

## 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：みゆき園 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム (指定介護老人福祉施設)
代表者氏名：施設長 中村 阿紀子 (管理者)	開設年月日：昭和63年8月22日
設置主体：社会福祉法人 健成会 経営主体：社会福祉法人 健成会	定員：70名 (利用人数)70名
所在地：〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目6-71	
連絡先電話番号：096-379-3666	FAX番号：096 379 3366
ホームページアドレス	<a href="http://www.miyukinosato.or.jp">http://www.miyukinosato.or.jp</a>

#### (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(指定介護老人福祉施設)の利用者に対する入浴・排泄・食事等の日常生活の介護や、機能訓練、健康管理などのサービスを提供。短期入所の利用者に対しても、同様のサービスを提供。	季節行事(新年会、花見、敬老式典等)、地域交流(みゆきの里夏祭り、地域ボランティア交流会、ワークキャンプ受け入れ等)、クラブ活動(アロマ、気功、フラワーアレンジメント、木工教室、美容教室等)、ボランティア受け入れ(習字、ペン習字、傾聴等)
居室概要	居室以外の施設設備の概要
入所定員70名 個室：8室、2人部屋：14室、3人部屋：10室、4人部屋：1室 短期入所定員5名 個室：2室、3人部屋：1室	食堂兼フロア3室、食堂兼機能訓練室：1室、医務室：1室、静養室1室、浴室：2室、相談室：3室、調理室：1室、多目的室：1室、事務室：1室

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

みゆき園は、複数の施設を同一敷地内に整備した「健康長寿のまち」としてのみゆきの里の中にあり、南側には田園地帯が広がる環境の良い場所にあります。保健・医療・福祉の連携が図られており、利用者の体調の急変などにも迅速に対応できます。そして、食の安全・安心にこだわり、管理栄養士を含めた職員が調理し、提供しています。また、多くのボランティアの方々に支えられており、利用者の方々との交流が盛んです。
--

### 3 評価結果総評

特に評価の高い点 理念や基本方針に基づいた組織的な運営・経営がなされています。 理念、基本方針はミッション、ビジョン、バリューを含めて明文化され、職員、利用者、
--

家族などへ周知する取り組みも充分に行われています。そして、施設長のリーダーシップが発揮され、組織的な運営がなされています。経営についても、理事会、評議員会、経営会議だけでなく、運営会議で職員も参加できる仕組みも整備されています。

地域との交流を広げる取組や地域貢献が積極的に行われています。

地域との関わりを重視され、みゆきの里の「健康と食の祭り」、「夏祭り」は、毎回多数の来客者があり、校区の運動会や夏祭りには、利用者も可能な限り参加されています。そして、地域の行事へ職員が参加することもあります。ボランティアや実習生についても、マニュアルや担当者等の体制を細かく整備し、積極的に受け入れられています。

職員一人ひとりに対する教育・研修の体制が充実しています。

人事管理については、みゆきの里として組織的に行われており、自己申告書や施設長の個別面談を行い、職員の適性や希望も考慮した上で決定されています。最近では、ラダー研修を導入され、外部研修、内部研修と、とても豊富で充実し、全職員がスキルアップできる教育体制となっています。また、研修体制についても組織的に行われており、みゆき園だけでなく、みゆきの里として研修に参加する機会もあり、各事業所や協力病院等が連携し、幅広い教育を受けることができる環境になっており、特に高く評価できます。

各種マニュアルを整備し、質の高い認知症ケアと個別ケアが実践されています。

認知症ケアについては、みゆきの里として特に力を入れ、ユマニチュードの方法に基づいた支援が行われています。そして、利用者一人ひとりの24時間シートが作成され、入浴、排泄、食事など、利用者の状況に応じたきめ細かな個別ケアも行われています。実際の支援の記録も適切になされ、情報の共有化も図られています。また、支援の根拠となる各種マニュアルも、「事故防止対策マニュアル」、「身体拘束廃止マニュアル」など、多種多様に細かく整備され、高く評価できます。

改善を求められる点

みゆき園内の指示・命令系統と役割を明確にする取組が求められます。

施設長のリーダーシップが発揮されていますが、施設長の不在時の権限委任に関する具体的な担当者等は、職務分掌に記載されていませんでした。そして、みゆきの里としての組織図はありましたが、みゆき園の現在の組織図がありませんでした。今後は、職務分掌等に具体的な担当者を明記し、同様に担当者が明記されたみゆき園の組織図を随時作成・更新し、指示・命令系統と役割を明確にする取組が求められます。

職員に周知した内容に関して、理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。

事業計画や人事管理等の様々な内容について、職員への周知の取組は図られていますが、職員自己評価の結果によると、事業計画や人事管理のことなど、一部の職員に十分な理解がなされていない状況でした。今後は、再度周知方法を工夫されるとともに、職員の理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。

#### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.1.19)

今回の第三者評価受審に対しまして、過大な評価を頂きましたことに感謝申し上げます。

結果内容の詳細に関しましては、改めて気づかされた点も多く、今後更に時間をかけて職員と向き合う姿勢が不可欠と感じています。事業計画や人事管理等、理解できないままに職務が遂行されていること、又、基本である記録の書き方等が新人研修やエルダー制をとっているにも関わらず、個人のレベルにまで浸透していないことを改めて知る機会となりました。本人の困惑も想像され、記録の管理法等も含めた早急な取り組みが必要かと考えます。

更に、施設長不在時の権限の委任につきましても、事務分掌に関する規定第6条3項に於いて変更を実施しております。又、組織としての抜本的な見直しもご指摘頂き、多くのヒントを頂きました。

b 評価の改善につきましても、ご利用者の視点を見失わないよう、新たな課題に挑戦してまいります。有難うございました。

(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	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区本町1-22東部11105
評価実施期間	平成27年9月28日～平成28年1月19日
評価調査者番号	第07-026
	第09-013
	第10-007

