

(様式1)

香川県福祉サービス第三者評価の結果(高齢者施設)

◎評価機関

名 称	社会福祉法人 香川県社会福祉協議会
所 在 地	高松市番町一丁目10番35号
評価調査者	①行成輝見
	②稲井光男
	③

1 施設・事業所情報

(1) 施設・事業所概要

事業所名称:特別養護老人ホームリベラルサンシャイン (施設長) 川西 基雄	種別: 特別養護老人ホーム
代表者氏名: 理事長 川西基雄 (管理者)	開設年月日: 平成10年 9月 1日
設置主体:社会福祉法人サンシャイン会 経営主体:社会福祉法人サンシャイン会	定員 50名 (利用人数)
所在地:〒 761-4302 香川県小豆郡小豆島町蒲生甲350	
連絡先電話番号: 0879-75-2187	FAX番号: 0879-75-2189
ホームページアドレス	http://www.sunshine-kai.com/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事																				
短期入所生活介護 通所介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	花見、夏祭り、夏祭り、誕生会、茶話会、月例祭、遠足、音楽療法、地域交流昼食会等																				
居室形態及び居室数	居室以外の施設設備の概要																				
個室(1人部屋)13、2人部屋 1 4人部屋 11、 合計 25 室	リビング、トイレ、浴室、機能回復訓練室、医務看護師室、静養室、ステーション、洗濯部屋、																				
職員の配置 (常勤・非常勤は分けて記載すること)																					
	<table border="1"><thead><tr><th>職種</th><th>人数</th><th>職種</th><th>人数</th></tr></thead><tbody><tr><td>施設長</td><td>常勤 1</td><td>栄養士</td><td>常勤 2</td></tr><tr><td>事務員</td><td>常勤 2 非常勤1</td><td>調理員</td><td>常勤 1 非常勤 2</td></tr><tr><td>生活指導員</td><td>常勤 1</td><td>医師</td><td>非常勤 1</td></tr><tr><td>介護職員</td><td>常勤 22</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	職種	人数	職種	人数	施設長	常勤 1	栄養士	常勤 2	事務員	常勤 2 非常勤1	調理員	常勤 1 非常勤 2	生活指導員	常勤 1	医師	非常勤 1	介護職員	常勤 22		
職種	人数	職種	人数																		
施設長	常勤 1	栄養士	常勤 2																		
事務員	常勤 2 非常勤1	調理員	常勤 1 非常勤 2																		
生活指導員	常勤 1	医師	非常勤 1																		
介護職員	常勤 22																				

2 理念・基本方針

基本理念

対象者がその環境、心身の状況に応じてあらゆる分野の活動に参加し、「その人らしさ」と「人間としての尊重」を保持しつつ、心身ともに健康で生きがいのある自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する。

法人理念に基づく基本方針

- (1) 利用者の生活・人生の質の向上並びに「その人らしい生活(自助)」の支援
- (2) 職員が生き活きと働ける環境の実現
- (3) 家族が安心できるサービスの提供と家族の支え合い(自助)の支援
- (4) 地域住民相互の支え合い(互助)の支援
- (5) 24時間365日体制の資源と人の安全管理システム(セコム)の維持
- (6) 社会福祉法人としての地域貢献、4つ(利用者、職員、設備、機能)の地域化の推進
- (7) 一職員一地域貢献の実践
- (8) 中・長期計画の策定
- (9) その他 社会福祉法人としての生活困窮者対策等、社会貢献活動への取り組み

3 施設・事業所の特徴的な取組

本施設が出来る前に「軽費老人ホームA型」定員50名が20年間単独設置されていた。そこで要介護となった利用者は退所して他の特別養護老人ホーム等へ入所しなければならず、安心して人生終末期を過ごすことができなかった。施設開設後、居宅居宅系の訪問、通所、短期入所サービス、又低所得者の住まいである公益住宅が整備し、その後地域密着型サービスとして認知症グループホーム、小規模多機能型居宅介護が整備した。特別養護老人ホームは、重度要介護者の生活介護の場、ターミナルケアの場、看取りの場(昨年実績として退所者13名中、死亡退所13名)となっている。今年度、地方創生事業の一環で介護者がスマホを活用した介護サービスの質の向上を目指した事業として沖縄県宮古島、鳥取県米子と香川県小豆島の我が施設がネットワークを結んだ新しい事業に取り組んでいる。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年11月26日(契約日) ～ 平成28年3月11日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(平成 年)

5 評価結果総評(利用者調査結果を含む)

◇特に評価の高い点

夏祭り、町内2カ所の保育所との交流、年2回5カ所の単位老人クラブの高齢者を招く地域交流昼食会、お一人暮らし励ます会、週2回のふれあい弁当配食サービスリゾートカフェ、おもてなしカフェ等月1回のお茶会等を開催しており、自治会や老人会等が主催する地域サロンへ職員が出向き、介護教室や栄養や体力づくり等の指導や相談活動を行っている。法人全体で「こどもSOS」パトロール活動や災害時の避難場所として地元自治会と災害協定を結んでいる。平成27年7月から、香川県社会福祉協議会が実施する「おもしろネットワーク事業」を開始し、県・町社会福祉協議会や他の社会福祉法人や民生委員などの協働して、地域の福祉課題・生活課題の解決する取り組みを始めている。地域との交流活動や法人や施設の機能を活かした地域貢献活動を長期間にわたり、積極的に行っている。

