

(別紙)

## 評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（55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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c
Ⅰ-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
<p>・「笑顔(利用者も職員も笑顔で)、安心(生活していく上で大切なこと)、信頼(利用者と職員又は職員同士が信頼関係をつくる)」という理念を掲げ、玄関入り口やパンフレットに明示している。この理念を掲げることにより、利用者の幸福や職員のやりがいにつながるという意味が込められている。</p> <p>・「利用者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう目指す」「利用者の意思及び人格を尊重し、その人の立場に立った処遇に努める」「地域や家庭、市町村及び他施設、機関との密接な連携」といった利用者に対して目指すこと、地域との関わり方について、具体的な基本方針を掲げている。この基本方針は、事業計画書、中長期計画にも明記され、理念とともに施設の中核になっている。</p>		
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
Ⅰ-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c
<p>・朝礼等で職員に「理念は何か」と尋ね、確実に周知できているか確認している。また、今年1月には「基本理念の笑顔・安心・信頼にはどのような意味や意図があると思いますか」「基本理念の笑顔・安心・信頼を達成するために何をしたらよいと思いますか」の2項目について、職員一人一人が理念や基本方針に関してどのような思いをもっているのかアンケートをとり、理念や基本方針が浸透する取り組みを行っている。</p> <p>・理念を一つずつ分かりやすい言葉に代えた（笑顔とは、ご利用者が笑顔で生活をおくること、職員が笑顔で仕事ができること）説明用の文書を作成し、利用者へ配布している。この文書には、ふりがなをつけて読みやすく工夫しており、「家族や地域社会との交流を深め、開かれた施設を目指す」という方針も明記している。</p>		

## I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。		○a・b・c
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		○a・b・c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。		○a・b・c
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。		○a・b・c
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者に周知されている。		○a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成24年～平成26年までの中期計画、平成27年～平成30年までの長期計画を作成している。中期計画には、地域交流の充実・介護職員養成研修の開催・制度改正に伴う職員研修を行なうなど、達成可能な内容となっている。</li> <li>・中期計画に掲げた「介護職員養成研修の開催」の項目を、平成24年度事業計画の「地域のニーズを把握しながら、社会福祉施設としての機能を発揮し、福祉資格取得希望者に対しては実習受入を積極的に実施する」という方針に反映している。</li> <li>・年度末の職員会議で、事業計画の見直しを行っている。職員からの意向もあり、事業計画の中にも入っている基本方針の中で、地域のニーズを把握しながら、実習受入を積極的に実施するという項目を、平成24年から追加する予定である。</li> <li>・事業計画は利用者に配布し、座談会でも説明している。玄関には事業計画を掲示し、家族も時々見ている。</li> </ul>		

## I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-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・b・c
I-3-(1)-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っている。		○a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・職務分掌表に、「理事長の命を受け、各係りを指揮監督し、全てを掌理する」と施設長としての役割を明記している。施設長は、職員へ直接意見を言うのではなく、ヒントを伝えるなどして職員が自分達で考え、解決できることを促すよう心がけている。</li> <li>・施設長自らコンプライアンスの研修に参加している。研修会で学んだことを職員へ伝えており、職員への聞き取りにおいて、現施設長に代わってからコンプライアンスが浸透してきているとのことである。また、環境保全に対する意識も高く、環境保全委員会を立ち上げている。</li> </ul>		

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-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。		Ⓐ・b・c
I-3-(2)-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。		Ⓐ・b・c
<p>・毎月1回、利用者40人～50人が集まる座談会に、施設長も参加し、利用者から挙げられる要望を聞く体制がとられている。利用者からは、浴槽の滑り止めの塗装が剥がれ気味である、トイレがすぐつまって困る等の話が出た場合、すぐに業者へ連絡をし修理するように段取りをしている。</p> <p>・施設長は光熱費などを気にかけており、以前水道メーターの計測量の異変から、業者へ調べてもらったところ漏水していたとの事例があった。また、施設の老朽化に伴い、修理代もかさんでいる為、対馬市と協議しながら、修理が必要なところは業者に依頼している。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-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っている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		Ⓐ・b・c
<p>・対馬市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画で、対馬市全体の高齢者数などの状況を確認している。また、計画の内容を踏まえて、新サービスへの応募があれば、必要な場合応募できるよう積極的な姿勢である。</p> <p>・平成24年～平成26年までの中期計画の中に、「今後予想される大規模改修に向けて、コスト削減とコスト意識の徹底」と明記され、環境保全委員会にて、光熱費節電などを伝えている。</p> <p>・月1回税理士が法人に来訪され、外部監査を受けている。会計上の処理方法の指導を受けることはあるが、大きく改善するようなことは言われたことはないとのことである。</p>		

