

## 長崎県福祉サービス第三者評価結果報告

### 1. 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 福祉総合評価機構

### 2. 事業者情報

名称：対馬老人ホーム	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 米田 民生	定員（利用人数）： 60 名
所在地：長崎県対馬市美津島町鶏知甲663番地12      Tel 0920-54-2045	

### 3. 総評

#### ◇特に評価の高い点

##### ①職場環境

事業所は職員の明るい笑顔と挨拶で満ち溢れている。これは、常に職員の意見に耳を傾け、職員が相談しやすい環境を整えている施設長をはじめとする幹部の職員に対する姿勢の賜物である。また、職員満足度アンケートを定期的実施するなどして職員からの意見や希望を聞き取り、介護サービスの検討や資格取得の計画に結び付けるなど職員が働きやすいようより良い職場環境を作り上げている。

##### ②利用者満足

月に一度行われる座談会では利用者やその家族と職員が同席し意見交換が行われており、職員は利用者や家族からの意見や要望を聞き取りサービス改善等に反映させている。座談会を効率よく実施するためのマニュアルを作成し運用しており、利用者や家族から率直な意見や要望を収集できる機能として対馬老人ホームの重要な仕組みのひとつとなっている。

##### ③マニュアルの整備

業務マニュアルをはじめあらゆるマニュアルが整備され研修などにより職員に周知されている。また、各種マニュアルの分析・評価を行うマニュアルチェック表をマニュアル委員会で作成し、4ヶ月に一度の割合で分析・評価が行われ必要があれば見直されている。

##### ④委員会活動

地域との交流から感染予防まで14にもおよぶ委員会が設置され、毎月の委員会実施内容についても細かく年間計画が立てられており、それぞれの委員会に所属する職員が委員長を中心とした活動に取り組んでいる。

#### ⑤改善努力

前回の第三者評価受審後に発足した第三者評価委員会を中心に前回の改善項目について検討および改善が実施された。全ての検討事項について完全ではないが全職員が一丸となって改善に取り組んでいる姿勢が見受けられ、また改善のための仕組みができています。

#### ◇改善を求められる点

##### ①人事考課

人事考課基準は現在存在せず、今年度の事業計画で立案するためのたたき台の作成にとどまっている。職員の能力と成果を客観的に評価する基準として必要であり、また、人を評価する側としては公正な評価眼を養うことが求められる。定着するまで時間を要する項目であるため迅速に着手され、公正・的確な評価で職員の意欲をより向上させることが望まれる。

##### ②実習生・ボランティア受け入れ

実習生及びボランティア受け入れに関しては実施要領やオリエンテーションの実施方法などについて策定されているが、事業所としての実習生やボランティアの受け入れに関する基本姿勢については謳われていない。福祉現場における人材育成など事業者の社会的責任として事業所の基本姿勢を確立することが望まれる。

##### ③服薬管理

毎日の投薬に関しては、利用者別に時間毎の色分けし誤薬がないようにするなど仕組みや工夫は確認できるが、薬局から受け取った薬品の使用量についての管理ができていない。今後は、服薬管理表等を整備し薬品の使用状況などを管理する仕組みを作ることが望まれる。

##### ④防災

災害マニュアルが作成され、リスクマネジメント委員会を中心に研修を実施し職員にも周知されている。しかし、災害マニュアルは事故や災害別の対応について記載がなく、また、研修においても火災、地震に対するもののみとなっている。起こりうる災害に対応できるためのマニュアル作成と職員への周知し、更には訓練を実施するなど防災への意識向上を希望する。

#### 4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回が2回目の受審でしたが、前回と比べて評価の着眼点が細かくなっており、評価基準のハードルも上がっていたように感じました。その分、当施設の取り組みがどの程度出来ているか客観的に判断することが出来ました。14の部門からなる委員会を中心に利用者サービスの向上や地域活動への参加、災害や感染症などの対策、職員自身のキャリア・アップ（資質向上）などに取り組んでいますが、評価機関より「もう一步踏み込んだ対策のアドバイス」を貰うことが出来ました。評価結果として、全体的に満足のいく評価をして頂きましたが、これに甘んずることなく更なる福祉サービスの向上に取り組んで行きたいと思っております。