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：みゆき園 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム (指定介護老人福祉施設)
代表者氏名：施設長 中村 阿紀子 (管理者)	開設年月日：昭和63年8月22日
設置主体：社会福祉法人 健成会 経営主体：社会福祉法人 健成会	定員：70名 (利用人数)70名
所在地：〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目6-71	
連絡先電話番号：096-379-3666	FAX番号：096 379 3366
ホームページアドレス	<a href="http://www.miyukinosato.or.jp">http://www.miyukinosato.or.jp</a>

(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(指定介護老人福祉施設)の利用者に対する入浴・排泄・食事等の日常生活の介護や、機能訓練、健康管理などのサービスを提供。短期入所の利用者に対しても、同様のサービスを提供。	季節行事(新年会、花見、敬老式典等)、地域交流(みゆきの里夏祭り、地域ボランティア交流会、ワークキャンプ受け入れ等)、クラブ活動(アロマ、気功、フラワーアレンジメント、木工教室、美容教室等)、ボランティア受け入れ(習字、ペン習字、傾聴等)				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
入所定員70名 個室：8室、2人部屋：14室、3人部屋：10室、4人部屋：1室 短期入所定員5名 個室：2室、3人部屋：1室	食堂兼フロア3室、食堂兼機能訓練室：1室、医務室：1室、静養室1室、浴室：2室、相談室：3室、調理室：1室、多目的室：1室、事務室：1室				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1名		看護師	3名	1名
介護生活支援部長	1名(兼)		准看護師	2名	1名

介護職員	22名	13名	助産師	1名	
看護職員	5名		社会福祉士	3名	1名
生活相談員	1名		介護福祉士	26名	3名
介護支援専門員	3名		理学療法士	1名	
機能訓練指導員	1名		管理栄養士	1名	
医師（嘱託医）		2名	栄養士	3名	
管理栄養士	1名		介護支援専門員	8名	
栄養士	2名	1名	介護職員初任者研修	1名	
調理員		5名	介護基礎研修	1名	
事務員	5名	2名	認知症ケア専門士	3名	
			認知症リーダー研修	3名	
			認知症実践者研修	5名	
合計	42名	23名	合計	61名	6名

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

私たちは、地域の人々、利用者のご家族の幸せを願い、保健・医療・福祉の総合力を発揮して、健康生活のベストパートナーとなることを目指します。

#### ミッション・ビジョン・バリュー

##### ミッション（私たちの存在理由）

人の生活のまん中で出愛と感謝のある健康生活を支えます。

##### ビジョン（私たちが何をしようとしているのか）

みゆき園がもつ総合力を発揮して、地域の福祉・尊厳（人権）を守る先駆的な活動拠点となります。

##### バリュー（私たちが何を信じているか）

- 1、親切・丁寧な対応：顧客満足度の向上、職員満足度を高めて、質の高いサービスを提供します。
- 2、協働：職員一人ひとりがみゆきの里の理念を踏まえて、チーム力を高めます。
- 3、可能性の追求・チャレンジ：積極的に改善・改革に取り組み、運営や現場マネジメントを確立します。
- 4、連携：みゆきの里および多くの社会資源とのつながりを大切にします。

### 基本方針

#### 安心の介護と生きがいを提供

おおむね65歳以上の要介護認定を受けられた方（原則として要介護3以上の方）で、身のまわりのお世話を必要とする方や寝たきりで在宅での生活が困難になられた方を対象とした入所施設です。さらに、地域の高齢者を対象にデイサービス、ホームヘルプサービスを実施。また、地域包括支援センターによる福祉サービスの利用等、福祉の原点である在宅での生活の支援を行っています。

### 3 施設・事業所の特徴的な取組

みゆき園は、複数の施設を同一敷地内に整備した「健康長寿のまち」としてのみゆきの里の中にあり、南側には田園地帯が広がる環境の良い場所にあります。保健・医療・福祉の連携が図られており、利用者の体調の急変などにも迅速に対応できます。そして、食の安全・安心にこだわり、管理栄養士を含めた職員が調理し、提供しています。また、多くのボランティアの方々に支えられており、利用者の方々との交流が盛んです。

### 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年9月28日(契約日) ~ 平成28年1月19日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	2回(平成23年度)

### 5 評価結果総評

#### 特に評価の高い点

理念や基本方針に基づいた組織的な運営・経営がなされています。

理念、基本方針はミッション、ビジョン、バリューを含めて明文化され、職員、利用者、家族などへ周知する取り組みも充分に行われています。そして、施設長のリーダーシップが発揮され、組織的な運営がなされています。経営についても、理事会、評議員会、経営会議だけでなく、運営会議で職員も参加できる仕組みも整備されています。

地域との交流を広げる取組や地域貢献が積極的に行われています。

地域との関わりを重視され、みゆきの里の「健康と食の祭り」、「夏祭り」は、毎回多数の来客者があり、校区の運動会や夏祭りには、利用者も可能な限り参加されています。そして、地域の行事へ職員が参加することもあります。ボランティアや実習生についても、マニュアルや担当者等の体制を細かく整備し、積極的に受け入れられています。

職員一人ひとりに対する教育・研修の体制が充実しています。

人事管理については、みゆきの里として組織的に行われており、自己申告書や施設長の個別面談を行い、職員の適性や希望も考慮した上で決定されています。最近では、ラダー研修を導入され、外部研修、内部研修と、とても豊富で充実し、全職員がスキルアップできる教育体制となっています。また、研修体制についても組織的に行われており、みゆき園だけでなく、みゆきの里として研修に参加する機会もあり、各事業所や協力病院等が連携し、幅広い教育を受けることができる環境になっており、特に高く評価できます。