## II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		Ⓐ・b・c
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		a・b Ⓒ
<p>・平成24年～平成26年の中期計画には、居宅介護支援事業所の再開を目指すと掲げていたが、職員の中で介護支援専門員の資格を取得し、平成23年10月には再開することができている。全職員の50%が介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士の資格を取得することを目指し、認知症に関する研修や資格も取得してほしいとの意向である。</p> <p>・現時点では人事評価を実施していないが、永年勤務や専門的な資格を取得、法人の理念に基づき優れた取り組みをした人は、平成23年から表彰を受けている。平成27年から人事考課の導入を検討されている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向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・c
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		Ⓐ・b・c
<p>・有給は時間給で取得することができ、施設長から有給取得を促すこともあるとのことである。また、年1回職員アンケートで意向を聞き取ったり、元小学校の教諭に、職員がいつでも相談ができるような体制をとっている。</p> <p>・地元の温泉施設が格安で利用できる、ユニホームを購入する際には費用を一部援助する等の取り組みを行なっている。施設の協力病院が、職員の健康診断先にもなっており、相談できる環境が整っている。</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。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(3)-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・b・c
Ⅱ-2-(3)-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・b・c
Ⅱ-2-(3)-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。	a・○b・c
<p>・就業規則に「教育訓練 法人は職員に対し、業務に必要な知識を深め、技能を高めるなど資質を向上するため、必要な教育訓練を実施する」と明記している。長期目標の中には、専門的な技術取得や福祉の資格取得ができるようにという文言が含まれている。</p> <p>・人材を育て、資格を取得していくことを目的として、平成22年からキャリアパス制度を導入している。介護支援専門員と介護福祉士の受験勉強には、勤務後の勉強会を開催し、受験に向けた支援を行っている。調理師の免許取得を目指した人へは、職員が勉強会を開き、無事に合格できたという事例があった。また、業務記録をパソコン入力に変更した際に、エクセル表やワード入力の勉強会も開催している。</p> <p>・外部研修参加後は、研修報告書を提出し、職員会議等で報告をしている。認知症の研修に参加するようになり、「ご飯を食べていない」と言う利用者に対しては、「さっき食べましたよ」などは適切な言葉がけではないことが、職員に伝わるようになってきており、研修参加への成果が現れてきている。今後は、研修に参加した成果を評価・分析するようしていきたいとの希望であり、今後の取り組みを期待したい。</p>	
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	○a・b・c
<p>・訪問介護員養成講座2級課程、介護職員基礎研修の実習生を受け入れ、実習受入マニュアルを整備している。実習のしおりには、実習生の心得として「人権、プライバシーの尊重、秘密の保持」など明記していた。実習の申し込みがあった場合は、主任生活相談員か生活相談員のどちらかが窓口となり、実習中は現場の職員が対応するという流れも確立されている。</p>	

## II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(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。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。		○a・b・c
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行なっている。		○a・b・c
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		○a・b・c
<p>・過去1年の間に、2階の利用者が階段から転落した事故を受け、転落の危険性がある方を1階に居室移動する対応をしている。リスクマネジメント構成図、リスクマネジメントマニュアルを整備し、マニュアル委員会で見直し、検討している。</p> <p>・毎年対馬市から委託された業者が、建物の調査に入っている。最近では、非常照明がついていない箇所を指摘され、すぐ対応し改善している。年2回、消防訓練・避難訓練を実施しているが、今年度実施した訓練で、通報がうまくいかなかったり、避難誘導が制限時間内ぎりぎりだった為、自主的にもう一度訓練を実施するとのことで、積極的な取り組みを行なっている。</p> <p>・インフルエンザ流行時には、保健所から通知が届き、職員へ周知している。玄関に防犯カメラを設置したり、出入りがあった際に音がなるようにして、職員が知らない間に利用者が外出しているようなことがないよう、取り組んでいた。</p>		