5. 各評価項目にかかる第三者評価結果（別紙）

6. 利用者調査及び書面調査の概要（別紙）

第三者評価結果: 共通項目

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>		
<b>1 理念・基本方針</b>		
(1) 理念、基本方針が確立されている。		
① 理念が明文化されている。	a	理念は玄関に掲示しており、パンフレットにも記載している。理念には利用者・職員互いに地域から信頼されるようにという意味が込められており地域貢献を通して実践している。利用者には理念が記載された文書を配布し、職員は毎朝の朝礼で理念を復唱・確認し周知をはかっている。
② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針は運営規程や中長期計画に記載し、職員へは毎朝の朝礼にて、利用者へは座談会や行事等の挨拶の中で話され周知をはかっている。基本方針は理念の意味を踏まえ利用者の人格を尊重する、健康に注意するなど職員が現場で実践しやすい内容となっている。
(2) 理念、基本方針が周知されている。		
① 理念、基本方針が職員に周知されている。	a	理念・基本方針は毎朝の朝礼時において復唱し、「理想とする職員」、「思考の三原則」などを実践テーマとした研修を行うことで周知をはかり実践に繋げている。また、施設長は職員個人々人に対し、理念や基本方針について理解ができているか確認を行っており、朝礼、研修会、委員会等でことあるごとにその意味等を実践に繋がるよう説明し周知している。
② 理念、基本方針が利用者等に周知されている。	a	利用者のために読みやすいようルビを振った理念及び理念の意味について記載された文書を配布し、毎月1回利用者と職員が参加し施設生活の決まりごとなどを話し合う座談会において周知に向けて継続的に説明を行っている。
<b>2 計画の策定</b>		
(1) 中長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
① 中長期計画が策定されている。	a	中・長期計画には利用者の尊厳や健康に留意した施設整備や介護サービスの向上のための研修参加を計画し、現状の分析により対馬市福祉計画に沿って計画の見直しを行い小規模多機能事業所の設置に向け取り組むなど課題の解決に向けた具体的内容となっている。また、計画は年度末に取り組みたいことなどを職員から聞き取りが行われ必要に応じて見直しを行っている。
② 中長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	単年度事業計画は、中・長期計画に基づき計画している。事業計画は、単なる行事計画ではなく施設整備、職員の教育など多岐にわたり具体的内容となっており、計画が実行可能かどうかの評価を行えるかどうかの配慮が行なわれている。
(2) 計画が適切に策定されている。		
① 計画の策定が組織的に行なわれている。	a	計画は職員から年度末に職種別必要品目提案書にて要望を出してもらうことから始まりすべての職員が計画に参加している。事業計画に伴う執行状況について職員研修会で報告が行われ計画の見直しについて検討が行われている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	計画は、職員には職員会議にて、利用者には月に一度の座談会や掲示板への掲示にて、さらに利用者家族には広報誌や訪問時に説明するなどして周知している。職員や利用者への周知状況は座談会で確認され掲示板などで継続的に周知するよう取り組みが行われている。
<b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b>		
(1) 管理者の責任が明確にされている。		
① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者の自らの役割と責任については、内部では職務分掌表にて表明し職員会議などで説明している。また、広報誌にも自ら果たすべき役割や責任などを掲載し外部にも公表している。管理者自身、計画の達成度を自ら確認しており、職員や利用者からの信頼度を自分自身への表情や相談の頻度で把握し評価している。
② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行なっている。	a	管理者は、法令遵守の観点で研修に参加しており、施設運営に関連する幅広い分野について遵守すべき法令を把握しコンプライアンスマニュアルを作成している。コンプライアンスマニュアルを基に交通安全週間などは朝礼で注意喚起し、虐待等については内部で研修を行うなど具体的な取り組みを行っている。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者は、各部署のリーダーにサービスの状況を確認し問題点や課題を聞き取り、必要であれば研修計画や資格取得のための計画を作成するなど分析・評価し質の向上に努めている。また、毎月、職員会議、給食会議、業務改善委員会に参加し改善のための取り組みを行っている。
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者は、財務面では毎月の試算表を確認し、人事労務面ではリーダーなど職員配置等に関して確認を行っている。また、職員アンケートを基に職員が働きやすい環境整備を行っている。組織内に同様の意識を形成するため、業務改善委員会や第三者委員会を設置し、管理者も積極的に参加し業務の効率化や改善のため責任の分担、仕事の境界をはっきりさせるなど具体的に取り組んでいる。