各種マニュアルを整備し、質の高い認知症ケアと個別ケアが実践されています。

認知症ケアについては、みゆきの里として特に力を入れ、ユマニチュードの方法に基づいた支援が行われています。そして、利用者一人ひとりの24時間シートが作成され、入浴、排泄、食事など、利用者の状況に応じたきめ細かな個別ケアも行われています。実際の支援の記録も適切になされ、情報の共有化も図られています。また、支援の根拠となる各種マニュアルも、「事故防止対策マニュアル」、「身体拘束廃止マニュアル」など、多種多様に細かく整備され、高く評価できます。

改善を求められる点

みゆき園内の指示・命令系統と役割を明確にする取組が求められます。

施設長のリーダーシップが発揮されていますが、施設長の不在時の権限委任に関する具体的な担当者等は、職務分掌に記載されていませんでした。そして、みゆきの里としての組織図はありましたが、みゆき園の現在の組織図がありませんでした。今後は、職務分掌等に具体的な担当者を明記し、同様に担当者が明記されたみゆき園の組織図を随時作成・更新し、指示・命令系統と役割を明確にする取組が求められます。

職員に周知した内容に関して、理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。

事業計画や人事管理等の様々な内容について、職員への周知の取組は図られていますが、職員自己評価の結果によると、事業計画や人事管理のことなど、一部の職員に十分な理解がなされていない状況でした。今後は、再度周知方法を工夫されるとともに、職員の理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.1.19)

今回の第三者評価受審に対しまして、過大な評価を頂きましたことに感謝申し上げます。

結果内容の詳細に関しましては、改めて気づかされた点も多く、今後更に時間をかけて職員と向き合う姿勢が不可欠と感じています。事業計画や人事管理等、理解できないままに職務が遂行されていること、又、基本である記録の書き方等が新人研修やエルダー制をとっているにも関わらず、個人のレベルにまで浸透していないことを改めて知る機会となりました。本人の困惑も想像され、記録の管理法等も含めた早急な取り組みが必要かと考えます。

更に、施設長不在時の権限の委任につきましては、事務分掌に関する規定第6条3項に於いて変更を実施しております。又、組織としての抜本的な見直しもご指摘頂き、多くのヒントを頂きました。

b評価の改善につきましても、ご利用者の視点を見失わないよう、新たな課題に挑戦してまいります。有難うございました。

## 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	35人	
	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

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、基本方針はミッション、ビジョン、バリューを含めて明文化され、玄関、フロア、廊下、職員通用口など、施設内の見やすい場所に掲示され、パンフレットやホームページにも分かりやすく掲載されています。利用者や家族に対しては、契約時、サービス担当者会議、家族会、広報誌などで周知し、職員に対しては、理念や基本方針が書かれた職員手帳を入職時に配布し、毎朝のショートミーティングや月例会で復唱することで周知されています。</p>		

#### - 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適切に対応している。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、みゆきの里の経営会議が行われており、施設長、事務長、相談員が参加し、稼働率や経費などの経営に関する必要な数値をまとめ、前年度のデータを参考に比較・分析されています。また、制度や介護報酬などの法改正に速やかに対応できるように、今後の予想される課題も視野に入れた分析がされています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営課題と目標が詳細にバランススコアカードにまとめられており、毎月、実績値と目標達成率が分析されています。また、理事会や評議員会、運営会議でもそれらの内容を報告し承認を得て、経営状況や改善すべき課題を法人全体で共有されています。特に、運営会議では、職員同士が課題を検討する場も設定しており、組織全体で問題の解決・改善に取り組んでいく環境が整っています。</p>		

#### - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成24年度から平成27年度までのみゆきの里とみゆき園の中・長期計画が策定されており、それに対する評価がなされています。策定当初の計画と見直しされた計画が分かりやすく表で作成されており、それぞれの目標数値に基づいた進捗状況も記載されています。収支</p>		



計画に際しては、公認会計士のアドバイスを得ており、計画を実現するための財務分析をされています。なお、平成 28 年度以降の中・長期計画においては、平成 28 年早々に作成される予定です。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画の内容に基づき、細分化された単年度の事業計画書が策定してあります。「財務の視点」、「顧客の視点」、「内部プロセスの視点」、「学習と成長の視点」の4つの視点から構成され、それぞれの内容に対しての現状値、目標値、活動期間・期限、主幹となる部署や協働する部署の項目に分けられ、目標達成に向けた具体的なアクションプランが分かりやすく明記されています。</p>		
- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、毎月開催される運営会議の中で、全職員から意見を聴取・集約した内容を参考に、毎年、事業計画書を策定されています。更に、その計画書の中から優先度や重要性の高いものを選定し、リスト化されたバランススコアカードを作成し、より具体的な目標値や活動内容、期間、担当部署など、目標を達成するために必要な内容を定めて実行されています。しかしながら、策定した事業計画を職員会議やミーティング等で周知されていますが、職員自己評価の結果によると、一部の職員に十分な理解がなされていない状況でした。会議に参加できなかった職員や中途採用の職員に対しても、十分な理解が得られるよう周知方法を工夫されるとともに、理解状況を確認する仕組みが求められます。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は広報誌に掲載され、施設内掲示や配布によって周知されています。また、家族会、サービス担当者会議などで、利用者や家族に直接説明する機会を設けています。特に、家族会では、事業計画を分かりやすく文書化したものを作成・配布し、質疑にも丁寧に対応しており、理解しやすいような配慮がなされています。</p>		

#### - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの質の向上を図るため、定期的に第三者評価の受審を計画されており、抽出された問題点、課題などを改善していく仕組みが整っています。受審する前には、職員研修の中で第三者評価に関する勉強会を実施し、評価基準や内容、目的等を理解したうえで、全職員で自己評価をされています。また、評価結果は、家族会や運営会議、経営会議等で、利用者や家族、職員に公表され、問題点や今後の課題となったものは全職員で分析・検討されています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の受審後は、毎月開催される運営会議の中で評価結果を公表し、抽出された問題点や今後の課題等を全職員で分析・検討されています。そして、それらの内容は、みゆきの里で行う経営会議でも共有され、「みゆきの里施設サービス部門・活動報告シート」の中</p>		

でも分かりやすく集約し文書化されていました。みゆき園、みゆきの里の両会議で話し合われた内容は、中・長期計画に反映されており、計画的に今後の課題改善に取り組みられています。

## 評価対象 組織の運営管理

### - 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 -( 1 ) 管理者の責任が明確にされている。		
10	- 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、パンフレット、ホームページ、広報誌、会議や研修会、家族会等で、自らの役割と責任を利用者や家族、職員に表明されています。職務分掌でも、事業経営の責任者としての役割や責任が文書化されており全職員に周知されています。しかし、施設長の不在時の災害や事故等の有事における判断や対応に関して、事務長がその担当とのことですが、職務分掌に権限委任に関する具体的な担当者等は記載されていませんでした。また、みゆきの里の組織図はありますが、みゆき園の現在の組織図はありませんでした。今後は、職務分掌等に具体的な担当者を明確に記載するとともに、担当者が記載された組織図を随時作成・更新し、全職員に周知することが求められます。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は常に事務長と連携し、日々の備品や食材などの購入において、特定の取引事業者に固定しないよう2～3年毎に入札を行っており、清掃業者に関しては五社での入札を行うことで、契約内容や金額の適正化を図っています。そして、医療、介護保険制度や介護事故、防災等に関わる法令を把握し、全職員が理解できるよう内部研修や会議等で周知されており、難しい内容のものは、事例なども活用し、分かりやすく伝える工夫をされています。しかし、職員自己評価の結果によると、一部の職員があまり理解していない状況でした。また、医療や福祉に分野に限った内容が中心となっており、他の関係法令の研修や情報伝達は十分に行われていません。今後は、福祉分野に限らず、環境問題、消費者保護関連等の研修も取り入れ、全職員が関心を持ち、理解できるような取り組みが必要です。</p>		
- 1 -( 2 ) 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、朝のショートミーティング、各委員会や運営会議等、施設内で行われる殆どの会議に積極的に参加されており、自らが現場の状況を知ることで、現在起こっている問題や課題等を早い段階で見出し、直接、改善に向けた適切なアドバイスをされています。また、新人職員や資格を持っていない職員に対しては、自らが指揮を執り、教育や指導を行っており、職員とのコミュニケーションも十分に図られています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営的な問題は、施設長と事務長が連携をとり、現在の状況を数値で管理し問題の改善にあたっています。常にコストバランスを意識されており、各部署の責任者に時間外勤務の管理を行ってもらい、残務の多い部署に対してはシフトや業務内容の見直しを指導し、残務時間推移表を用いて少しずつ時間外勤務を減らす工夫がされています。また、外部研修等はなるべく交替で受講し、復命内容を内部研修で全職員に報告させることで研修費の削減に努められています。</p>		

## - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間の人事計画が作成されており、具体的に必要な職種や人数を分析し、質の高い人材を確保するための努力がされています。雇用形態は常勤職員の比率が高く、障害者雇用も積極的に行われています。特に、前年度は職員の離職率が低かったため、本年度4月の新入職員の採用はなく、定着率が向上したことは高く評価できます。しかし、職員自己評価や利用者アンケートの結果によると、職員や利用者の家族から、人手が十分に足りてないとの意見がありました。再度、現場の状況や職員配置を再検討し、ゆとりのある人員体制をつくることが望まれます。</p>		
15	- 2 -(1)- 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>みゆきの里として組織的に人事管理されており、現場の状況を分析し判断しながら職員の採用、配置、異動を決定されています。そして、年に1回、全職員に自己申告書を提出してもらい、その書類を基に施設長が個別面談を行い、職員の適性や希望も考慮した上で、みゆきの里内の人事異動を行う体制が整っています。昇進、昇格等に関しては、人事基準が策定されており、適性判断や職能資格基準を使用し、1~8等級までの等級別共通基準をベースに人事考課がされています。職員の処遇においては、現在の施設長が赴任してから取得しやすい環境がつけられており、有給休暇の取得率が前年度に比べると40%程度向上し、少しずつ改善されています。しかしながら、職員自己評価の結果によると、一部の職員から人事異動や退職等の連絡時期が遅いという意見があり、周知の時期を検討することが望まれます。</p>		
- 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組んでいる。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、産業医を招き「安全衛生対策委員会」を開催し、職員の健康管理、残務の軽減等、管理職が一般の職員をフォローしていく仕組みがあります。また、メンタル面・コントロールのアドバイス等、労務に関する研修にも中堅職員が参加されており、普段の職場環境の中で職員からの相談を受ける環境が整っています。通常は、主任が相談を受けていますが、状況や内容に応じては施設長が行う場合もあり、柔軟に対応をされています。しかし、職員自己評価の結果によると、一部の職員から時間外労働が多いという意見と、相談の受付体制を知らないという意見がありました。再度、相談受付体制があることを全職員に周知し、気軽に相談ができる雰囲気づくりと、各職員の残務状況を把握し、改善していくことが必要です。また、福利厚生に関しては、職員とその家族がウェルネススクエア和楽の温泉やトレーニング施設、レストランを割引価格で利用することができます。特に、エアロビクスやヨガ教室等も企画されたこともあり、多数の参加がなされています。しかし、職員からの要望や提案等は確認されておらず、今後は、職員からの意見も反映できるような体制が望まれます。</p>		
- 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長や職員からの意見を参考にして、年間の内部研修計画を相談部で検討し決定しています。最近の動向から、みゆき園では医療的なニーズが高くなっているため、それらの知識や情報を補うためにラダー研修を導入され、項目毎にA~Dの自己評価を行い、他者評価も含めた結果で総合的に評価されています。職員同士の話し合いで決定した9つの研修の他、更に3つの研修を各個人の選択で受講できる充実した研修体制が整っており、提供されるサービスの質の向上と共に、職員のモチベーション向上にもつながっています。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部研修や内部研修、ラダー研修と研修内容はとても豊富で充実し、全職員がスキルアップできるシステムになっており、年3回(4月、9月、2月)各職員に目標の設定をしてもらい、それに対する達成状況の確認や評価が行われています。また、施設の方針として、認知症介護に対するプロフェッショナルの育成を実施されており、みゆきの里内の認知症ケア専門士の協力を得て組織的な教育が行われています。外部研修や内部研修の方針や内容は毎年見直され、職員の適性や施設側の期待、本人の意向を考慮し受講する研修を施設長が選択されています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員の経験年数、資格取得状況等を把握し、各職員に適性や成長、将来を見据えた施設側の期待に応じた外部研修を受講させています。外部研修に参加できなかった場合も、全職員が情報を共有できるように供覧できるシステムが確立されています。また、資格を持たない職員や未経験者に対しては、介護職員初任者研修の受講を施設側で費用負担する支援が行われています。</p>		
- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れに対して、「実習の手引き」と「実習受け入れマニュアル」が整備されています。各専門職の教育や指導に対応できるよう、実習指導者における研修も介護3名、看護1名、相談員3名が受講されており、各専門職に応じたカリキュラムが準備されています。みゆき園では原則として実習の受け入れを断らない方針があり、福祉系の大学や専門学校だけでなく、医学部や教育学部、看護学校からの受け入れも積極的に行っています。また、中学や高校生の実習にも対応しており、毎年、ナイストライ事業やワークキャンプ等も受け入れられています。</p>		

### - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画、事業報告、決算報告、予算や決算に関する報告、第三者評価受審後の結果報告等は、理事会、評議委員会、経営会議、運営会議、家族会、広報誌やホームページ等で公表されています。また、苦情や要望があった場合は、その内容と回答を速やかに施設内に掲示し、改善に向けた取り組みが公表されています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部監査業務としての契約はされていませんが、適正な運営を行うため、毎月、経営や財務の状況を公認会計士にチェックしてもらい、通常業務のアドバイスを受けられています。しかしながら、チェック内容や具体的な評価結果の書面での記載はありませんでした。今後はアドバイスを受けた内容や結果報告を書面で残し、公正性と透明性を確保することが望まれます。</p>		

### - 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>みゆきの里のイベントとして、毎年6月は、熊本県の食材にこだわった「健康と食の祭り」、8月は「夏祭り」を開催されています。恒例の行事として地域の方々にも定着しており、ボランティアを合わせると、3000人程度の来客がっています。年に1回開催される落語独演会においても、大勢の来客があり、校区の運動会や夏祭りには、職員の付き添いで利用者も参加され、地域の方々との交流が図られています。また、ウォーキング大会には看護職員が救護班として参加し地域に貢献されています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受入れや対応に関する「ボランティアマニュアル」が整備されており、2名のボランティアコーディネータが配置されています。そして、「ボランティアセンター会議」を定期的で開催されており、必要な研修や支援が行われています。地域の小・中学校との交流も盛んに行われており、ナイストライ事業、ワークキャンプ等の受入れや、社会福祉協議会と連携し、高齢者の疑似体験を地域の小学校で開催されています。また、週2回、各町内の民生委員が交代で、洗濯物をたたむボランティアにいられており、様々な分野のボランティアを受入れる体制があります。</p>		
- 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域包括支援センター、協力病院等、関係機関の一覧表や地域の社会資源マップが掲示してあり、緊急時や必要時に速やかに連携できるよう職員に周知されています。特に、地域包括支援センターとは関わりが深く常に情報交換を行っており、協働で利用者の支援課題の解決、地域に向けた協力体制を築いています。</p>		
- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地震や風水害など、大規模な災害が発生した場合の避難場所として、東館1階にあるすこやかホールが地域の高齢者等の二次避難所として登録されており、利用者や職員の備蓄食も3日以上確保されています。また、「高齢者SOSサービスマニュアル」が策定されており、御幸、田迎校区在住高齢者を限定に、災害時の一時的な避難所としてショートステイ等を提供する仕組みがあります。また、通常でもすこやかホールを地域の方々に開放し、会議の場などとして計画的に利用されており、地域交流の場の拠点となっています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>みゆきの里で開催されるイベントでは、来客者に対してアンケート調査を行っており、回答内容や意見を参考に次回に反映されています。しかし、家族会やボランティア会議等でも意見交換やニーズの抽出をされていますが、地域のニーズ把握の内容までには至っていませんでした。福祉サービスにおける問題や地域の生活課題等を抽出し、みゆき園としての関わり方を検討していくことが望まれます。</p>		