## II-4 地域との交流と連携

		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。		
II-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	○a・b・c
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	○a・b・c
II-4-(1)-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。	○a・b・c
<p>・社会福祉協議会が主催する民生委員の会議に職員が出席し、情報を得ている。また、利用者と職員と地域の方との魚釣りを職員が企画し、地域の方が10名程度参加している。この企画は、漁師だった利用者にとっても喜ばれたとのことである。</p> <p>・地域の住民からの意向もあり、介護職員基礎研修や訪問介護員2級の養成講座を開講している。また、子育て経験者の職員が法人内で学童保育への利用についての手続きを教えている。</p> <p>・「市町村及び他施設・機関との連携に努める」とボランティア受入マニュアルに明示し、現在期間限定で利用者の話し相手になったり、入浴後のドライヤーがけのボランティアを受け入れている。ボランティア依頼があったら、ボランティア登録申込に記入後、個人情報を一切口外しないという誓約書をとっている。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		Ⓐ・b・c
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		Ⓐ・b・c
<p>・市役所、社会福祉協議会、公立病院、保育所、振興局、福祉事務所等必要な関係機関を一覧表にし、職員が誰でも見れるようにしている。2ヶ月に1回、保健医療福祉連絡協議会（病院のドクターと看護師、対馬市の中地区の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、入所施設の職員が参加）で、現在入院している方の状況について、また今後必要な支援について全体で会議し、情報を共有している。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		Ⓐ・b・c
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		Ⓐ・b・c
<p>・ショートステイ利用の要望があった場合には、対馬市に相談し、受け入れる体制である。今後、訪問介護員養成研修2級課程の、カリキュラムが変更になるため、新カリキュラムに対応する意向である。</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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(1)-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っている。</p> <p>・ 職員の行動や言動が虐待にあたるかあたらないかを検証したり、身体拘束委員会の中で身体拘束について話し合っている。利用者に配布する基本理念の周知用には、「社会に貢献してこられた利用者の方々の自立を支援し、尊厳を守り生きがいを持った生活を送られるあたたかい施設を目指す」と明記し、利用者を尊重した姿勢であることが窺える。</p>	<p>○a・b・c</p>
<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <p>・ 各手順書の中に、「プライバシー保護」について明記し、手順書の見直しはマニュアル委員会で行っている。排泄の手順書の中に、「プライバシーを守る」等具体的に記載し、実際に取り組んでいる。</p>	<p>○a・b・c</p>
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。</p> <p>・ 年1回、利用者一人一人に「施設での生活は楽しいか、職員は優しいか、やりたいことができているか」等聞き取りをしている。また座談会でも意向を聞き取り、「○○さんが身体を洗わず、入浴している」と意見があり、まず職員間で話しあい、入浴時職員が見守り介護をするようにと素早く対応している。利用者からの意見を一方的に聞くのではなく、職員で状況を確認してから対応を考えている。</p>	<p>○a・b・c</p>

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(3)-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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者10名に対し、職員1名担当を持ち、何かあれば担当職員か他の職員へ相談できる。利用者の中には、施設長へ直接「物がなくなった」と言ってくる方もいるとのことである。</li> <li>・玄関の分かりやすい場所に意見箱を設置し、要望や意見を投函できる体制をとっている。また、要望等何かある場合にはどの職員にでも相談していいという内容を、図で分かりやすく掲示していた。</li> <li>・苦情マニュアルを整備し、意見や要望があった時には苦情受付書に記録を残している。利用者からの要望や意見は、すぐに対応できるような体制もとっていた。</li> </ul>		

