

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（53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。	○a・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。	○a・b・c
<p>・「地域における高齢者福祉サービスの拠点として、人権尊重とノーマライゼーションの理念に基づき、高齢者が自立し、安心して地域社会の中で心豊かに生活できるよう支援し、また、このことを通じ、地域社会に貢献する」という経営理念を掲げている。</p> <p>・①人間的尊厳・人格尊重を最優先としたサービスの提供に努める②個々のニーズに対応した良質・高度なサービスの提供に努める③地域住民に信頼され、愛される「安心の拠り所」を目指す④志を高く、常に向上心を持ち、感性豊かなサービスの提供に努めるという4つの基本方針を掲げ、方針ごとに具体的に行う内容の重点項目を掲げている。</p> <p>・当法人は「地域や社会に恩返しをしたい」という理事長の意向で設立しており、その意向を理念や基本方針に取り入れている。</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。	○a・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。	○a・b・c
<p>・職員一人一人、理念や基本方針等が記載されているスタッフ手帳を携帯し、いつでも確認できるようにしている。また、入社時には施設長から新入社員へ詳細に話をし、新入社員へも理念や基本方針が浸透するよう努めている。</p> <p>・利用者や利用者家族へは入所時に理念等を説明し、地域の民生委員が見学に来た際には、わかりやすくパワーポイントにして説明を行っている。また、ホームページや広報誌等へも記載し、周知されている。</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 計画の策定が組織的に行われている。		(a)・b・c
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。		(a)・b・c
I-2-(2)-③ 計画が利用者等に周知されている。		(a)・b・c
<p>・①個室ユニット型の整備、ユニットケアの導入②新調理システム導入による食事の充実③地域ニーズの把握等、6項目についての中・長期計画を、平成23年から26年までの3年間策定している。中・長期計画について、各年度予算を組んでいるが、3年間に渡る収支計画までは作成されていなかった。本評価では、中・長期計画に従って、中・長期の収支計画策定まで求められている。</p> <p>・中・長期計画を基に、事業計画を毎年策定している。事業計画には事業所における品質目標を掲げ、各ユニットごとの目標を設定している。事業所における品質目標は、各ユニットごとの目標に反映されている。</p> <p>・事業計画の作成は全職員が関わり、年1回の職員全体会議で職員へ配布し説明を行っている。</p> <p>・事業計画はいつでも閲覧できるようにしている。また施設見学時や入所契約時などに説明を行っている。</p>		

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
<p>・施設長の役割として、「施設の従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。従業者に必要な指揮命令を行う」と運営規程の中に明記している。また常日頃職員に対して、「最後は私が責任をとる」と話し、リーダーシップを発揮している。</p> <p>・「最低限の知識を管理職には知ってもらいたい」ということで、今年度顧問社会保険労務士が、労働基準等に関する研修を実施している。また介護保険等法律に関することは、毎月の会議等で全職員へ周知している。施設長は今後、安全衛生やメンタルに関する分野を学んでいきたい意向である。</p>		

