

## 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：特別養護老人ホーム花へんろ (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 犬飼 邦明 (管理者) 施設長 浦橋 一秀	開設年月日：平成23年4月20日
設置主体：社会福祉法人ましき苑 経営主体：社会福祉法人ましき苑	定員：50名 (利用人数) 50名
所在地：〒861-2233 熊本県上益城郡益城町惣領1670	
連絡先電話番号： 096-287-8706	FAX番号： 096-287-8707
ホームページアドレス	<a href="http://www.hanahenro.jp/">http://www.hanahenro.jp/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
ユニット型介護老人福祉施設	お花見、七夕、敬老会、秋祭り、クリスマス会、餅つき、初詣、節分、植木市見学、お茶・お花・料理クラブ等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
ユニット型個室：50室	医務室、看護職員室、静養室、共同生活室、浴室、脱衣室、トイレ、キッチン、介護ステーション、介護職員室、リネン室、洗濯室、汚物処理室、介護材料室、事務室

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

施設は益城町の「福祉避難所」としての役割を持ち、一昨年熊本地震の際には地域住民を含め、最大180人程の受け入れを行いました。また、開設当初より地域との交流を重視し、地域サロンの開催・ボランティアの受け入れ・地域住民の見学受け入れを積極的に行っています。特に毎年開催する秋祭りは盛大に催し、地域住民やご家族等が400人程来苑されます。なお、ご利用面では、平成30年4月から特養・ショートを専門に担当する機能訓練指導員として、理学療法士を1名採用しましたので、ご利用者1名毎にきめ細かい機能訓練計画書を作成し、実施することが可能となりました。

### 3 評価結果総評

特に評価の高い点

・地域の福祉向上のための取り組みを行っています

地域との関わり方については法人の運営方針にも掲げられており、事業計画書の「地域との関係作り」にも記載されており、開設以来、法人全体での取り組みが行われています。施設は

益城町の「福祉避難所」としての役割を持ち、一昨年の熊本地震の際には地域住民を含め、多い時には180人の受入れがなされました。法人主施設の崩壊により本施設が法人の対策本部と位置付けられ、1年半近く特例入居の受入れも行われました。さらに、外部からの震災ボランティア団体の拠点として施設内の一部を開放され、地域と共に地震に向かい、支え合った様子を聞き取ることができました。現在では、同一建物内にあるデイサービスの定休日にはフロアを開放（地域のコーラスグループの練習会場）したり、隣接小学校催事の際に駐車場を提供したりと、地域の活性化に貢献しています。法人で毎年開催する秋祭りは盛大に催され、地域住民にも喜ばれています。施設では日常生活の中でも職員同行での利用者の買い物や外出があり、地域の社会資源の活用も積極的に行っています。

・ **地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行っています**

益城町では高齢化が進んでおり、地域のニーズにより従来から「地域サロン」を行っていました。熊本地震により中断しましたが、今年度から地域の公民館等へ出向いて活動を再開し、地域住民に対して介護予防教室を行っています。地域サロンでは、役場や地域代表と相談を進めながら民生委員やボランティアサポーターと連携を図り活動を担っています。活動内容は、施設の役割やサービスの内容を定期的に紹介する事で、自宅での介護のやり方や注意点を入居部長が主になってわかりやすく説明する機会を作っており、健康チェックや認知症ケアの啓発、機能訓練・食事（栄養）等それぞれの専門職員の協力を得て定期的に行われています。

・ **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ます**

ユニットそれぞれの出入り口はユニット毎に設えが違って、入居者が外出して帰ってきたとき温かく迎え入れる特色ある空間造りがされています。共用部分は安心・安全な生活にむけ、毎日の掃除はもとより危険物・障害物の撤去等環境整備を行っています。特に雨天時等の洗濯干し場に工夫があり、冬場や室内の空調で乾燥が多いときは、共有スペースの天井に干してある洗濯物で湿度の調整まで行う仕組みが出来ています。又、生活スペースは個室であり生活の場であることから、生活用品の排除は基本的に行わず、見守り重視で配慮しています。以前「便所」と掲示して排泄を行っていた扉の表示を大きなひまわりの造花を飾ったところ、見た目、また職員の声掛け・誘導の言葉遣いにも変化が見られた例も聞かれました。室内やベランダには季節の花の鉢植えも目を楽しませており、異食や障害物への配慮を行いながらも生活空間の充実に工夫されている様子がありました。

・ **職員の就業状況に配慮がなされています**

職員の就業状況や意向はユニット長が窓口となり、労働時間・勤務時間・休暇等希望を把握し、働きやすい職場環境作りを行っています。子育て中の職員には法人の託児所が準備され、有給休暇の100%近い取得率、産業医による健康・ストレス相談窓口の設置等からも職員の心身の健康維持に対する取り組みが見られます。産業医の診断は定期的に職員全員が受診することができ、それぞれの心身の状態に応じて、本人からの申請や上司からのアドバイス等によって継続的に受診・相談が出来るようになっていきます。職員の意見でも「上司は良く話を聞き、意向を可能な限り汲んでくれる」とあり、働きやすい職場環境であることが聞かれました。

改善を求められる点

・ **中・長期的なビジョンと計画の明確化が求められます。**

単年度事業計画書の「はじめに」の部分で将来構想を示しています。現在、地域動向やニーズに基づき法人の他事業所及び関連事業所の移転・改築等の計画がなされており、将来構想として施設の改築等について述べています。

しかし、「単年度の計画で終わっている」とあるので、中・長期の事業計画及び収支計画の策定が求められます。

また、利用者・家族などには行事計画について周知・説明をしています。今後は、予算や事業

計画の全体像について、主な内容を簡潔にまとめたものでも構いませんので、利用者・家族などに説明等が期待されます。

・ **職員一人ひとりの育成に向けた取組についての工夫が求められます。**

法人では平成29年度より教育訓練休暇を取り入れ、教育・研修の機会確保がされ、事業計画に「研修計画」として介護・養護サービスのレベルアップの必要・重要性を記載し、「一人の百歩より、百人の一步」を掲げています。また年間計画により職員研修、育成プログラムに沿った新人研修等のプログラムを用意し、プリセプター制度を導入しています。

しかし、現状では、職員一人ひとりの目標設定・達成目標の把握までは至っておらず、職員からはプリセプター制度が十分に機能していない旨の意見も見られました。

更なる職員の育成、質の向上に向け、職員一人ひとりに対する目標設定、研修受講履歴の把握を行い、定期的な面接や目標達成度の確認の仕組み作りを行う工夫に期待しています。

#### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H30 .6 .1 )