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービス第三者評価を受審することにより、サービスの質の向上につながる、自分達のレベルを知ることができることから、平成19年、22年に福祉サービス第三者評価を受審している。福祉サービス第三者評価を受審しない年には、自己評価委員会において、評価表に基づいて見直しをしている。</li> <li>初回受審した際には、マニュアルを整備していなかった為、マニュアル委員会を立ち上げて対応するなど、この第三者評価を大いに活用している。毎年委員が代わり、実際に福祉サービス第三者委員会に携わった職員は、第三者評価を受審する意義や仕組みが分かり、参加できてよかったという感想を持っている。</li> </ul>		

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	第三者評価結果
Ⅲ-2-(2)-① 提供する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)・b・c
Ⅲ-2-(2)-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>・入浴、移乗、食事、排泄、口腔、更衣、体位変換などの手順書を「記録向上・マニュアル委員会」で作成し、職員へ周知している。この手順書の内容は、当施設に合うよう何度も修正を加え、毎月1回委員会でマニュアルチェック報告書を作成し、見直しを行なっている。</p>	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
Ⅲ-2-(3)-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)・b・c
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a)・b・c
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	(a)・b・c
<p>・施設サービス計画書に基づき、実施状況を記録している。記録向上・マニュアル委員会で、業務日誌には「～促す」ではなく「～するようにお話す」という記載にするようにと話し合い、職員間で記録の書き方に差異が出ないようにしている。</p> <p>・現利用者の記録は、事務所で保管し、退所した利用者の記録は倉庫に保管している。家族から利用者の記録を見せてほしいと依頼されたことはないが、物がなくなったと言う利用者の場合には、家族にケース記録を見せて、経過を報告したことがある。</p> <p>・施設内のパソコンは、パスワードを入力すると情報を見ることができる。この情報が見れるのは施設内のみで、ソフトを入れていないパソコンでは見ることができないようセキュリティをかけている。</p>	

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-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・b・c
Ⅲ-3-(1)-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・b・c
<p>・対馬市役所や社会福祉協議会にパンフレットを置いて情報提供を行なっている。介護職員基礎研修を受講された方の父親が、自分の親の件で相談にきたケースもあった。様々な取り組みを行ない、情報を提供できていることが窺える。当施設独自のホームページがあるが、半年に1回のみでの更新である為、今後は法人のホームページの中に一緒に入る予定である。</p> <p>・養護老人ホームの入所者は、対馬市が契約を行なう為、施設では入所承諾と身元引受人の書類をとっている。介護保険を利用する場合には、料金なども含め十分に説明後、同意を得ている。</p>		
Ⅲ-3-(2)-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・b・c
<p>・退所後支援引継ぎマニュアルに基づき、退所情報提供書を作成するケース、対馬市が作成している対馬市ケアパスを用いて情報を提供するケースとがある。3年前に夫婦で在宅に戻った事例があり、地域の居宅介護支援事業所と連絡を密にして、施設職員が在宅に訪問するなど、退所後もフォローしていることもあった。</p>		

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「①身体的、②生活の遂行状況、③精神的・心理的な状況」について、細かくアセスメントを行っている。利用者やその家族等からの意向も十分に聞き取り、実施計画へ反映している。</li> </ul>		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-4-(2)-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。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画作成担当者が責任者となり、実施計画を作成している。年に1回モニタリングを行っており、見直された計画は職員へ周知されるような仕組みとなっている。</li> </ul>		