非常に活発に地域福祉活動や地域貢献活動を行っており、単年度の事業計画に記載しているが、目的や内容についての説明がなく、会議等で継続的な説明がある役職員以外には、どのような取り組みであるかわかりにくい状況である。また、各種委員会活動についても行事予定表の中に記載があるのみで、目的や内容の記載されていない。ホームページや広報誌で、法人や施設の活動を紹介しているが、事業計画からは法人・施設の取り組みの全体像が、把握しにくい状況になっている。地域福祉活動や地域貢献活動、地域との交流活動やボランティアの受入れ状況、各種委員会活動について、単年度の事業計画に記載し、法人や施設が実施している活動や取り組みの全体像が理解できるような事業計画の作成を期待したい。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審してよかった点は、2点です。

1. 現場の意識が高まった(現場がより一層の努力をする必要があると感じた)。

2. 評価者との遣り取りのなかで改善点を学ぶことが多々有った。

一方、「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」の評価の判断水準(a,b,c)が明確なものではないので、評価調査者の主観で評価結果に違いが生じるのではないかと危惧します。

7 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ 1 理念・基本方針</p>	<p>法人訓、法人の理念、基本方針を、明文化している。法人訓は、職員のあるべき姿を明文化したものとなっている。法人訓・法人理念、法人の基本方針はホームページやパンフレット、事業計画書、玄関掲示板、各部署広報誌に記載している。職員や家族には、理念や基本方針を記載した文書を配付している。</p>
<p>2 経営状況の把握</p>	<p>理事長(施設長)は、全国並びに県内の各種施設団体の役員や行政等の各種委員として活動しており、社会福祉全体の動向について、情報を把握している。把握した情報は、経営会議で共有化している。毎月開催している経営会議には、各部署から課長や主任が参加し、コスト利用状況や稼働率などを分析し、各部門の収支状況を確認している。経営会議での検討結果は、職員会を通じて職員に施設の現状を報告している。</p>
<p>3 事業計画の策定</p>	<p>2011年～2021年の中長期計画を策定しており、中長期計画に基づき、小規模多機能型介護事業や公益住宅を整備してきた。単年度の事業計画は、中・長期計画を踏まえ、策定されている。事業計画は、策定期間や手順は、毎年同じ時期や手順で作成しているが、手順等は明文化されていない。事業計画は職員に配付され、利用者には、施設長から行事等を口頭で説明している。事業計画書はホームページに掲載するほか、玄関にファイルに入れ、誰でも閲覧できるようにしている。</p>
<p>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</p>	<p>サービスの質の向上の取組として、感染症対策委員、身体拘束防止排泄委員、行事企画運営委員、人権擁護委員、尊厳保護委員等の委員会を定期的に開催し、各職員が参加して、サービスの質の向上に取り組んでいる。事業報告作成時には、各部署でサービスの見直しを行っている。各委員会の議事録を作成し、職員への周知を図っている。第三者評価事業の自己評価を各委員会活動と連動させ、PDCAサイクルにもとづき、福祉サービスの質の向上させる取り組みを期待したい。</p>
<p>評価対象Ⅱ 1 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>施設長は、自らの責任と役割をホームページに掲載している。職務分掌は、経理規程の中に明文化している。施設長は、毎日、朝礼や夕礼、全部署の職員会議に参加するとともに、毎朝、利用者一人ひとりに声掛けをしながら朝食後の紅茶を配付し、日々の利用者の状況把握を行っている。緊急時対応マニュアルや災害対応マニュアルで、施設長の役割と責任、各職員の役割について明記している。遵守すべき法令等について、職員の理解を深める取り組みを期待したい。</p>
<p>2 福祉人材の確保・育成</p>	<p>現状では、専門学校やハローワーク等を通して、必要な人材を確保できている。採用は、資格取得者に限定せず、採用後の資格取得を支援し、資格手当や合格祝い金を支給している。人事考課制度やキャリアパス制度を実施し、その中で、職員の意見や要望を把握している。人事考課は、主任・課長・事務長・理事長の順に評価を行い、理事長が職員一人ずつ面談を行っている。育児休業や子どもが修学するまでは夜勤を免除する等、仕事と家庭の両立ができるよう配慮している。</p>
<p>3 運営の透明性の確保</p>	<p>ホームページに法人の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、苦情受付体制などを公開している。第三者評価の受審結果については、受審後の公開を予定している。経理規程、就業規則、給与規程等で、事務、経理、取引等について、ルールや職務分掌や権限を明確化している。各規程は、ネットワーク上で職員全員が確認できる。苦情受付体制は、玄関に表示しているが、苦情受付状況は公表していない。</p>
<p>4 地域との交流・地域貢献</p>	<p>利用者の地域行事への参加や外出支援、保育園園児との定期的な交流活動がある。ボランティア活動や中高生の職場体験を積極的に受け入れている。地域貢献活動は、法人設立当初から積極的に取り組み、職員の専門性や施設設備を地域貢献活動に活かしている。平成27年7月から、香川県社会福祉協議会が実施する「おもしろネットワーク事業」に参加し、地域の福祉課題・生活課題に、県・町社会福祉協議会や他の社会福祉法人や民生委員などと協働して取り組んでいる。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>プライバシー保護マニュアル、虐待防止マニュアル、身体拘束防止マニュアルを整備し、ネットワークで職員が確認できる。定期的に各種委員会を開催し、利用者本位の福祉サービスに取り組んでいる。規定やマニュアルにもとづいたサービスが実施されているかは、各種委員会委員がサービス提供の状況を確認している。法人のパンフレットには、困っていることや状態により、法人が提供しているサービスの中で、どのサービスを利用できるかを紹介しており、外部の介護支援専門員や地域包括支援センターに送付している。</p>