当施設は、開設8年目を迎えたユニット型特養です。今回、5年ぶりに第三者評価を受審致しました。特養は、自己評価 a49 , b14 , c0 に対し、第三者評価 a51 , b10 , c2 とほぼ同じ程度の良好な評価を頂き、安堵致しました。特にご利用者やご家族のアンケートでは好印象を持って頂いていることが伺え、職員への研修や指導が間違っていなかったと実感できました。しかし、c評価となった2項目は初回受審時にも指摘を受けた事項であり、事業計画の利用者への周知及び理解を得ることと、職員一人ひとりに対する育成計画の作成と実施です。今後はご指摘頂いた2項目の改善に特に注力するとともに、高評価の項目の更なる維持と向上を図って参ります。次回の受審時には、c評価の項目がゼロとなり、更に高い評価を受けることが出来るように、全職員で情報の共有化を図り、コミュニケーションの活性化を図って参ります。

(別記)

(公表様式1)

## 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	N P O 法人九州評価機構
所 在 地	熊本市中央区神水2丁目5番22号
評価実施期間	H30年2月1日～H30年6月11日
評価調査者番号	12 - 004
	13 - 002
	13 - 003

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

事業所名称：特別養護老人ホーム花へんろ (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 犬飼 邦明 (管理者) 施設長 浦橋 一秀	開設年月日：平成23年4月20日
設置主体：社会福祉法人ましき苑 経営主体：社会福祉法人ましき苑	定員：50名 (利用人数)50名
所在地：〒861-2233 熊本県上益城郡益城町惣領1670	
連絡先電話番号： 096-287-8706	FAX番号： 096-287-8707
ホームページアドレス	<a href="http://www.hanahenro.jp/">http://www.hanahenro.jp/</a>

## (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
ユニット型介護老人福祉施設	お花見、七夕、敬老会、秋祭り、クリスマス会、餅つき、初詣、節分、植木市見学、お茶・お花・料理クラブ等					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
ユニット型個室：50室	医務室、看護職員室、静養室、共同生活室、浴室、脱衣室、トイレ、キッチン、介護ステーション、介護職員室、リネン室、洗濯室、汚物処理室、介護材料室、事務室					
職員の配置						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
施設長	1		正看護師	2	3	
副施設長		1	准看護師	3	2	
入居部長	1		介護福祉士	17	3	
事務部長	1		介護職員初任者研修	6	2	
事務員	2		介護支援専門員	3		
施設係	1		社会福祉士	1		
管理栄養士	1		管理栄養士	1		

看護職	4	5	理学療法士	1	
介護職	27	7			
介護支援専門員	1				
理学療法士	1				
相談員	2				
合計	42	13	合計	34	10

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

### ましき苑理念

人生は花を咲かせる長い旅、この出会いを大切に。私たちはあなたの暮らしを伴いにサポートします。

### 花へんろ介護理念

あなたの笑顔が宝物～目配り・気配り・心ばせ

### 花へんろ運営方針

#### 1. 適切な介護の提供

人権を尊重し、必要とする介護を見極め、お一人お一人の自立的な生活が出来るよう、自己研鑽に努め、助け合い、誇りと働きがいのある職場を作ります。

#### 2. 介護チームの充実

専門職としての意識を持ち、よりよい介護の提供ができるよう、自己研鑽に努め、助け合い、誇りと働きがいのある職場を作ります。

#### 3. 地域との関係作り

地域の方々に親しみをもってもらえるよう、地域に根差した交流に努めます。

#### 4. 健全な施設運営

公益性の高い法人として、健全で、安定的な運営を計り、地域社会に貢献します。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

施設は益城町の「福祉避難所」としての役割を持ち、一昨年熊本地震の際には地域住民を含め、最大180人程の受け入れを行いました。また、開設当初より地域との交流を重視し、地域サロンの開催・ボランティアの受け入れ・地域住民の見学受け入れを積極的に行っています。特に毎年開催する秋祭りは盛大に催し、地域住民やご家族等が400人程来苑されます。なお、ご利用面では、平成30年4月から特養・ショートを専門に担当する機能訓練指導員として、理学療法士を1名採用しましたので、ご利用者1名毎にきめ細かい機能訓練計画書を作成し、実施することが可能となりました。

#### 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年2月1日（契約日）～ 平成30年6月11日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成25年度）

#### 5 評価結果総評

##### 特に評価の高い点

##### ・地域の福祉向上のための取り組みを行っています

地域との関わり方については法人の運営方針にも掲げられており、事業計画書の「地域との関係作り」にも記載されており、開設以来、法人全体での取り組みが行われています。施設は益城町の「福祉避難所」としての役割を持ち、一昨年熊本地震の際には地域住民を含め、多い時には180人の受入れがなされました。法人主施設の崩壊により本施設が法人の対策本部と位置付けられ、1年半近く特例入居の受入れも行われました。さらに、外部からの震災ボランティア団体の拠点として施設内の一部を開放され、地域と共に地震に向かい、支え合った様子を聞き取ることができました。現在では、同一建物内にあるデイサービスの定休日にはフロアを開放（地域のコーラスグループの練習会場）したり、隣接小学校催事の際に駐車場を提供したりと、地域の活性化に貢献しています。法人で毎年開催する秋祭りは盛大に催され、地域住民にも喜ばれています。施設では日常生活の中でも職員同行での利用者の買い物や外出があり、地域の社会資源の活用も積極的に行っています。

##### ・地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行っています

益城町では高齢化が進んでおり、地域のニーズにより従来から「地域サロン」を行っていました。熊本地震により中断しましたが、今年度から地域の公民館等へ出向いて活動を再開し、地域住民に対して介護予防教室を行っています。地域サロンでは、役場や地域代表と相談を進めながら民生委員やボランティアサポーターと連携を図り活動を担っています。活動内容は、施設の役割やサービスの内容を定期的に紹介する事で、自宅での介護のやり方や注意点を入居部長が主になってわかりやすく説明する機会を作っており、健康チェックや認知症ケアの啓発、機能訓練・食事（栄養）等それぞれの専門職員の協力を得て定期的に行われています。

##### ・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ます

ユニットそれぞれの出入り口はユニット毎に設えが違って、入居者が外出して帰ってきたとき温かく迎え入れる特色ある空間造りがされています。共用部分は安心・安全な生活にむけ、毎日の掃除はもとより危険物・障害物の撤去等環境整備を行っています。特に雨天時等の洗濯干し場に工夫があり、冬場や室内の空調で乾燥が多いときは、共有スペースの天井に干してある洗濯物で湿度の調整まで行う仕組みが出来ています。又、生活スペースは個室であり生活の場であることから、生活用品の排除は基本的に行わず、見守り重視で配慮しています。以前「便所」と掲示して排泄を行っていた扉の表示を大きなひまわりの造花を飾ったところ、見た目、また職員の声掛け・誘導の言葉遣いにも変化が見られた例も聞かれました。室内やベランダには季節の花の鉢植えも目を楽しませており、異食や障害物への配慮を行いながらも生活空間の充実に工夫されている様子がありました。