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間の研修計画の中に利用者の基本的人権や権利擁護に関する研修が計画されており、全職員に周知されています。現在、4名の利用者が成年後見制度を活用されており、状況に応じた支援と権利擁護に努められています。そして、虐待防止に関しては、マニュアルを整備し、毎月、各委員会を開催し、現状報告や分析を行い、少しのあざや傷なども見過ごさず報告するよう職員に周知・徹底されています。また、利用者を尊重した個別的なケアに取り組まれており、基本的人権に配慮した実践が行われています。</p>		
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児童館の活動提供が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>みゆきの里に入職した際に配布される「ハウスルール」にプライバシーに関する内容が記載されており、新人研修や内部研修などを通して職員に周知徹底されています。利用者の居室は、4人部屋はカーテン、2人部屋はパーテーションなどで仕切られており、最低限のプライバシーは確保されています。そして、トイレの入り口には暖簾が掛けられており、他者を気にせず快適に利用できるよう配慮されています。また、相談室は個室になっており、利用者や家族が安心して相談することができるように整備されています。</p>		
- 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活動選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>みゆきの里のホームページが作成しており、みゆき園の事業内容や特徴などを多くの写真を入れ分かりやすく掲載されています。また、パンフレットも、みゆきの里とみゆき園のパンフレットがそれぞれ作成しており、利用者のニーズに合ったサービスを知ることができるように工夫されています。現在、入所の体験利用は行っていませんが、随時、施設見学を行っており、必要があれば、ショートステイとして体験をしていただく体制があります。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時に契約書、重要事項説明書の内容を担当職員が説明し同意を得ています。制度改正や料金改定などの場合も、資料を作成し事前に説明会を実施されており、参加できない家族に対しても電話や郵送で周知されています。意思決定が困難な利用者に対しては、家族や身元引受人、後見人などに説明を行い、耳が不自由な場合は、筆談で対応されています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>みゆきの里には様々な種類の介護サービスがあるため、利用者のニーズあったサービスを選択することが可能ですが、みゆき園の長期入所を目的として利用されている方であっても、要望があれば、他施設への移行や在宅復帰に向けての支援を行っています。その場合、見学、外出や外泊などを試験的にしてもらい、家族の状況や環境、経済状況等を考慮した支援が行われています。また、長期入院などのやむを得ない事情で利用が中止になった場合でも、優先的に再利用ができる体制が整っています。サービス終了後も、相談員や介護支援専門員が電話や面談などで気軽に相談できる体制があり、利用者や家族の不安の解消に取り組まれています。</p>		
- 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、取組を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>利用者の家族との交流を深めるために家族会が設置されており、相談員や介護支援専門員等の職員が毎回10名程度参加し、情報交換を行っています。また、年に1回、お客様アンケートを実施し、利用者のご家族全員からサービスに関する満足度を調査しています。アンケート回収後は集計・分析を行い、その内容を、業務推進会議や家族会で結果報告し検討されています。</p>		
<p>- 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。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          苦情解決責任者が施設長、苦情受付担当者が相談員で構成され、第三者委員を2名設置し、苦情受付から解決に至るまでの「苦情解決マニュアル」が整備してあります。文書化だけでなく、誰が見ても分かりやすくカラーになっており、フローチャートで図式化したものが掲示されています。また、重要事項説明書の中にも記載されており、利用開始時には必ず書面と口頭で説明し、利用者や家族に周知されています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          相談員や介護支援専門員、介護職員などが、利用者とのコミュニケーションを意識的に関わっており、普段の会話の中で意見を述べやすい環境をつくっています。利用者が相談受付担当者を把握しやすいように顔写真も掲示してあり、家族に対しては、相談受付に関する内容を、分かりやすく文書化し郵送されています。また、月に1回、熊本市から介護相談支援員が来られ、6～7名程度の利用者に対して個別に要望や意見を聴取し、その報告内容を踏まえたミーティングを実施されています。各フロアには意見箱も設置してあり、匿名でも意見や要望が伝えられるようになっています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          苦情や要望に対する受付担当者がその内容を聴取し、意見・要望受付用紙に記載し、相談受付から解決に至るまでの期間を決めて、なるべく早く相談者に回答するようにしています。意見や要望の内容は、施設側の回答と一緒に分かりやすく施設内に掲示してあります。また、年に1回は「苦情解決マニュアル」の見直しを行い、更に迅速に苦情解決する仕組みが検討されています。</p>		
<p>- 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。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          「事故防止対策委員会」が設置され、リスクマネジャーとして介護主任が選任されています。事故発生時には、インシデント・アクシデント報告書に速やかに詳細を記載し、集計したものを毎月1回開催される「事故対策検討委員会」や職員研修で報告・検討されています。委員会のメンバーは、施設長、看護、介護の担当者が参加し、内容によっては、併設病院の総院長も参加され、質の高い会議が行われています。また、転倒・転落、窒息、離脱、誤薬、交通事故等、あらゆる事故を想定し、「事故発生時及び発生防止マニュアル」整備がされており、文書だけでなく、フローチャートで分かりやすく図式化されています。緊急性の高い内容に対しては「事故調査委員会」を設置し、全職員で問題解決に取り組む体制が整っています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;          「感染対策委員会」を設置し、会議を毎月開催されています。また、感染症予防マニュアルがあり、職員に周知されています。外部研修や内部研修を実施しており、外部研修受講後、特に重要と思われる内容に関しては、内部研修で情報提供し全職員に共有されています。内</p>		