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。		○a)・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。		○a)・b・c
<p>・平成10年からはグループケアの導入、平成16年にはISO導入、平成23年からは人事考課を取り入れ、介護業界には浸透していない分野に、いち早く取り組んでいる。この事は、「志を高く、常に向上心を持ち、感性豊かなサービスの提供に努めます」という基本方針に向けた取組の表れである。</p> <p>・今年度厨房を改修し、施設全体をオール電化にしている。調理部門は設立当時から委託業者に依頼していたが、地元の野菜等を使用していきたいという思いや、食事は利用者が一番楽しみにしていることから、美味しくて温かい食事を提供したいとの意向もあり、委託業者との契約を終了している。施設全体を、オール電化にしたことにより、電気のコストも減っているとのことである。</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。		(a)・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。		(a)・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		(a)・b・c
<p>・常日頃、長崎県老人福祉協議会や全国個室ユニット型施設推進協議会等から情報を得ている。その中で、ユニットリーダー研修の受入先となるよう、その審査に向けて取り組んでいる現状である。</p> <p>・厨房も含めて、施設全体をオール電化にしたことにより、電気代を節約できている。今後は統計をとり、食事を委託業者ではなく運営できることを検証していきたいとの意向である。また、団塊の世代が施設を利用するようになること等も考慮し、ショートステイを要介護度が低かったり、元気な利用者だけが利用できるよう住み分けのため、1階を改築している。</p> <p>・年1回、監事でもある税理士から外部監査を受けている。また、ISOの外部監査を年1回受けており、直近の外部監査で指摘を受けた5項目については、是正報告書へ記載をし、随時改善を行っている。</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。		(a)・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・c
<p>・今後リハビリを強化する為、作業療法士や理学療法士を採用したいとの意向である。その先駆けとしてデイサービス部門で、柔道整復師を採用している。</p> <p>・専門職を育てるツールとして、人事考課を導入している。平成21年から準備を始め、平成22年は試験的運用期間とし、平成23年から本格的に導入している。職員が人事考課を取り入れることに対し、不安にならないよう、人事考課を導入する前に、各事業所評価を行い改善すべき点を挙げて人事考課をすることの意義を認識してもらったり、また顧問社会労務士が人事考課について職員へ話をする等の取組を行ってきている。しっかりと準備期間を設けた為、スムーズに導入ができています。</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。		(a)・b・c
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		(a)・b・c
<p>・有給休暇整理簿で有給は管理されており、前年度の取得率と比較できるようになっている。勤務表を作成する際には、希望休と有休をそれぞれ1回ずつ希望することができ、大体希望通りの休みがとれている。また社会保険労務士と顧問契約をしており、職員はいつでもメール等で社会保険労務士へ相談できる体制を整備している。</p> <p>・職員の提案により、リフレッシュ休暇を整備し、勤務年数によって取得できる日数を決めている。また地域の健康づくりに参加したり、インフルエンザ予防接種は負担金の一部を助成している。</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>・基本方針に、「志高く常に向上心を持ち、感性豊かなサービスの提供ができる提供できる人材を育成する」と研修に関する基本姿勢を掲げている。またこの基本方針を今年度の重点目標に、「専門職として学び続ける事に責任を持ち、常に謙虚に、前向きに、自己研鑽と努力を惜しむことなく自らのスキルアップを図る」と具体的に明記している。</p> <p>・職員一人一人の強みを出すため、平成24年度は①看取りについて②認知症ケアについて③口腔ケアについて④ユニットケアについての4項目について研修に参加している。年度初めにそれぞれ2人が、上記の研修に参加するよう計画を立てている。</p> <p>・研修参加後は研修報告を提出し、学んできたことを伝達研修で報告している。内部研修では、研修委員がアンケートをとり、その中から意見が多かった内容を次回の研修計画へ反映している。</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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<p>・実習受け入れに関するマニュアルを整備している。主に介護福祉士の実習を受け入れており、実習校からのプログラムに沿って実習を行っている。オリエンテーションでは、実習校からの資料を用いて行い、施設側からは、利用者に関する情報は漏らさないようにということと、実習をすることの目的等を伝えている。実習を行った学生が、卒業後就職することもあり、職員や実習指導者の励みにもなっている。</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）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。		