##### ・職員の就業状況に配慮がなされています

職員の就業状況や意向はユニット長が窓口となり、労働時間・勤務時間・休暇等希望を把

握し、働きやすい職場環境作りを行っています。子育て中の職員には法人の託児所が準備され、有給休暇の100%近い取得率、産業医による健康・ストレス相談窓口の設置等からも職員の心身の健康維持に対する取り組みが見られます。産業医の診断は定期的に職員全員が受診することができ、それぞれの心身の状態に応じて、本人からの申請や上司からのアドバイス等によって継続的に受診・相談が出来るようになっていきます。職員の意見でも「上司は良く話を聞き、意向を可能な限り汲んでくれる」とあり、働きやすい職場環境であることが聞かれました。

#### 改善を求められる点

##### ・中・長期的なビジョンと計画の明確化が求められます。

単年度事業計画書の「はじめに」の部分で将来構想を示しています。現在、地域動向やニーズに基づき法人の他事業所及び関連事業所の移転・改築等の計画がなされており、将来構想として施設の改築等について述べています。

しかし、「単年度の計画で終わっている」とあるので、中・長期の事業計画及び収支計画の策定が求められます。

また、利用者・家族などには行事計画について周知・説明をしています。今後は、予算や事業計画の全体像について、主な内容を簡潔にまとめたものでも構いませんので、利用者・家族などに説明等が期待されます。

##### ・職員一人ひとりの育成に向けた取組についての工夫が求められます。

法人では平成29年度より教育訓練休暇を取り入れ、教育・研修の機会確保がされ、事業計画に「研修計画」として介護・養護サービスのレベルアップの必要・重要性を記載し、「一人の百歩より、百人の一步」を掲げています。また年間計画により職員研修、育成プログラムに沿った新人研修等のプログラムを用意し、プリセプター制度を導入しています。

しかし、現状では、職員一人ひとりの目標設定・達成目標の把握までは至っておらず、職員からはプリセプター制度が十分に機能していない旨の意見も見られました。

更なる職員の育成、質の向上に向け、職員一人ひとりに対する目標設定、研修受講履歴の把握を行い、定期的な面接や目標達成度の確認の仕組み作りを行う工夫に期待しています。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H30 .6 .1 )

当施設は、開設8年目を迎えたユニット型特養です。今回、5年ぶりに第三者評価を受審致しました。特養は、自己評価 a49, b14, c0 に対し、第三者評価 a51, b10, c2 とほぼ同じ程度の良い評価を頂き、安堵致しました。特にご利用者やご家族のアンケートでは好印象を持って頂いていることが伺え、職員への研修や指導が間違っていなかったと実感できました。しかし、c評価となった2項目は初回受審時にも指摘を受けた事項であり、事業計画の利用者への周知及び理解を得ることと、職員一人ひとりに対する育成計画の作成と実施です。今後はご指摘頂いた2項目の改善に特に注力するとともに、高評価の項目の更なる維持と向上を図って参ります。次回の受審時には、c評価の項目がゼロとなり、更に高い評価を受けることが出来るように、全職員で情報の共有化を図り、コミュニケーションの活性化を図って参ります。

(H . . )

(H . . . )

## 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	31	
	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（45項目）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 福祉サービスの基本方針と組織

#### - 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
	- 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立・周知されている。	
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
<p>&lt;コメント&gt; 法人理念、事業所介護理念、事業所運営方針は施設内の掲示をはじめ、ホームページ、パンフレット、3ヶ月毎発行の「花へんろ便り」にも記載されており、職員、利用者、家族へ周知を図っています。職員は名札に入れて携帯し、毎日の終礼時に唱和することで意識付けを行っています。理念と運営方針については、職員の入職時研修において第一項目として位置付けられており、法人全体で理念を基としたサービスの提供を徹底しています。</p>		

#### - 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
	- 2 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
2	- 2 - ( 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
<p>&lt;コメント&gt; 益城町では高齢化が進んでおり町の動向を注視しています。社会福祉事業の動向は、インターネットや情報誌なども活用して、把握をしています。施設を取り巻く環境の変化や課題については法人全体の毎月の「理事長打合せ」を行ったり、毎期、中間・12月期・決算期毎、また毎月の経営状況報告を通じて分析しています。</p>		
3	- 2 - ( 1 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt; 毎年度初めに理事長より所感を発表され、施設長の年間目標に基づき、各事業所で今年の年間を通しての課題を分析、振り返りを行うことで翌年の年間目標を設定し、それに基づいて、次年度の事業計画へ反映させています。年間目標の達成について、毎月の会議において報告しています。 平成30年事業計画書には、平均稼働率の目標設定や、「花へんろ運営方針」に基づいた多職種連携・協働による介護・養護サービスの提供について具体的内容及び法人全体として「平成30年度の重点課題」を記載しています。 毎月の理事長打合せから各事業所合同での多職種連携会議、職員全体会議へと、報告・周知がなされ、職員間の共有が図られています。</p>		

### - 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 -( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 -( 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>&lt;コメント&gt;            単年度事業計画書の「はじめに」の部分で将来構想を示しています。現在、地域動向やニーズに基づき法人の他事業所及び関連事業所の移転・改築等の計画がなされており、将来構想として施設の改築等について述べています。            しかし、「単年度の計画で終わっている」とあるので、中・長期の事業計画及び収支計画の策定が求められます。</p>		
5	- 3 -( 1 )- 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>&lt;コメント&gt;            単年度の事業計画書では、稼働率の数値目標を示すとともに、利用者等の処遇・食事サービスの面について、職員の姿勢・人材育成・地域との関係作り・健全な施設運営他への取り組みについて具体的成果を明確に記載しています。今後は、中・長期の事業計画と中・長期の収支計画を作成し、その計画が反映された単年度の事業計画書を作成することが求められます。</p>		
- 3 -( 2 ) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 -( 2 )- 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>&lt;コメント&gt;            事業所では事業計画について半期毎に評価・見直しを行っており、年度末に一年間の振り返り・評価を行い、翌年度の目標設定を行っています。法人の事業計画作成へと繋がっています。事業計画の作成については法人で多職種連携会議を中心とした手順が明確化され、職員全員が参画することで周知・徹底がなされています。            職員の自己評価においては「把握できていない」等の声もありますので、職員への周知方法や理解を促すための取り組みの工夫が必要だと考えます。</p>		
7	- 3 -( 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>&lt;コメント&gt;            利用者・家族などには行事計画について周知・説明をしています。今後は、予算や事業計画の全体像について、主な内容を簡潔にまとめたものでも構いませんので、利用者・家族などへの説明等が期待されます。</p>		

