

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：地域密着型介護老人福祉施設 （施設名） 照古苑ひまわりホーム	種別：地域密着型介護老人福祉施設
代表者氏名：理事長 荒木美智子 管理者 荒木 優子	開設年月日： 平成25年年10月15日
設置主体： 経営主体： 社会福祉法人 白日会	定員： （利用人数） 29
所在地：〒869-0416 宇土市松山町1988	
連絡先電話番号：0964—22—3900	FAX番号：0964—22—3901
ホームページアドレス	http://hakujiitsukai.jp/

（２）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
特別養護老人ホーム	照古苑祭、花見、敬老会、クリスマス会 映画鑑賞、ひまわりカフェ
居室概要	居室以外の施設設備の概要
3ユニット 全室個室	食堂、医務室、調理室、面会室、家族宿泊室

2 施設・事業所の特徴的な取組

- ・住み慣れた地域で、ご家族やご友人との交流が途切れることなく安心して過ごしていただきます。
- ・完全個室で、居室に洗面台、トイレを完備することで、気がねすることなくご自分のペースで生活していただきます。また、ご面会時も水入らず、お部屋でゆっくりお過ごしいただけます。
- ・9～10人、少人数のユニットケアで他のご利用者、職員と顔なじみの関係ができます。
- ・希望者には、ボランティアの訪問、同一法人の保育園児の訪問、関連病院の盆踊り、地域文化祭等へ参加していただき、楽しみのある暮らしを支援します。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

* 美味しく楽しい食事の支援

毎年2回の嗜好調査では、毎回テーマを決めて丼物、揚げ物、麺類などについて好みを細かく聞き取り、個人の好みに沿うように手作りで柔軟に対応している。 餡子づくりにこだわったおはぎ、行事食、重箱メニュー、デザートバイキングなども継続して実施されている。市販品や冷凍食品を使わず旬の食材を活かした食事が、入居者に応じて適時・適温で提供されている。食事時間は、介護職に加え他の専門職も見回り、テーブルや椅子の選択、誤嚥誤飲のない食べやすい姿勢の保持、食器類や自助具選び、食事介助等、連携した体制で美味しく楽しい食事の支援をしている。

* 家族との連携

家族会や行事案内、定期的な広報誌の郵送、サービス担当者会議への出席依頼、日々の面会等、家族と相談員や職員が話し合う機会が多くある。入居時は説明事項・書類や準備するものが多いことから、入居前から予定を立てて終末期や看取り体制までの説明を行い入居後に再度説明して確認している。今回の第三者評価受審に際して実施した家族アンケートには「安心」「感謝」「親切」「ありがとう」等の言葉が多く記載されており、日頃の職員の対応の様子を覗うことができ、家族と事業所との信頼関係が構築されていることが確認できた。

* 入居者の快適性に配慮した環境整備

設立から 5 年目の建物は、全館バリアフリーの設計で、床素材や建具のデザイン、色彩等、落ち着いた雰囲気と快適さに配慮されている。全居室の窓と共有スペースの広いガラスの引き戸から、自然の採光と四季の移り変わりが感じられる。全館に取り付けられた手すりは取り付け位置や手触り感に配慮され、角をカットして丸みを揃えたカウンターやテーブルと椅子の位置から安全・安心への工夫が見られる。ベランダに干された洗濯物が風に揺られている風景は生活感も感じられる。

* 職員の質の向上を目指した研修

平成 30 年度の研修計画は研修目的を定め OJT を実施するチームの充実や、専門性や役割別・階層別に応じた OFF-JT、自己啓発支援制度（SDS）等の研修が計画され実施されている。外部研修は、本人の希望・上司の推薦を参考に受講者が決定され承認される。受講費用や旅費は施設負担であり、更に「資格取得支援制度」もあって、今年度は「介護職員初任者研修」の受講や「准看護師」を目指す職員を学費と勤務時間等で支援する等、職員の育成と質の向上を図っている。

改善を求められる点

* 中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定

法人は、平成 30 年度事業計画に「重点課題と長期ビジョン」として 6 項目あげているが、事業所がこれらの重点項目を実施するための中・長期計画として明文化したものは見られなかった。中・長期的なビジョンを明確にし、福祉サービスの内容・組織体制・設備の整備・職員体制・人材育成等の課題に取り組むための中・長期計画とそれに伴う収支計画の策定が望まれる。尚、中・長期計画は必要に応じて見直しを行うことも必要と思われる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400 字以内）

(H 31.1 .11)

3 段階評価のうち、a 31、b 31、c 1 という結果は、判断に迷うところですが、もう少し頑張れば限りなく a 評価に近づくものと確信した。法人としても重点目標に掲げているサービスの質の向上については、高い評価を受けたと思う。入所者の生活の中での一番の楽しみである「美味しく楽しい食事の支援」は、調理業務の直営にこだわり、できるだけ地元産食材を使った食事の提供を、家族と事業所との信頼関係である「家族との連携」を、また、サービスの提供に欠かせない「職員の質の向上を目指す研修」による職員の育成などが評価されたことは、たいへん喜ばしく誇りに思う。

反面、C 評価を受けた項目である「中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定」を怠っていたことは反省しなければならない。

今回の受審により何が足りなかったのか明確になったことで、改善点を職員全員で共有し、サービスの向上に努めて行きたい。

(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

【特別養護老人ホーム版】

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	2018年7月6日～2019年1月22日
評価調査者番号	06-032
	13-006
	14-002

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：地域密着型介護老人福祉施設 (施設名) 照古苑ひまわりホーム	種別：地域密着型介護老人福祉施設
代表者氏名：理事長 荒木美智子 管理者 荒木 優子	開設年月日： 平成25年10月15日
設置主体： 経営主体：社会福祉法人 白日会	定員： (利用人数) 29
所在地：〒869-0416 宇土市松山町1988	
連絡先電話番号：0964—22—3900	FAX番号：0964—22—3901
ホームページアドレス	http://hakujitsukai.jp/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
特別養護老人ホーム	照古苑祭、花見、敬老会、クリスマス会 映画鑑賞、ひまわりカフェ
居室概要	居室以外の施設設備の概要
3ユニット 全室個室	食堂、医務室、調理室、面会室、家族宿泊室

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		介護福祉士	16	1
看護職員	2		看護師	3	
介護職員	16	1	准看護師	2	
生活相談員	2		管理栄養士		1
栄養士	1	1	栄養士	1	
機能訓練指導員	1		介護支援専門員	6	
合 計	23	2	合 計	28	2