<b>II 組織の運営管理</b>		
<b>1 経営状況の把握</b>		
(1) 経営環境の変化に適切に対応している。		
① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	管理者が対馬市の入所判定委員や社会福祉協議会評議員であるため社会福祉事業の動向や利用者数、地域での特徴・変化等について情報を把握している。また、対馬市の福祉計画を基に福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータも収集できている。その福祉計画のニーズを基に、中・長期計画の中に小規模多機能介護事業所の設置を計画している。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行なっている。	a	コスト分析は毎月の試算表で確認し、利用者の推移・利用率については主任者会議で報告を受け分析を行っている。分析の結果、職員の負担軽減のため特別浴槽の導入を計画するなど事業計画に反映している。また、これらの状況や改善計画は職員会議で職員に伝えられ周知されている。
③ 外部監査が実施されている。	a	税理士事務所の毎月の監査により試算表を毎月出力しそれを基に指導や指摘事項に基づき経営改善を実施している。
<b>2 人材の確保・養成</b>		
<b>(1) 人事管理の体制が整備されている。</b>		
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	事業計画に人員体制に関する基本的な考え方を記載している。職員別年間研修及び資格取得の目標一覧表には必要な人材や人員体制について具体的な計画を立てている。更に職員の配置は年間を通して職員の力量や取り組みを評価した上で配置変更を行っている。
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	人事考課基準に関しては、今年度の事業計画に計画されており、一人ひとりの目標を設定し、資格や能力に応じた給与への反映に取り組むことを計画中であり、実施するまでには至っていない。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>		
① 職員の就業状況や意思を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	職員の有給休暇消化率や時間外労働については、年休届や時間外命令簿を提出時に確認している。職員の中にカウンセラーがおり希望があれば職員が相談できる。職員の意見や意向については、第三者委員会が職員アンケートを実施し分析・評価を行い、改善については主任者会議において検討しているが、改善策については人員体制などに関する具体的なプランに反映していない。
② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	湯多里ランドやパークゴルフ場など法人会員契約を行っており全職員が施設の利用ができるよう整備している。
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>		
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	職員の資質の向上を基本姿勢として介護報酬の改定など制度改正に伴う職員研修を行うことを中・長期計画の中で計画している。この基本姿勢を踏まえてそれぞれの職員に求める専門資格について計画を立てている。
② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a	個別の職員の技術水準、知識の必要性などはサービス提供時の本人の様子で確認している。職員別年間研修内容及び資格取得の目標一覧表には職員一人ひとりについて基本姿勢に沿った研修・資格取得計画が策定されており、策定された計画に基づき研修等を実施している。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	研修を終了した職員は研修報告書を作成し職員研修会で発表している。しかし、研修後の業務等による研修成果に関する評価分析は行われていない。また、評価分析された結果を次の研修計画に反映できていない。これについては、現在、キャリアパス計画により見直しを予定している。
<b>(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>		
① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	c	実習生受け入れ実施要領を作成しオリエンテーションの実施方法について記載され、実習指導者に対する講習会には参加している。ただし、受け入れに関する事業所としての基本姿勢については記載がなく、また、関係職員への周知活動や実施要領の定期的な点検および必要に応じての見直しも行われていない。
② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	実習に際し、事前学習から最終のまとめまで実習全般を計画的に学習できるプログラムが作成され、学校側からの要望をスケジュール化し定期的に学校から先生が訪問し連携を維持するなど取り組まれている。また、プログラムに関してはヘルパー2級などに対応するものとなっている。