### - 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
- 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	- 4 -( 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>&lt;コメント&gt;            事業計画に質の高い介護・養護サービスの提供、介護チームの充実について示されていることもあり、職員研修に力を入れています。全職員は自己評価を行うことで日常のサービスの評価を行い改善につなげています。</p>		

9	- 4 - ( 1 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの質の向上に向け各種委員会で話し合い、評価、改善点の把握、改善策への取り組みを行っていますが、継続的・計画的・職員間の課題の共有化とまでは至っていないようです。定期的な家族アンケート等によるサービス評価の分析、また今回の評価結果によって改善課題を明確にし、改善計画や改善策を策定することが望まれます。</p>		

## 評価対象 組織の運営管理

### - 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - ( 1 ) 管理者の責任が明確にされている。		
10	- 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「管理規定・職務分掌規定」の中で施設長の役割、不在時の権限移譲が明記されており、これらの規定は各ユニットに設置され、職員にも表明しています。規定は随時見直しが行われ、常に最新版がユニットに設置されています。</p>		
11	- 1 - ( 1 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、全職員に対し新人研修や全体会を通じ、個人情報保護・プライバシー保護・倫理・防災・社会福祉関係法令等幅広い分野の法令遵守について「法令研修」を実施するなど法令を遵守しています。</p>		
- 1 - ( 2 ) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 - ( 2 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長はユニットを巡回し、利用者や職員に積極的に声を掛け、現場を見ることでコミュニケーション作りを行い、課題等の把握を行っています。福祉サービスの質の向上に向け職員のスキルアップを重要視し、職員の施設内・外研修参加及び研修の実施について、事業計画書で「職員研修の充実」として記載しています。第三者評価を定期的に受審して、法人幹部と職員が共通の課題や問題を共有する事で福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行っています。</p>		
13	- 1 - ( 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営の改善や業務の実行性向上に向け、分析し、毎月の理事長打合せで経営状況を報告し、多職種連携会議、全体会などで、組織内で同様の意識を形成するための取り組みを行っています。経営の改善や業務の実行性を高めるため、教育・研修等自己啓発の積極的な支援に加え、介護業務支援ソフトを導入する等、業務の効率化と改善に向けた取り組みを行っています。</p>		

## - 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 -(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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材の確保と育成に関する方針は人事基準を設けています。人員確保については公的機関も利用しながら求人を行っており、今年度は専門職として理学療法士を増員する予定です。入職後は担当職員が教育の計画をたて、法人の新人研修と併せた現場研修を実施しています。業務に必要な資格取得に向けた勤務への配慮、産業医によるメンタルヘルスケアの実施等、職員の定着に向けた取り組みを行っています。</p>		
15	- 2 -(1)- 総合的な人事管理が行われている。	a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今回の調査では明確な「期待する職員像等」が確認できませんでした。</p> <p>法人では、職員の専門性や職務に関する成果を評価するため「職業能力証明シート」を用い、把握した職員の意向・意見や評価・分析にもとづき、声掛けによりフォロー・アドバイスをしています。また、人事考課のポイント加算を導入し、ヒヤリハットの評価、研修評価、アイデア改善評価、資格認定取得評価等、職務に対する専門性・能力・成果・貢献度が考慮され、総合的な人事管理が行われています。</p>		
- 2 -(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 -(2)- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の就業状況や意向はユニット長が窓口となり、労働時間・勤務時間・休暇等希望を把握し、働きやすい職場環境作りを行っています。子育て中の職員には法人の託児所が準備され、有給休暇の取得率は100%近い状況です。法人では年1回職員に対するストレスチェックを義務化しており、その結果は職員に周知しています。毎月産業医による健康・ストレス相談窓口を設置し、ストレスチェックの結果、また希望によりいつでも、継続して相談が受けられることで、福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取り組みや働きやすい職場づくりに関する取り組みを行っています。</p> <p>職員の意見でも「上司は良く話を聞き、意向を可能な限り汲んでくれる」とあり、働きやすい職場環境であることが聞かれました。</p>		
- 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 -(3)- 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間計画による職員研修、育成プログラムに沿った新人研修等のプログラムを用意し、プリセプター制度を導入しています。</p> <p>現状では、職員一人ひとりの目標設定・達成目標の把握までは至っておらず、職員からはプリセプター制度が十分に機能していない旨の意見も見られることから、職員の育成に向け、職員一人ひとりに対する目標設定、研修受講履歴の把握を行い、定期的な面接や目標達成度の確認の仕組み作りも必要です。</p>		
18	- 2 -(3)- 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成29年度より教育訓練休暇を取り入れ、教育・研修の機会確保がされています。事業計画に「研修計画」として介護・養護サービスのレベルアップの必要・重要性を記載し、「一</p>		

<p>人の百歩より、百人の一步」を掲げています。</p> <p>具体的には、年間研修計画が作成され、職員の教育・研修が行われています。新任職員研修は施設内研修として13項目、その他職員研修は外部講師も招き年間10回が計画され提示されています。研修後はレポートの提出を義務付け、毎月の全体会で発表する機会を設け、職員への情報提供、振り返りを行っています。</p>		
19	- 2 - ( 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成29年度に新たに教育訓練休暇が取り入れられ、職員一人ひとりに、自主的な教育訓練の機会があります。</p> <p>今回、職員別研修履歴等の確認はできませんでしたが、研修毎の参加者の把握、また、参加後のレポートの提出、全体会で受講についての発表を行っています。職員の勤務状況で全体会に参加できない場合、別の機会を設け発表会を行っています。</p> <p>職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた研修会の参加を奨励しています。</p>		
- 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	- 2 - ( 4 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生受入れにあたっては、学校への説明に出向き、実習内容について連携してプログラムを整備しています。</p> <p>実習生受入れの際は、実習指導研修を受講した職員が担当者となり、教育・育成についてのマニュアルに沿って、毎日の計画に基づき実習を行っています。プログラムには施設（特別養護老人ホーム）と在宅（デイサービス）での実習も組み入れています。</p> <p>実習生は毎日研修記録を記載し、終了時には担当職員が評価を記入することで、学校側との連携に取り組んでいます。</p> <p>職員に対しても実習生の1日のスケジュールを周知し共有しています。</p>		