2 福祉サービスの質の確保	小グループケアにおける介護業務マニュアルを作成しており、利用者の尊重やプライバシーの保護や権利擁護に関わる項目が記載されている。標準的な実施方法の見直しは、毎月1回開催しているユニット会議や各委員会で見直しているが、手順や時期は明文化していない。利用者の身体状況や生活状況等、サービスの実施状況は、生活介護記録に記録し、各部署ごとに行事や出来事を入力する業務日誌に記録し、ネットワークや回覧で情報共有を図っている。個人情報保護規定を定めており、利用者や家族から情報の開示の希望があれば、情報開示しているが、開示の手順は明文化されていない。
内容評価基準 A-1 支援の基本	入所前に自宅を訪問し、本人や家族から利用者の心身の状況や意向を把握し、入所者一人ひとりの生活に応じた支援となるよう話し合っている。カラオケや園芸活動、頭脳レクなど、利用者が誰でも参加できるレクリエーションを提供している。桜や紅葉の季節に年2回の園足を実施し、ドライブや地域の演芸大会に参加を支援している。保育所との交流、音楽療法や地域のボランティア団体等の訪問を積極的に受け入れしている。日常の支援やサービス担当者会議で利用者や家族から意見や要望を把握している。介助場面では、声かけをしてから行動を開始することを、職員に指導している。難聴の利用者には、筆談によるコミュニケーションを図っている。また、尊厳保護委員会で、利用者への言葉遣いや接遇に関して話し合っている。
A-2 身体介護	入浴介護や排泄介護など、身体介護については、マニュアルを整備し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、利用者一人ひとりがその人らしい暮らしができるよう、支援に努めている。使用するおむつ類は、排泄委員会で、外部のアドバイザーの指導をうけ、最適なオムツを検討している。トイレで排泄できるように手すりを取り付けたり、座位姿勢が保持できるように手作りの机を設置するなどの工夫をし、トイレは職員が毎日清掃し、消臭スプレーや暖房便座を設置するなどの環境を整備している。
A-3 食生活	年1回嗜好調査を実施し、利用者の嗜好や旬の魚や野菜をメニューに取り入れている。主食は、ご飯、お粥、パンの中から選択ができ、利用者の嚥下能力に合わせて、刻み食やとろみ食などの食事を提供している。利用者自身で食事ができるよう、自助具や食器、テーブルの高さを調整している。食事中は、利用者の姿勢が安定するように配慮し、自分のペースで食事できるよう配慮している。食事や水分の摂取量を記録し、一日の摂取量が少ない場合は、看護職員に相談して対応をしている。毎食後に必ず口腔ケアを実施している。夜間は義歯を預かり、洗浄液に浸して保管している。週1回、協力歯科医院の歯科衛生士が口腔内を確認し、ブラッシング指導を受けることができる。
A-4 終末期の対応	終末期の対応については、看取りマニュアルを整備し、家族に対応の方針等を説明し、同意を得ている。年1回終末期ケアについて研修を実施し、研修後や看取り終了後には、担当者会議を開催し、担当職員の精神的ケアを行っている。嘱託医師とは、24時間連絡が取れる体制である。平成26年度は13件看取りを行った。
A-5 認知症ケア	周辺症状が顕著な場合には、嘱託医師に相談している。職員の認知症への理解を深めるため、定期的にパーソンセンタードケアの研修を、年に1～2回認知症ケアについて研修を実施している。止むを得ず抑制や拘束を行う場合には、家族の同意を取る等の必要な手順を踏んで実施している。拘束をしないケアを実践するため、転落防止マットや感知センサーを設置している。目につく所や手の届く所に、事故の原因となるような物は置かないことを徹底している。
A-6 機能訓練、介護予防	施設サービス計画書に、日常生活上のリハビリを位置付けて看護師が指導を行っている。歩行できる利用者は、日中トイレ誘導をしている。常に歩行器を部屋に置いて、気が向いたら何時でも歩行器歩行ができるようにしている。行動障害などが目に付いた場合は、日々に記録し、必要に応じて嘱託医師に相談し、対応している。
A-7 健康管理、衛生管理	緊急事態対応マニュアルや感染症防止マニュアルを整備している。利用者の健康管理については、週1回嘱託医師の往診があり、利用者の体調変化時には、嘱託医師の指示を仰いでいる。利用者の健康管理や感染症予防について、研修を実施している。施設内5カ所にAEDを設置し、職員全員が救急救命士の講習を受講している。職員のインフルエンザ予防接種の費用は、施設で負担している。玄関やエレベーター、階段入口に消毒液やマスクを設置して、手洗い等を訪問者に呼びかけている。職員の家族が感染症に感染した場合の対応は、明文化されていない。