部研修で、特に医療的な見解が必要な場合は、併設の病院から医師を招き、講義を行う体制も整っています。また、熊本保健所から講師を招き、感染を防止するための手洗方法や便、嘔吐物の処理方法など、現場に精通した講義も開催されています。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、「防災チーム会議」を開催し、防災訓練の企画や「防災マニュアル」の作成などを行っています。みゆき園では、年に2回、昼間想定と夜間想定の方災訓練を実施しており、みゆきの里グループの各事業所の訓練にも職員が交代で参加されています。日報の中には、その日の利用者数や職員数を記載し、12時に人数のチェックが行われており、避難、誘導における全体の人数把握に役立てています。そして、避難場所や避難ルートも決められ、避難場所に関しては第1避難場、第2避難場所が分かりやすく写真で掲示してあります。備蓄食に関しては、水や食料など3日以上確保してあり、防災に対する意識の高さが窺えます。今後は更に地震に対しても視野に入れ、耐震診断や設備などの落下を防ぐための対策も期待します。</p>		

## - 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本館、新館それぞれのスタッフルームに業務マニュアルや各種マニュアルが整備され、いつでも閲覧できる状態にあり、それに基づいたサービスが提供されています。また、ショートミーティングが毎日行われており、変化があった場合には、その都度検討されています。そして、プライバシーの保護や権利擁護については、研修記録や関係職員への聴収により周知・徹底されていることが確認されました。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>提供されている標準的なサービスの実施方法については、毎月のグループ会議、各館ミーティングで検討され、24時間シートやケアプランの更新等で見直しが行われています。この見直しは各職種の職員や家族からの意見も反映されており、会議録にもその内容が記録されています。</p>		
- 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画の策定は、介護支援専門員が責任者となって、アセスメントや24時間シート等と関係職員との合同会議で協議して作成する体制になっています。また、計画通りに福祉サービスが行われているかどうか、月1回24時間シートやショートミーティング等で確認されています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画の評価・見直しについては、半年ごとに行われ、利用者に変化が起こり緊急に変更した場合は、関係職員に周知する手順を定めて行われています。そして、緊急に変更する場合の仕組みも整備されています。</p>		
- 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	a ・ b ・ c



	に行われ、職員間で共有化されている。	
<コメント> 24時間シートやケアプラン等には、利用者の身体状況や生活状況が具体的に記録され、また、パソコンのネットワークシステムを利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報共有できる仕組みにもなっています。しかし、職員の記録の中に表現の差異があり、記録の書き方についてのマニュアルや研修も実施されていませんので、記録の書き方の標準化への取組が求められます。		
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> 個人情報保護規定等により、利用者の記録の保管、保存、破棄、情報の提供に関する内容が定めてあります。そして、職員に対して、記録の管理や個人情報保護規定等の教育や研修が行われ、利用者や家族に対しても説明等が行われています。しかし、個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策等が定められておらず、記録管理の責任者も設置されていませんでした。今後、具体的な責任者等を明確に記載するとともに、管理体制の強化が望まれます。		

## 評価対象

### A - 1 支援の基本

		第三者評価結果
	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 ・ b ・ c
<コメント> みゆきの里として、認知症ケアの方法はユマニチュードの方法を取り入れており、職員は各研修会に参加し勉強を重ね、その視点で利用者や家族に接するよう心掛けています。また、「身体拘束ゼロの手引き」や「身体拘束廃止マニュアル」を作成し、新人教育や月1回の会議、毎日の業務の中で周知徹底されています。		
	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 ・ b ・ c
<コメント> 24時間シートやアセスメントにて利用者一人ひとりの生活習慣を把握し、趣味活動や嗜好品などを工夫し、生活に楽しみがあり、メリハリがある生活を支援されています。日常生活のメリハリをつけるため、着替え・整髪などの支援や、ウェルネススクエア和楽の温泉に行ったりして気分を高め、ボランティアによるレクリエーションや外出等は好評です。		
	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 ・ b ・ c
<コメント> 利用者に一人ひとりにあったコミュニケーションを取るために、言葉の使い方、話し方等接遇に関する研修会を行い、また、接遇に関するマニュアルや認知症ケアのユマニチュードの方法に沿って、日常業務の中で実践されています。寝たきりの利用者は会話が特に不足しているので、排泄、食事、入浴時など多くの声掛けを行い、表情や動作等を注意して見守り、気持ちを読むように努められています。		

### A - 2 身体介護

		第三者評価結果
	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。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者の心身の状況や意向に応じた入浴形態・方法で介助されており、個浴、リフト浴、ハーバード浴など複数の種類が用意されています。そして、入浴介助が安全に実施されるために、マニュアルを作成し、研修やショートミーティングにおいて職員間で共有されていま		

す。入浴前の浴室内の安全確認では、温度計による脱衣所や湯温管理などもされ、入浴を拒否する利用者には、時間や誘導方法を変更するなどの工夫した対応が行われています。		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>排泄状況は24時間シートやアセスメントに沿って介助されており、自立に向けた働きかけをするために、排泄パターン表を作成して行われています。トイレはいつでも気持ちよく利用できるように、清潔に保たれ転倒、転落を防止するための声掛けや見守り等も実施されています。特に安全面においては、研修や業務推進会議、ショートミーティング等において情報を共有されています。</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況に合わせた移乗、移動については、理学療法士が中心となってアセスメントを行い実施されています。特に、福祉用具に関しては、利用者の心身に合っているかを、理学療法士の指導により職員が自作して対応されています。点検も月1回行われており、利用者の安全にも配慮されています。</p>		
	A - 2 - 褥瘡の発生予防を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>協力医の定期的な回診とNST(栄養サポートチーム)として褥瘡発生予防について検討され、「褥瘡予防対策に関する指針」が作成されています。また、褥瘡を食事面から予防するために、「栄養管理検討委員会」において利用者一人ひとりの食事摂取状況の確認が行われ、データ管理も行われています。その他、傷や皮下組織のずれが起きないように、道具、離床、トイレ、栄養等について研修や点検等も実施されています。</p>		