(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>・以前は皮膚の剥離の報告書が多かったが、介護のケアを見直し、少しずつ減少している。その一方で転倒の報告書が挙がってきており、この1年の間にも転倒し骨折する事故が起きている。その中の1件が、職員が目を離した際に移動しようとして転倒しているケースもあり、職員がその場を離れる際には、他の職員へ声を掛けるなどの検討結果が挙がっている。事故が発生した場合には報告書を挙げ、部署内で話し合い、月1回の安全管理委員会でも討議し、安全確保の為に体制を整備している。</p> <p>・昼間想定、夜間想定 of 避難訓練を予告なしにそれぞれ年2回実施しており、万が一に備えることができるようにしている。地域住民の中で、自動火災通報装置ボタンを押すと通報される方へは、事前に避難訓練の実施日を伝え、可能であれば参加を促している。今後は、地域の方々の避難先となるようなマニュアルを整備したり、訓練を実施したいとの意向あり。</p> <p>・過去1年の間に、椅子からずり落ちてあと一歩間違えば事故につながるというケースがあり、その場所に居合わせた職員がヒヤリハット報告書を挙げて、安全管理委員会等で検討を行っている。平成24年度の事業計画に、ヒヤリハットの提出件数が、ユニットごとに月60件を目標としている。ヒヤリハットが発生した後は検討を行い、大きな事故につながらないようにしている。</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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。		○a・b・c
II-4-(1)-② 施設（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>・施設に気軽に来てもらえるよう様々な行事を開催し、中でも夏祭りを盛大に行い、地域住民の楽しみの一つの行事となっている。また週3回、3店舗のパン屋さんが移動販売で来所され、利用者の楽しみにもなっている。</p> <p>・ボランティア団体、介護支援専門員協議会等の会議には、施設内の会議室やフロアを提供している。その会議の中で、介護保険や施設の事を聞きたいとの依頼があれば、施設長や職員が対応している。</p> <p>・「ボランティア、地域交流受け入れマニュアル」を整備し、主に夏祭り等の行事の際に、学生や地域の住民からのボランティアを受け入れている。ボランティアを受け入れる際には、氏名や連絡先を把握し、利用者の守秘義務の同意を得ている。施設側からはボランティアに対し、「利用者の生活を崩さないようにしてほしい、利用者から頼まれ事をしたら、まずは受けること、そして職員へ報告して自分で勝手に判断しないように」と伝えている。また広報誌で、ボランティア紹介のコーナーを設け、周知している。</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。		○a・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。		○a・b・c
<p>・嘱託医や保健所、長与町役場、長与町社会福祉協議会等と常に連携をとり、必要に応じて、地域包括支援センターへ連絡をしている。最近では、身元保証人が亡くなったというケースがあり、利用者の保険者である市町村へ相談したり、後見人制度が必要な場合には、弁護士に相談する等対応をしている。</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。		○a・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。		○a・b・c
<p>・民生委員や児童委員等が訪問した際等に、意見を聞く機会を設けている。多くの方が、利用料金について質問をすることがあり、わかりやすく詳細に伝えている。平成14年からは、生活支援ハウスを開設し、介護度が低い方が入居できるよう配慮している。また今後団塊の世代の入所があることを考慮し、現在入居している利用者と生活時間や環境が異なってくることもあり、住み分けをしていきたいとの意向もある。</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>・身体拘束防止、虐待防止についての研修を年2回実施している。研修以外の場合でも、職員本人が気づかないところで発した言葉づかいや行動が、虐待につながる可能性もある場合は、気づいた職員が注意を促している。また、基本方針の一番目に「人間的尊厳・人格尊重を最優先としたサービスの提供に努める」と明記され、利用者優先である考えを全職員へ浸透させている。</p>	(a)・b・c
<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>・「居室に入室の際には、必ずロックや声かけを行う」等、プライバシー保護に関する15の項目についてマニュアルを整備している。マニュアルはいつでも職員が確認できるように、各事業所へ設置しており必要があれば見直しを行う。</p> <p>・広報誌に掲載する利用者の写真も、個人情報利用同意を得ている方のみで掲載をし、個人情報には十分配慮している。</p>	(a)・b・c
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ている。</p> <p>・年1回、利用者の家族へ無記名のアンケートを実施している。去年は敬老会開催時にアンケートを配布し、今年度は2月の家族会開催時にアンケートを配布する予定である。アンケートから把握した要望や意見等は、各事業所で話し合いを行い、分析をして必要に応じて改善している。</p> <p>・アンケートは無記名の為、利用者を特定できないが、職員間で利用者の予測をし、意見が挙がったことは改善に取り組む姿勢である。</p>	(a)・b・c