<p>A-8 建物、設備</p>	<p>瀬戸内海に面した高台に施設があり、特別養護老人ホームは建物2階部分にあり、施設内の様々な場所から静かな海などの自然の風景を楽しむことができる。特に眺めのよい場所にソファーが置かれ、利用者がくつろいだり、利用者が家族と面会をしている。月1回、安全点検チェック表で、建物や設備、備品の点検を行い、不備等があった場合は、早めに改善している。使い慣れた家具などを持参してもらい、利用者が落ち着いた環境で暮らせるよう配慮している。</p>
<p>A-9 家族との連携</p>	<p>面会の際は、職員がお茶のサービスを行い、必ず家族と顔を合わせ、必要な報告をしている。毎月発行している広報誌には、翌月の行事予定を記載しており、広報誌を家族に送付する際に、各担当職員がメッセージを記入している。介護保険の認定更新時や状況の変化があった場合は、担当者会議を開催して、家族に相談や報告をしている。年3回家族会の開催し、担当者会議への家族の参加を呼びかけている。</p>

5 第三者評価結果(別添)

調査報告書(高齢者施設版(共通))

事業所名:特別養護老人ホームリベラルサンシャイン
種別:介護老人福祉施設

評価項目		判定結果			評価調査者記入欄 判定の理由
		a	b	c	
		I 福祉サービスの基本方針と組織			
I-1 理念・基本方針					
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。	○			法人訓、法人の理念、基本方針を、明文化している。法人訓は、職員のあるべき姿を明文化したものとなっている。法人訓・法人理念、法人の基本方針はホームページ、パンフレット、事業計画書、玄関掲示板、各部署広報誌に記載している。職員や家族には、理念や基本方針を記載した文書を配布している。	
I-2 経営状況の把握					
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。	○			理事長(施設長)は、全国並びに県内の各種施設団体の役員や行政等の各種委員として活動しており、全国・県・町段階の福祉関係会議に定期的に出席しており、各段階での社会福祉全体の動向について、情報を把握している。小豆島町の介護保険事業計画、老人保健福祉計画等の委員として計画策定に参画しており、把握した情報は、経営会議で共有化している。毎月開催している経営会議には、各部署から課長や主任が参加し、コスト、利用状況や稼働率などを分析している。	
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。	○			各部署から課長、主任が参加し、経営会議を毎月開催し、各部門の収支状況を確認している。経営会議では、空調設備の入れ替えや耐震補強工事などの実施時期を検討している。職員には、職員会議で施設の経営現状を報告している。	
I-3 事業計画の策定					
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。		○		2011年～2021年の中長期計画を策定しており、中長期計画に基づき、小規模多機能型介護事業や公益住宅を整備してきた。中長期の収支計画は、未策定である。	
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。		○		中・長期計画を踏まえ、単年度の計画が策定されている。事業計画は、進捗状況を確認している。ボランティアや各種委員会活動、地域貢献活動など、法人が行う取り組みについて事業計画に記載されているが、目的や内容などの詳しい記載がなく、家族や地域住民などには、法人・施設が行っている活動の全体像が把握しにくい状況である。	
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。		○		事業計画は、策定期間や手順は、毎年同じ時期や手順で作成しているが、作成要項などは、明文化はしていない。各部署で策定した事業計画をまとめ、施設長・理事長が修正して、事業計画を作成し、理事会・評議員会に提案し、策定している。職員への周知は、毎年新年会で事業計画案を周知し、理事会での議決後に配付している。	
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。		○		ホームページに事業計画書を掲載し、玄関にファイルに入れ、誰でも閲覧できるようにしている。利用者には、毎月開催している月例祭の際に、施設長から行事等を口頭で説明している。	