### - 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 3 - ( 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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針、事業所毎の各種サービスの取り組み、実施状況等については法人のホームページで、また現況報告書及び決算書類は福祉医療機構のホームページにて情報公開しています。</p> <p>理念や基本方針、事業所で行っている活動等は広報誌に掲載し、地域サロンや利用者家族へ配布しています。</p> <p>今回の第三者評価受審は平成25年度に続き2回目であり、結果ともに公開されています。</p>		
22	- 3 - ( 1 ) - 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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため職務分掌規定、経理規定を整備しています。日常業務では電子請求システムによる電磁決済を導入しており、「理事長専決事項」の定めにより契約毎の決済金額を明示し、必要以上の契約事項には理事会で決済すること、また業務委託業者との契約状況については事業計画書の中で明文化されています。経理においては</p>		

税理士事務所に委託しており、毎月のチェック・業績報告、年2回の報告会で財務管理やアドバイスが行われ、経営改善を実施しています。

#### - 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - ( 1 ) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 - ( 1 ) - 利用者との交流を広げるための取組を行っている。	( a ) b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方については運営方針にも掲げられており、事業計画書の「地域との関係作り」にも記載されています。開設以来、法人全体での取り組みが行われており、地域での介護予防教室（地域サロン）の実施、ボランティア受入れ、地域住民の見学受入れ等、地域との関わりを大切にしています。</p> <p>法人で毎年開催する秋祭りは盛大に催され、地域住民にも喜ばれています。施設では日常生活の中でも職員同行での利用者の買い物や外出があり、地域の社会資源を利用しています。</p>		
24	- 4 - ( 1 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア等の受入れは施設で担当窓口が決められており、申し出により受入れています。新規ボランティア受入れの際には「ボランティア対応マニュアル」をもとに打ち合わせを行い、実際の訪問にあたっては利用者のプライバシー保護について記載がある「ボランティア申込書」に署名をもらい保管しています。</p> <p>傾聴ボランティア、掃除ボランティア、コーラス披露、四国八十八ヶ所霊場会よりお砂踏みボランティア等を受け入れています。</p>		
- 4 - ( 2 ) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - ( 2 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者サービスに関わる警察・消防・救急等の社会資源に関するリストは、夜間対応もスムーズにできるよう宿直日誌に示されています。各職種により地域ケア会議、地域連携交流会、益城町社協合同認知症講演会及び事例検討会、上益城地域在宅ケア研修会へと参加しており、関係機関や他施設と定期的な連携がなされ、介護に関する地域の取り組みを行っています。これらの内容は必要に応じ会議の際に職員へ報告し、情報の共有を行っています。</p>		
- 4 - ( 3 ) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - ( 3 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設は益城町の「福祉避難所」としての役割を持ち、一昨年の熊本地震の際には地域住民を含め、多い時には180人の受入れがなされました。法人主施設の崩壊により本施設が法人の対策本部と位置付けられ、1年半近く特例入居の受入れも行われました。さらに、外部からの震災ボランティア団体の拠点として施設内の一部を開放しました。</p> <p>現在では、建物内事業所の定休日にフロアを開放（地域のコーラスグループの練習会場）したり、隣接小学校催事の際に駐車場を提供しています。特に毎年恒例の秋祭りは、新聞にチラシを入れて、地域住民が自由に参加できる催しとなっています。</p>		

27	- 4 - ( 3 ) - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>益城町は高齢化が進んでおり、地域のニーズにより従来から「地域サロン」を行っていました。熊本地震により中断しましたが今年度から再開し、地域の公民館等へ出向き、地域住民に対して介護予防教室を行っています。</p> <p>地域サロンでは、役場や地域代表と相談を進めながら地域民生委員やボランティアサポーターと協力し、看護師による健康チェックをはじめとする理学療法士や介護士・看護師の関わりで、益城町の掲げる「健康・生きがい・仲間づくり！地域で支え合い、助け合いの輪が広がっています」の活動を担っています。</p> <p>また、地域サロンでは、施設の役割やサービスの内容を定期的に紹介する事で、自宅での介護のやり方や注意点を入居部長が主になってわかりやすく説明する機会を作っています。</p>		

## 評価対象 適切な福祉サービスの実施

### - 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - ( 1 ) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の尊厳・人権を尊重した介護サービスへの姿勢は法人理念・介護理念・運営方針で示されています。利用者・家族には入居時に説明し、職員は理念・方針を常に携帯し、全員が理解できるように毎日唱和しています。職員は研修で高齢者虐待と身体拘束について、また認知症ケア、自立支援の取り組み等を学んでいます。毎月の全体会での勉強会では職員のケアの統一に向けて方向性を再確認しています。</p>		
29	- 1 - ( 1 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護や人権擁護については勉強会・検討会を実施しています。利用者のプライバシー保護等に関しては重要事項説明書に記載しており、契約時説明の際、介護支援相談員により利用者・家族へ説明をしています。</p>		
- 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	- 1 - ( 2 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が運営する関連施設を紹介したパンフレットには法人理念、事業所運営方針・介護理念が示されており、室内の様子や設備、食事内容等が掲載されています。パンフレットは地域包括支援センターや医療機関の窓口に置かれており、またホームページも開設して利用希望者や地域・周辺住民への情報提供に努めています。</p> <p>個別問合せについては、介護支援専門員より事業所全体の説明と利用可能なサービスについて説明を行っています。希望者には併設のデイサービスセンターやショートステイの利用、地域サロンの利用等で施設の特色や生活の様子を見て頂く機会を提供しています。</p>		