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。	○a・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。	○a・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。	○a・b・c
<p>・相談や苦情等は、各課長が窓口となっているが、誰にでも相談できる体制をとっている。また相談場所も会議室等でも受け付けることもでき、臨機応変に対応できるようにしている。</p> <p>・苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、玄関の入り口に掲示している。緊急に対応が必要な苦情や相談以外は、月1回の品質管理委員会の際報告をし、全職員に周知できる体制をとっている。ほとんどの相談や苦情は、施設内で解決を行っているが、以前ショートステイを利用していた方が、「財布がなくなった」と言うケースがあり、その際には第三者委員に入ってもらい、スムーズに解決している。</p> <p>・苦情や相談には、「スピードと丁寧さが大切」と各職員が心がけて対応している。最近では「施設で、洗濯してもらっている衣服が縮んでいるようだ」と家族からの相談があり、まずは縮んでいるかどうか確認を行っている。その結果衣服の縮みが確認できた為、家族へ謝罪しており、スムーズに対応している。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

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。		第三者評価結果
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。	○a・b・c
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	○a・b・c
<p>・平成16年にISO9001を取得し、年2回の内部監査、年2回の品質目標管理のマネジメントレビュー、毎年1回の外部審査であるサーバランス審査、3年に1回更新審査を受けている。内部監査は、副主任以上と一部の介護職員が、2～3人でチームを組み、別の部署の監査を実施している。マネジメントレビューは、各事業所で現状分析、品質目標との整合性を図っている。手順書も職員が作成することで、意識を持つことができおり、ISOを業務の中で活用している。</p>		
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	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	○a・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>・生活シート（食事・排泄・入浴に関する留意点等）を利用者ごとに作成し、このシートに基づいてサービスを提供している。以前は、ケアプランに挙がってきている短期目標と長期目標を生活シートにも記載していたが、去年12月に見直しを行い、各利用者の留意点を記載している。この生活シートは必要に応じて見直しを行う。</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>・出勤職員が利用者の気づいたことを実施状況へ記録をしている。実施記録は、主にケアプラン上に挙がっている項目について、わかりやすい記載をしていた。記録内容や書き方にばらつきが出ないように、また新人職員は記録することに慣れていないこともあり、気づいた職員がそれぞれ指導を行っている。</p> <p>・利用者の記録等は書庫に年度毎に保管したり、必要に応じて各部署等で保管をしている。毎年6月に専門業者に廃棄を依頼し、保管期間が過ぎた記録を廃棄している。職員とは入社時に、個人情報に関する誓約書を交わし、退職後も知り得た情報を漏らさないように徹底している。</p> <p>・カンファレンスや各種会議等の議事録等は、伝達ノートにて必ず目を通すようにしている。伝達ノートを見た人は、サインや印鑑を押すようにしており、全職員に情報が行き渡っている。また、管理職以上や副主任以上等一部の職員のみ参加する会議においては、職員に必要な事柄について、口頭や伝達ノートを活用し周知している。</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>・ホームページに広報誌のバックナンバーもアップし、施設の日々の行事等を窺うことができる。見学者へはパンフレットで説明を行い、リハビリ重視を希望される方へは、この施設は生活の場所であること、一方医療重視を希望される方へはこの施設で行える医療の範囲についても、必要に応じて伝えている。また長与町役場には施設のパンフレットや広報誌を置かせてもらい、情報が誰にでも提供できるようにしている。</p> <p>・契約書、重要事項説明書、個人情報に関する事項について説明を行い、それぞれ同意を得ている。契約時には利用者の守秘義務について、看取りの指針について等を伝え、特に利用料金は不安にならないよう1日あたりと30日分を表にして、わかりやすく説明をしている。</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>・退所理由が死亡か病院への長期入院がほとんどを占めており、病院へ入院する場合は看護師が看護サマリーを作成して情報を提供している。また、長期入院になった利用者は、同法人内にある居宅介護支援事業所へ任せて、継続して支援を行えるようにしている。退院後、すぐに施設に戻れない場合もあり、その際にはショートステイを利用するなど、利用者にとって最善な対応をとっている。</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。		○a・b・c
<p>・入所時に、対応した職員が利用者状況表（家族の状況、入所希望の理由、利用者の活歴等）を記載し、看護師が医療情報を記載している。また食事や排泄、入浴等の項目の評価を記載するアセスメント表を用いて、情報を得ている。ISO上の手順書に従い、アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。</p>		

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
<p>・各ユニットの担当者が記載したアセスメント表や、生活シート等をもとにしながら、居宅介護支援専門員がケアプランを作成している。関連する職種の職員による話し合いを行い、利用者や家族の意向も取り入れている。</p> <p>・更新時や状態が変わった時等の変更時に、ケアプランの評価・見直しを行っている。評価・見直しの手順も、ISO上の手順書に記載されている。</p>		

(別紙)

