

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： | 特別養護老人ホーム 大池サンホーム | 介護老人福祉施設 | 短期入所者生活介護 | |
| 代表者氏名： | 施設長 小西 美恵子 | 定員（利用者人数）： | 80 名 | |
| 所在地： | 兵庫県神戸市北区山田町上谷上字ヤンゲン3番地 | | | |
| TEL | 078-581-0230 | ホームページ： | http://www.ooikesunhome.com/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | | |
| 開設年月日： | 昭和48年 7月 2日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名）： | 社会福祉法人 盛雲会 | | | |
| 職員数 | 常勤職員： | 30 名 | 非常勤職員： | 28 名 |
| 専門職員 | 4 名 | | 介護支援専門員 | 生活相談員 |
| | | | 管理栄養士 | 機能訓練指導員 |
| | | | | |
| 施設・設備の概要 | (居室数) | 22 | (設備等) | 地下1階2階建て |
| | | | | |

③理念・基本方針

(理念) 「福祉」の語源を大切にしてください。

(基本方針)

- 1) 利用者様にやすらぎと安心を感じていただける環境づくりに努めます。
- 2) おひとり おひとりの可能性を求め一緒に生活の出来る施設づくりを職員の感性と共に考えてゆきたく思います。
- 3) 利用者さま 職員共に感応し合える時間を大切にしてください。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①ご利用者様の自由を重視した対応。
- ②ご利用者様中心の各行事の設定
- ③施設のお庭で花々で季節感を感じて頂く。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 平成 29 年 7 月 1 日 (契約日) ~ 平成 29 年 9 月 26 日 (評価結果確定日) |
| 評価実施日 | 平成29年 8月1日・8月2日 |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 5 回 (平成 27 年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・安全で快適な環境整備
四季の移り変わりが感じられる自然豊かな広い敷地に立地している。中長期計画に沿って、外壁・内装のリニューアル、トイレ・浴室の改修、防犯設備強化等、施設設備の充実に取り組み、安全で快適な環境整備に努めている。
- ・組織の運営管理
法人の運営管理体制が確立され、外部の専門家と密に連携して適切な運営に取り組み、職員の研修体制や福利厚生の充実に努めている。
- ・組織としてのサービス向上への取り組み、
法人として、各種規定・マニュアルを整備し、各種委員会と各種会議を設置して定期的を開催し、研修体制整備や自己評価・目標管理により職員の資質向上に努め、組織としてサービス質向上に取り組んでいる。
- ・利用者支援
多職種の専門職員、可能な限り利用者・家族が会議に参加して検討し、PDCAサイクルにもとづいた個別支援に努めている。施設サービス計画書・個別機能訓練計画・栄養マネジメントにより、自立支援に努めている。
- ・利用者のQOLの向上
利用者の重度化が進んでいるが、合同レクリエーション（生け花・習字・トールペイント・音楽セラピー・琴と尺八演奏会）、喫茶、カラオケ、日々の体操等、趣味や希望に応じて参加できる複数のメニューを用意し、生活に楽しみが持てるようにしている。新館お出かけ喫茶・開園記念行事・クリスマス会・紅葉の集い等には家族の参加もあり、家族と共に楽しめる機会作りを行っている。

◇改善を求められる点

たいへんよく取組まれていますので、大きく改善を求める点はありません。
事業計画については、主な内容を利用者・家族にも伝え、共有する取り組みを期待します。
各種研修が実施されていますが、新人研修や個別のOJT研修で、職員個々の習熟度を明確にする仕組み作りが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

毎回1つづ目標が高くなってゆくことに喜びを感じながら日々努力してゆきたく思います。

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> 法人の理念・施設の基本方針が、ホームページ・パンフレット・携帯マニュアル等に記載している。理念は法人の目指すものを明示し、基本方針は理念に基づき、具体的な内容となっている。新人研修で周知するとともに、年に1回の倫理の研修の中で、継続的に説明している。また、携帯マニュアルを職員全員に配布し、常に意識付けを行っている。理念・基本方針をパンフレットにわかりやすく明示し、契約時に利用者・家族に説明している。 | | |

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> 管理者層が、全国・兵庫県・神戸市社会福祉協議会や神戸市老人福祉協議会が主催する外部研修や会議に参加し、社会福祉事業や地域福祉の動向を把握している。施設のコストや利用率の分析は、毎月、法人事務局で行っている。 | | |
| 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> 人員体制や財務状況は、会計責任者が毎月外部コンサルタントと社会保険労務士に報告し、課題抽出し、助言や指導を得て、解決に取り組んでいる。経営状況や課題については、理事会・評議委員会で報告し、役員間で共有している。経営状況については職員に周知しない方針である。 | | |

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> 理念・基本方針の実現に向け、3年スパンの中・長期計画を策定している。設備・環境面の改善に向けた具体的で、実施状況の評価が行える内容となっている。年度末の理事会・評議委員会で見直しを行っている。 | | |