<b>3 安全管理</b>		
<b>(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。</b>		
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	管理者は利用者の安全確保のためリスクマネジメント委員会を設置し、リスクマネージャーを中心に月に一度の委員会を開催して事故の分析および再発防止策の検討を行っている。また、リスクマネジメントマニュアルや感染予防マニュアルを作成し関係職員に周知している。ただし、リスクの種類別に責任と役割を明確にした管理体制の整備やマニュアルの定期的な点検・見直しは行われていない。
Ⅱ-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実施している。	a	利用者の安全を脅かす事例を職員が気づいた時にヒアリハット報告書に記録し委員会で分析し対策を検討する。対策は報告書にまとめられ職員全員に回覧し周知している。安全確保策の実施状況や実効性については毎月開催されるヒアリハット委員会で評価・見直しが行われている。
<b>4 地域との交流と連携</b>		
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>		
① 利用者と地域のかかわりを大切にしている。	a	運営規程に「地域との結びつきを大切に考える」という基本的な考え方が明記されている。地域の情報として対馬市の広報誌を利用者に回覧し情報提供している。また、事業所として自治会に参加し地域の人々に事業所や利用者への理解を得るため活動しており、利用者の買い物の希望に対応する場合も近所のスーパーに事業所へ出向いてもらい出張販売してもらい地域と利用者とのかかわりを大切にしたり取り組みを行なっている。
② 事業所の有する機能を地域に還元している。	a	地域との関わりを深めるため年に一度ヘルパー2級養成講座を開催している。また、介護相談や子育て支援は地元ケーブルテレビで参加を呼びかけ、病院や福祉事務所などに広報誌を配布するなど事業所の活動を地域へ発信するなど事業所が有する機能を地域に還元している。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c	ボランティア受け入れ実施要領、ボランティア受け入れ学習目標は作成されている。ただし、組織としての基本姿勢や登録手続、事前説明などが明記されておらず、ボランティアに対する必要な研修も行われていない。
(2) 関係機関との連携が確保されている。		
① 必要な社会資源を明確にしている。	a	地域の様々な機関や団体との連携のためその機能や連絡方法を体系的にまとめた対馬市内関係機関連絡簿を作成し、職員会議などで関係機関の機能や連絡方法など職員が必要に応じて活用できるよう説明し周知している。
② 関係機関との連携が適切に行われている。	a	2ヶ月に1度、関係機関で構成された保健医療福祉連絡協議会に参加し、情報交換や問題の検討を行っている。また、養護部会では、障害者受け入れに関して問題解決に向けて協働している。さらに、福祉事務所やハローワークなどとの協働により障害者の雇用を促進している。
(3) 地域の福祉向上のために取り組みを行っている。		
① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	管理者が対馬市の入所判定委員や社会福祉協議会評議員であるため対馬市の福祉計画を基に福祉サービスのニーズや潜在的利用者に関するデータを収集し把握している。また、保健所や福祉事務所の会議に参加し民生委員等との意見交換も行い地域の福祉ニーズを把握している。
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	地域の要望によりヘルパー2級養成講座を実施している。また、現在、対馬市のアンケートから地域の福祉ニーズを掘り起こし小規模多機能施設の設置を計画している。この計画については中・長期計画の中に明示されている。
<b>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</b>		
<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>		
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行なっている。	a	業務マニュアルには各項目に基本姿勢が反映された目的が明示され、組織内で共通の理解を持つため毎日の朝礼で職員心得を復唱している。また、利用者尊重や基本的人権については委員会で問題点を話し合い職員に周知している。
② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	利用者に対するプライバシー保護に関するマニュアルは整備され、それに基づき職員へ研修を実施し周知徹底している。設備面では、例えば2人部屋はアコーディオンカーテンで仕切る等、プライバシーの保護に努めている。また、マニュアルは4ヶ月に一度点検している。
(2) 利用者満足の向上に努めている。		
① 利用者満足向上を意図した仕組みを整備している。	a	意見交換マニュアルに利用者からの要望に対する姿勢が明示され、利用者満足を把握するため年に一度利用者アンケートを実施している。また、月に一度職員や利用者全員が参加する座談会を開催し利用者満足を把握している。