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（21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。		Ⓐ・b・c
<p>・多床室（30床）とユニット型（20床）で構成されている。居室は回廊作りになっており、自然の光が全体に行きわたっている。施設内は明るく、また居室から季節の移り変わりを感じられる様に眺める事ができ、開放感もある。地域の方や見学者の訪問時、すぐに手に取れる様に広報誌・パンフレットを用意している。</p> <p>・ユニット型の居室は、在宅の環境に近づけるために、なじみの家具や衣類、座椅子等、利用者が大切にしているものを持ち込み家庭的な生活空間作りが出来る様に工夫されている。多床室は、スペースが限られているが、床頭台や壁を利用し、なじみの品物や写真等を飾っている。</p>		
IV-1-(1)-② 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。		Ⓐ・b・c
<p>・各フロアー、居室の換気は、その日の天候に応じて随時行っている。利用者が落ち着いた環境の中で生活出来る様に、音の大きさや光の強さについては、個々の状況に応じて対応している。気になる臭いがない様に、排泄の臭いは防臭スプレーで対応したり、施設全体にオゾン装置を設置し、清潔感のある環境作りとなっている。</p>		
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。		Ⓐ・b・c
<p>・安全に移動しやすい様に、施設内はバリアフリーである。廊下や居室内は広く、移動がしやすい構造になっている。身体状況に応じて、手すりの活用や福祉用具（歩行補助具・車椅子）の検討を行い、残存機能の維持に努めている。</p> <p>・浴室は個浴対応となっており、ゆっくり入浴出来、職員が必ず側で見守りを行い安全に入浴出来る様に対応している。脱衣室はカーテン、ドアが2重に設置しており、プライバシー保護に努めている。排泄用具については排泄物を入れる専用のバッグが準備され、他の目に触れても排泄物を処理していると解らない様工夫されている。</p>		

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
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の機能に応じて、個々の体操やレクリエーションを検討し、プランに反映させている。利用者の活動意欲を高めるために、個々の楽しみを大切にしている。 ・週間レクと月間レクがあり、日曜日毎にお楽しみ企画を予定している。お楽しみ企画は、利用者の意向を把握し、立案している。利用者の楽しみを生活の中に取り入れる事で、自主的に活動へ参加し、現在の身体機能を維持出来る様に働きかけている。 		
IV-1-(3) 認知症高齢者への対応		
IV-1-(3)-① 認知症高齢者への対応を適切に行っている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・外部研修へ参加し、認知症に関する理解を深めている。外部研修へ参加した場合は、施設内で研修会を行い、他の職員へ伝達している。認知症の特性や対応方法については「新しい介護」という教材を使用し、新人研修や施設内研修で活用している。 ・入所前に、家族や関係職員から、利用者の生活歴、家族歴、入所に至るまでの経緯等を聞き取り、個人の特性を考慮し、施設内で安心して生活出来る様に、プランへ反映させている。 		
IV-1-(4) 医療依存度の高い利用者への対応		
IV-1-(4)-① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携する等適切な対応を行っている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医、看護職員の指導の下、研修を行っている。医療依存度の高い利用者の入所希望がある場合、どこまで医療が必要であるか、利用者や家族の希望について確認し、受け入れが可能か入所判定会議で検討している。 ・24時間シートを使用し、看護、介護が連携し対応している。吸引、経管栄養については、研修へ参加・マニュアルを整備し、看護職員指導の下実施している。緊急時対応マニュアルがあり、緊急時の対応が速やかに出来る様に工夫している。 		

IV-1-(5) 食事の提供		
IV-1-(5)-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
<ul style="list-style-type: none"> ・平成24年12月より、オール電化厨房による新調理システムを導入している。新調理システムでは、空気を汚さずキッチン内は、常に清潔に保たれている。料理のバリエーションが増え、柔らかく、出来立ての美味しい食事が提供出来る様になっている。 ・利用者の咀嚼、嚥下能力に応じて、常食、ソフト食、ミキサー食等、食事形態は個別に対応している。なるべく自立摂取が出来る様に、自助具を採用している。食の楽しみを増すために、食器は陶器を使用し家庭的で温かい雰囲気作りを大切にしている。 ・年に1回嗜好調査、日々の残食調査を行い、献立作りに反映している。栄養士が食事中に利用者の摂取状況を確認し、介護職員、看護職員との情報交換を密に行っており、少しでも美味しく食事が提供出来る様に配慮している。 		
IV-1-(5)-② 食事を楽しめるような工夫を行っている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・食の楽しみを維持出来る様に、経口摂取を大切にしている。毎食後の口腔ケアを実施し誤嚥性肺炎を防止している。しっかり座って食べる事を意識し、「食べる姿勢」や椅子、テーブルの高さを個々の状況に応じて調整している。 ・平成24年12月より、新調理システムを導入し、より一層、美味しく柔らかく食事が出来る様になった。メニューのバリエーションが増え、利用者の楽しみも増えた。食事場所は各テーブル明るい場所に設置し、テレビやラジオを視聴しながら喫食できる環境になっている。また、家族が話をしながら食卓を囲む様に、職員が声かけを行い、利用者同士の会話を引出し、楽しく食事が出来る様に対応している。 ・「美味しく食べよう委員会」を開催し、行事食や食に関する企画の実施、美味しく食べるためには、どう対応したら良いか検討している。 		

