・ c

特記事項

施設サービス計画書内に機能訓練計画を記載し、実施内容は実施記録に記録し、3ヶ月に1回評価・見直しを行っている。生活動作の中での生活リハビリや、レクリエーション活動で、主体的に機能の維持・向上に取り組んでいる。看護師・理学療法士等、専門職の助言・指導を受けている。判断能力の低下や認知症状の変化を察知した時は、看護師が医師に連絡し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 ・ (b) ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

看護師が毎日バイタルチェック・定期的に体重測定を行い、また、ラウンドで表情等を観察し、体調変化や異変の兆候の早期発見に努めている。内容は、看護師記録に記録している。夜間のオンコール体制を含め、医師・医療機関との連携体制を整備している。緊急時対応マニュアルに沿った研修を実施している。看護師・介護士2名で服薬確認を行い、服薬チェックに記録している。

高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修の実施が望まれる。

「感染症マニュアル」を整備し、予防対策、発生時の対応方法を明示し、研修を実施し周知を図っている。出勤時に職員の健康状態をチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。インフルエンザの予防接種は法人が半額負担で支援している。施設玄関、職員通用口に手洗器・消毒液を設置している。各ユニットには手洗いスペースがあり、手洗いができるようになっている。乾燥する時期には空気清浄器機能のある加湿器を各所に設置している。感染症の時期には、玄関に掲示しご家族や来園者に呼びかけを行っている。家族には、第二勝原だよりで感染予防の呼びかけを行っている。

職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を、マニュアル等に文書化することが望まれる。

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・設備については、業者による定期的な点検を行い、快適性・安全性を確保している。利用者の生活環境は、木目調でフロアには広く清潔感に配慮されている。フロア内には、自由にくつろげるようにソファや椅子、テレビが設置され、居室は持個人の嗜好に合わせ、設えをされている。居室やリビングどちらも落ち着いて快適に過ごせる雰囲気作りに配慮されている。ソファや椅子を複数用意し、テレビが設置され落ち着いて快適に過ごせる雰囲気作りに配慮されている。決まった談話スペースは設けていないが、畳のスペースを設けたり、家族と一緒にゆっくり過ごせるよう居室に案内するなど工夫している。ユニット内は全てバリアフリーとなっており、机や椅子の配置など導線を確認している。机の高さは利用者毎に合わせた高さで調整されている。ユニット間の移動は特に制限を設けておらず自由に行き来できるように配慮されている。環境安全対策委員会を毎月実施し、車椅子など備品の点検を行っているが、今後は点検項目を設定したチェック表等に記録することが望まれる。

A-9 家族との連携

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

特記事項

3ヶ月に1回写真入りの「生活状況のお知らせ」を送付すると共に、変化があった時には都度電話連絡し、必要に応じて面談を行っている。3ヶ月に1回サービス計画書の見直しの際には面談し、各種書類を手渡してサービス内容を説明し、要望・相談を受け、内容はケース記録に記録し職員間で周知している。「ホームだより」「クリスマス会のご案内」を郵送したり、電話でイベント開催を案内し参加を勧めている。

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

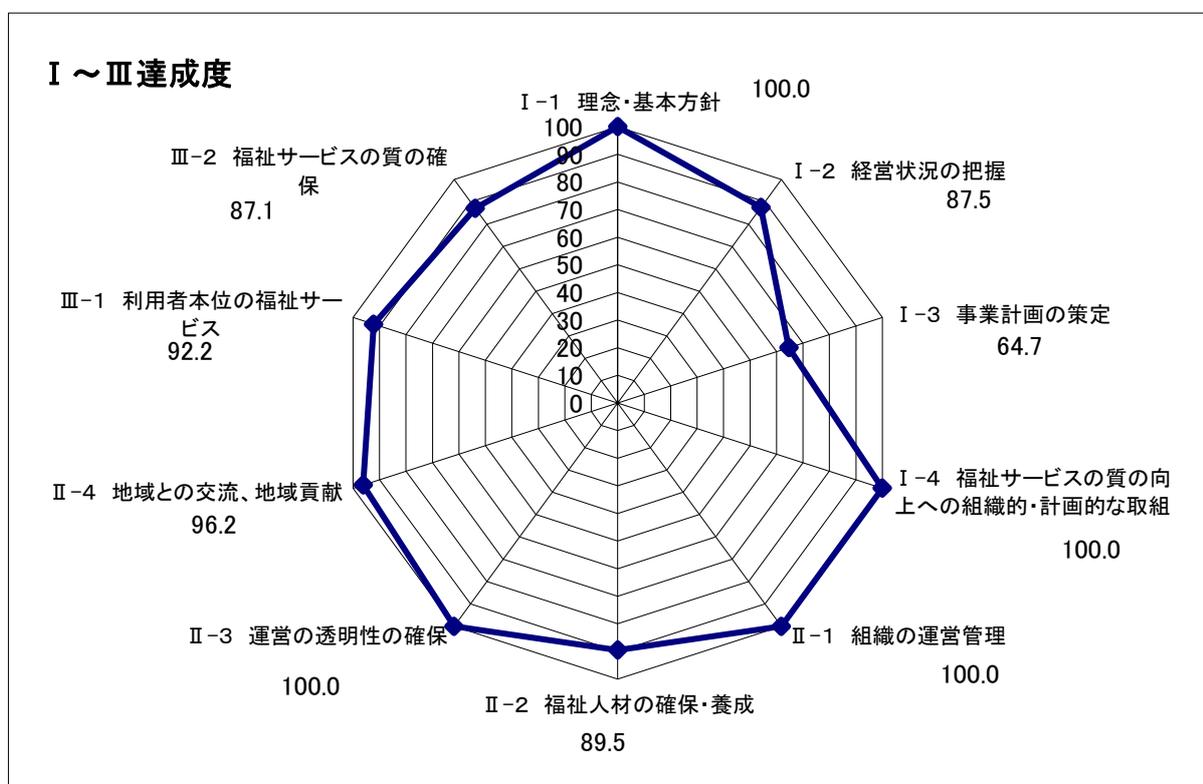
利用者の希望があれば職員が送迎や同行支援を行っている。日頃から地域の祭り等イベント情報を収集し、「ホームだより」の行事案内を各ユニットに掲示して情報提供している。外出同行は職員のマンツーマンを基本とし、安全確保を行っている。また、イベントスタッフとの連携で安全な経路の確保に努めている。

公衆電話が設置されており、自由に利用することができる。携帯電話の所持についても特に制限を設けていない。郵便の発送・受け取りもいつでもできるように支援している。郵便物は事務所で受け取りが行われ、利用者本人に届けたり、本人と一緒に開封するなどプライバシーに配慮されている。

新聞は共同で購入しているが、希望があれば個人での購入も可能である。利用者のライフスタイルにあわせて、テレビやラジオの持ち込みは可能である。特に共同利用での利用者間でのトラブルはなく、あれば職員が仲介して話し合いを行う。

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	7	87.5
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	9	100.0
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	34	89.5
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	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	59	92.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1



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	49	90.7
3 食生活	26	25	96.2
4 終末期の対応	6	6	100.0
5 認知症ケア	16	15	93.8
6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
7 健康管理、衛生管理	13	11	84.6
8 建物、設備	5	4	80.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	8	100.0