| | | |
|--|---|-----------|
| 5 | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は中長期計画と整合性がとれ、「経営理念・運営理念・組織」「事業計画」「目標」を明記している。「事業計画」は設備・環境面の改善に向けた実行可能な具体的な内容となっている。「目標」に数値目標を設定している。</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>事業計画は管理者層の職員が策定し、合同部会で周知している。実施状況についても合同部会で共有し、合同部会の議事録の回覧により、全職員に周知している。管理者層が実施状況や評価を理事会に報告し、理事会の見解も反映し、見直しを行っている。</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>事業計画の主な内容を利用者・家族に周知する取り組みには至っていない。「おたより」や家族会を活用し、事業計画の主な内容を、利用者・家族にも説明する機会作りが望まれる。</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>「運営管理自主点検票」「介護サービス情報の公表」の評価基準にもとづいて、年に1回、運営面・サービス面の自己評価を実施している。第三者評価を定期的に受審している。評価結果は、合同部会で分析・検討している。</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>第三者評価の結果に基づく課題を合同部会で発表し、議事録に文書化している。改善策・改善結果についても合同部会で共有し、議事録に記録している。議事録の回覧により、職員全員に周知している。</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 |
| <p><コメント></p> <p>施設の経営・管理に関する方針と取組を、中長期計画・単年度事業計画に明確にしている。年度初めの全体会議で事業計画を基に所信を表明し、各部署ごとに全体会議議事録で周知を図っている。「組織図」「運営規定」「職務権限規程」等で役割・責任を明確にしている。各規定類は職員がいつでも見ることが出来るよう職員室に設置している。理事長通知文書（回覧）にて、施設長の緊急時の代行・補佐として副園長（副施設長）を定めている。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>副施設長は、市が主催する社会福祉法人制度改革、改正社会福祉法等の研修に、また、法令遵守担当責任者であるマネジャーは、市社会福祉会主催の法令遵守・職業倫理等の研修に参加し、遵守すべき法令の理解に努めるとともに、行政関係者等との連携に取り組んでいる。また、全国経営者協議会・北区施設長会等の研修に参加している。月1回、外部コンサルタント・社労士等から法令面での経営に関する指導助言等を得ている。環境面への配慮については、関連病院から指導を受け、エコ無臭での完全処理や関連病院と合同での廃棄を専門業者に依頼している。園内研修で倫理規定・高齢者虐待防止法等の研修を実施し、職員にも周知を図っている。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>定期的に、第三者評価を受審し、市の運営管理自主点検票で自己評価を行っている。また、月1回開催する各種委員会でも、サービスの質について評価分析を行っている。全体会議で第三者評価受審結果から課題を明確にし、改善に向け取り組んでいる。管理者層は、全体会議や各種委員会に出席し、指導力を発揮して改善に参画している。年1回職員アンケートを実施し、アンケート結果は管理者層で共有し職員の意見の反映に努めている。チーフ会議、ナース会議等職種別会議にも参加し、意見等の把握・課題の抽出を行っている。内容に応じては、理事長發文書にて職員へ周知を図っている。全員参加の年間園内研修計画、階層ごとの資格取得のための研修計画を策定し、サービスの質の向上に向けて職員の研修の充実を図っている。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>法人として、コストバランス、経営状況等の分析・検討を行い、外部コンサルタント・社会保険労務士等の定期的なチェックを受けて理事会に報告している。人員体制プランに、職種ごとに「資格要件と配置要件」を定めている。基準を上回る人員配置により、働きやすい環境整備に努めている。業務の効率化・改善に向け、合同部会で検討し、職種別（チーフ、ナース会議等）職員会議でも部署ごとの検討を行っている。話し合った内容は職員会議議事録の回覧捺印により周知を図っている。</p> | | |

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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>人員体制プランに、職種ごとに「資格要件と配置要件」を定め、資格取得のための研修受講計画を作成している。人員体制プランに基づいて、人材確保・育成に取り組み、基準を上回る余裕ある人員配置を行っている。派遣会社・ハローワーク・ホームページ等を活用して福祉人材を確保している。</p> | | |
| 15 | Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。 | a ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>倫理規定に法人として期待する職員像を明確にしている。就業規則・人事管理マニュアルで、階層ごとの自己評価について定め、入職時に説明している。「一般職」「専門職」で評価書式を設定し、設定した月毎の具体的な取組について自己評価を行っている。ケア評価・自己評価での課題を、自己評価シートに各人が記載し、達成状況や具体的成果について年2回、所属長が上位者評価を行い相互に確認している。所属長による評価と自己評価に大きな乖離があれば、所属長が年1回面談の機会を設け、成果等について話し合っている。職務遂行能力・成果・貢献度等と昇格等の処遇が連動する人事考課の仕組みづくりを検討している。外部コンサルタント、社会保険労務士等の処遇水準の評価・分析を検討し、初任給の改定・資格取得祝い金の支給等、改善策を実施している。昇格・昇進・処遇等が評価と連動する人事考課の仕組みや、昇格・昇進・処遇等のための資格要件等を明確にしたキャリアパスフレームの整備等、将来の姿を描くことが出来るような総合的な仕組みづくりを検討している。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人・施設の事務部門の運営管理組織図、会計事務の組織図で、労務管理に関する責任体制を明確にしている。出勤、時間外勤務等はタイムカードで把握し、データを本部へ送っている。毎月外部コンサルタント・社会保険労務士等のチェックを受け、個別に副施設長が管理している。心の健康づくり計画を策定し、相談体制・研修・メンタルヘルスケアの実施等に取り組んでいる。メンタルヘルス推進担当者として、マネージャーが相談窓口となっている。相談窓口担当者の掲示と共に、相談場所を施設内の離れた場所に設置し、相談しやすい環境づくりに努めている。年1回の健康診断、介護職員に対する年2回の腰痛検査、法人負担でのインフルエンザ予防接種、月1回検便等を実施している。また、年1回ストレスチェックを行い、必要に応じて産業医への受診を促している。2ヶ所の退職金共済制度に加入し、入学祝・結婚祝い・各種割引制度の利用等の特典があるハッピーパックに加入し、創立記念日の記念品贈呈等、総合的な福利厚生を実施している。有給休暇・勤務時間調整等を希望に沿って実施し、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を行い、職員数に余裕を持たせている。常勤・非常勤職員を平等に処遇し、職員の負担軽減のための細やかな配慮を行い、常勤医師の配置での健康管理面で安心感がある等、魅力ある働きやすい職場づくりに関する取組を行っており、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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>職員倫理規定に基づく行動指針で、組織として期待する職員像を具体的に明示している。所属長との面談を通じて、自己目標シートで上期・下期の目標を明確にし、上期は達成状況を踏まえ明らかになった課題等を、下期は1年を振り返って次期への課題を明らかにしている。目標項目は、個別に優先度・重要度・影響度の高いものから、期限は半期ごと、目標水準は所属長との面談で明確にしている。基本方針を実践するために設定した具体的取組について、毎月自己評価を行っている。自己目標シートに基づいて年2回所属長と面談を行い、本人目標に対する進捗状況等所属長の意見を、目標シートの所属長意見欄に記入して確認している。下期目標は、上期評価を踏まえて設定する等、上期・下期・次期の目標設定に連動性を持たせている。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>倫理規定に法人として期待する職員像を、行動指針で組織として期待する職員像を具体的に明示している。資格要件・配置要件で職種別の資格要件を定めている。年間研修計画に基づき研修を実施し、外部研修受講時は研修報告書、内部研修受講時はテスト形式の研修受講報告書を作成している。研修受講一覧表を作成し、欠席者には資料配布とテスト形式の研修受講報告書の提出を促し、研修内容の周知を図っている。研修報告書の感想欄等を、施設長・副施設長・マネージャー等が確認し、受講結果から研修計画・内容の評価や見直しを行っている。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>職員資格認定一覧表を作成し、資格取得時毎に最新のものに更新している。入職時に法人で、新人研修マニュアルに沿って、規定・介護技術等の研修を実施している。配属先部門でOJTを行い、テスト形式の研修報告書の提出を促している。経験年数・習熟度等に応じた研修については、認知症介護実践者研修・市民救命士講習会・老人福祉施設新任職員研修、管理栄養士研修等、外部研修を活用して階層別、職種別、テーマ別研修等に参加している。全員を対象とする研修は案内掲示で、職種別研修等は職種別に情報提供を行っている。園外研修記録一覧表を作成し、研修受講機会の公平性に配慮している。法人の参加承認が得られた研修は出勤扱いとし、旅費・受講費用等の法人負担を旅費規程で定めている。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「実習生受け入れ基本姿勢」「受け入れマニュアル」を作成している。養成校から提供される養成プログラムに沿って、資格に応じた実習ができるよう用意している。社会福祉士・看護師等、全て実習指導者研修受講者が研修を実施している。事前に養成校と打ち合わせを行い、計画的にプログラムに沿って学べるようプログラムを調整している。指導教員巡回時にカンファレンスを行い、実施状況の報告確認を行って継続的な連携を図っている。</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。 | a ・ (b) ・ c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページに、理念、サービス内容、現況報告、収支情報を公開している。事業所の取り組み（現況報告）、第三者評価受審はホームページで、受審結果はWAMNETで公表している。苦情解決の体制をわかりやすく説明した掲示物を掲示している。「施設のご案内」に理念・基本方針等を明示し、見学時に配布し、LSA・居宅支援事業所窓口（えがおの窓口）・関連病院等に設置している。「おたより」を、介護教室開催時に配布し、LSAに設置している。苦情・相談の内容にもとづく改善・対応の状況について公表する仕組みづくりが望まれる。している。</p> | | |
| 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。 | (a) ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>経理規定等諸規定を整備し、規定及び職務分掌で権限・責任を明確にしている。諸規定・職務分掌等について、入職時に説明するとともに、規定類ファイルを職員室に設置している。外部コンサルタント・社会保険労務士等に、適宜相談を行い指摘・助言を得ている。指摘内容等は理事会に報告されている。指摘事項について、改善に取り組んでいる。会計年度ごとに監事による監事監査を受け、監査結果はホームページで公表している。マネージャーも法令遵守の観点からチェックを行い、年1回理事会に報告書を提出している。</p> | | |