評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 利用者満足の上に向けた取り組みを行なっている。	a	利用者懇談会で出た要望に対してはその場で対応策を提案し、職員会議で検討し、その後、座談会で報告し満足しているか確認を行うというサイクルが確立され向上に向けた取り組みが行われている。
(3) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		
① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者懇談会以外にも、面接室を設置して相談相手も利用者が自由に選べる環境を整備している。また、そのことを利用者に伝えるため相談受付構図を掲示板に貼るなどの取り組みが行われている。
② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決の体制・仕組みは重要事項説明書に記載され利用者に説明している。苦情に対しては苦情受付票に記入し、対応策を苦情受付・処遇記録簿に記入し、広報誌「げんき」にて内容・解決策を公表している。
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	利用者からの意見等に対しては、利用者意見交換会に関するマニュアルを整備しマニュアルに沿った取り組みがなされ、意見等については座談会で報告している。マニュアルについては職員に周知するため研修を行い、4ヶ月に一度のマニュアル点検を実施している。
<b>2 サービスの質の確保</b>		
(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	自己評価表に基づき毎年1回、また第三者評価を2年に1回受審する仕組みが出来ている。また、評価に関しては、第三者評価委員会を設置し分析・検討を行なっている。
② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a	評価の結果については第三者評価委員会で分析を行い、改善策などの回覧用文書を作成して回覧し、職員に周知し課題の共有化を図っている。
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	評価結果から明確になった課題については、業務改善委員会を通じて改善策や改善計画が示されるとともに必要に応じて計画の見直しが行っている。
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	標準的な実施方法については業務マニュアルを整備し、新人研修にて周知徹底をしている。業務マニュアルには利用者尊重の姿勢が明示され、マニュアルに基づいてサービスが実施されているかを委員会によって項目毎にチェック・見直しを行っている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 標準的な実施方法について見直しする仕組みが確立している。	a	業務マニュアルについては毎年7・11・3月に開催されるマニュアル委員会で意見を受け付け、点検や見直しを行っている。
<b>(3) サービス実施の記録が適切に行なわれている。</b>		
① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	サービス計画の実施状況は「福祉の森」介護システムの中の日誌に記録しアウトプットして保管しており、サービス計画に基づくサービスを実施している。記録方法については主任よりOJTで行い、内容にばらつきが無いように項目ごとに入力するよう統一するなど工夫している。
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	法人代表者を管理責任者とし、個人情報管理規程に基づき個人情報の収集、保管、廃棄について定め、情報開示の求めに対しては、情報公開規定に基づき行っている。職員に対しては職員会議と朝礼で周知している。
③ 利用者の状況に関する情報を職員間で共有化している。	a	組織における情報は朝礼時の申し送りでの伝達や主任者クラスが参加するサービス担当者会議での報告を各部署の職員に伝達するなど仕組みが出来ている。パソコンでは「福祉の森」の個人別ファイルで情報を共有している。
<b>3 サービスの開始・継続</b>		
<b>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>		
① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	利用希望者への情報提供はホームページの利用やパンフレットの市役所等公共施設への設置により公開している。事業所の行事開催時はケーブルテレビの取材を積極的に受け入れるなど広報に努めている。また、事業所の見学等の希望について対応している。
② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	サービスに関する説明は、利用契約書や重要事項説明書を使い説明を行っている。利用者や家族がわかりやすいよう文字を大きくして作成するなど工夫している。また、説明後には同意書に署名押印をしてもらい一部を控えとして保存している。さらに、利用者への配慮として権利擁護事業の説明をしており、実際に2名が活用している。
<b>(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</b>		
① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	サービス内容や事業所の変更、家庭への移行等についてはその手順を業務マニュアルに記載し、退所後の支援等については退所後支援・引き継ぎマニュアルに記載している。サービス終了後の相談窓口を主任相談員が担当し、その後の相談方法などについては退所情報提供書を渡し説明している。
<b>4 サービス実施計画の策定</b>		
<b>(1) 利用者アセスメントが行なわれている。</b>		
① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	利用者の身体状況や生活状況については福祉の森システムの総合ケアマネジメントアセスメント様式により統一し記録している。アセスメントについてはアセスメントマニュアルにより6ヶ月に一度の見直しを行う。なお、新規作成の場合は、1ヶ月後の見直しを行っている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	入居前に利用者本人に会い状況を確認し個人別にアセスメントを取り、サービス実施上のニーズや課題を明確にする手順となっている。ニーズや課題についてはアセスメントの中にある援助内容の詳細に明示している。
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
① サービス実施計画を適切に策定している。	a	サービス実施計画策定の責任者は計画作成担当者となっており、業務マニュアルに関係職員の合議、利用者の意向把握と同意を含んだサービス実施計画策定の手順を定めて実施している。サービス記録を計画作成担当者がチェックするなどサービス計画通りに計画を実施する仕組みが確立している。
② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	サービス担当者会議を開催し計画作成担当者、看護師、主任、担当職員の参加により年に一度サービス計画の見直しが実施されている。計画見直し後は、計画作成担当者が関係職員に変更点等を説明している。なお、緊急に計画を変更する場合も同じ仕組みで実施されている。