31	- 1 - ( 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
<p>&lt;コメント&gt;  サービスの開始・変更については、相談員や介護支援専門員を中心に重要事項説明書を提示しながら説明し、利用者・家族の同意を得ています。サービスの変更時には早急に改訂版を提示しています。  利用者からの要請で女性対応が必要であれば、同性で対応する等の配慮をしています。</p>		
32	- 1 - ( 2 ) - 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>&lt;コメント&gt;  現在は家庭への移行はほとんどなく、医療機関への移行が多くみられます。医療機関への移行の際は福祉サービスの継続性に配慮し、看護サマリー、介護サマリー、嘱託医の意見をまとめた文書により伝えています。  サービスの変更や入院などにより退所される場合にも、今後も気軽に相談できることや相談窓口について説明を行っており、継続的な支援を行っています。昨年、施設の居宅介護事業所廃止の際は、系列病院内の事業所を紹介し継続性を保ちました。  また、他施設や在宅から受け入れる場合は、相談員が利用希望者のもとを訪れ、細やかな説明を行っています。</p>		
- 1 - ( 3 ) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - ( 3 ) - 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  利用者の意見や要望は日々のケアの中での把握だけでなく、家族面会時や家族会の際に職員から家族に声掛けを行っています。家族会には施設から事務部長をはじめユニット班長、利用者の担当職員他の職員も同席し、直接意見を聞いています。  玄関には無記名で投書できる意見箱を設置していますが、現状ではほとんど見られません。  食事に関しては年1回の「食事調査」で嗜好調査、満足度の把握を行っています。食事調査で得た内容は、メニューの検討やケア対応の検討に活かされています。</p>		
- 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	- 1 - ( 4 ) - 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>&lt;コメント&gt;  苦情解決の手順・仕組みは重要事項説明書に明記され、サービス利用開始時に利用者と家族へ説明し、また施設入口の掲示板にも掲示されています。手順や対応については「苦情解決実施規程」「苦情処理委員会規程」に定められており、手順に沿った対応を行っています。  日々の中で職員が直接利用者・家族から得た事例、書面による申し出等については都度苦情処理委員会で検討され、会議で解決策を講じており、必要がある場合は第三者委員への報告がなされています。利用者・家族からの苦情については、申し出た利用者等への配慮を行いながら掲示し情報公開しています。</p>		
35	- 1 - ( 4 ) - 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>&lt;コメント&gt;  利用開始時に相談員よりいつでも申し出て欲しい旨の説明を行っており、その後は日々の介護支援の中で利用者とのコミュニケーションを心掛けた対応で相談や意見を述べやすい環境を作っています。苦情解決の仕組みは玄関に掲示され、意見箱も設置し、多様な環境作りに努めています。相談内容によっては応接室も準備されており、プライバシーに配慮した</p>		



<p>スペースが整えられています。家族会でも意見を述べやすい環境・時間を作っていますが、近年は質問程度が多くみられ、都度対応・解決しています。</p>			
36	- 1 -( 4 )-	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。	Ⓐ b・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者からの相談・意見については責任者・関係部署への報告、ユニット内で解決できることはミーティングの開催等、事例に応じ「苦情解決実施規程」に則って対応しています。また日々の朝礼・終礼で都度状況を報告することで職員間の共有を図っています。必要時、または定期的に苦情処理委員会を開催する等、組織的かつ迅速に対応を行っています。</p>			
<p>- 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。</p>			
37	- 1 -( 5 )-	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。	Ⓐ b・c
<p>&lt;コメント&gt; 事故防止安全委員会を設置し「事故防止・安全委員会規程」を定めています。入居時に転倒・転落アセスメントシートに沿ってリスクについて家族へ説明し、入居後は1ヶ月後・半年後と定期的に転倒事故のアセスメントシートをチェックし把握に努めています。 発生時の対応については「事故の発生防止と発生時の対応策(マニュアル)」で明確にされており、事故防止のための具体的対策として、対応手順や危険度別チェック表の利用等を定めています。日常の介護でのヒヤリハットや事故報告は職員間で回覧して情報を共有し、ユニット間で検討、事故防止安全委員会でも見直し・振り返りを行う等、改善を図るとともに再発防止に向け、組織的な取組を行っています。</p>			
38	- 1 -( 5 )-	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。	Ⓐ b・c
<p>&lt;コメント&gt; 感染が予測される時期の前に感染対策委員会で予防措置を検討・実施しており、発生予防を第一とした取組を行っています。感染症が発生した場合は「救急・感染対策マニュアル」により対応が定められており、定期的なマニュアルの見直しも行われています。各ユニット職員より委員を選定し「褥瘡・感染対策委員会」を構成しており、日常的な取組みとして、特に冬期はインフルエンザ・ノロウィルスへの対策を講じることで、今年はインフルエンザの発生も見られず、施設全体で利用者の安全確保のために取組んでいます。</p>			
39	- 1 -( 5 )-	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・Ⓐ・c
<p>&lt;コメント&gt; 「危機管理・防災対策マニュアル」や職員の緊急連絡網・一斉緊急メール体制を整備し、年2回の防災訓練を実施しています。法人では一昨年の熊本地震で大きな被害を受け、その経験から地震による防災訓練を行っています。緊急時の自動通報装置では主な職員も連絡先になっており、職員への一斉緊急メール配信等、迅速な対応を行うため、組織的な体制を整えています。 熊本地震での経験から、災害発生初日にはライフラインが断たれることを想定し「非常食消費管理表」による備蓄、また火を使わなくても良い献立等、3日分の災害時献立が用意されています。 今回、マニュアルに職員の出勤基準や初動操作等についての記載が見られなかったこと、また熊本地震を経験したからこそそのマニュアルの見直し・充実化に期待します。</p>			

## - 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 -( 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法である「ケア基準書」を各ユニットに設置し、入浴・排泄・移乗等、各サービスについて文書化しています。</p> <p>日頃より「ケア基準書」の読み合わせを行っており、新入職員にも読み上げて周知しサービスの標準化、サービスの向上に努めています。</p>		
41	- 2 -( 1 )- 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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアの見直しを行う際、新しい取り組みの際は多職種連携会議の場で提案、決定されます。また、ケア基準書は接遇マナー委員会で定期的に見直しをしており、「ケア基準書」は随時差し替えを行っています。</p>		
- 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	- 2 -( 2 )- 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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居時は、居宅介護支援事業所からの情報と利用者・家族から施設の介護支援専門員が直接話を聞いて個々のアセスメントを作成し、それらに基づき、暫定の福祉サービス実施計画を作っています。</p> <p>入居後1ヶ月以内に担当者会議を開催し、利用者・家族・担当職員・相談員・看護師等の他業種が連携して、この期間に実際に利用者に関わることで学んだことを活かして、暫定の計画をより具体的にサービス内容や支援の状況について確認をしながら利用者本位で現状に即した福祉サービス実施計画を決定し、説明の上、家族へも同意を得ています。</p>		
43	- 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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画は、担当職員が計画書に基づき、毎月の評価を行い、それに基づいて施設の介護支援専門員、看護師、相談員などと話し合い、利用者の状況に応じた福祉サービス実施計画になるように適切に見直しを行っています。</p>		
- 2 -( 3 ) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 -( 3 )- 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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関するサービス実施状況の記録は全て介護ソフトに記録され、職員間での共有化・可視化がされており、利用者に対して施設全体で連携した支援体制が行えるよう構築されています。福祉サービス実施計画や24時間シートに沿った内容の記録を適切に行うことで作業の効率化や記録の一元管理がされています。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成について講師を招き研修を行っています。</p> <p>必要最小限の伝達として、申し送りや申し送りノートの確認を徹底しています。</p>		