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。 | (a) ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「地域との関わりについての基本姿勢」を別冊で文書化している。老人会等の公民館行事、夏祭り、マッサージ等地域の行事案内があれば掲示し、参加時には余裕ある職員配置を行って支援を行う体制を整えている。利用者が立ち上げた楽団が、関連病院へ演奏に行ったり、利用者が介護教室にも参加して交流している。通院等、希望があれば付き添い、必要時には車を提供している。</p> | | |
| 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) ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「ボランティア受け入れに関する基本姿勢」を別冊で文書化し、生け花・音楽療法・トールペイント等の、ボランティアを受け入れている。「学校教育への協力の基本姿勢」を別冊で文書化し、トライやるウィーク・ワークキャンプ等を受け入れている。「ボランティアの受け入れ」「ボランティア受け入れ手順」に付随して、「ボランティア活動メニュー」「ボランティア登録カード」を作成し、受け入れ窓口を相談員としている。活動メニューに、禁止事項等留意事項を記載するとともに、実習生と共通する事項は「実習の際の心得」を準用して、子供向けの注意事項は「高齢者施設についての注意事項」を変更して説明している。</p> | | |

| | | |
|---|---|-----------|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>あんすこ（地域包括支援センター）・介護タクシー等の連絡先リストを相談員室に、緊急時連絡先として協力医療機関・警察署・消防署・ガス電気等設備関係事業者等を目的別にリスト化して寮母室に掲示するとともに、パソコン上でも情報を共有できる。地域ケアネットワーク会議・北区施設長会・神戸市老施連・給食施設連絡会等で情報交換を行い、共通課題の研修・訓練等に参加している。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>多目的室を活用して、介護教室を開催している。開催案内をLSA・関連病院・居宅介護支援事業所窓口（えがおの窓口）等へ設置して、地域住民に参加を呼び掛けている。介護教室を通じて多様な相談に応じ、ホームページにいつでも相談を受付ける旨を掲載している。関連病院と非常災害時の相互応援の覚書を交わしている。夏祭り等地域行事に協賛し、地域の活性化に貢献している。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>介護教室での相談・LSA活動・副施設長のグループホーム運営推進会議への参加等を通じて、地域住民・民生委員等から地域のニーズを把握している。老施連ネットを通じて空床情報を共有しながら、行政・地域包括支援センターと連携して緊急ショート等のニーズを把握している。LSA活動を継続して実施している。今後、居宅介護支援事業所窓口での業務拡大を計画している。</p> | | |