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

みなさまが、安心して歳をかさねられる地域づくりに貢献します

基本方針

1. ご利用者の意思と人格を尊重します
2. 信頼され満足していただけるサービスを提供します
3. すべての職員が自己研鑽に努め、互いが連携してみなさまを支えます
4. 地域との結びつきを大切にし、開かれた施設をめざします
5. 誇りを持って働ける職場づくりに努めます

3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・住み慣れた地域で、ご家族やご友人との交流が途切れることなく安心して過ごしていただきます。
- ・完全個室で、居室に洗面台、トイレを完備することで、気がねすることなくご自分のペースで生活していただきます。また、ご面会時も水入らず、お部屋でゆっくりお過ごしいただけます。
- ・9～10人、少人数のユニットケアで他のご利用者、職員と顔なじみの関係ができます。
- ・希望者には、ボランティアの訪問、同一法人の保育園児の訪問、関連病院の盆踊り、地域文化祭等へ参加していただき、楽しみのある暮らしを支援します。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 7 月 6 日（契約日）～ 平成 31 年 1 月 22 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

* 美味しく楽しい食事の支援

毎年2回の嗜好調査では、毎回テーマを決めて丼物、揚げ物、麺類などについて好みを細かく聞き取り、個人の好みに沿うように手作りで柔軟に対応している。 餃子づくりにこだわったおはぎ、行事食、重箱メニュー、デザートバイキングなども継続して実施されている。市販品や冷凍食品を使わず旬の食材を活かした食事が、入居者に応じて適時・適温で提供されている。食事時間は、介護職に加え他の専門職も見回り、テーブルや椅子の選択、誤嚥誤飲のない食べやすい姿勢の保持、食器類や自助具選び、食事介助等、連携した体制で美味しく楽しい食事の支援をしている。

* 家族との連携

家族会や行事案内、定期的な広報誌の郵送、サービス担当者会議への出席依頼、日々の面会等、家族と相談員や職員が話し合う機会が多くある。入居時は説明事項・書類や準備するものが多いことから、入居前から予定を立てて終末期や看取り体制までの説明を行い入居後に再度説明して確認している。今回の第三者評価受審に際して実施した家族アンケートには「安心」「感謝」「親切」「ありがとう」等の言葉が多く記載されており、日頃の職員の対応の様子を覗うことができ、家族と事業所との信頼関係が構築されていることが確認できた。

* 入居者の快適性に配慮した環境整備

設立から 5 年目の建物は、全館バリアフリーの設計で、床素材や建具のデザイン、色彩等、落ち着いた雰囲気と快適さに配慮されている。全居室の窓と共有スペースの広いガラスの引き戸から、自然の採光と四季の移り変わりが感じられる。全館に取り付けられた手すりは取り付け位置や手触り感に配慮され、角をカットして丸みを揃えたカウンターやテーブルと椅子の位置から安全・安心への工夫が見られる。ベランダに干された洗濯物が風に揺られている風景は生活感も感じられる。

* 職員の質の向上を目指した研修

平成 30 年度の研修計画は研修目的を定め OJT を実施するチームの充実や、専門性や役割別・階層別に応じた OFF-JT、自己啓発支援制度（SDS）等の研修が計画され実施されている。外部研修は、本人の希望・上司の推薦を参考に受講者が決定され承認される。受講費用や旅費は施設負担であり、更に「資格取得支援制度」もあって、今年度は「介護職員初任者研修」の受講や「准看護師」を目指す職員を学費と勤務時間等で支援する等、職員の育成と質の向上を図っている。

改善を求められる点

* 中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定

法人は、平成 30 年度事業計画に「重点課題と長期ビジョン」として 6 項目あげているが、事業所がこれらの重点項目を実施するための中・長期計画として明文化したものは見られなかった。中・長期的なビジョンを明確にし、福祉サービスの内容・組織体制・設備の整備・職員体制・人材育成等の課題に取り組むための中・長期計画とそれに伴う収支計画の策定が望まれる。尚、中・長期計画は必要に応じて見直しを行うことも必要と思われる。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400 字以内）

(H 31.1 .11)

3 段階評価のうち、a 31、b 31、c 1 という結果は、判断に迷うところですが、もう少し頑張れば限りなく a 評価に近づくものと確信した。法人としても重点目標に掲げているサービスの質の向上については、高い評価を受けたと思う。入所者の生活の中での一番の楽しみである「美味しく楽しい食事の支援」は、調理業務の直営にこだわり、できるだけ地元産食材を使った食事の提供を、家族と事業所との信頼関係である「家族との連携」を、また、サービスの提供に欠かせない「職員の質の向上を目指した研修」による職員の育成などが評価されたことは、たいへん喜ばしく誇りに思う。

反面、C 評価を受けた項目である「中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定」を怠っていたことは反省しなければならない。

今回の受審により何が足りなかったのか明確になったことで、改善点を職員全員で共有し、サービスの向上に努めて行きたい。

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	19	
	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 地域密着型介護老人ホーム

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 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
<コメント> 「照古苑」という名は、開設者である当時の理事長の思い「古きを照らす」いわば「老人に光を当てること」が福祉の第一の仕事なのであるから命名されている。7年程前、法人理念を見直し、開設者の考えと当時の職員の意見等を反映して「みなさまが、安心して歳をかさねられる地域づくりに貢献します」と文章化している。法人の理念・基本方針を下に、地域密着型施設として、ひまわりホーム独自に「あなたの笑顔を私たちの喜びとして幸せな暮らしを支えます」と文章化し、行動規範としている。理念・基本方針は玄関や掲示板に表示し、利用者には重要事項説明書に記載して契約時に説明している。また、ホームページ・パンフレットにも記載して広く周知を図っている。理事長・管理者は、敬老祝賀会・家族会等で法人の大切にしている考えを伝えている。しかし、理念の職員への周知・浸透への取り組みは、毎朝唱和して意識を確認している課、浸透への取り組みが不十分な課などが見られた。理念や基本方針は、施設の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示し、職員の行動規範となるものであり、職員への十分な周知と理解を促すための更なる取組が望まれる。		