45	- 2 - ( 3 ) -	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する記録の管理は運営規程で「法定期間」と定められており、熊本県の定めにより、現状、入居者が退所した日から5年間の保存としています。その他苦情処理に関する書類等、個別に定められているものもあり、全て運営規程により管理がされています。今回、保存期間の設定は確認できましたが、今後、保存期間終了後の廃棄についても規程に取り入れることが求められます。</p>			

## 評価対象

### A - 1 支援の基本

			第三者評価結果
46	A - 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書等で利用者を個人として尊重する取り組みについて明示されており、居室はユニット制で、それぞれの生活環境では特にプライバシーへの配慮を行っています。福祉サービス実施計画に基づいて、利用者の希望に沿った生活が送られるよう、また法人理念である「人生は花を咲かせる長い旅。この出会いを大切に。私たちは、あなたの暮らしを伴にサポートします」を職員の共通理解のもと支援が行われています。</p> <p>職員の身だしなみや挨拶等も「ケア基準書」に盛り込まれ、「接遇マナー委員会」の設置で課題を持ち寄り勉強会を行っています。言葉遣いは敬語を遣い、利用者と馴れ馴れしくなり過ぎないようにしています。</p>			
47	A - 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりに応じた福祉サービス実施計画、利用者のこれまでの生活環境、生活習慣等をふまえて生活の目安となる24時間シートを基本にし、個別の生活パターンを把握・周知しています。</p> <p>基本的に利用者の生活パターンにより起床・食事時間・就寝時間・入浴時間も幅をもたせ、自由な生活が送られており、訪問時もパズルを好んで楽しむ方、新聞を読む方と、それぞれの好みにより生活されている様子が窺えました。また生活の楽しみや自立に配慮した支援において、職員が同行して買い物を楽しんだり、催事への参加等、社会生活も取り入れている様子が聞かれました。</p>			
48	A - 1 -	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりへのコミュニケーションは、これまでの生活歴や普段の生活の様子を把握し、職員からの寄り添いや声掛けを第一として行っています。一日の中では昼食後や入浴時等にゆったりと過ごすことが多く、触れ合いの中で得た意向や情報は職員間で共有し、統一したケアに努めています。</p> <p>利用者への言葉遣いや接遇に関しては、接遇委員会を設置、委員会で課題を共有し、その場で話し合ったことを職員に周知しています。</p>			

## A - 2 身体介護

		第三者評価結果
49	A - 2 - 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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴については「ケア基準書」をもとにしており、入浴を見合わせる場合の血圧や体温を具体的に定め、また夜間の入浴、冬期の入浴についても準備から体調管理、入浴後の過ごし方等細かな記載がされています。</p> <p>機械浴の利用も多くなり、また寝そべての機械浴も完備されています。</p> <p>利用者の入浴の際は、一人ひとりの状態に応じ、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ます。希望により同性介助にも対応しています。</p>		
50	A - 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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者本人のアセスメントを行い、また理学療法士のアドバイスを取り入れた個別機能訓練計画書も用いてケアを実践しています。排泄の自立に向けた働きかけとして、機能改善で布パンツへの移行を目指したケアに取り組み、声掛けを中心とした誘導を行っています。</p> <p>トイレ利用時は、職員は安心した排泄のためドアを閉めて見守り、排泄後、改めて健康状態の確認を行っています。</p> <p>利用者の福祉サービス実施計画に基づき、またその時の心身の状況に応じて対応していますが、体調の変化等で変更する際は、ケアカンファレンスの開催、介護支援専門員への相談により福祉サービス実施計画を変更し、支援しています。</p>		
51	A - 2 - 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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移乗、移動については、利用者本人のADLを理解したうえで残存能力を生かす声掛けを行っています。本人のアセスメントを行い、また理学療法士のアドバイスを取り入れながら福祉サービス実施計画に沿って実施しています。その際、個別機能訓練計画書も同時に作成しています。</p> <p>福祉用具としては、車椅子や歩行器、複数種類の機械浴の準備もあり、利用者の負担軽減及び安全に配慮しながらも満足度に繋がる設備が整っています。車椅子の空気圧等点検については、都度職員による安全確認を行っています。</p>		
52	A - 2 - 褥瘡の発生予防を行っている。	(a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居時に褥瘡についての判断ゲージ（OHスケール）を用いて評価を行い、発生予防を行っています。</p> <p>入居後は、OHスケールを用いて定期的に身体状況と褥瘡発生リスクについて、除圧対策・体位交換・皮膚の清潔について点数化したもので管理・観察しています。リスクが大きい場合は福祉サービス実施計画に予防を取り入れ、除圧マットの導入や時間ごとの体位交換、皮膚の観察を行っています。</p> <p>法人では「褥瘡・感染予防委員会」を設置し勉強会を行うことで職員に周知し、皮膚科の往診も行っています。</p> <p>また食事との関係性も大きなものと考えており、常に早期発見による日頃のケアに取り組んでいます。</p>		

### A - 3 食生活

		第三者評価結果
53	A - 3 - 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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりに対しては、入居時の担当者会議でアレルギーや嗜好についての確認を行い食事内容を決定しています。毎月一日には赤飯を提供、月一回は誕生日メニューを用意する等、喜びを感じる工夫もされており、また、朝食のパン食希望や、肉・魚が苦手な場合の代替食提供等も行っています。</p> <p>「おかゆ」の摂食率が多いユニットでは、現場で炊飯し、食事の準備の様子や匂い等で、食事に対する意欲増加を促しています。</p> <p>日々の食事の際に管理栄養士がユニットを廻り、食事状態の観察をしながら現場との情報交換を密にし、年1回の嗜好調査、毎日の残食調査、月1回の給食委員会の開催で状況の把握を行っています。</p>		
54	A - 3 - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事の提供、食事介助についてはサービス担当者会議やユニットミーティングで検討し、一人ひとりに合わせ福祉サービス実施計画に落とし込み、支援を行っています。それぞれにあった形態で、ミキサー食・刻み食と対応しており、量については利用者それぞれに5点法を用い、毎回記録を残しています。</p> <p>食事時には基本的にマンツーマン介助で、姿勢・嚥下・咀嚼をしっかりと確認し安全に配慮していますが、「むせ」等緊急を要する対応は「救急・感染マニュアル」をユニットに備え、救急、症状別に対応が記されています。</p>		
55	A - 3 - 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事毎の口腔ケアは利用者の居室で行っており、歯ブラシ・フロス・スポンジ・歯間ブラシ等を使い、それぞれに応じて見守りや自立、介助で行っています。</p> <p>入居時に歯科無料検診による状況を家族へ伝え、異常があれば家族への相談の上、希望により口腔ケアと歯科治療それぞれ週1回ずつ受けることができます。</p> <p>入居後は「口腔ケア・マネジメント計画書」により対応しており、歯科衛生士による口腔ケア実施後は「口腔機能維持管理に関わる助言内容」書面にて助言が受けられます。歯科医による治療の際は、利用者毎の「歯科診療記録」の記載がなされ、継続した治療が受けられるよう支援しています。</p> <p>職員に対しては、歯科医より毎年1回職員研修が行われています。</p>		

