

(別記)

(公表様式2)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

評価機関

名 称	特定非営利活動法人ワークショップ「いふ」
所在地	熊本市中央区水前寺6丁目41番5号
評価実施期間	平成27年1月28日～平成27年6月18日
評価調査者番号	06 - 112
	08 - 011
	13 - 007

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：地域密着型特別養護老人ホーム (施設名) みゆき東館	種別：地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護
代表者氏名：理事長 富島 ヨシ (管理者) 施設長 中村 阿紀子	開設年月日： 平成25年4月1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：20名 (利用人数) 20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					
介護サービスの日常生活支援	季節ごとの行事(夏祭り、健康と食の祭りなど)					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
2ユニット 全室個室	トイレ(各ユニットごとに3か所)、フロア兼食堂(各ユニットごとに一つ)、浴室(各ユニットごとに1つ)					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	施設長	1		社会福祉士	2	
	看護師	1		介護福祉士	13	
	介護士	12		介護支援専門員	4	
	相談員兼ケアマネ	1		管理栄養士	1	
	管理栄養士	1		正看護師	2	
	機能訓練指導員(兼)	1				
	合 計	17		合 計	22	

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 評価結果総評

### 特に評価の高い点

#### \* 中・長期計画、事業計画の作成と評価の実施

「みゆきの里」全体で、理念や基本方針に基づいた中・長期ビジョンと年度ごとの計画を明確にしており、それに基づいた単年度事業計画を作成し、職員の行動指針(アクションプラン)を明示している。更に、年度前半で計画の進捗状況の評価・分析を行い、後半で見直し・修正を行う取り組みは高く評価できる。

#### \* 施設長の責任とリーダーシップの発揮

施設長は、各種研修や会議の場に積極的に足を運び、運営理念の実現に向けた基本方針の明確化など、目標達成についての自らの役割や責任を表明して、職員の理解と協力、意欲の高揚に取り組んでいる。また、ケア現場への巡回を行い「24時間シート」を検証して職員へアドバイスするなど、意欲的に指導力を発揮している。また、新たに家族会を2ヶ月1回開催したり、防災チームを立ち上げ、業務日誌の様式見直しを行うなど、課題を発見して熱心に改善に取り組んでいる。

#### \* 地域との関わり

「みゆきの里」の理念を、「保健・医療・福祉の総合力を発揮して、地域の人々の幸せを願い、健康生活のベストパートナーとなることを目指す」として、地域との関わりを大切にす方針を表明している。特別養護老人ホーム・病院・老人保健施設等、各種高齢者施設を設置する他、在宅支援事業の実施、地域に開かれた自然食レストランや天然温泉浴場を持つ施設を運営する等、地域の多様なニーズに対応した事業展開が行われている。

#### \* 「ケアプラン・24時間シート」の導入による個別ケアの充実

利用者個々の「24時間シート」が作成され、「排泄介助、入浴介助、食事介助」等必要なサポートが利用者のニーズに基づき一日の日課に沿って表わされている。シートにはリスク回避の注意点なども書き込まれ、職員間の情報共有が図られている。「24時間シート」は担当者会議毎に検証し、状況に応じた個別ケアが実践されている。

---

### 改善を求められる点

#### \* 個別の職員の教育・研修計画について

個々の職員の現有技術水準や意識・知識・経験・将来への意向等を把握した上での一人ひとりの研修計画の策定や、策定に必要な個別の研修履歴書の作成についての確認はできなかった。今後の取り組みを期待したい。

#### \* 利用者に関する記録の管理体制について

個人情報保護については法人で「個人情報管理規程」を定め、研修等で職員への周知を徹底しているが、記録の保管場所や保存年限、廃棄等も含めた文書管理規程及び実際に情報開示を求められた場合の、開示する範囲や手順、利用者への配慮等を定めた規定は見当たらなかった。文書管理及び情報開示に関する規程の整備と職員への周知が望まれる。

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

今回、初めての第三者評価を受審させていただいたことで、評価基準を職員1人1人がどこまで理解しているか、また、どういう部分が不足しているのかなど多くの課題が明らかになりました。

改善のアドバイスをいただいた、個別の職員の教育や研修計画については、今年度よりみゆき園グループとして独自のキャリアラダーに取り組み、職員との意向をすり合わせたラダーに基づく年間計画による研修参加を促進し、スキルアップの向上を図っていく予定です。また、文書管理規程や情報開示の手順の整備においては、直ちに作成して整備に努めます。