- 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
<コメント> 老人福祉施設協議会・社会福祉法人経営者協議会等の会議・研修会に参加したり、インターネットを通して情報収集し、社会福祉事業全体の動向把握が行われている。また、地域の福祉ニーズや潜在的利用者等に関しては、苑内の居宅介護支援課・デイサービス課等の在宅部から情報を得ている。課長以上が出席して毎月開催される「事業運営会議」では、各委員会・各部署から状況報告が行われ、苑内の現状把握・課題の共有が行われている。「労働時間設定改善委員会」では時間外勤務の状況を分析し、業務内容を見直し、職員の負担軽減・人件費削減に繋げている。		
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
<コメント> 時間外業務の見直し、各種手当の見直し、消耗品費の見直し等の課題に取り組んでいる。経営状況の把握は「事業運営会議」で行われており、各部署から提出された資料に基づいて課題検討が行われる仕組みとなっている。しかし、会議録が作成されておらず、検討事項や改善事項への取組み、進捗状況や経緯等が全体の姿として把握しづらい状態となっている。会議録を作成し、改善すべき課題について職員にも周知され、組織的な取組となることが望まれる。		

- 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
<コメント> 法人は、平成 30 年度事業計画に「重点課題と長期ビジョン」として「サービスの質の向上」「地域における公益的な取組の推進」「信頼と協力を得るための情報発信」「人材の確保に向けた取組みの強化」「組織統治の整備確立」「健全な財務規律の確立」の 6 項目をあげている。しかし、事業所がこれらの重点項目を実施するための中・長期計画として明文化されているものは見られなかった。中・長期的なビジョンを明確にし、福祉サービスの内容・組織体制・設備の整備・職員体制・人材育成等の課題に取り組むための中・長期計画と、それに伴う収支計画の策定が望まれる。尚、中・長期計画は必要に応じて見直しを行うことも必要と思われる。		
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
<コメント> 事業所の中・長期計画は策定されていないが、法人が示す長期的ビジョン・重点項目に沿った平成 30 年度事業計画が策定されている。しかし、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容、数値目標、成果等を評価できる計画とはいえない。事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析に基づき、経営課題を明確にし、取り組むための事業計画の策定が望まれる。		
- 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
<コメント> 「事業運営会議」では、各部署の年間目標と現況報告が記載された資料が配布され、報告が行われている。しかし、各部署での年間目標と事業所としての平成 30 年度事業計画との繋がりが見えにくい。事業計画策定には各課からの意見を聞き、計画に反映しているとされているが、十分とは見られなかった。事業計画は、パソコン内に記載されているが、複数の職員がパソコンを共有しており、常に情報にアクセスできないこともあることから、職員への周知の方法に工夫が必要と思われる。事業計画を職員が良く理解することは、計画達成のために欠かすことが出来ない要件であり、理解を促進するための取組を期待したい。		
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
<コメント> 事業計画はホームページに記載し広く公表している。管理者は家族会等で、今年度取組みの重点項目の一つとして「サービスの質の向上」を目指し、第三者評価の受審について口頭で伝え、広報誌にも掲載している。しかし、利用者を意識した事業計画の周知は充分とは見られなかった。事業計画の主な内容、特に利用者に関わる計画等を分かりやすく工夫した資料を作成し周知する取組が望まれる。		

- 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
<コメント> 利用者アンケートを実施し、意見や要望には担当部署の責任者が家族会で説明・回答をしている。家族会不参加者には回答を郵送している。アンケート結果は集計・分析して改善のヒントとしてサービスの質の向上に活かしている。また、平成 30 年度事業計画の重点事項の一つである「サービスの質の向上」を実践す		

るために第三者評価の受審となり、PDCA サイクルにもとづく質の向上への取組みが始められている。今後、定期的に自己評価を実施し、PDCA サイクルを活用してサービスの質の向上に向けた取組が継続的に実施されることを期待したい。		
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
<コメント> 利用者アンケートの結果見直しは実施されているが、定期的な自己評価等は導入されておらず、日常的なサービスの質に関しては、各委員会等で検討し改善する体制となっている。今後は、自己評価・第三者評価の計画的な実施、結果の分析、分析内容についての検討等が、組織として定められ、計画的な改善策が実施されることを期待したい。		

評価対象 組織の運営管理
- 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	- 1 - (1) -	施設管理者は、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> 管理者は、地域密着型介護老人施設の管理者であると共に、法人が運営する全ての事業所の副院長としての役割と責任を担っている。管理者の職務分掌は文書化されている。 管理者は、日頃から「職員が仕事の流れではなく、利用者一人ひとりを大切に、自己犠牲ではなく喜びを持って仕事して欲しい」という思いを持ち、職員がイキイキと働ける職場、利用者と、職員、事業所の3者が満足できる施設となることを目指している。利用者家族からの感謝や喜びの声等は、リーダー会議や事業運営会議で職員に伝え、職員の励みになるようにリーダーシップを発揮している。ただ、管理者の考えが十分に伝わっていない職員の存在も自己評価から伺える。会議や研修に参加していない職員へも伝える工夫が望まれる。		
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
<コメント> 管理者は老人福祉協議会・社会福祉法人経営者協議会等の研修会や会議への参加、インターネット・新聞等からの情報等を参考に遵守すべき法令等の理解に努めている。また、全職員を対象として「対人援助職における職業倫理・法令遵守」の内部研修を実施して職員の法令遵守に関する意識向上を図っている。		
- 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
<コメント> 管理者は家族会等で挨拶する際、今年度の重点課題の一つに「サービスの質の向上」をあげ、その実践として「福祉サービス第三者評価」を受審し、サービスの質を高める意欲を伝えている。また、職員と一緒に外部研修で学んだ「認知症ケアマッピング」について、自施設で実践し、その効果を職員間で共有するなどして質の向上に繋げている。ただ、サービスの質に関する課題把握が速やかに行われるためには、リーダーだけではなく現場の職員が話しやすいコミュニケーション環境の改善も望みたい。		
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
<コメント> 苑内で時間外労働の要因を分析し、職員の負担軽減・コスト削減に努めている。職員に必要な育児・介護・看護休暇や、リフレッシュ休暇を取りやすく配慮し、インフルエンザ罹患時は5日間の特別休暇としている。		

また、夜勤手当をアップするなど処遇改善も実施して働きやすい職場環境を整備している。ユニット会議・リーダー会議等で意見を出しあい、良いと思われることはすぐに取り入れ実行に移し改善している。しかし、人事等に関して疑問を持つ職員の声も複数あり、現場の課題等を検証し働きやすい職場環境の整備、信頼関係の構築に更なる指導力が発揮されることが望まれる。