### A - 4 終末期の対応

		第三者評価結果
56	A - 4 - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看取り介護の目的と指針を示した「業務・看取りマニュアル」を整備しています。入居時に看取りについての確認書を家族と交わしますが、実際にその時を迎えた際には、嘱託医から家族へ説明、看取り指針に沿った説明を行い、看取りカンファレンスや担当者会議で話し合いを重ね、同意を得て、多職種連携の基でケアを実践しています。</p> <p>家族へは施設で「出来ること」と「出来ないこと」を随時確認しています。</p>		

職員は外部研修への参加、勉強会を利用して心構えと精神的ケアにも応じています。

### A - 5 認知症ケア

		第三者評価結果
57	A - 5 - 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	(a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設は認知症専門医院である益城病院の関連施設であり、日頃から認知症ケアへの取り組みに力を入れています。</p> <p>日常ケアのなかではカンファレンスを重要視し、日常生活を阻害せず見守りを重視、寄り添い傾聴し、気分を傷つけないよう配慮を行っています。</p> <p>職員へは周辺症状や認知症ケアについて年間研修計画にて研修会、認知症ケア専門の外部講師による研修を行い、認知症実践者研修の受講参加を推奨しています。</p> <p>身体拘束をしないケアを徹底しているため、家族へもリスクに対する説明をし、理解を得ながらケアを行っています。</p>		
58	A - 5 - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全体会や全体研修にて危険予知研修を行い、利用者にとって安心・安全な環境整備となるよう心掛けています。</p> <p>共用部分は安心・安全な生活にむけ、毎日の掃除はもとより危険物・障害物の撤去等環境整備を行っています。ユニットそれぞれの出入り空間の飾りつけに工夫があり、特色を出した設えがしてあります。また、以前「便所」と掲示していたものに変え、大きなひまわりの造花を飾ったところ、見た目や職員の声掛け・誘導の言葉遣いにも変化が見られた例も聞かれました。室内やベランダには季節の花の鉢植えも目を楽しませており、異食や障害物への配慮を行いながらも生活空間の充実に工夫されている様子がありました。</p> <p>生活スペースは個室であり、生活の場であることから、利用者の個々の私物が持ち込まれ、見守り重視で安全に配慮しています。</p>		

### A - 6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
59	A - 6 - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>機能訓練については、入所時に「個別機能訓練アセスメント表」を作成し、専門による訓練が必要な利用者については、週1回理学療法士による訓練を実施しています。</p> <p>日常生活での訓練は、福祉サービス実施計画に沿い、ユニットそれぞれで実施しています。3ヶ月毎に見直し、実施、評価を行い、また問題がある方については理学療法士のアドバイスをもらい、日頃のケアに活かしています。立位が難しい方は、ベッド上で曲げ伸ばしも行っています。</p>		

### A - 7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
60	A - 7 - 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

<コメント>		
<p>利用者の健康管理については、毎朝のバイタルチェックや日頃の様子との違いに対する気付きにより早期発見に努めています。</p> <p>利用者の体調変化・急変については「救急・感染対策マニュアル」により症状別の対応手順が示されており、職員は外部講師による研修や勉強会に参加しています。</p> <p>利用者の体調変化時は、状況により、看護師・主治医に報告し、手順に沿って対応しています。夜間の緊急時にはオンコール体制をとっています。</p> <p>服薬に関しては看護師のセッティングから始まり、服用の際もダブルチェックを行う等、服用完了までには合計4回の確認を行う手順が確立されています。チェック時には都度「服薬チェック表」への記入を徹底しており、誤薬はほぼ見られない状況です。</p>		
61	A - 7 -	感染症や食中毒の発生予防を行っている。
		(a)・b・c
<コメント>		
<p>感染症は予防を第一とし、発生の予想される時期の前に勉強会や研修を行い、徹底した予防策を講じています。「感染対策委員会」を中心とし、特に冬期のインフルエンザやノロウイルス流行時には業者も含めた来苑者全てに消毒薬を設置した玄関からの入室を徹底し、また家族の面会時には家族面会簿に体調を記入して頂く等、外部からの感染症持ち込みに最大限の対策を講じています。</p> <p>職員に対するインフルエンザ等必要な予防接種については、一部費用負担し全職員への接種を行っています。</p> <p>食事作りは業者による委託ですが、食中毒の発生予防として「食品加熱・加工の記録簿」、「給食日誌」、食事作りに携わる者の体調チェックのため「個人衛生点検表」を用いて業務にあたっています。食事は職員が交代で検食を行い、また利用者外出・外泊後には食事のチェックを徹底しています。</p>		

## A - 8 建物・設備

		第三者評価結果
62	A - 8 -	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。
		(a)・b・c
<コメント>		
<p>一昨年の熊本地震の影響で一部傷みが見られる箇所もあるようですが、現在復旧に向け修復を行っています。</p> <p>担当職員で設備の整備点検及び職員全員で毎日の清掃を行い、備品等が壊れた時は施設課で早急に対処しています。</p> <p>居室は利用者にとっての「家」であることから、安全や快適さを保ち、落ち着けるような雰囲気づくりに配慮しています。</p> <p>訪問時には、お昼時にのんびりとリビングで過ごす方、食事後には居室に戻り一人の時間を楽しむ方と、それぞれが自由に過ごす様子が窺えました。</p> <p>家族の面会時間は原則20時までですが、申し出により宿直者の対応により受入れも可能です。看取り対応の時期には時間の制限をすることなく、いつでも来て頂ける体制を整えています。</p>		

## A - 9 家族との連携

		第三者評価結果
63	A - 9 - 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居者それぞれに面会の頻度の違いはありますが、遠方の御家族へも電話連絡を行い、定期的、緊急時には都度、状態報告を行っています。</p> <p>毎月の請求書発送時には、担当職員からの手紙や催事時の写真を同封し、日頃の様子を伝えています。福祉サービス実施計画の見直し時期には担当者会議を行い、必ず家族も同席して頂くこととしています。</p> <p>3ヶ月毎に発行される「花へんろ便り」には今後の行事予定の掲載により家族へも案内し、参加できるよう取り組みがなされています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	33	10	2
内容評価基準（評価対象A）	18	0	0
合 計	51	10	2