今後これらの評価をもとに、全職員が事業計画に基づいた運営を推進し、各マニュアルを理解して、介護サービスの定期的な見直し、確認に努め、更なるサービスの質の向上につなげていきたいと思っております。

### 4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 1 理念・基本方針</p>	<p>* 法人の理念は、医療と介護の融合により「すべての利用者に親切な施設」の実現を理想に掲げて「健康・長寿の里」創りに奔走してきた創業者の想いを汲んで明文化している。この理念を踏まえて、平成25年4月開設の地域密着型特別養護老人ホーム「みゆき東館」の運営理念は「それぞれの想いを叶えるみゆき東館」と定めている。理念は事業所内の文書、掲示物、広報誌、パンフレット、ホームページにも掲載されている。</p> <p>理念に基づく基本方針は、「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項目を挙げ、「みゆきの里」全体の行動規範として明示されている。</p> <p>* 理念・基本方針を職員に周知する方法としては、新人研修、中途採用者研修、毎月1回の職員研修等において文書にして配布しており、新人用職員手帳にも記載し、常時携帯し確認するよう勧めている。また、職員通用口にも掲示し、朝出勤時の確認を働きかけている。</p> <p>利用者に対しては、入所契約時の説明や、毎月発行する広報誌に理念を掲載し、利用者宅へ郵送している。家族会も本年より2ヶ月に1回の開催が予定され、理解と周知への取り組みが始まっている。</p>
<p>2 事業計画の策定</p>	<p>* 「みゆきの里」グループとしての長期ビジョン、中期ビジョンと年度ごとの計画が策定され、ビジョン達成の具体的な戦略目標が5項目に亘り表明されている。事業の裏付けとなる収支状況も、財務諸表の数値から見ると極めて順調に推移していることが読み取れる。</p> <p>* 平成27年度の事業計画は、中・長期計画を踏まえて策定されており、基本方針の4項目を詳細に検討して達成のための戦略目標・業績評価指標・目標値等を掲げ、更に職員の具体的なアクションプラン(行動指針)として明示している。事業計画は、年度上期に進捗状況の把握と評価・分析が行われ、下期に見直し、修正をする仕組みになっている。また、収支状況の把握、評価・見直しは毎月行われている。</p> <p>* 事業計画の策定に当たっては、施設長も参加するフロア・ミーティングや、「24時間シート」記録を検証し、組織的策定に努めている。利用者への計画の周知は、毎月郵送される広報誌や、家族会等を通して行われている。</p>

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>施設長は、各種研修や会議の場に積極的に足を運び、運営理念の実現に向けた基本方針の明確化など、目標達成についての自らの役割や責任を表明して、職員の理解と協力、意欲の高揚に取り組んでいる。また、法人主催の法令勉強会にも積極的に参加し、顧問弁護士を招いての勉強会（年4回）はじめ、社会保険労務士や公認会計士との毎月1回の打ち合わせ会・施設内の各種委員会にも出席し、幅広く各種法令の内容把握と理解に努め、職員向けの法令研修会等にも活かしている。</p> <p>* 施設内での入所者ケアについては、現場巡回を重視し、「24時間シート」の検証に基づく、職員へのアドバイスが意欲的に行われており、指導力の発揮が見られる。また、施設長は、みゆき園グループ全体の年間計画に基づく教育・研修体制の一元化によるマンパワーの強化、事業所間の情報共有、相互支援体制の強化、ケアの標準化、看・介護一本化など、業務の効率化と改善に向けて指導力を発揮し、熱意をもって推進している。</p>
<p>評価対象 1 経営状況の把握</p>	<p>* 社会福祉全般の動向や、「みゆきの里」の立地する熊本市南西部地域の福祉需要動向、利用者数、利用者像の変化や福祉サービスに対するニーズ、潜在的利用者に関するデータ等の情報収集と分析・検討は、法人理事会や経営会議、或は運営会議において詳細に行われている。また、毎月の経営会議の結果を踏まえ、事業計画に掲げられた職員のアクションプラン（行動指針）の実施状況の確認や、担当者との進捗状況の分析により、課題の発見と改善への取組が行われている。</p> <p>* 法人に対する公認会計士や社会保険労務士による外部監査は毎月行われており、年度末には年間の監査報告があり、監査意見や指摘事項については迅速な改善に取り組んでいる。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 人事については、法人の人事課で一括して所管されているものと思われるが、人事に関する基本方針や常勤、非常勤職員の比率、有資格職員の配置や育成、障がい者雇用への配慮を含め、文書化されたプランが組織として策定できている。また、人事考課については、施設長による職員面談が年3回程度行われており、考課の目的や意義を明確にし、客観的な「評価基準」（人事考課表）に基づいて行われていることが確認できた。</p> <p>* 時間外労働や有給休暇の取得状況を個人別にデータ化し、毎月「安全衛生委員会」のチェックを受けて、改善に取り組む仕組みができています。年次有給休暇取得率アップへの取り組みは、施設長の積極的な取り組みにより、これまでより大幅増となった。今後も継続的な取り組みが期待される。</p> <p>* 職員の教育・研修に関しては、事業計画書の戦略目標に「個人のスキルアップ」が明示され、「みゆきの里」全体で「人財開発プログラム」が策定されている。しかし、個々の職員の現有技術水準、意識、知識、経験、将来への意向等を把握した上で、一人一人の教育・研修計画の策定や、策定に必要な個別の研修履歴書の作成については確認できなかった。今後の取り組みが望まれる。</p>