評価項目	評価調査者記入欄			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組				
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。		○		サービスの質の向上に向けた取り組みとして、感染症対策委員、身体拘束防止排泄委員、行事企画運営委員、人権擁護委員、尊厳保護委員等の委員会で定期的に開催し、各職員が参加して、サービスの質の向上に取り組んでいる。また、事業報告作成時にも、各部署で見直しを行っている。第三者評価は、今回初めての受審であり、次年度以降第三者評価のガイドラインに基づいて、毎年自己評価を実施する予定である。
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。		○		定期的に開催している各種委員会で課題を検討し、職員会議での周知や委員会議事録を回覧し、周知徹底を図っている。
II 組織の運営管理				
II-1 管理者の責任とリーダーシップ				
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。	○			管理者は、自らの責任と役割をホームページに掲載し、表明している。経理規程の中に職務分掌は明文化している。毎月の職員会議や経営会議の場で自らの意見を発言している。緊急時対応マニュアルや災害対応マニュアルで、施設長の役割と責任、各職員の役割について明記している。
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。		○		理事長(施設長)は、全国・県・町の福祉関係団体の役員・委員会委員として活動しており、高齢者福祉分野や地域福祉分野の動向に加え、社会福祉法人経営者協議会では、社会福祉事業経営に関わる課題について、検討・協議する機会が多く、介護保険法、社会福祉法などの福祉関係法令、労働基準法などの労働関係法令など、遵守すべき法令等を十分に理解している。また、小豆島町等の各種委員、調停委員、少年警察補導員を務めており、行政との日常的な協力関係を維持している。
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。		○		理事長(施設長)は、毎朝、利用者一人ひとりに声かけをしながら朝食後の紅茶を配り、日々の利用者の状況把握を行っている。また、毎日、朝礼や夕礼、全部署の職員会議に参加している。
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。	○			理事長(施設長)は、毎月、経営者会議を開催し、状況把握を行っている。また、毎日、朝礼や夕礼、全部署の職員会議に参加している。職員を全国会議に積極的に派遣するなど、人材養成に積極的に取り組んでいる。
II-2 福祉人材の確保・育成				
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。		○		法人訓「心技体智絆(福祉の心、専門技術、健康・体力、専門知識、良好な人間関係)」で必要な福祉人材を示している。採用は、資格取得者に限定せず、採用後に資格取得のための有給休暇を配慮するなど、職員の資格取得を支援し、資格手当や合格祝い金を支給している。専門学校やハローワーク等を通して計画的な人材確保を実施しており、現状では必要な人材を確保できている。
15 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		○		人事考課マニュアル作成し、人事考課制度を実施している。年2回、職員全員が自己申告書を作成しており、自己申告書に意見や要望等記入する自由意見欄を設け、職員の意見や要望の把握に努めている。人事考課は、主任・課長・事務長・理事長の順に評価を行い、理事長が職員一人ずつ面談を行っている。ネットワーク上にキャリアパスを明示し、だれでも確認できるようにしている。人事異動には、職員の意見を取り入れている。

評価項目	評価調査者記入欄			判定の理由
	判定結果			
	a	b	c	
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。		○		年次有給休暇取得率を出し、把握している。利用者優先の仕事なので各会議は時間外に行い、時間外手当を支給している。各会議以外には時間外勤務はない。毎月、産業医の指導による衛生委員会を開催し、会議録を作成し、職員に周知している。育児休業の100%取得や修学前の夜勤免除等、仕事と家庭の両立ができるよう配慮している。有給休暇は、平均月1回は取得しており、融資制度規程や表彰規程、慶弔見舞金規程を整備している。
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。		○		自己申告書に、職員一人ひとりの年間目標を記入し、業務の振り返り、自己評価欄を設けている。自己申告書をもとに年2回評価を行い、理事長が職員一人ひとりの面接を行っている。
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。		○		研修制度要綱を作成し、理念・目的を明記している。施設内研修は、感染症、褥瘡、身体拘束、排泄、尊厳保護、行事企画等の勉強を兼ねた委員会を毎月開催し、教育の機会を設けている。研修計画の見直しは、事業計画策定の際に行っている。
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。		○		職員の資格取得状況は、人事台帳ソフトを使用し、管理している。現在、正規の介護職22名中18名が介護福祉士を取得済みである。各種委員会を毎月開催しており、オムツ開発業者や流動食・ペースト食品開発会社のアドバイザー等から定期的に、専門的な指導を受けている。外部研修参加者には、復命書による報告を義務付けし、復命書は、各部署に回覧して、情報を共有している。
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。		○		ボランティア実習マニュアルを策定して、受入れに関する考え方を明記している。実習生の指導は、実習指導者研修修了者が行っており、学校と連携を図りながら指導している。
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。		○		ホームページに法人の理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、財務状況、事業の活動内容を公開している。苦情受付体制は、玄関に表示しているが、苦情受付状況は公表していない。第三者評価の受審結果については、受審後の公開を予定している。
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。		○		経理規程、就業規則、給与規程等で、事務、経理、取引等について、ルールや職務分掌や権限を明確化している。経理規程、就業規則、給与規程、個人情報保護規程等で、事務、経理、取引等に関するルールが明確にされている。各規程は、ネットワーク上で職員全員が確認できる。社会保険労務士と契約しており、常時相談し、助言を受けている。
II-4 地域との交流、地域貢献				
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。		○		基本方針で、地域住民相互の支え合いの支援、社会福祉法人としての地域貢献、一職員が一つの地域貢献を行うこと等を明記しており、地域との関わりを重視している。利用者が希望する公民館行事見学や各地区行事芸能大会への出演を支援している。敬老会、新緑めぐり、紅葉めぐり等の外出支援を行っている。町内の2カ所の保育園園児が、施設を毎月訪問しており、運動会やお月見会等の保育所行事には、利用者が出向き交流している。年2回、5カ所の単位老人クラブの高齢者を招く、交流昼食会は、30年以上継続している。施設内で地元業者5社による食品や衣料品の訪問販売があり、利用者の買い物を支援している。