IV-1-(6) 健康管理サービスの実施		
IV-1-(6)-① 日常の健康管理は適切である。		(a)・b・c
<p>・嘱託医の指示の下、年に1回採血を実施している。ほぼ毎日嘱託医による往診がある。日々の健康管理については24時間シートを利用し、介護・看護が色分けして記録し、健康状態の変化が一目で把握出来る様に工夫している。体調不良時は主治医への連絡や、介護看護によるオンコール体制が整備されており、速やかに対応出来る様にしている。体調不良時、薬の変更があった場合は、全職員が把握出来る様に、24時間シートの備考欄に記録している。</p> <p>・朝の申し送りへは看護職員も一緒に参加し、体調変化に留意している。月1回の体重測定、季節の予防接種を実施し体調管理している。健康維持のために、歩行訓練や体操をプランへ反映している。1週間に1回訪問歯科による口腔ケア、口腔衛生について指導を受けている。</p>		
IV-1-(6)-② 服薬の管理は適正に実施している。		a (b)・c
<p>・看護師管理の下、与薬管理手順に従い内服薬・外用薬が管理されている。薬の準備は前日に行い、朝・昼・夕・夜と容器の中で分けている。与薬準備確認表に看護師が利用者個々の記録をし、与薬した職員がサインをして服薬確認を行っている。薬の内容に変更がある場合、看護師が申し送りノートや伝達ノートに記録し周知しており、主治医、看護師は24時間対応出来る体制になっている。</p> <p>・各ユニットの利用者の薬が、区別する容器の中に入れており、利用者二人の薬袋を持って食事の介助をしていた介護員が、誤って違う利用者の薬を与薬させてしまう事故が発生した。すぐに主治医、看護師へ報告し対応した。誤薬事故発生時は、是正・予防処置報告書を記録し、誤薬が起きた原因、今後の対応について検討している。</p>		
IV-1-(6)-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>・衛生管理委員会が2か月に1回開催される。衛生管理委員会における研修が年2回開催され、マニュアルの周知徹底や、嘱託医、地域の保健所等の専門機関、専門職による指導を受けている。感染症が発症した時に、職員が慌てない様に、汚物処理セットが常時準備され、感染が蔓延しない様工夫されている。</p> <p>インフルエンザの予防接種は、利用者全員実施している。</p>		
IV-1-(6)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。		(a)・b・c
<p>・衛生管理委員会を中心にマニュアルの定期的な見直し、点検が行われている。冷蔵庫の温度や食品の管理(賞味期限の確認)、キッチン、トイレ、洗面所など、各事業所パトロールを3か月に1回定期的に行い、衛生管理に努めている。キッチン内では、食品取扱マニュアルに応じ食品のチェックや、調理器具の消毒を行っている。調理関係者の検便を毎月適切に実施している。</p>		