<p>3 安全管理</p>	<p>* 事故防止対策・感染症対応等、緊急時の対応マニュアルを作成しており、多様なリスクや病気ごとに、予防対策と発生時の対応策について記載している。また、毎月の「事故防止検討委員会」「感染症対策委員会」の開催や職員研修の実施等により、緊急時対応についての検討・職員への周知が行われている。</p> <p>* 年2回、消防署の協力を得て避難訓練を実施している他、昨年12月にみゆき園グループ6事業所合同の「防災チーム」を設置。毎月会議を開催し、事業所間の協力体制の検討や、全体の連絡網の作成等を行うと共に、今年1月には、震度6の地震を想定した訓練等を実施するなど、災害時のための取組を行っている。尚、ユニットが建物2階にあり、災害時、ベランダに出た後の避難ルートの確保について、検討の余地があると思われる。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>* みゆきの里の理念として、「保健・医療・福祉の総合力を發揮して、地域の人々の幸せを願い、健康生活のベストパートナーとなることを目指す」とあり、27年度事業計画においても戦略目標の1つとして「地域連携の促進」を掲げている。建物1階にある「地域交流ホールすこやか」を地域に開放したり、「みゆきの里」で行われる「健康と食のまつり」や「夏祭り」、ボランティアによる「歌の会」「演奏会」「書道教室」、地域の運動会や夏祭り、どんどや等への参加など、地域住民との交流の機会が多く設けられている。</p> <p>* みゆきの里の「総合相談支援センター」が全体の窓口として地域の関係機関と連携し、福祉ニーズの把握に取り組んでいる。各種高齢者施設の設置、在宅支援事業の実施、地域に開かれた自然食レストランや天然温泉浴場を持つ施設の運営等、多様なニーズに対応した事業展開が行われている。</p>
<p>評価対象 1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>* みゆき東館の理念を、「それぞれの想いを叶えるみゆき東館」とし、運営規程に「施設は、利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、・・・」と方針を規定し、利用者尊重の姿勢を明示している。また、「身体拘束ゼロ対策マニュアル」「虐待防止マニュアル」を作成するとともに、「権利擁護」「身体拘束廃止」「虐待防止」等について研修会を行い、職員への周知徹底を図っている。</p> <p>* 年2回満足度調査を実施し、相談員が取りまとめてミーティングで職員に周知し、できることから改善に取り組んでいる。また、今後2ヶ月に1回実施予定である家族会においても、利用者満足の把握に努めることとしている。</p> <p>* 苦情対応については、マニュアルの整備・解決の仕組みの確立と周知・対応記録の整備等が行われているが、苦情以外の相談・意見等についても、述べやすい環境整備が望まれる。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>* 「バランス・スコア・カード」に掲げた「業績評価指標」ごとに、目標値とその達成のためのアクションプランを掲げ、9月と3月に進捗状況を評価する体制が、みゆきの里全体で構築されている。評価の結果についてはフロアミーティングで話し合い、課題を踏まえて次期の計画に反映している。</p> <p>* 「褥瘡防止マニュアル」「衛生管理マニュアル」「食事について」「入浴について」等、提供するサービスについての標準的な実施方法が文書化されており、新人研修において指導がなされているが、職員の自己評価によると、マニュアルによってはその存在や内容について</p>