- 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
<コメント> 法人事業計画に人材確保に向けた取組みの強化として、多様な人材登用・快適な職場環境づくりの推進・処遇改善・資格取得支援等が明示されている。 各部の副主任以上で構成した「OJT 委員会」を設置し、新入職員には職員がマンツーマンで指導・育成する体制が整備されている。現職員の質を高めるために、OJT に加え、様々な「時間外職場内研修」「時間内研修」「外部派遣研修」等、年間を通して多くの研修への参加を推奨している。高校新卒者には介護職員初任者研修の受講を支援し定着に向けた取組みが実施されている。今後は人材確保の具体的な計画の確立が望まれる。		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<コメント> 就業規則の中に給与規則が明記されている。年に2回、人事評価を行ない、評価結果が昇給に反映される制度となっている。評価する立場となる副主任以上の職員は2回にわたる評価者訓練を受け、公平・公正な評価となるように取り組んでいる。しかし、人事管理に関して公平・公正であるという職員の声は少なく十分に機能しているとは言えない状況と見られる。評価制度を明確にし、職員に十分伝わるような取組が必要と思われる。また、施設が目指す理念を実現するために「期待する職員像」を現職員に明示することも望まれる。		
- 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り組んでいる。	a・b・c
<コメント> 2018年10月に熊本県から「ブライ企業」として認定されており、日頃から働きやすい職場・地域に貢献する事業所として認められている。毎年、職員は個人の現況報告を提出することになっており、個人の状況・要望等が記載されている。有給休暇の取得状況や時間外労働のデータは事務部が把握し必要な分析をしている。また、有給休暇・リフレッシュ休暇が取得しやすい環境整備に取り組んでいる。 法人の事業計画(4)人材確保に向けた取組みの強化に「セクシャルハラスメント・パワーハラスメント・マタニティハラスメントには厳しい対応策を講じる」と示されており、メンタルヘルスケア・ストレスチェック等も実施されている。「上司に相談しやすい」「働きやすい職場」「福利厚生がしっかりしている」等の声もある一方「職員の確保が不十分」「負担を感じる」等の声もあり、職員の意向を把握し更に良い職場づくりへの取組みを期待したい。		
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
<コメント> 毎年提出される職員の現況報告書に「1年間の反省」「本年の目標」が記載されている。目標は職員其々が自分で設定し1年後に反省する仕組みとなっている。組織の目標や方針を徹底し、職員一人ひとりの目標に落とす仕組みとはなっていない。また、「1年間の反省」は、目標に対しての達成度を確認することが大切であるが、個々の目標は、達成度が評価できるような具体的な目標となっていない例も多く見られた。法人として・施設として現職員に「期待する職員像」を明確に示し、具体的な目標設定となることが望まれ、個別の目標管理で育成することを期待したい。		

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
<コメント> 「事業計画に専門性・組織性・社会性・倫理性等バランスを考慮した研修計画を策定する」としている。平成 30 年度の研修計画は、研修目的を定め、OJT を実施するチームの充実や、専門性や役割別・階層別に応じた OFF-JT、自己啓発支援制度（SDS）等の教育・研修が計画され実施されている。また、各部署から選出された職員によって構成されている研修委員会は、苑内研修の計画・実施を担当している。それぞれの受講者は、研修終了後、研修報告を作成して学びを確認し、関係者に回覧し共有を図っている。		
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
<コメント> 外部研修の案内は、事務部から各部署に通知され、本人の希望・上司の推薦等を参考にして受講者が決定・承認される。受講費用や旅費は施設負担となっている。また、「資格取得支援制度」があり、今年度は「介護職員初任者研修」を 2 人が受講し、准看護師を目指す職員は学費と勤務時間で支援されており、一人ひとりに育成・研修の機会が確保されている。尚、個人の取得済みの資格・受講済み研修等は個人別に記録されている。		
- 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
<コメント> 事業計画に「積極的に実習生やボランティアを受け入れ、人材確保に繋げる」と明示しており、実習生受け入れマニュアルも整備し、実習指導者研修受講済み職員の配置もある。しかし、実際の受入れ件数は伸びておらず、積極的な取組とは言えない。計画に沿った受け入れによって人材確保に繋げることが期待される。		

- 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
<コメント> 理念・基本方針・事業計画・事業報告・決算報告はホームページで公表している。事業所の主な活動内容や、地域福祉向上のための公益的な取組等については広報誌やホームページで広く情報公開している。また、苦情・相談体制については玄関等に掲示している。		
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
<コメント> 経理規程・事務局規程や事務部職員の職務分掌が整備され、役割の分担が明確に示されている。日々の伝票等は、事務職員が起票し、事務次長、事務部長が確認することになっている。これまで外部監査は受けていないが、義務化される 2020 年度から外部監査を受けることとしている。内部監査の定期的な実施も望まれる。		

- 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
<コメント> 施設の基本方針に「地域との結びつきを大切にし、開かれた施設をめざします」と地域との関わりについて姿勢を明らかにしている。保育園児や小学生の訪問による利用者との世代間のふれあい交流や中学生の福祉体験学習を通して地域との交流を行っている。地域の文化祭に利用者の手作りによる「絵手紙」の作品を展示するなど地域との交流が図られている。毎月開催の行事「ひまわりカフェ」には地域住民が気軽に参加できるように門前掲示板での周知やホームページ、広報誌で交流の輪を広げる取組を行っている。		
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
<コメント> 平成 30 年度事業計画に「積極的に実習生やボランティアを受入れ人材確保につなげます」とボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明らかにしている。 「ボランティア受付マニュアル」を作成し、ボランティアの受付から事前説明や留意事項の周知等、マニュアルに沿って実施している。広報誌を活用し、ボランティアの随時募集と活動状況を紹介し、ボランティアの受入れを広げる取組を行っており、施設にはボランティア活動の準備やボランティアの控え室にも使用できるボランティアルームが設けられている。茶の湯や絵手紙、おじゃめ、健康ダンスなどボランティアを積極的に受入れ利用者との交流が図られている。また、中学生の体験学習や大学から実習生を受入れる等、学校協力・学習への協力を行っている。		
- 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関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
<コメント> 施設の協力医療機関である「くまもと心療病院」との連絡会議に生活相談員等が毎月参加し、小規模多機能事業所など他の関係機関と情報交換等を行い、円滑なコミュニケーションに努めている。 医療機関とは常に連絡を密接にし、緊急時の対応を含め連携が図られている。		
- 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
<コメント> 施設で毎月開催の「ひまわりカフェ」では施設の地域交流ホールを開放し、利用者と地域住民の交流の場として地域に還元している。子育てや手話、友禅染めのサークル等、地域住民の定期的な活動の場として施設のスペースを提供している。 宇土市主催の「認知症等サポーター養成講座」に生活相談員を講師として派遣したり、行政や社会福祉協議会からの要請により生活相談員が中学校へ出向きパワーポイントを使って分かりやすい授業を行うなど生徒の社会福祉への理解や知識向上等の学習に協力している。 災害時の福祉避難所として熊本地震に際しては避難所での生活困難者を受入れ、災害時における福祉避難所としての役割を果たしている。		
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
<コメント> 地域の区長や民生委員が参加する「運営推進会議」を定期的で開催し、民生委員等と情報交換を行い、地域の福祉ニーズの収集・把握に努めている。 昨年度から「ひまわりカフェ」と称して給茶、コーヒー等のサービスを提供しており、参加する民生委員や		