# 評価細目の第三者評価結果（高齢者施設）

※すべての評価細目（18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。

## IV 適切な処遇の確保 IV-1 各種サービスの提供

		第三者評価結果
IV-1-(1) 施設的环境		
IV-1-(1)-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・(b)・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が気持ち良く日常生活を送れ、家庭と同様の雰囲気作りが出来る様に、居室は今まで使っていた家財道具を使用し、自由にレイアウトが出来ている。利用者が作りあげた生活空間を感じる事ができた。</li> <li>・施設の玄関先には、季節に応じて利用者が作った作品や生花、切り絵等が展示されていた。家族や知り合いが来た場合は、必要に応じて面談室を使える様にしている。 利用者同士が交流をしやすい様に、廊下にベンチが設置してある。ベンチに座り、利用者同士が交流する事が多くなり、居室への閉じこもりが減少している。しかし、ベンチを置く事で廊下幅が狭くなる、片方の手すりが利用できないという欠点もある。利用者の身体状況が重度化しており、今後はベンチの設置場所の変更、他に利用者同士が交流できる場所や方法等がないか検討するなど、安全に生活が出来る様な環境作りに期待したい。</li> </ul>		
IV-1-(1)-② 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。		(a)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・午前中は廊下、施設内換気を行っており、気になる匂いは感じられなかった。防臭対策として、汚物交換後にスプレーによる消臭を行う事もあるが、まずは早め早めにオムツ交換を行う、トイレ誘導を行う等の取り組みを実施している。</li> <li>・空調は職員が調整しているが、希望する利用者については、職員間で検討し自己管理している。館内放送は大きくならない様配慮し、難聴である利用者については個別に対応している。光については、日が当たる部屋はカーテン・よしずを利用している。</li> </ul>		
IV-1-(1)-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)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢になるにつれ心身機能が低下している利用者については、廊下及び廊下から居室への動線上に手すりを設置している。利用者の移動能力に応じ、押し車、車椅子、杖、ストレッチャーを利用でき、安全な移動が出来るよう配慮されている。</li> <li>・浴室・脱衣場は、のれんを利用しプライバシー保護に努めている。また、自室が分からない利用者のために、居室前に大きく名前を書いたり、鈴を置いて分かりやすく目印をつけている。排泄道具は、毎週1回日曜日に消毒を行い、衛生管理に努めている。</li> </ul>		

IV-1-(2) 心身機能の維持・改善		
IV-1-(2)-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。		Ⓐ・b・c
<p>・月に1回開催される座談会で、利用者の要望を聞き、1日2回ラジオ体操・口腔ケアを実施している。施設内で行われるレクリエーションは職員から提案し、利用者の意見を確認しながら定期的の実施している。地域の商店へ買い物に月2回外出したり、天気の良い日は職員と一緒に散歩するなど、外出する機会を多く持つ様に取り組んでいる。</p>		
IV-1-(3) 介護が必要になった時の対応		
IV-1-(3)-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。		Ⓐ・b・c
<p>・要介護認定マニュアルが整備され、定期的に見直されている。申請は計画作成担当者が行っている。申請の流れ、必要な手続きについては掲示板に掲示している。 利用者によっては、「ヘルパーさんを利用したい」「デイサービスに行きたい」等と要望がある時に個別に介護保険についての説明をしている。 また、心身機能が低下している利用者については、職員から「介護保険の申請が必要ではないか」と意見が出ており、その都度、計画作成担当者が対応している。</p>		
IV-1-(4) 食事の提供		
IV-1-(4)-① 食事は、利用者の身体状況に合わせて提供している。		Ⓐ・b・c
<p>・利用者の身体状況に応じて、特別食（刻み食、ミキサー食、とろみ剤等）で対応している。食器、スプーン等、利用者の身体状況に合った自助具を利用し、利用者の自立支援に取り組んでいる。 年2回嗜好調査を行い、残食量についても確認しており、残食が多かったメニューは、献立メニューや献立サイクルの見直しを行っている。体調不良を訴える利用者への対応として、お粥に変更したり、食べやすいプリンを提供したり、消化の良いメニューへ変更する等工夫している。 健康面で配慮が必要な利用者は、看護師と栄養士が連携を取り対応している。</p>		
IV-1-(4)-② 食事を楽しめるような工夫を行っている。		Ⓐ・b・c
<p>・食事場所は明るく、各テーブルには季節に応じた生け花を飾っている。ゆっくり落ち着いた環境下で食べられる様に、食器は食事開始から15分間は下膳しないよう配慮している。 温かい物は温かく、冷たい物は冷たく適温提供するために、温冷配膳車を使用している。 月1回給食会議を開催しており、栄養士、調理員をはじめ、看護師、生活相談員、介護職員等多職種が集まり食生活向上に向けて定例的な会議を行っている。</p>		