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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <コメント> 利用者を尊重するサービスの実施について、法人の理念・施設の基本方針、「倫理規定」に明示している。サービスの標準的な実施方法を記載した介護マニュアルにも明記している。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、「倫理規定」「身体拘束廃止」「高齢者虐待防止」等の園内研修を実施している。身体拘束廃止・虐待防止委員会を毎月開催し、また、職員の自己評価項目にも採り入れ、上記配慮について、実施状況の把握と必要な対応を行っている。 | | |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <コメント> 「倫理規定」「個人情報保護規定」「高齢者虐待や不適切なケアが起こってしまった時の対応手順」を整備し、園内研修で研修を実施している。契約時に、「利用者権利擁護規定」を用いて、相談員がプライバシー保護と権利擁護に関する取組を説明している。施設内の全面改装後、居室・廊下の生活空間を広げ、廊下壁面に複数台のテレビを設置し、清潔なソファで利用者がゆったりと寛げるスペースとなっている。多床室は明るい白色のカーテン、部屋の入り口はロールカーテンで仕切りプライバシーの確保と快適な生活環境を提供している。 | | |
| 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <コメント> 理念・基本方針、サービス内容、施設の特性等を紹介したパンフレットを作成している。言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすく工夫し、病院・L S A・地域包括支援センター等に設置している。地域の小冊子にも施設の紹介を載せ、広く地域の公共施設などに設置している。利用希望者については、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・ホームページなど、利用希望者に対する情報提供については、法人が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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <コメント> 「入退所に関する指針」「入所受け入れ手順」を整備し、それに基づいて対応している。入居時に、契約書・重要事項説明書・各種同意書を用いて、生活相談員が時間をかけて丁寧な説明に努め、書面で同意を得ている。契約書・重要事項説明書は文字を大きくして、わかりやすいように配慮している。契約書に契約当事者変更の条項を設け、また、署名代行者・身元引受人を定め、適正な説明と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 ・ Ⓑ ・ c |
| <コメント> 「入退所に関する指針」「退所に向けた手順」を整備し、それに基づいて対応している。他施設や家庭への移行の事例はなく、長期入院による退所の場合はサマリー等で情報提供している。利用終了後も相談できるように、事務所を窓口とし、家族に口頭で説明している。サービス終了時に、終了後の相談窓口について記載した文書を手渡すことが望まれる。 | | |

| | | |
|---|---|-----------|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>毎月1回利用者意見聴取会を実施し、また、6ヶ月に1回開催するサービス担当者会議に可能な限り利用者の参加を勧め、要望を聴くとともに、満足度の把握にも努めている。意見聴取会には生活相談員と栄養士が出席し、家族会には生活相談員が参加している。意見聴取会では、食事についての要望がほとんどで、出席している栄養士が献立に反映している。</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 ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の責任者・受け付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。苦情解決の体制をわかりやすく説明した掲示物を掲示している。重要事項説明書に記載し、利用者・家族に配布し説明している。意見箱を入れやすい場所に設置し、苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情受付経過報告書・苦情処理報告書を整備し、家族へのフィードバックの記入欄もある。苦情対策委員会を月に1回実施し、苦情相談内容をサービスの質の向上に反映する仕組みがある。苦情内容・解決結果を、苦情を申し出た利用者・家族に配慮したうえで、公表する仕組みづくりが望まれる。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者・家族が相談したり意見を述る際の相談相手や方法について「相談対応体制」に文書化し掲示している。ロビーや多目的スペース・相談員室等、家族が相談や意見が述べやすい複数の場所を用意している。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「相談対応マニュアル」「フローチャート」を整備し、マニュアル見直しは、合同会議後の職員研修で会議で見直しを検証している。意見聴取会の開催、居室担当職員の設置などにより、意見の傾聴に努めている。「意見受付経過報告書」「意見苦情処理報告書」を整備している。個別の意見には個別に対応し、介護記録に記録している。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事故発生防止委員会を設置し、事故発生防止指針に責任体制を、リスクマネジメント基本指針に緊急時管理体制を明示している。事故発生報告書・ヒヤリハットメモを整備し、事故発生防止委員会で、内容・時間・場所についてデータ分析し、個別の事例について、内容と今後の対応を検討している。事故発生報告書には、経過及び検討策を記録し、必要に応じて委員会尾で検討している。</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 |
|----|--|-------------|

<コメント>

感染予防マニュアル（神戸市）をもとに、「感染症・食中毒の予防蔓延防止に関する指針」「フローチャート」を作成している。感染症対策委員会を設置し、看護師を担当者として管理体制を整備している。園内研修で、感染症の予防と対応についての研修を実施している。うがい・手洗いの励行、酸性水の噴霧、消毒液の携帯等、感染症の予防策を講じている。近年、感染症の発生事例がないが、フローチャートに従って対応する体制がある。マニュアルの見直し検証は、毎年7月に定期的に行っている。
園内研修感染予防について

| | | |
|----|--|-------------|
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に 行っている。 | (a) ・ b ・ c |
|----|--|-------------|

<コメント>

「非常災害時マニュアル（火災・地震・風水害）」を整備し、マニュアル内の「防災対策について」にインフラ（電気・ガス・水）・避難場所・医療・備蓄について明記している。利用者・職員の安否確認の方法が、マニュアル内の「利用者・職員安否確認」に明記している。防災計画を整備し、昼夜想定で火災の総合訓練を年3回、シェイクアウト等自然災害時訓練を年1回実施している。消防署に届出書を提出し、消防機器業者が立ち会い助言を得ている。備蓄については、管理者を管理栄養士として、常時3日分9種類をリスト化し期限管理も行っている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|-----------|
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| 40 | Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>個々のサービスの標準的な実施方法を介護マニュアルに文書化し、プライバシー保護についても明記している。排泄・入浴介助については、マニュアルをもとにフローチャートを作成し、周知しやすい工夫をしている。 新人研修や現任職員研修時の介護技術研修の報告書の整備と、習熟度を確認する仕組み作りが望まれる。</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 ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>合同部会後の職員研修で、年1回、マニュアル・日課表等の見直しを実施している。各部署の職員の意見を所属長がまとめて提出し、検討する仕組みがある。</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 ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画書の責任者を介護支援専門員としている。1号用紙・4号用紙・ICFシートを用いてアセスメントを実施している。関連部署・職種からの意見を収集し、ICFで課題抽出し、施設サービス計画書にニーズを明示している。6カ月毎に、サービス担当者会議を開催し、多職種の職員が参加し見直しを行っている。手順については、「ケアプラン作成の流れ」に明示している。毎月末に、居室担当職員が実施状況を短期目標毎に記録し、介護支援専門員がモニタリングを行い、計画とサービス実施の整合性を確認している。困難支援ケースについても同様に対応し、経過は個人記録にSOAPで記録している。</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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画書の見直しは定期的には6カ月に1回実施し、手順については、退院時・状態の変化時も含め、「ケアプラン作成の流れ」に明示している。計画を変更した場合は、個別計画も変更し、連絡ノートで周知し、ファイルに最新版を入れ、職員に周知している。</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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、1号用紙・4号用紙に記録している。個人記録にサービス実施状況を記録する時は、施設サービス計画書の短期目標番号を明示し、整合性が確認できる。記録マニュアルを整備し研修を行うと共に、施設長と主任が確認して必要時に助言・指導を行い、記録の書き方に差異が生じないようにしている。情報共有には、主に、伝達ノートとパソコンのネットワークシステムを利用している。パソコンのサンホーム共有ページでは、規程・マニュアル、勤務表なども共有できている。毎月1回、各種委員会・合同部会・ケアマネ会議・看護課会議チーフ会議(介護課)を実施し、会議内容は会議録の閲覧し周知している。</p> | | |