地域住民との交流や、絵手紙、おじゃめ、健康ダンス等、ボランティアとの交流の中から地域の福祉ニーズの把握に努めている。今後は把握した地域の福祉ニーズに基づき施設独自の公益的事業活動の展開を期待したい。

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
<コメント> 施設の基本方針に「ご利用者の意思と人格を尊重します」と利用者尊重の姿勢を明らかにしている。外部から講師を招き全職員対象に「対人援助職における倫理・法令等順守研修」や「接遇意識の高め方研修」を実施し、利用者の人権尊重、法令やルールの順守、接遇の在り方等について学習し、利用者尊重のサービス提供に努めている。職員は毎朝礼で理念と基本方針を唱和し、利用者尊重意識の向上に努めるとともにユニット会議等で言葉遣いや利用者一人ひとりへの介護対応について話し合う等、利用者を尊重したサービス提供に心がけている。今後、人権や権利擁護について職員による「自己チェック」を行うことが予定されており、人権意識が更に向上することが期待される。		
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
<コメント> プライバシーの保護マニュアルが作成されている。入浴や排泄等日常の生活場面の介助マニュアルに利用者のプライバシーに配慮した留意事項が記載されている。介助マニュアルは入職時研修で職員に周知するとともに職員がいつでも活用できるように介護士室に配備されている。居室はトイレ付きで完全個室化されており、ハード面でもプライバシーの保護等が図られている。ホームページや広報誌等に掲載する利用者の写真の取扱いについて入居時に説明し、利用者と家族から同意を得て掲載している。「身体拘束の廃止を検討する委員会」が定期的開催され利用者の権利擁護等について検討されており、県が主催する権利擁護に関する研修には、毎回複数の職員が参加している。		
- 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
<コメント> 施設の理念やサービス内容、施設の概要等を紹介したホームページやパンフレットの作成など情報提供に努めている。施設見学は生活相談員が窓口となり施設を案内し、パンフレットや料金表を配布して分かりやすく丁寧な説明に心がけ対応している。ホームページは必要に応じて更新し、情報の最新化に配慮している。		
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
<コメント> サービスの利用開始に際しては生活相談員がパンフレットや「重要事項説明書」、「利用契約書」により施設の概要、サービスの内容、利用料金や個人情報取扱いの留意事項等を利用者と家族にゆっくり、分かりやすく丁寧に説明することを心がけ利用者と家族から同意を得ている。料金の改定等サービスの内容を変更する際も生活相談員が利用者や家族に分かりやすく詳しく説明して同意を得ている。		

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
<コメント> 他施設への移行に際してはサービスの継続性に配慮し、家族の意向も踏まえ、事前に移行先と連絡・調整し、利用者と家族の同意を得て必要に応じ介護、看護や医師の意見書等の情報提供書を作成して引き継ぐこととしている。在宅への移行の場合は生活相談員が窓口となって困りごとなどいつでも相談できるよう利用者や家族の不安解消に努め、必要に応じ居宅介護支援事業所を紹介し、引き継ぐこととしている。他の施設等への移行の場合、引継ぎや申し送りの手順を定めているが、職員間の情報共有を図るためにも文書化しておくことが望まれる。		
- 1 - (3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	- 1 - (3) - 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a・b・c
<コメント> 職員の言葉遣いや態度、サービス内容、プライバシーの保護等、利用者満足に関するアンケート調査を年1回実施し、調査結果を集計・分析して取りまとめ改善に取り組んでいる。家族会総会において結果をグラフ化した集計表を配布・説明してフィードバックしている。欠席者には集計表を郵送して知らせている。また、年2回嗜好調査を行い、食事の献立に反映させて利用者満足の向上に取り組んでいる。しかし、アンケート調査の結果を踏まえた改善策等について、職員への周知が十分でないとの声も聞かれる。利用者の声や情報等は関係職員に十分に伝わり、職員の改善意欲が利用者満足度の更なる向上に活かせる取組が期待される。		
- 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
<コメント> 苦情解決規程を定め苦情解決責任者の施設長のもと苦情受付担当者（生活相談員）第三者委員2名を配置し、苦情受付から解決までの手続きを整え対応している。重要事項説明書に苦情の受付窓口、苦情の対応方法等を記載し、利用者や家族に説明している。また、「苦情・要望」申出窓口の等を記載した貼り紙を掲示板等に掲示し、周知を図っている。苦情申告に関しては苦情受付書に苦情の内容等が記録されており、年1回開催の「第三者委員への報告会」で報告されている。苦情の解決状況については現況報告書に実績を掲載しているが、苦情解決規程に沿って事業報告書や広報誌等にも実績を掲載し公表することも期待される。		
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
<コメント> 玄関や各面会室に意見箱を設置し、傍らにボールペンや記入用紙を備え意見を出しやすいように配慮している。生活上の困りごとや相談は日常的に接する担当職員以外にも生活相談員等相手を選んで伝えることが出来、直接言いづらい場合は第三者委員等を通して申し出ることが出来ることを重要事項説明書に明示して利用者や家族に周知している。		
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。	a・b・c
<コメント> 利用者からの相談や意見、要望は担当の介護職員が対応し、内容に応じて生活相談員、次長、管理者に報告し速やかに対応する体制が構築されている。職員の共通理解を図るために利用者等からの相談や意見、要望を受けた際の上司への報告手順や対応方法等を示したマニュアルを整備し、職員に周知することが望まれる。		