評価項目	判定結果			判定の理由	
	a	b	c		
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。		○		ボランティア実習受入れマニュアルに、ボランティア受け入れに関する基本的な考え方を記載している。継続的に活動されているボランティアのボランティア保険料は施設で負担するなど、ボランティアへの配慮を行っている。中学生の職業体験は、人数制限を設けず積極的に受け入れを行っている。施設への申込みだけでなく、香川県人材センター主催の職場体験事業に参加し、広く中学生・高校生の職場体験を受け入れている。
	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。		○		福祉事務所、保健所、病院、地域内の他の事業所等のリストを作成している。小豆島内の車イス用トイレがある施設を調査し、マップ(全25カ所)を作成し、施設内に掲示しており、関係機関に情報提供している。警察、消防、病院へは理事長は出向き年2回訪問している。小豆郡内や小豆島町の他の福祉事業所や自治会等連絡会的な組織に参加している。
	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。		○		週2回のふれあい弁当配食サービス、毎月保育所との交流、夏祭り、年2回地域交流昼食会、お一人暮らし励ます会、リゾートカフェ、おもてなしカフェ等月1回のお茶会を開催している。自治会や老人会等が主催する地域サロンへ職員が出向き、介護教室や栄養や体力づくり等の指導、相談に応じるなど、職員の専門性の地域貢献活動に活かしている。法人全体で「こどもSOS」パトロール活動を行っている。災害時の避難場所として、地域自治会と協定を結んでいる。平成27年7月から、香川県社会福祉協議会が実施する「おもいやりネットワーク事業」を開始し、地域の福祉課題・生活課題に、県・町社会福祉協議会や他の社会福祉法人や民生委員などと協働して取り組みを始めている。
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。		○		島内地域サロンへ職員が出向いた際や介護相談や介護教室等を実施しており、参加者から相談に応じ、地域の福祉ニーズを把握している。人権擁護委員による「心配ごと何でも相談」を年4回と小豆島町社協の相談を実施しており、町の広報誌に案内を掲載し、利用者だけでなく、地域住民の相談にも対応している。
	III 適切な福祉サービスの実施				
	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。		○		理念の中で、「対象者の『その人らしさ』と『人間としての尊重』を保持」をサービス提供の目的とし、基本方針の中で、(1)利用者の生活・人生の質の向上並びに「その人らしい生活(自助)」を具体的な課題としている。倫理要領を策定しており、倫理要領はネットワークで全職員が確認できる。サービスの質の向上の取組として、感染症対策、身体拘束防止排泄委員、行事企画運営委員、人権擁護委員、尊厳保護委員等の委員会活動を定期的に開催し、改善に取り組んでいる。
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。		○		プライバシー保護マニュアル、虐待防止マニュアル、身体拘束防止マニュアルを整備している。マニュアルはネットワークで職員全員が確認できる。身体拘束防止排泄委員、人権擁護委員、尊厳保護委員等を定期的に開催し、各種委員会において、改善に取り組んでいる。排泄や入浴介護の際には、カーテンやパテーションを使用し、プライバシー保護に配慮している。規定やマニュアルに基づく福祉サービスが実施されているか否かを、人権擁護委員など、各種委員会の委員がサービス提供の状況を確認している。
	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。		○		法人のパンフレットには、どのようなことに困っているかで、どのサービスが利用できるかを紹介しており、外部の介護支援専門員や地域包括支援センターに送付している。ホームページとブログを開設し、理念や基本方針、施設行事や地域必要な情報を公開している。利用希望者には、来所時にはパンフレットや利用料金表を使用し説明、施設も見学してもらっている。電話問合せにはパンフレットを郵送している。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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。		○	ケアプランの開始・更新時やサービスが大幅に変更した際には、利用者・家族に担当者会議に出席してもらい直接同意を書面で得ている。
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。		○	退所理由が、全員死亡退所となっており、他事業所に引き継いだ例がない。家族からの相談は、生活指導員が行っている。
	Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		○	年1回、家族を対象にアンケート調査を実施している。アンケート結果については、分析し利用者家族に報告し、職員に対しても会議で説明している。家族が参加する担当者会や年3回開催している家族会などで、利用者や家族の意見を直接聞く機会を設けている。
	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。		○	苦情解決体制は、苦情解決責任者は施設長、苦情受付担当者とし、第三者委員2名(民生委員、評議員)を任命している。苦情解決の体制は、重要事項説明書に記載し、玄関に掲示している。施設内で人権擁護委員による相談受付を年4回、小豆島町社会福祉協議会職員による相談受付を年1回開催し、外部の関係者による相談日を設け、利用者や家族が苦情や相談をしやすいよう取り組んでいる。苦情の受付状況は公表していない。
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。		○	入所時に重要事項説明書を読み上げて説明している。年4回、心配ごと相談所を設置している。担当者会議、家族会で説明している。相談は、多目的室で行い、プライバシーに配慮して、安心して相談できる環境で相談を受け付けしている。
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。		○	利用者や家族からの相談や質問、意見について、対応マニュアルを定め、年1回、対応マニュアルの見直ししている。意見箱を設置し、定期的に担当者会議で、利用者の意見を直接聞く機会を設けている他、年1回家族を対象としたアンケート調査を実施しており、アンケート結果と意見に対する回答や改善案をQ&A形式で作成し、送付している。
	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。		○	事故防止検討委員会を毎月開催し、事故防止を検討している。事故発生時のマニュアルやヒヤリハットを作成している。マニュアルは、ネットワーク上で、職員全員が確認でき、年1回事故予防について研修を実施している。施設内5カ所にAEDを設置し、職員全員が救急救命士の講習を受講している。
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。		○	感染症対策委員会を設置している。施設としての感染症対応指針と職員向けの感染症防止マニュアルを作成している。マニュアルは、ネットワーク上で、職員全員が確認でき、年1回感染症予防について研修を実施している。事業所が費用負担し、職員全員のインフルエンザ予防接種を実施している。玄関に消毒液やうがい薬を準備、施設訪問者に、うがいや手洗いを呼びかけている。
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。		○	火災時、地震時、風水害時の各マニュアルを作成し、避難場所を想定し、避難訓練を定期的に行っている。職員は施設や通勤経路の危険箇所を把握している。食料や飲み水、介護用品を3日分を備蓄している。電話連絡網を整備し、大規模震災に備えて、災害伝言ダイヤルを利用することにしており、具体的な利用方法を職員と利用者家族に周知している。施設で自主防災会を組織し、地域の自主防災会に参加している。また、地元自治会との災害協定締結しており、施設が地域独自の避難所として指定されており、救急法の研修会を施設で開催している。