IV-1-(7) 生活関連サービスの実施		
IV-1-(7)-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。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・季節に応じた企画や、利用者個々の希望に応じ対応している。出来るだけ家族の方も一緒に参加が出来る様、働きかけている。近隣のショッピングセンターへの買い物、お墓参り、外食、自宅への帰宅、地域の行事へ参加等、施設外へも積極的に取り組んでいる。 		
IV-1-(7)-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。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の現預金は、原則家族（身元引受人）が管理する。必要に応じて、総務または事業所にて適切に管理しているが、現在対象者はいない。対象者がいる場合は、預かり金管理手順に基づき金銭管理を行っている。 ・利用者、家族より入金申し出があった場合、「預金預け入れ依頼書」を現金と一緒に預かり、総務の金庫に保管する。払い出し時は「預金払出依頼書」と「受領書」の確認をして現金を渡す様にしている。 ・預かり金管理手順については、総務と各事業所の管理者で、見直しを行っている。また、出納状況は4か月に1回書面にて報告している。利用者が自己管理している場合は、小遣い帳を用意し渡した日、職員の名前を記入し、金銭は場所を決めて居室内に用意した入れ物に管理している。 		
IV-1-(8) 利用者家族との交流		
IV-1-(8)-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。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・のぞみ通信やファミリーレターを、毎月入所者全員の家族（身元引受人）へ送っている。その月に行った企画、レクリエーション、利用者の状況、写真等を添付しており、家族の方からも喜ばれている。 ・家族面会時には、積極的に声かけを行い、利用者の状態報告を行っている。面会の頻度が少ない家族へは、必要に応じて電話連絡を行っている。家族からの相談にも随時対応している。 		
IV-1-(8)-② 施設と家族との交流を行っている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・年に1回家族会を開催しており、毎年テーマに沿って交流の場を持っている。面会時は家族の方と利用者がゆっくり話が出来る様に、スペースを確保している。宿泊希望があれば、宿泊出来る様に寝具、ベッド等が準備されている。カンファレンスやモニタリング時、必要に応じて家族の参加を促し、家族の意見を聴取しプランへ反映している。 		

IV-2 権利擁護

		第三者評価結果
IV-2-(1) 成年後見制度等		
IV-2-(1)-① 利用者の権利擁護のために成年後見制度や日常生活自立支援事業に関する情報を提供している。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度や日常生活自立支援事業については、パンフレットを準備している。家族、利用者からの相談時は、必要に応じ専門職との連携を図っている。 		
IV-2-(1)-② 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束廃止委員会を中心に、毎月1回委員会が開催され、マニュアルを基に取り組んでいる。委員会の中では、身体拘束にあたる項目や要因について話し合い、事業所内での困難事例について検討を行う等の取り組みが行われている。認知症の利用者が増加しており、日頃の対応法については、朝の申し送りの場を活用し検討している。 ・早期対応を実施することで、認知症の方が安心して生活が送れる様に対応している。身体拘束廃止委員会の中で検討した項目については、事業所内へフィードバックしている。 		
IV-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。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束廃止委員会を中心に、各事業所内での不適切な関わりの有無について確認を行っている。不適切な関わりの起こりやすい状況や場面についての事例を使って、委員会で勉強会を行っている。勉強会の内容は、全職員へ報告している。 ・経験が浅い職員への介護技術を向上させるために、随時、経験豊富な職員が指導を行い、職員の精神的負担を軽減している。不適切な関わりが発見された場合は、記録に残し管理職に報告した上で、施設長が就業規則に基づき処分を行う仕組みが出来ている。 		

IV-3 その他

		第三者評価結果
IV-3-(1) その他		
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 Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・安全管理委員会を中心に、年2回の消防訓練を行っている。1回は日中、2回は夜間を想定し予告なく実施している。日中を想定して行う際、地域の消防署の協力を得ており、スプリングクラーや防火シャッター、消火器の場所や使用ができるか等の確認を行っている。 ・自動通報装置を設置しており、緊急事態の連絡が速やかに出来る様に対応している。自動通報装置の連絡先には、地域の住民や、同町に在住する職員の協力が得られている。 ・火災訓練は実施しマニュアルも整備され、全職員へ周知されており、その他の風水害や地震等に関するマニュアルも整備しているが、訓練は実施されていない。今後の取り組みに期待したい。 		

<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。</p>	<p>a • (b) • c</p>
<p>• 管理会議や拡大会議において、不審者に関する注意を促している。不審者侵入の対応として、非常通用口と宿直室に24時間対応の防犯カメラを設置している。夜間は宿直者が19時半～7時半までは滞在し、定期的な見守りや施錠を行っている。必要に応じ地元警察署とも連携を図っている。しかし、不審者マニュアルについて整備されておらず、今後緊急事態に対応が出来る様取り組みを期待したい。</p>	