- 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	- 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。	a・b・c
<コメント> 利用者と家族に安全なサービスを提供するため「事故発生の防止のための指針」、「危機管理マニュアル」を定め事故防止や発生時の対応、再発防止策等安全対策に関する事項を明示している。事故が発生した場合は応急措置、医療機関や家族への対応等「事故発生時のフローチャート」に基づいて対応することとしている。発生した事故やヒヤリハットは報告書に記録して回覧し、職員間で情報共有を図り、再発防止等に努めている。事故やヒヤリハットの事例は介護・看護職等がメンバーの「安全対策委員会」やその上部組織の「安全管理委員会」で再発防止策等を検討・協議し事故等の減少に向け取組んでいる。しかし、29年度の事業報告では事故の減少が見られず、一層の未然防止に向けての取組が期待される。		
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。	a・b・c
<コメント> 感染症対策マニュアルを作成し、感染症の予防や発生時の対応等の対応策が定められている。感染管理委員会を中心に感染症の予防策としてうがいや手洗いの励行、玄関や職員通用口、各ユニットに消毒液を備え、感染症の予防に努めている。インフルエンザの発生が懸念される時期は職員のマスク着用の徹底とワクチンの予防接種とともに玄関にマスクを備え、面会などの来訪者にもマスク着用の協力を要請している。また、ドアノブ等利用者の手に触れる場所や厨房等の消毒も行っている。全職員対象に「食中毒予防研修」、「感染症予防研修」を実施し、職員の感染症等に対する知識や意識の向上を図るなど食中毒や感染症の未然防止に取組んでいる。		
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・b・c
<コメント> 火災や地震などの災害に備え、緊急時の対応等について「防災マニュアル」を作成している。消防訓練実施計画を作成し、年2回、日中と夜間を想定した避難訓練を行い利用者も参加している。1回は消防署の協力のもと消火活動を含めた避難訓練を実施し、防災意識を高め利用者の安全確保に努めている。訓練に伴う避難誘導等の課題や問題点は評価・反省の上、次の訓練に活かすことにしている。自家発電設備を備え、非常時の対応体制が構築されている。熊本地震に際しては停電が発生したが、自家発電により利用者へ普段の生活を提供することが出来た。災害に備え、食料や水など3食3日分の非常食をリスト化し、備蓄しているが、備品や日用品の備蓄リストについても作成し、職員間で情報共有することが期待される		

- 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
<コメント> 基本処遇マニュアルが作成されており、食事、排泄、入浴等提供するサービスやプライバシーの保護等介護サービス提供時における留意事項等を項目別に文書化している。入職時に基本処遇マニュアルを配布して研修するとともに日常のOJTの実践により職員のスキルアップに努めている。マニュアルは介護士室に配備され職員がいつでも閲覧できるようにしている。マニュアルに沿ったサービス提供について個人差があるという職員の声もあり、検証の仕組みを整備し、改善を図ることが望まれる。		

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
<コメント> 各種マニュアルの見直しを毎月開催の業務検討委員会で協議し、必要に応じ見直している。 サテライト型の施設としてサービス開始以来、法人内の特別養護老人ホームのマニュアルを引き続き使用しているが、集団ケアサービス中心のマニュアルのためユニットケアのサービスに即していない部分もあり、現在規程・マニュアル全般について職員の意見を取り入れながらマニュアルの見直しが行われている状況にある。		
- 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
<コメント> アセスメントは、A D L 調査表やフェイスシート、ケアチェック表、24 時間シートで利用者の身体や生活状況等を詳細に把握し適切に行っている。介護サービス計画は、利用者や家族の意向を踏まえアセスメントに基づきケアマネジャーが原案を作成し、担当介護職員や生活相談員、看護師、家族等関係者の参加を得て「サービス担当者会議」を開催して決定している。介護サービス実施計画は利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が記載され適切に策定されている。		
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
<コメント> 介護サービス実施計画の評価・見直しは、毎月、担当介護職員が短期目標のモニタリングを行い、3 か月に 1 回ケアマネジャーが担当介護職員や看護師等から情報を収集してモニタリングを実施し、半年に 1 回評価を行っている。評価結果に基づき、必要に応じて介護サービス実施計画の見直しを行い、利用者と家族の同意を得ており P D C A サイクルを活用して実施している。体調の変化等状況が変わった場合は、その都度サービス計画を見直し、家族の同意を得ている。		
- 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、職員間で共有化されている。	a ・ b ・ c
<コメント> 施設サービス計画に基づく介護の実施状況や利用者の生活状況等必要な情報は 24 時間シートや介護日誌等に記録されている。利用者の状態変化等による申し送り・引継事項は連絡ノートに記録して情報が適切に伝わるようにしている。記録は介護ソフトを使用したパソコン上で管理され、職員は必要な記録をいつでも確認してサービスに活かすことができるよう情報の共有化が図られている。 また、記録の書き方に差異が生じないよう必要に応じて上司や次長、管理者が指導し、スキルアップに努めている。		
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
<コメント> 利用者の記録や個人データの適正管理、情報の提供等について運営規程、特定個人情報等取扱規程に定められている。個人情報の保護等について重要事項説明書、利用契約書で説明し、同意を得ている。 事業所内のネットワークで情報共有の体制が整備されており、データの内容は、職種によるアクセス制限を設け個人情報保護の責任体制が構築されている。 職員は入職時に個人情報の取扱いに関する「誓約書」を提出している。 なお、紙媒体の個人情報は施錠設備のあるキャビネット等に保管されている。		