<コメント>

個人情報保護規定を整備している。記録の責任者を施設長としている。新人研修、園内研修の倫理規程研修で、個人情報保護を学ぶ機会を設け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。利用者・家族には、入居時に契約書をもとに説明している。
規程の中に、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を追加されることが望ましい。

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。 | a ・ (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。 | (a) ・ b ・ c |

特記事項

利用者の心身の状況・生活歴・意向などを1号用紙で把握し、個々に応じた生活となるように施設サービス計画書を作成し、モニタリング等により評価している。個別機能訓計画を立て、残存能力を活かした、自立に配慮した支援を行っている。合同レクリエーション（生け花・習字・トールペイント・音楽セラピー・琴と尺八演奏会）、喫茶、カラオケ等、趣味や希望に応じて参加できる複数のメニューを用意し、生活に楽しみが持てるようにしている。毎日、午前はニコニコクラブ、午後は歌体操の時間を設け、日中活動に参加できるようにしている。新館でお出かけ喫茶（館内のイベント）・開園記念行事・クリスマス会・紅葉の集い等には家族の参加もあり、地域からは小学生の歌・ダンス訪問がある。合同レクリエーションの指導には、地域のボランティアの協力がある。初詣・通院・老人会主催行事等の外出には、職員が同行している。利用者個々の状況に応じて離床時間をとり、できるだけ、食堂・トイレ・風呂に移動している。夜間・日中の更衣は行っていない。

利用者個々のコミュニケーション能力について4号用紙で把握し、特に配慮が必要な人には、筆談など個別の方法で行っている。日々のコミュニケーションの中で把握した思いや希望は、個人記録に記録し、ケアやサービス計画に生かせるように取り組んでいる。居室担当者を設置し、会話が不足している利用者も話しやすく、意向が把握できるように努めている。月に1回意見聴取会を設け、話したいことを話せる機会を作っている。言葉遣いについての注意事項を、職員に配布している「携帯マニュアル」「倫理規定」に明示し、園内研修の倫理規定研修で周知している。

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) ・ b ・ 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。 | (a) ・ 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) ・ b ・ c |
| A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | (a) ・ b ・ 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。 | (a) ・ 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。 | (a) ・ b ・ c |
| A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。 | (a) ・ b ・ c |

入浴マニュアルを作成し、マニュアルの中には入浴時のプライバシー保護についても明記している。介護計画に入浴形態や方法・介助内容を記載し、6ヶ月毎に見直し、さらに週間計画予定表や毎日の入浴チェック表で管理している。親しい利用者同士での入浴や同性スタッフの介助、脱衣所ではバスタオルで身体を覆うなど利用者の尊厳や羞恥心への配慮に努めている。入浴拒否のある利用者には、時間をかけたコミュニケーションやスタッフの交代、時間を変更する、無理強しない等利用者のペースに合わせて入浴できるように努めている。脱衣室の室温・浴室温度・シャワー温度・浴槽内温度は自動調節されているが、入浴前には介助者の体感で確認している。機械浴室は壁一面にパネルヒーターを設置して入浴時の温度調節に努めている。脱衣室には、お茶や水分がとり難い利用者に対して、カルピスを用意して入浴後の水分摂取を勧めている。皮膚の状態を観察し、ワセリンや個人持ちのケア用品を塗布し、皮膚疾患のある利用者には医師の処方薬を塗布している。看護師の体調確認ファイルにより、入浴担当スタッフが入浴ケアチェック表に可否理由を記載し個別に対応している。一般浴、機械浴、特浴などの入浴形態を用意し、浴室専属スタッフ、浴室と脱衣所に各1名責任者を配置して入浴時の事故予防に努めている。利用者の身体状況や意向に応じて、入浴日や保清方法を変更し、チェック表に変更理由と共に記録している。シャワーチェアが用意されている。自力で入浴可能な利用者は少なく、必ず見守り・介助を行い事故防止に努めている。利用者の意向を尊重し入浴順の配慮しているが、感染症発症者は最後に入浴している。