第三者評価結果: 個別項目

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
<b>IV 適切な処遇の確保</b>		
<b>1 各種サービスの提供</b>		
(1) 施設の環境		
① 利用者が利用者どうし、または家族や地域の人たちと交流しやすい家庭的な生活空間づくりに配慮されている。	a	玄関には草花が植えられ、食堂には明るい色のテーブルクロスが使われるなど家庭的な雰囲気が保たれ清掃も行き届いており快適な生活空間作りへの配慮がなされている。利用者と来訪者が交流できる面会室を設け家族や地域の人たちと交流しやすい工夫がされている。
② 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。	a	冷暖房は各部屋で調節可能になっている。自立者の方は自ら、それ以外の方は職員により管理されている。換気については、毎朝、夜勤者が行っており気になる臭いはない。また、居室のテレビは耳の遠い人にはイヤホンが提供され、音の強さにも配慮されている。
③ 心身機能の低下を補うような施設の配慮等がされている。	a	集会室は畳の部屋だったのをフローリングにして車椅子対応とし、滑り止めのマットも備えられている。玄関には車椅子と歩行器が備えられ、浴室・脱衣場内には間仕切りがありプライバシーも保護されている。浴室入り口には在・不在の目印があり職員の把握が可能になっている。排泄物は汚物処理室で処理され、ポータブルトイレは週1回消毒されていることを確認した。
(2) 心身機能の維持・改善		
① 心身機能の改善及び寝たきり防止のために、利用者の心身機能などの状況に応じた体操やレクリエーションを計画的に行っている。	a	筋力低下については介護計画に織り込まれ、実施に関しては介護日誌に記録されている。機能低下を維持向上させるため毎日2回健康体操や散歩会、月2回の買い物を実施している。また、外部から体操のボランティアを受け入れるなど取り組まれている。
(3) 介護が必要になった時の対応		
① 介護が必要となった場合に、本人の意向を踏まえた上で必要な手続きや利用についての援助が可能である。	a	要介護認定申請マニュアルが作成され、研修が行われている。専門職員が1名配置され必要に応じて援助できる体制が整っている。マニュアルは委員会により4ヶ月ごとに点検が行われている。
(4) 食事の提供		
① 食事は、利用者の身体状況に合わせて提供している。	a	利用者の咀嚼、嚥下能力に応じた特別食の管理表によりきざみ・とろみ食が提供されている。献立にはカロリーが表示され、残量摂取チェック表により摂取カロリーの確認も行われている。摂取の自立に向けた滑り止め付き食器や曲がったスプーンなどの自助具を取り入れるなどの工夫を行なっている。
② 食事を楽しめるよう工夫を行っている。	a	食堂は明るく清潔で、ゆったりとしたスペースになっている。食事の適温提供のため保温器が用意されるなど配慮がある。給食会議は月1回、嗜好調査は年に2回行い献立への反映も行うなど食生活向上のための工夫を行なっている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
<b>(5) 健康管理サービスの実施</b>		
① 日常の健康管理は適切である。	a	年2回、健康診断を実施し健康管理記録表を作成している。看護日誌により健康状態の把握を行っており、毎週月曜日に中対馬病院の嘱託医が来所し、健康相談の機会も設けている。また、朝と午後3時の健康体操、朝の口腔体操を毎日実施するなど取り組んでいる。
② 服薬の管理は適正に実施している。	b	処方箋のファイリングや看護師が行う服薬の色分けにより、取り違い等が起こらないように工夫している。服用後の異常時は協力医への連絡体制が取られており、過去に異常発生は無い。ただし、服薬管理介助マニュアルが作成されているが、内服、外用薬の使用状況に関しての記述はなく、また、管理記録も整備されていない。