評価対象

A - 1 支援の基本

		第三者評価結果
1	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・①・c
<コメント> 入居者を尊重する取り組みとは、「理念・基本方針、ケアプランと24時間シートに沿った支援を行うことである」と職員間で共有し、「理念やプランに基づいた支援となっているか」をケア会議で振り返りを行っている。ユニット目標に「言葉づかいを丁寧にする」と掲げ、接遇研修やOJTでの指導を行なっている。一人ひとりの思いに配慮した介助や、居室入室時の声かけなど、細やかな配慮を大切にしている。しかし、職員の中からは「職員同士で注意し合える関係の必要性」「マニュアルの必要性」等の声もあることから、今後は接遇マニュアル等を整備し、利用者尊重の理解を更に深める取り組みが望まれる。		
2	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・①・c
<コメント> 入居直後の一定期間は24時間の生活を観察して支援の状況を記録し、一人ひとりの生活リズムに配慮した24時間シートが作成されている。入居者ごとに担当職員が決められ、モニタリングとアセスメント、支援計画の見直しを定期的・随時に行う仕組みとなっている。8つの委員会活動と介護職、管理栄養士、機能訓練指導員、看護師などが連携し、個人別の24時間シートに機能訓練、レクリエーション、趣味活動、行事参加、外出などを組み込み、家族やボランティアの協力も得ながら日々の生活を支援している。 介護職員とともに専門職員もユニット内を見回り、食事介助等に協力している。しかし、より家庭的な雰囲気の中で利用者が楽しくできる事や、したい事の幅を増やしたいという職員の意欲が自己評価に示されている。今後、より充実した自立支援となることを期待したい。		
3	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・①・c
<コメント> 認知症に関する研修や接遇の研修、理念と基本方針の具現化を目指す内容の研修が実施されている。ユニット会議では、職員の言葉遣いについての注意や気付きについて話し合い、入居者一人ひとりに応じたコミュニケーションに努めている。入浴・排泄・食事時はマンツーマンで対話し、嗜好調査は文字や図とジェスチャーを入れながら対応している。毎日の健康チェックや機能訓練は利用者が理解しやすいように工夫したコミュニケーションに努めている。言葉での表現が難しい入居者には、笑顔を見ながら確認している。しかし、訪問調査当日、職員の声掛けの口調が不適切に感じられる場面も見られた。職員自己評価からもコミュニケーションについての課題が示されており、学んだ知識の実践について話し合う機会を増やし、更なるサービスの質の向上に繋げることを期待したい。		

A - 2 身体介護

		第三者評価結果
4	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。	①・b・c
<コメント> ケアプランや24時間シート、マニュアルに沿って健康状態の確認後、個浴、リフト浴、機械浴、清拭等が決められている。基本的に、入浴前の着替え選びから清潔介助・皮膚状態の観察・水分補給までを一人の職員が行い、入居者の意向を大切にした支援となっている。浴室の出入り口に暖簾を掛け、脱衣場と浴室は適温に維持されている。浴室は遮音性のあるすりガラスのドアで隣のユニットの浴室と繋がっており緊急時に職員協力体制が得られやすい設計となっている。脱衣場には呼び出しコールもあり、安心・安全な入浴に配慮されている。排泄用の必要物品はトートバックに収納して持ち運び、個々人の排泄用品は、居室の洗面台横の埋め込み棚に部分的にカーテンを用いて収納しており、プライバシー保護への工夫が見られた。		

5	A - 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
<コメント> 排泄支援は、24 時間シートとマニュアルに沿って、プライバシー保護に配慮し、看護師・栄養士・機能訓練指導員等と連携して取り組んでいる。各種センサー類を活用し、共用スペースのトイレは車椅子・身障者対応・手すりなど細やかに配慮された設備となっている。居室内のトイレやポータブルトイレの使用、排泄サインの気付き、排泄がない時の申し送りなど、生活リズムと心身の状況に応じた介助に心掛けている。24 時間シートの作成時は毎回尿量を測定し、排泄用品の種類を検討して一括購入し、数種類のパット類を組み合わせる等してスキントラブルのない快適な排泄の支援が図られている。		
6	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。	①・b・c
<コメント> 24 時間シートの「朝の目覚め」を一日の始まりとし、個別の機能訓練計画書にある移乗・移動の介助方法で生活がスタートする。機能訓練指導員は、心身の状況に適したベッドとマットレス、車いす、センサー類、Ｌ字バー等を使用する為に台帳を作成し、保管・管理も行っている。話し合いやヒヤリハット報告書の分析結果をもとに、スライディングボードの使用、車椅子の付属器具の取り付けや除去、クッション類の装着、アーム・レッグウォーマーを用いた皮膚剥離予防など、自立への支援が行われている。居室入口には、入居者の移動用福祉用具が動線を遮ることなく置かれていた。		
7	A - 2 - 褥瘡の発生予防を行っている。	①・b・c
<コメント> 毎月の褥瘡委員会では、入居者の状態、栄養管理、スキンケア等をもとに褥瘡発生予防と発生時の対策が検討され、必要時は写真などを用いて１ヶ月評価を行い、その結果は全体で共有する仕組みとなっている。日常的に介護職と他の専門職が情報を共有し、ベッドとマットレスやクッション類の選択、体位変換と座位時間の調整、皮膚の清潔保持とスキンケアなどが選択されており、マニュアルに沿った支援が行われている。ベッドは入居者の状況に応じて位置が決められ、体位変換や排泄介助、移乗や移動を適切に安全に行う工夫が見られた。定期的に研修会が開催され、職員の自己評価からも多職種による褥瘡予防対策の重要性の理解と実践が伺えた。		

A - 3 食生活

		第三者評価結果
8	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。	①・b・c
<コメント> 年２回の嗜好調査では、毎回テーマを決めて丼物、揚げ物、麺類などについて好みを細かく聞きとり、個人の好みに沿うように手作りだからこその柔軟な対応を行っている。餡子づくりにこだわったおはぎ、行事食、重箱メニュー、デザートバイキングなども継続して実施されている。市販品や冷凍食品を使わず旬の食材を活かした食事は、電子レンジや炊飯ジャーを使って、入居者に応じた適時・適温で提供されている。食事時間は、職員が見回りし、テーブルや椅子の選択、誤嚥や誤飲のない食べやすい姿勢の保持、食器類や自助具選び、食事介助への協力など連携をとる体制が見られた。ユニットケアならではの迅速な代替え食への対応や、家族からの差し入れもあり、美味しく楽しく食べられるように支援している。		
9	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。	①・b・c
<コメント> 栄養マネジメント体制下で個別の栄養計画とマニュアルに沿って、普通食と療養食が５種類の主食と５種類の副食の形態で安全に配慮されて提供されている。介護職、看護師、機能訓練指導員、管理栄養士が連携し、必要時は地域リハビリ事業所の言語機能訓練士や歯科医の助言や指導を受け、迅速な対応を図る協力関係が築かれており、安全に美味しく経口摂取できる支援となっている。食事をする共有スペースや個室は、緊急時に対応できる広さが確保され、吸引器やA E Dが準備されている。		

10	A - 3 - 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉖・b・c
<コメント> 口腔衛生管理体制のもと口腔ケア計画とマニュアルに沿って、歯科医や歯科衛生士へ相談したり、指導・助言を受けたり、研修等を行ない、一人ひとりの嚥下と咀嚼機能に合わせた口腔ケアが実施されている。また、定期的に口腔内チェックを行い、居室と共有スペースに設置されている洗面台に自立度に対応した口腔ケア用品を準備し、口腔内の清潔保持が図られている。		