利用開始時のフェイスシートで利用者の状況を把握し、介護計画を作成して利用者の状況に応じた排泄介助が行われている。排泄状況は毎日の排泄チェック表で管理している。排泄感覚が残存した利用者は利用者別トイレ誘導表でトイレでの排泄支援に努めている。排泄状況はトイレに設置されている毎日の排泄チェック表に記載し、スタッフ間の連絡ノートで情報の共有を行っている。排泄マニュアルにプライバシーへの配慮を明示している。トイレは広く、ドアでプライバシーを確保している。また、誘導時は周囲の利用者に気づかれないように声かけして、介助している。排泄誘導の声かけが必要な利用者には、食事の前後など、誘導しやすい状況の下で排泄を促し声かけをしている。トイレはリニューアルされ、タイル張りである。便座周りは定期的に酸性水で清潔にし、排泄後の清拭には除菌自動保温機に用意された暖かい使い捨てタイプの紙おしぼりを使用し、使用後はエコムシューで処理されているため臭気は感じられない。紙おしめも同様の処理をしている。トイレ内は空調管理されている。トイレ内の動線が広く確保され、車いす移動は安全が確保されおり、歩行可能な利用者には職員の介助により安全に移動できるように支援している。便座は3方アーム型で転落防止をしている。水分はい日1000ccをめどに複数回声かけして摂取を促し、食事摂取量は各利用者毎にチェック表に記載し、体調の管理を行っている。管理栄養士により食事管理も行われている。夜間は概ね2回、必要な利用者にはベッド上でパット交換を実施している。睡眠者の顔にライトが当たらないように、消灯のもと、首から下げた携帯ライトを用い、睡眠を妨げないよう配慮している。職員間で検討し、吸水度の異なるおむつやパットを選択し、各利用者に適したものを、排泄チェック表やスタッフ伝達ノートに記載して管理している。おむつ交換時に皮膚の観察を行い、状況変化時は看護師・医師と連携し対応している。利用者の排泄パターンに応じて声かけ・誘導を行い、各ベットにナースコールを設置し迅速な対応に努めている。

杖、歩行器使用の他、車椅子を必要とする利用者に対し、状況と意向を踏まえて自走を見守っている。カンファレンスの結果と利用者の状況と意向を反映させ、移動・移動器具を選択して自立に向けた働きかけを行っている。また、広く長い廊下・機能訓練スペースが用意されている。随時の介護技術研修によりスタッフのスキルの向上に努め、利用者の状態によりベテランスタッフを配意している。入退院を繰り返す利用者に対しても、スタッフを選択して介助している。介護計画に記載して、毎日の伝達のノートで情報を共有している。6ヶ月毎の見直し前に、他職種によるカンファレンスを実施したのち評価見直しを行い、利用者の状態に適した福祉用具を選択している。毎日の職員スケジュールに点検実施を記載し、定期的な点検が行われている。居室外のスペースには常時スタッフを配置し、居室ベットにはナースコールを設置して、迅速な対応を心がけている。杖歩行者と車いす移動者の並走移動による事故予防のために、居室外スペースには常にスタッフを配置し目配りしている。廊下をはじめ館内の動線は広く、明るい環境が整備されている。多種類の杖、歩行器が用意されている。また車いすに関しても自走用・坐位保持用・介助用・リクライニング等多種準備し、利用者の状況に合わせた選択を行っている。

「褥創指針」「褥創防止マニュアル」を整備し、体位変換・栄養管理・皮膚の清潔保持等により、褥瘡予防に取り組んでいる。入浴時に「入浴時の観察シート」で皮膚観察を行い、異常があれば、入浴ケアチェック表で看護師に報告している。処置については「看護師処置一覧」に記録している。園内研修で、「褥瘡予防とケア」研修を実施している。管理栄養士による栄養管理により、食事面からも褥瘡予防に努めている。

業者との契約により、リースがほとんどである。サイズやデザインを多様に用意し、利用者が好みや希望で選べる仕組みがある。居室担当、入浴担当が本人の意向を確認し、入浴時に着替えている。購入希望があった場合は、カタログ販売を利用し、選んでいただき購入できるよう支援している。定期的、汚染時に着替えを適宜支援している。

月1回訪問理美容がある。髪型については、利用者の希望や好みを職員が伝え、希望に沿った理容が受けられるよう支援している。訪問理美容の予定はホワイトボードに掲示し周知している。外部の理髪店・美容院利用は、主に家族と共に外出している。その際には、車いすの貸し出し、送迎支援を行なう場合もある。

スタンド・テレビ・ラジオ等利用者の希望により持ち込み可能である。夜間は睡眠を妨げないように室内は豆球を使用し、介助時は携帯ライトを使用している。寝具は施設が用意しているが、希望があればの私物寝具使用も認めている。不眠者への対応について、「不眠者への対応などマニュアル」を整備している。一時的に別室の空きベットを使用し、スタッフが付き添い支援している。

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

1週間の献立を食堂前に掲示して、廊下の目立つ所にその日の献立を紹介し、食前にスタッフが献立の説明を行っている。食事は委託しているが、毎月の嗜好調査や意見聴取会での利用者の意見、要望を、給食会議で施設から委託業者に伝え献立への反映を依頼し、季節・行事に合わせた献立を提供している。食器の盛り付けなども、委託業者が給食会議で意向を確認し反映させている。食事は直前まで自動保温カートにて適温管理されている。食堂の窓はレースのカーテンで、照明を明るく清潔な雰囲気である。各テーブル席の間隔も広く設置されている。食事介助を必要とする利用者のテーブル席や、親しい利用者同士の席等、個々の状況や意向に配慮している。利用者の禁忌食を把握している。朝食のみご飯・粥・パン食を選択できるようになっている他、利用者聴取会で献立メニューや行事食の希望を聞く機会とし、献立に反映させている。居室内配膳時は保温カートを使用して適温で提供している。

おにぎり・粥・刻み食・ミキサー食・流動食等を用意し、利用者の嚥下能力・身体状況に合わせた形態で提供している。補助具・各種エプロン・深めのトレーを用意して、時間がかかっても自力で摂取出来るよう見守り、支援している。他の利用者が食べ終わっても、自分のペースで食べてもらえるように見守っている。見守り職員に看護職を配置し、誤嚥時の対応が迅速に行われるよう状況観察している。利用者の身体状況により、肘掛け椅子やひじ置きがない椅子を用意し、傾斜のある方にはクッションで傾きを予防し食事の姿勢に配慮している。リクライニング車いすから、可能な限り坐位保持により食事摂取できるように努めている。食堂に吸引セットを整備し、食事の事故が発生した場合は、マニュアルに基づいて対応できるようにしている。簡単な初期対応は常時管理者が指導伝達している。統一したカップを用意して水分摂取量を把握している。水分摂取量の少ない利用者・体調不良の人は、定期的に声掛けして摂取を促し、食事チェック表に記録している。口腔体操・個々の状態に応じた食事形態での提供、個別の食事介助方法等により、経口での食事摂取ができるように取り組んでいる。常備しているレトルトがゆやシチュー・アイスクリーム・高カロリー食パック等を管理栄養士が提供している。管理栄養士が、嗜好カルテで主食・副食形態・嗜好を把握し、利用者個々に応じた食事を提供している。栄養スクリーニング、栄養ケア計画を基に、栄養マネジメントを実施している。また、「経口摂取維持取り組み実施の指示書」に沿って、経口維持計画を作成し、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。