### A - 3 食生活

		第三者評価結果
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が食事時間を楽しみ、おいしく食べられるように、管理栄養士は嗜好調査を行ない、献立に反映させ、変化をもたせるように工夫されています。また、安全・安心に配慮して、委託業者の協力のもと地元の食材を多く取り入れ、なおいにこだわり、利用者の状況に応じた座席や食器の工夫をされています。今年度は食事を選択制を取り入れるために、2回のバイキング料理を実施するとともに、毎月、料理教室を開催されています。</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりに対する栄養ケア計画書が作成され、24時間シート、NST(栄養サポートチーム)によるデータ管理にて、キザミやミキサーなど状態に合わせた食事が提供されています。職員は嚥下しやすいように利用者の姿勢に気を配り、誤嚥、喉つまりなど食事中の事故に対する対応方法など日頃から確認や研修がなされています。</p>		
	A - 3 - 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事をおいしく食べるには、口腔内を適切な状態に保つ必要があることから、一人ひとりに応じた口腔ケア計画書を作成し、実施状況の記録や3か月ごとの評価や見直しを行っています。そして、口腔機能を保持するため、口腔体操や協力歯科医師の定期的訪問も行われています。また、外部研修にも多くの職員が参加し、昨年よりNST(栄養サポートチーム)導入や言語聴覚士の介入により、職員が積極的かつ統一的に取り組まれています。</p>		

#### A - 4 終末期の対応

		第三者評価結果
	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重度化対応として、「看取り介護指針」に沿って、終末期のケアに対する手順が「看取り介護マニュアル」として整備されています。この手順に関しては、看取りを体験した職員によって作成され、図式化もされて見やすいものになっています。利用者や家族に対する対応方法・連絡方法、医師や医療機関等の連携体制も確立され、家族会において、終末期ケア、看取りについての情報も提供されています。</p>		

#### A - 5 認知症ケア

		第三者評価結果
	A - 5 - 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>認知症ケアに関するマニュアル作成や外部研修、DVD視聴による研修を行い、職員全員の共有が図られています。特に、DVD視聴による研修は、職員が自分に都合のいい時間で行えるため好評です。そして、ユマニチュードの柱である「見る」、「話しかける」、「触れる」、「立つ」の4つの視点を学習し、全職員で質の高い介護が提供できるように努力されており、「身体拘束廃止マニュアル」もあり、抑制・拘束は行われていない状況です。また、残存機能の維持のために利用者が役割を持てるように工夫されています。</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が安心・安全に生活ができるように、共有スペースや居室において、職員が利用者の目線に立った環境作りを行っています。そして、異食や火傷等の事故を防ぐために、物品の片付け、清掃が行われています。また、トイレや自室が一目でわかるように、利用者自身が書いた物で表示をするなど、ユマニチュードの方法に沿ったケアが行われています。</p>		

#### A - 6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理学療法士による一人ひとりに応じた機能訓練プログラムや介護予防計画書が作成されており、それに基づいた訓練が実施されています。このプログラムはケアプランにも反映され、3か月ごとに評価と見直しが行われています。機能訓練を必要としない利用者においても、介護予防活動として口腔体操やラジオ体操などが行われています。</p>		

#### A - 7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の体調変化に早く気が付けるように、毎日健康チェックや顔の表情、動作なども観察し記録しています。そして、協力病院との連携体制も確立しており、協力医は定期的に施設を訪問し利用者の体調確認をされています。また、服薬管理については、看護師が責任者</p>		

<p>になっており、マニュアルに沿って適切に行われています。職員に対しては、薬の効果や副作用などについての研修も実施され、周知徹底がなされています。</p>		
	A - 7 - 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; みゆきの里として情報を共有化し、「感染症、食中毒に対する蔓延の予防に対する指針」に基づく「感染対策マニュアル」で対応ができるように体制が整備され、感染を予防するための手洗い方法や便、嘔吐物の処理方法などの研修も開催されています。また、職員の家族に対しても研修や個人指導、協力病院のインフルエンザの予防接種の補助を行っています。前年度から現在に至っては、インフルエンザの発生はなく、感染予防に対する取り組みが組織的に行われています。</p>		

## A - 8 建物・設備

		第三者評価結果
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 施設内は、全体的に落ち着ける様な雰囲気作りがなされています。椅子やテーブル、ベッド等の家具が、利用者が快適で安心して過ごせるように配置され、談話スペースに移動式の畳が置かれ、利用者が思い思いに過ごせる工夫もされています。その他、トイレ、洗面所、浴室、食堂等の設備については、無理な姿勢を取ることなく利用できるようになっており、特にトイレや各部屋の案内表示が利用者自身の手書きを活用し、分かりやすくなっています。しかしながら、毎月1回建物・設備の点検を行っている他、職員が気付いたときはその都度事務所に報告をして維持に努められますが、数か所の手すり先のキャップが外れている状況でした。利用者や来訪者、職員がけがをされる恐れがありますので、早急な対応が求められます。</p>		

## A - 9 家族との連携

		第三者評価結果
	A - 9 - 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; みゆき園グループで家族会を開催され、サービスの説明をしたり、家族からの要望を聞いたりしています。同時に行事の案内やイベントの情報も案内しています。その他、定期的にモニタリングを行っており、その結果を面会時や電話等で説明しています。また、利用者に変化があった場合にも、その状況等について報告しており、家族との連携が適切になされています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象 ~ )	3 5	1 0	0
内容評価基準 (評価対象 A )	1 7	1	0
合 計	5 2	1 1	0