A - 4 終末期の対応

		第三者評価結果
11	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・㉗・c
<コメント> 入居時に「ひまわりホーム終末期の看取り等についての事前確認書」で説明し、その後の状況や要望に応じて変更する事が可能であることを伝えている。家族と利用者の希望に沿って、オンコール体制下での看取り支援が実施されている。ユニット棟の一角に、終末期と看取り専用の居室と寝泊りができる家族用静養室を設け、安心して安らかに終末期が送れる環境を整備している。毎月、看取り検討委員会を開催し、施設内外の研修参加、職員のストレスマネジメント研修会も実施している。 今後は対応手順の作成と研修を充実させて、入居者や家族と職員、医療機関との信頼関係と協力体制を構築し、安心した看取りケアに繋がることを期待したい。		

A - 5 認知症ケア

		第三者評価結果
12	A - 5 - 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・㉘・c
<コメント> 24時間シート作成時に、定められたアセスメントと介護認定調査票や医師の意見書をもとに、周辺症状や生理的ニーズ、日常生活能力・残存能力などの観察と評価が行われ、個別の生活リズムに沿って多職種連携で支援を行っている。他入居者への迷惑が懸念される場合は、精神科医や嘱託医等から指示を受けるなど医療との連携も図られている。職員は認知症基礎研修や実践者研修など段階的にステップアップする人材育成プログラムに沿った施設内外の研修で学んでおり、環境整備や受容的態度に努めながら、集団や個別の対応を続けている。抑制・拘束は行われていない。しかし、職員の自己評価からは、「周辺症状の理解や活き活きとした生活支援にもっと工夫が必要であり、職員の対応に差がある」との声もある。介護士・看護士・機能訓練指導員・管理栄養士等の連携による認知症ケアのさらなる充実が望まれる。		
13	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。	㉙・b・c
<コメント> 全居室の窓と共有スペースの広いガラスの引戸からは、自然の採光と四季の移り変わりが感じられベランダに干された洗濯物が風にゆれている様子には生活感がある。バリアフリーの居室入口、洗面所、トイレ、台所、職員の記録室など、ワンフロアにあり、見通しが良く見守りし易い設計となっている。食卓と椅子の周辺は、車いすや歩行器が移動するに十分な広さが確保されており、淡い色彩のソファやクッションと一人用椅子が随所に置かれ、何時でも休憩や話し合いができるように配慮されている。居室の飾り棚には、好みの置物や写真、使い慣れた洗面道具やタオルが掛けられており、自分らしい部屋作りとなっている。時計やカレンダー等は、車いす使用時でも見やすいように利用者の目線や場所に配慮が見られる。理美容室があり、慣れ親しんだ環境の中で、理容・美容室に行くことが出来ている。		

A - 6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
14	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。	①・b・c
<コメント> 個別の機能訓練書に沿って実施・モニタリングと評価・見直しを行ない、24 時間シートに沿って集団と個別のリハビリが実施されている。介護予防プログラムのレクレーションとしては、塗り絵、脳トレ、計算などがボランティアの協力を得て行われている。面会、行事参加、外出、買い物等、家族の協力もあり入居者に喜ばれている。機能訓練指導員は、法人内の理学療法士等の指導や助言を得て、骨折後のリハビリや入居者の残存能力を見極めた歩行訓練などを行っている。介護職との協力関係も築かれている。		

A - 7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
15	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> 看護師は、定刻にユニットの見回りをし、バイタル測定、食事・水分・排泄などの記録から健康チェックをして異常の早期発見に努めている。状態変化時は、発熱・疼痛・嘔吐時などのマニュアルに沿って支援しており、記録は介護ソフトに入力されている。職員は、勤務に就く前に情報を把握して、申し送りに臨むこととしている。年 2 回の健康診断と週 2 回の診療があり、健康状態の確認、栄養管理や療養食指示、服薬管理指導なども行われており、職員間での理解と共有が図られている。しかし、服薬については誤薬の減少が見られず、誤薬防止への取り組みは必須と思われる。		
16	A - 7 - 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	①・b・c
<コメント> 毎月の感染管理委員会と随時の感染対策委員会を開催し、感染症や食中毒の予防と発生時の対策が講じられている。感染症の類別に予防と発生時のマニュアルがあり、感染症が予測される前の研修会や、職員、家族と面会者向けの啓発活動が実施されている。職員のインフルエンザワクチン接種は施設負担で行い、職員や家族が罹患した場合の就業規則やマニュアルもあり、拡散防止の取り組みが図られている。配膳・下膳の出入り口は別々に設け、汚染物や使用器具は最短の動線で廃棄や洗浄する設計となっていて、汚染区域と清潔区域が区分けされ、各洗面所にはペーパータオルが用意されている。吐物など処理時のキット類は、ユニット毎に準備されている。		

A - 8 建物・設備

		第三者評価結果
17	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。	①・b・c
<コメント> 設立から 5 年目の建物は、全館バリアフリー設計で、床素材や建具のデザイン、色彩等、落ち着いた雰囲気と快適さに配慮されている。部屋ごとに室名を表示し、LED 照明を使用している。トイレ表示や全館に取り付けられている手すりの位置や手触り感に配慮が見られた。また、角をカットして丸みを揃えたカウンターやテーブルと椅子等の配置から、安全・安心への工夫が施されている。間口の広い玄関近くにある地域交流ホールは舞台と音響設備があり、地域に開放され、入居者や家族、ボランティア、地域の寄りあいや行事などに幅広く活用されている。地域から頂いた色とりどりの満開の菊が飾られた玄関脇の事務室受付は、ガラス窓越しに声をかけやすく、誰でも利用しやすい環境となっている。		

A - 9 家族との連携

		第三者評価結果
18	A - 9 - 利用者の家族との連携を適切に行っている。	①・b・c
<コメント> 家族会や行事の案内、定期的な広報誌の郵送、サービス担当者会議への出席依頼、日々の面会等、家族と相談員や職員が話し合う機会が多くある。入居時は説明事項・書類や準備するものが多いことから、入居前から予定を立てて終末期や看取り体制までの説明を行い、入居後に再度説明して確認印をもらう仕組みとなっている。入居者の要望や状態の変化などに関する連絡事項は、家族の状況に応じて電話等で伝えており、嗜好品の差し入れや季節ごとの衣類、必要なクッション類などの持参もある。		

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ～ ）	19	25	1
内容評価基準（評価対象A）	12	6	0
合 計	31	31	1