個別機能訓練計画の中に、口腔ケア計画があり、機能訓練実施表に実施状況を確認し、評価は計画書の評価欄に記録している。嚥下機能に問題があれば、水飲みテストを行ってチェックし、「経口維持計画」を作成し、定期的に評価している。食前に坐位で体操や口腔体操を行っている。発声が不可の利用者にはアイスマッサージを実施している。週に1回、歯科医師の訪問診療あり、診療後「口腔ケア、口腔ケア機能維持・良好の確保」について指導があり、園内研修でも「口腔ケアについて」の研修を実施している。食後は、歯磨きが出来ない利用者にはうがいを実施している。利用者の状況に応じて義歯の着脱を支援し、専用の洗浄液が入った専用のコップで清潔に保管している。食堂内外に、洗面所を設置している。口腔ケアの自立度を把握する仕組み作りが望まれる。

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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

特記事項

「ターミナルケアに関するマニュアル」とフローチャート「ターミナルケアの実際（職種の役割）」を整備している。契約時に、「看取りに関する指針」を説明し、緊急時・終末期の対応についての意向確認を行い、指針への同意を得ている。園内研修で「看取りケアについて」の研修を実施している。研修実施や振り返りにより、職員の不安軽減や精神的ケアに努めている。医師・看護師との24時間連携体制が確立し、家族の希望に応じて看取り介護を行う体制を整備している。また、家族が付き添える個室も整備している。

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。 | Ⓐ ・ 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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

特記事項

利用者の日常生活能力、残存能力については、4号用紙で、6ヶ月毎に評価している。自傷他害がある場合は医師の指示を受け、指示経過は、個人記録に記録している。それ以外は特別な周辺症状ではないという理事長の方針の下、受容的な姿勢で利用者へと接している。利用者一人ひとりに合わせた機能訓練計画を作成し、タオルたたみ・エプロンたたみ等のプログラムを設けている。毎日の実施した内容は、機能訓練実施表に記載している。園内研修では、マニュアルを用いた認知症研修を開催している。外部研修で4DAS研修を受講し最新の知識や情報を学ぶ機会を設けている。法人内の医療機関、施設内の医師・看護師と連携が取れ指導・助言を受けている。診療内容については、個人記録に記録している。利用者一人ひとりに応じた機能訓練計画書を作成し、娯楽プログラム・合同レクリエーションで個別・グループ活動を行っている。抑制・拘束は行わない方針である。やむを得ず行う場合は、所定の手続きの下、定期的に身体拘束廃止委員会で報告・検討する場を設けている。1ヶ月毎に家族と協議し同意書を交わしている。また、介護計画にも記載している。

居室に馴染みの私物を持ち込むことで、環境の変化の軽減を図っている。施設内の移動やエレベーターでの昇降を含め、スタッフの支援で自由に移動が可能になっている。危険物は目の届かない専用の場所に保管している。個室・トイレにはパットやおむつは置かず、消毒液等危険物はすべて目・手の届かない上段に片づけている。専属ハウスキーパーが、清掃を含め生活環境を整備し、清潔で安心して過ごせる環境が整えられている。共有スペースは明るく、清掃が行き届き、気になる臭気も感じられない。壁面には行事の際の利用者の写真や作品を掲示している。また、壁面の見やすい場所に大型テレビを複数台設置している。居室は利用者の状況を考慮して、柔軟に組み合わせている。各利用者のサイドテーブルには写真や花など、思い思いの私物が飾られている。各居室は花の名前が付けられ、トイレ・浴室等わりやすく表示されている。

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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

特記事項

看護師を機能訓練指導員として配置し、一人ひとりに合った機能訓練計画を作成している。日々の実施状況を機能訓練実施表に記録している。3ヶ月毎に計画書の評価欄に評価内容を記載し計画見直しを行っている。毎日、午前中にボールを使った体操等を行う「ニコニコクラブ」、午後に「歌体操」を実施している。歌、カラオケなどの娯楽プログラムを設定し、利用者個々の好みや興味に応じた内容を工夫し、主体的に参加できるよう配慮している。機能訓練指導員に看護師を配置し、助言や指導し、計画書に反映している。利用者の認知症や周辺症状の変化があった場合は介護職➡介護主任➡看護師➡精神科医師と連携する仕組みがある。医師が診察した内容は個人記録に記載している。

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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | a ・ Ⓑ ・ c |

特記事項

基本的には月に1回、また、必要な場合は個別の頻度に応じて、バイタルチェックと体重測定を行って熱計表に記録し、健康管理を行っている。「健康マニュアル」「緊急時対応マニュアル」「緊急時管理体制フローチャート」を整備し、体調変化の察知や対応手順等を明示している。園内研修で、「高齢者によくみられる疾患」について研修を実施している。緊急時対応については、フローチャートの説明により周知している。服薬については、管理と確認は看護師、服薬は介護職と看護師が実施し、記録している。利用者の健康状態については、熱計表・看護日誌・個人記録に記録している。

神戸市の「感染症予防マニュアル」をもとに、「感染症・食中毒の予防蔓延防止に関する指針」「フローチャート」を作成している。「職員又は職員の家族が感染症に合った場合の施設対応」に対応方法を文書化している。予防接種については施設が費用負担している。園内研修で、感染症・食中毒の予防や対応について研修している。施設内の玄関食堂、トイレ、各洗面台に消毒液が設置されている。玄関カウンターに外来者用に酸性水の噴霧式の消毒液をを設置し手指消毒を呼びかけている。職員の健康状態について、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組み作りが望まれる。