評価項目	評価調査者記入欄			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保				
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。		○		小グループケアにおける介護業務マニュアルやプライバシー保護に関するマニュアルを作成している。介護業務マニュアルには、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる項目が記載されている。入浴・排せつ介護については、入浴・排泄委員が実施状況を確認し、指導している。
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。		○		福祉サービスの標準的な実施方法の見直しは、毎月1回開催しているユニット会議で検証し、各委員会で見直しをしているが、手順や時期は明文化していない。
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		○		介護計画の策定については、介護支援専門員が責任者になり、包括的自立支援プログラムを使用し、アセスメント項目に沿って、実施している。計画の策定の際には、利用者や家族、介護職や看護師、栄養士が参加し、担当者会を開催し、利用者や家族の意見や要望や各担当者の意見を、介護計画に反映している。生活介護記録に、介護計画の目標を記載し、実施状況を確認している。
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。		○		介護計画は、定期的に見直しをしている。見直しの計画の策定の際には、計画の策定の際には、利用者や家族、介護職や看護師、栄養士が参加し、担当者会を開催し、利用者や家族の意見や要望や各担当者の意見を、介護計画に反映している。生活介護記録の介護計画の目標記載欄の内容を変更している。
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。		○		利用者の身体状況や生活状況等、サービスの実施状況は、生活介護記録に記載している。月に一度ユニット会議を開催し、ユニット間の情報の共有を図っている。各部署ごとに行事や出来事を入力する業務日誌をネットワーク上で閲覧できるようにし、情報の共有を図っている。
45 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。		○		個人情報保護規定を定め、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供を定めおり、個人情報が適切に管理するため、研修を実施している。個人情報の使用については、入所時に家族に説明し、同意を得ている。利用者や家族から情報の開示の希望があれば、情報を開示しているが、具体的な開示の手順は明文化されていない。

調査評価票(高齢者施設版(内容))

事業所名: 特別養護老人ホームリベラルサンシャイン
種別: 介護老人福祉施設

評価項目	評価調査者記入欄			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
A-1 支援の基本				
1	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に工夫している。	○		入所前に自宅を訪問し、本人や家族から利用者の心身の状況や意向を把握し、入所者一人ひとりの生活に応じた支援となるよう話し合っている。カラオケや園芸活動、頭脳レクなど、利用者が誰でも参加できるレクリエーションを提供している。桜や紅葉の季節に年2回の園足を実施し、ドライブや地域の演芸大会に参加を支援している。保育所との交流、音楽療法や地域のボランティア団体等の訪問を積極的に受け入れしている。食事や排泄、入浴は、本人の意思を尊重して行っている。
2	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。	○		利用者の意向や希望が聞き取れるように、毎朝、施設長が利用者一人ひとりにお茶を提供しながら、コミュニケーションを図っている。日常の支援やサービス担当者会議で利用者や家族から意見や要望を把握している。介助場面では、声かけをしてから行動を開始することを、職員に指導している。難聴の利用者には筆談によるコミュニケーションを図っている。また、尊厳保護委員会で、利用者への言葉遣いや接遇に関して話し合っている。
A-2 身体介護				
3	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。	○		入浴介護については、マニュアルを整備し、体温、血圧値を測定し、入浴か清拭かを判断している。また、利用者にあった入浴形態を検討している。入浴時には、パテーションやタオルを使用し、裸の状態を待つことがないよう、利用者の尊厳や羞恥心に配慮している。入浴を拒否する利用者には、時間をおいて声かけをし、入浴を促している。入浴前には、湯温や脱衣場の室温管理、備品の確認をし、入浴環境を整えている。入浴後は、スキンケアを行い、水分補給をしている。
4	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。	○		尿意・便意のある利用者が、トイレで排泄できるように手すりを取り付けたり、座位姿勢が保持できるように手作りの机を設置している。トイレは職員が毎日清掃し、消臭スプレーや暖房便座を設置している。尿や便を観察して、排泄状況を記録し、受診や水分摂取や腹部マッサージなど、必要な対応をしている。排泄介助は、利用者の尊厳と羞恥心に配慮している。使用するおむつ類は、排泄委員会で最適なオムツを検討している。
5	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。	○		歩行が不安定な利用者でも歩きたい意思がある利用者には、歩行器での歩行を促している。移乗は、2人体制で介助し、必要があればバスタオルを使用して安全な移乗に努めている。福祉用具は、月1回開催している褥瘡防止委員会で適切な福祉用具を検討している。月に1回安全点検を行っている。
6	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	○		入浴時や排泄介護時に皮膚の状態を確認している。利用者の骨折や麻痺の状態など、個々の状態に応じた体位変換をベッドに表示している。軟膏を塗布した場合は看護記録している。褥瘡予防のために、管理栄養士が栄養マネジメントを実施し、食事の摂取量の確認を行い、適切な食事カロリーの提供に努めている。
A-3 食生活				
7	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○		栄養マネジメントのアセスメントを行っている。年1回嗜好調査を実施し、利用者の嗜好や旬の魚や野菜をメニューに取り入れている。必要に応じて介護食器を取り入れている。温冷庫で保管して食事を提供している。食堂では、利用者の人間関係に配慮した座席、小さめのテーブルを組み合わせたり、飾り付けを工夫している。主食は、ご飯、お粥、パンの中から選択ができるようにしている。
8	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。	○		利用者の嚥下能力に合わせて、刻み食やとろみ食などの食事を提供している。利用者自身で食事ができるよう自助具や食器、テーブルの高さを調整している。食事中は、いすへの移乗したり、車いすの場合は足が床につけるよう、利用者の姿勢に気を付けている。自分で食事ができる利用者には、自分のペースで食事できるよう配慮している。食事や水分の摂取量を記録し、一日の摂取量が少ない場合は、看護職員に相談して対応をしている。