IV-1-(5) 健康管理サービスの実施		
IV-1-(5)-① 日常の健康管理は適切である。		(a)・b・c
<p>・年2回定期健康診断を実施し、また週1回嘱託医の往診があり、連携を図っている。日々の健康状態把握については、看護師が中心になり、バイタルサインの測定、排泄状況の把握、月1回体重測定を行っている。</p> <p>病院受診が必要な利用者は、看護師が付き添い対応している。看護日誌が整備しており、バイタルサイン、排泄状況、体重測定、受診の結果等、日々の健康状態の変化が一目で把握出来る様工夫している。</p>		
IV-1-(5)-② 服薬の管理は適正に実施している。		(a)・b・c
<p>・服薬管理・介助マニュアル、誤薬防止マニュアルが整備してある。マニュアルについては、職員研修の中で全職員へ周知している。必要に応じて、看護師による服薬（薬の目的や副作用・用法・誤薬防止等）についての知識を深める研修を行っている。薬の管理は看護師で対応しており、誤薬防止のために、朝・昼・夕・眠前と色分けしている。</p> <p>服用後に異常が見られた場合、協力医に相談できる体制をとっている。</p>		
IV-1-(5)-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)・b・c
<p>・感染症予防対策委員会を中心に定期的に研修を行い、感染症に関して周知している。日頃から職員手作りのポスターを掲示し、感染症を起ささない取り組みを行っており、流行する前に、座談会で感染症についての周知活動をしている。</p> <p>インフルエンザ等の予防接種は利用者・職員共に実施している。過去1年間に感染症の発生はない。</p> <p>感染症に関するマニュアルは、看護師や栄養士を中心に他の職員と連携を図りながら点検・見直しを行っている。年に1回保健所の職員が訪問し、感染症が発症した時の対策、感染予防に関する対策について研修を行っている。</p>		
IV-1-(5)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。		(a)・b・c
<p>・衛生管理マニュアルを作成し、職員に周知活動を行っている。食材の管理については、保存冷蔵庫の温度・発注書兼検食記録簿により、食材の確認、鮮度、有効期限、異物混入等がないかについて毎日確認している。</p> <p>食器は、熱食器洗い機や消毒機を使用し、包丁やまな板も殺菌庫に入れている。調理関係者は、検便を月に1回行い、調理前には各自で身なり、爪、髪、手、体調確認を行い記録している。利用者に対し、食事前には手洗いの励行と残った食材は持ち帰らない様に声をかけている。</p>		

IV-1-(6) 生活関連サービスの実施		
IV-1-(6)-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)・b・c
<p>・座談会で利用者からの希望を聞いている。毎月3回～4回、施設内でレクリエーション（生花・カラオケクラブ、園芸活動、相撲クイズ、輪投げ等）を実施している。</p> <p>季節に応じて、バスハイクを年2回、地域の商店へショッピング、映画鑑賞、外食会等を行い外出する機会を設けている。地域交流会委員を中心に、月1回の愛護活動（地域の草取り、ゴミ拾い、花壇整備等）やふれあいスポーツ大会への参加、地域住民と一緒に小あじ釣り大会等、積極的に外出の機会を設け、利用者が楽しく生活出来る様に工夫している。</p>		
IV-1-(6)-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)・b・c
<p>・預かり金管理規程に基づき、保管責任者、出納責任者を定め対応している。利用者別に金銭出納帳を作成し、収支状況について管理している。預かり金は、毎週月曜日に、利用者の希望に応じ、「預金払い依頼書」又は「預金預入依頼書」を作成している。</p> <p>引き出し後の出金額、預入額の確認については、2名以上の職員と利用者で行い、最終的には保管責任者である施設長が確認している。3か月に1回、預金残高を利用者へ報告している。</p> <p>残高に応じて、使い過ぎない様に指導を行っている。</p>		
IV-1-(7) 利用者家族との交流		
IV-1-(7)-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)・b・c
<p>・身元引受人に対して、広報誌「げんき」を発刊し、利用者の生活状況を写真を交え、わかりやすく伝えている。健康面について変化がある時は、受診の状況について看護師から家族へ伝えたり、生活や金銭面については生活相談員から伝えている。面会時には職員から積極的に声かけを行っている。</p>		
IV-1-(7)-② 施設と家族との交流を行っている。		(a)・b・c
<p>・広報誌「げんき」にて、利用者の様子を伝えたり、納涼祭・敬老会には家族へ案内文を出している。家族が気軽に訪問ができ、話しが出来る様に面会室を設けている。</p>		