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。 | Ⓐ ・ b ・ c |

特記事項

建物・設備については、専門業者が定期的に点検し、快適性と安全性の維持に取り組んでいる。備品については「日々の業務チェックリスト」で点検し、必要時に修理伝票を提出し専門業者に依頼している。白色を基調にした館内は広い窓とレースのカーテン、明るい照明等、清潔な雰囲気を感じられる。落ち着いた色調の寝具にも落ち着ける雰囲気作りが伺える。共有スペースは横並びのゆったりと座れるソファや複数台のテレビの設置等、落ち着いて快適に過ごせる雰囲気である。また、玄関の談話スペースや多目的スペース・機能訓練場所など様々な選択肢を提供し、思い思いに過ごせるように配慮されている。

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

変化があった場合は、主に電話で連絡し、連絡した内容については個人記録に赤字で記載している。定期的には、年2回年賀状・書中見舞いに居室担当者が記載し情報報告している。6ヶ月に1回、サービス担当者会議を開催し、利用者の状態報告、サービスの説明、要望、相談を聴取する機会を設けている。内容については議事録を残している。施設サービス計画書を見直す際には、家族に事前に連絡し、希望を聴取している。家族の面会時に利用者の近況を報告し、報告内容は個人記録に赤字で記録している。年間行事として定期的に関園記念行事・クリスマス会・お正月行事を開催し、家族に案内を出し参加を呼びかけている。

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

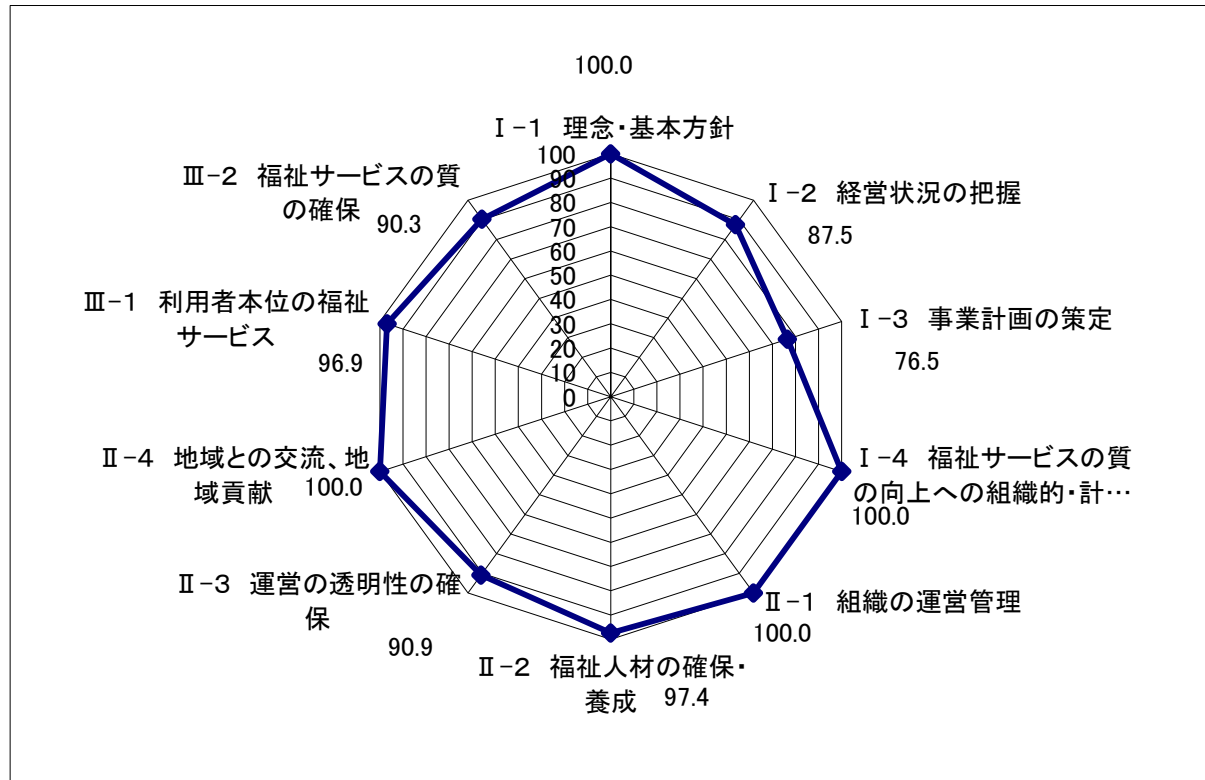
外部への病院受診、初詣、自治会行事等、外出の際には職員が同行し支援している。車いすの貸し出しや送迎の支援も行っている。施設近隣の航空写真を用いてガイドマップを作成している。立地的に地域イベントへの参加は困難であるが、情報提供の準備はある。外出の際に利用者が所在不明になった場合を想定し、施設名を衣服の見えないところに表示するような工夫をしている。

電話は玄関に設置されているが、利用者の希望があればスタッフの支援で離れた場所での通話も可能である。郵便物は事務所で取り扱っているが、周囲への配慮をしている。

玄関に新聞、雑誌は設置している。個人購読の希望があれば対応可能であるが、現在は希望者はない。共有スペースに複数台のテレビを設置しており、希望のチャンネルの番組を見ることが可能である。新聞、雑誌の利用については利用者間で決められており、トラブルは生じない。

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 | 13 | 76.5 |
| 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 | 37 | 97.4 |
| II-3 運営の透明性の確保 | 11 | 10 | 90.9 |
| II-4 地域との交流、地域貢献 | 26 | 26 | 100.0 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 64 | 62 | 96.9 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 28 | 90.3 |



A 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|-------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| 1 支援の基本 | 21 | 20 | 95.2 |
| 2 身体介護 | 54 | 54 | 100.0 |
| 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 | 16 | 100.0 |
| 6 機能訓練、介護予防 | 6 | 6 | 100.0 |
| 7 健康管理、衛生管理 | 13 | 12 | 92.3 |
| 8 建物、設備 | 5 | 5 | 100.0 |
| 9 家族との連携 | 5 | 5 | 100.0 |
| 10 その他 | 8 | 8 | 100.0 |