③ 感染症予防対策を適切に行っている。(結核、インフルエンザ、疥癬等)	a	インフルエンザの予防接種は11月(季節性)と1月(新型)に行われている。発生状況は座談会と朝礼にて通知する体制が整っている。感染症についてはマニュアルが整備され、委員会により専門職の指導を実施し周知活動が行われている。
④ 食中毒予防を適正に行っている。	a	食中毒予防マニュアルは作成しており、4か月ごとに点検している。冷蔵庫チェックシートにより食品の安全性を確認する体制が取られ、食器類は食器類滅菌庫で保管している。また、感染予防委員会により感染予防会議を開き検討している。
<b>(6) 生活関連サービスの実施</b>		
① 利用者の生活を豊かで明るいものとするため、生活の質を高める取り組みを行っている。	a	行事報告書により季節毎の行事を実施している。散歩会も定期的に行われており、自立している人には外出の制限を設けていない等、出かけて楽しめる雰囲気作りに努めている。
② 金銭管理が必要な場合はマニュアルに従って実施し、記録と報告を行っている。	a	預かり金等管理規定を作成し4ヶ月ごとに点検を行っており平成21年9月に規程の見直しを行っている。預かり金(品)について3か月に1回、利用者や家族に報告している。使いすぎないような指導も行うなど工夫して支援している。
<b>(7) 利用者家族との交流</b>		
① 利用者の健康状態や生活の様子について、必要に応じて家族(身元引受人を含む)に知らせている。	a	利用者の暮らしぶりや日常の様子などを広報誌に載せ家族へ定期的に郵送している。家族が気がかりなことや健康状態を職員に相談できるように面会時に声をかけ状況を報告している。
② 施設と家族との交流を行っている。	a	利用者の様子を広報誌や電話で知らせている。利用者と家族が話せる面談室を設けている。家族との交流のために納涼会や敬老会などの機会を設けている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
<b>2 権利擁護</b>		
(1) 成年後見制度等		
① 利用者の権利擁護のために成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に関する情報を提供している。	a	事業所は成年後見制度や権利擁護事業のパンフレットを準備しており、2名の利用者が地域福祉権利擁護事業を利用している。相談員が地域福祉権利擁護事業の委員となっており、実際の利用につなげるため対馬市社会福祉協議会との連携体制が取られている。
② 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	a	身体拘束については身体拘束委員会を中心に毎月会議を行い周知をはかっている。重要事項説明書にやむを得ず身体的拘束を行う場合は家族の同意を得る旨を記載し説明しているが、過去に実行したことは無い。職員の意識啓発については身体拘束委員会で研修会を実施している。
③ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる	a	身体拘束防止委員会マニュアル研修会により、高齢者虐待の兆候を示すサインの研修を行い、心理的虐待についてアンケートも実施し周知するなど取り組んでいる。
<b>3 その他</b>		
(1) 安全・災害防止		
① 防災(火災、風水害、地震等の災害)に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	b	災害対応マニュアルを作成し、リスクマネジメント委員会の研修等により職員に周知している。AEDの講習も行き、消防計画には地震対策も記載している。避難訓練は消防署立会を含め年2回実施している。ただし、災害対策マニュアルは災害別・発生時における対応となっていない。
② 不審者の進入などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	a	災害緊急ネットワーク基本規定があり消防団、商工会、区長と連携を取るよう定めている。不審者対応マニュアルを整備し、警察OBによる研修や周知活動を行っている。