## IV-2 権利擁護

		第三者評価結果
IV-2-(1) 成年後見制度等		
VI-2-(1)-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・b・c
<p>・「成年後見制度」「日常生活自立支援事業」のパンフレットを準備し、利用者へ配布している。座談会で説明し、利用したい場合は、生活相談員が手続きを援助している。現在、日常生活自立支援事業を1人利用しており、社会福祉協議会と定期的に連携を図っている。</p>		
VI-2-(1)-② 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体拘束は行わないようにしている。		a ○b・c
<p>・身体拘束マニュアルに沿って対応しているが、本年度、1件の身体拘束を実施した事例があったとのことである。日々、「拘束をしない介護」について、身体拘束防止委員会を中心に取り組んでいるが、認知症の利用者が尿道カテーテルを留置する、自己抜去を繰り返す、利用者の身体状況が悪化する危険があると主治医から説明を受け、身体拘束を行うケースであった。</p> <p>・離島という環境で、すぐに主治医が対応出来ない難点もある。緊急やむを得ない場合の同意書において、利用者、家族へ身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明を行い実施した。</p> <p>身体拘束の内容は、拘束着着用である。拘束後は、居室の移動、見守り強化を行い、拘束着の着用を短時間へ変更する等、随時、身体拘束防止委員会を中心に、利用者に関わるサービス事業所も交えて、利用者の様子と今後の方針について検討を行っている。家族へその都度、報告を入れており、身体拘束時、経過観察を行い、記録している。今回の事例は、拘束解除済みである。</p> <p>・緊急やむを得ない場合であること、対応は規程を遵守していたことは確認できたが、評価の着眼点に「過去1年間に行動抑制や身体的拘束が行われていない」という項目があることから、今回はbと評価をした。</p>		
VI-2-(1)-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・b・c
<p>・利用者に対する不適切な関わりを防止するために、新聞やテレビで報道があった場合は、その事例を出し職員へ対して防止について周知している。</p> <p>利用者に対しては、座談会において不適切な関わりを具体的に説明し、職員から不適切な関わりをされていないか確認している。日頃から、利用者の訴えやサインを見逃さない様に取り組んでいる。</p>		

#### IV-3 その他

		第三者評価結果
IV-3-(1) 安全・災害防止		
IV-3-(1)-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。		a・ <b>b</b> ・c
<p>・年2回避難訓練を実施し、避難場所の確保、避難経路についての周知を行っている。避難訓練の結果、車椅子が足りないこと等が分かり、利用者名簿、利用者の移動手段（歩行介助、車椅子の有無）、消火器の設置場所等が一目で確認出来る様になっている。施設内には、土砂災害の警戒区域を貼り出し、約3日分の食料品・水等は備蓄している。</p> <p>・災害対策マニュアルは定期的に点検、見直しを行っている。地元消防署との連携は図れている。しかし、利用者の身体状況が重度化しており、地域住民の協力体制の確保が必要である。今後、地域の機関と連携して防災訓練を行い、緊急時の対応がスムーズに出来る様な取り組みを期待します。</p>		
IV-3-(1)-② 不審者の侵入時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。		<b>a</b> ・b・c
<p>・不審者対応マニュアルが整備され、定期的に点検・見直しを行っている。外部からの侵入に対し、防犯カメラを設置している。不審者対応の研修として、さすまたの設置場所の確認、使用方法等について全職員へ周知している。緊急時に対応出来る様に、地元警察や消防署との連携を図っている。</p>		