評価項目	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
	9		○	
A-4 終末期の対応				
10		○		終末期の対応については、看取りマニュアルを整備しており、マニュアルを職員はネットワーク上で確認できる。家族に対応の方針等を説明し、同意を得ている。年1回終末期ケアについて研修を実施し、研修後や看取り終了後には、担当者会議を開催し、担当職員の精神的ケアを行っている。嘱託医師とは、24時間連絡が取れる体制である。平成26年度は13件看取りを行った。
A-5 認知症ケア				
11		○		利用者の日常生活能力については、3か月毎にモニタリングを行っている。周辺症状への対応は、一定期間の観察と記録を行い、結果によって再度対応について検討している。周辺症状が顕著な場合には、嘱託医師に相談している。職員の認知症への理解を深めるため定期的にパーソンセンタードケアの研修を行っている。年に1～2回認知症ケアについて研修をしている。止むを得ず抑制や拘束を行う場合には、家族の同意を取る等、必要な手順を踏んで実施している。
12		○		馴染みのある家具や置物、写真、嗜好物等、利用者が落ち着けるようなものを持参してもらっている。拘束をしないケアを実践するため、転落防止マットや感知センサーを設置している。目のつく所や手の届く所に、事故の原因となるような物は置かないことを徹底している。共有スペースには、掲示物や写真を飾り、ソファを置いて、過ごし易い環境を工夫している。人間関係や大声を出す利用者を考慮して部屋割りをしている。ベッドの近くに、写真や好きな飾り付けができるよう、ボードを設置している。居室入口には名札を、トイレにはトイレの表示をしている。
A-6 機能訓練、介護予防				
13		○		施設サービス計画書に、日常生活生活上のリハビリを位置付けて看護師が行っている。3か月毎にモニタリングを行っている。歩行できる利用者は、日中トイレ誘導をしている。常に歩行器を部屋に置いて、気が向いたら何時でも歩行器歩行ができるようにしている。行動障害などが目付いた場合は、日々に記録し、必要に応じて嘱託医師に相談し、対応している。
A-7 健康管理、衛生管理				
14		○		医療的緊急事態対応マニュアルを整備している。週1回嘱託医師の往診がある。毎朝検温を実施。食事は三食共にリビングで行い、食事摂取量の記録、排泄の記録し、朝礼で報告している。利用者の体調変化時には、看護師に報告し、状況を確認後、嘱託医師に連絡し指示を仰いでいる。嘱託医師以外の受診時には、紹介状を持参して受診している。平成26年度は「高齢者のための薬の知識」や「緊急時事故対応・事故防止」の研修を実施した。
15		○		感染症や食中毒に対する発生予防は、感染症防止マニュアルに記載している。職員のインフルエンザ予防接種の費用を施設で負担している。毎月、感染症防止委員会を開催し、平成26年度は「感染症・食中毒予防」の研修を実施した。玄関、エレベーター、階段入口には、手洗い、消毒、マスクを設置して、注意喚起をしている。職員の家族が感染症に感染した場合の対応方法は文書化されていない。
A-8 建物、設備				
16		○		瀬戸内海が見え眺めのよい場所にソファを置いて、利用者がくつろいだり、家族と面会をしている。安全点検チェック表で建物や設備、備品の点検を、月1回実施している。不備等があった場合は、早めに改善している。家具の持ち込みは自由し、落ち着いた環境で暮らすことができるよう配慮している。
A-9 家族との連携				
17		○		面会の際は、職員がお茶のサービスを行い、必ず家族と顔を合わせをし、必要な報告をしている。毎月発行の広報誌には、翌月の行事予定を記載している。毎月広報誌を家族に送付する際に、各担当職員が「今月のメッセージ」を記入している。介護保険の認定更新時や状況の変化があった場合には、担当者会議を開催して、家族に相談や報告をしている。家族や来園者への手洗いや手指消毒、マスクの着用を呼びかけている。年3回家族会の開催し、担当者会議に家族の参加を呼びかけている。