	<p>認知が低い状況が伺われ、周知徹底が望まれる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 利用者一人ひとりの「支援経過記録」「ケース記録」「機能訓練の記録」等が作成され、「サービス実施計画」の短期目標ごとにサービス実施状況を毎日チェックし、毎月モニタリングを行っており、サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることが確認できた。</li> <li>* 個人情報保護については法人で「個人情報管理規程」を定めており、運営規程に秘密の保持等について規定し、新人研修や、全職員に配布している「ハウスルール」に記載して周知を図っている。しかし、記録の保管場所や保管方法、廃棄等も含めた文書管理規程や、実際に情報開示を求められた場合の、開示する範囲や手順、利用者への配慮等を定めた規定は見当たらなかった。文書管理及び情報開示に関する規程を整備するとともに、個人情報保護及び情報開示の観点から、新人研修に加えて継続的な研修が望まれる。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始・継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ホームページを作成しており、みゆきの里全体の理念・方針・組織及びみゆき東館の理念・方針、施設・設備や活動状況、申し込み方法や料金表等を掲載し、情報提供を行っている。また、見学希望者には随時対応し、パンフレットを配布して詳しく説明している。</li> <li>* 入院等他事業所への移行にあたっては、利用者の基本情報とサマリーを移行先に渡し、心身の状況やサービス提供内容等がわかるよう配慮している。また、入院先には週1～2回、利用者の様子を見に行くと共に、相談員の名刺を渡して、退所後もいつでも相談できる旨説明している。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 施設サービス実施計画は、アセスメントから明確にされた課題を踏まえ、長期目標・短期目標・必要なサービス内容など、介護支援専門員を責任者として、各部門、多職種（管理栄養士・看護師・介護職等）の協議により検討され、適切に策定されている。アセスメントシート・施設サービス計画書の様式は統一され、利用者・家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。ケアプランは利用者・家族に内容を説明し、同意の下に支援が実施されている。</li> <li>* サービス開始後は、毎月1回のモニタリングとアセスメントをもとに3ヶ月毎にケアプランの見直しが行われている。見直し・変更に際しては、サービス担当者会議を開催し、利用者・家族、ケアマネジャー等、多職種が関わり検討している。利用者及び家族との関わりを深くし、利用者ニーズの本質を理解することで質の高いケアマネジメントを目指している。</li> </ul>
<p>評価対象 A - 1 支援の基本</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* みゆき東館では「それぞれの想いを叶えるみゆき東館」という理念のもと、施設の目的を「入居者様一人ひとりの意思及び人格を尊重し地域密着型サービス計画に基づき・・・」としている。「身体拘束ゼロ対策マニュアル」「虐待防止マニュアル」が整備され、身体拘束検討委員会の開催や接遇、高齢者虐待・権利擁護に関する職員研修が進められている。また、認知症ケア「ユマニチュード」の導入や接遇・ケア環境に関するオンブスマン制度の実施など、職員に対し人権尊重の意識を徹底することに努め、利用者が「安全、安心、安らぎ」を実感できる専門的なサービスの提供を目指している。</li> <li>* 利用者の1日の生活は24時間シートが作成され、利用者一人ひとりの時間を追って、起床から始まる日課項目に沿って「利用者がどこ</li> </ul>

	<p>まで自分のことが出来」「どのようにサポートして欲しいのか」「どのようなサポートが必要か」を表し、担当者会議ごとに検証。個別ケアが実践されている。</p> <p>* コミュニケーションスキルは職員間に個人差はあるが、利用者一人ひとりの表情や身振り、動作で利用者の思いや希望を読み取り、意思表示が困難な人には、言葉だけではなく、ジェスチャーや文字、絵にしてコミュニケーションをとるなど工夫している。読み取った情報は職員間で共有し、ケアに反映させるように努めている。ユニットケアで全個室化し、生活の場としてふさわしい、居心地の良い居住環境が整い、利用者の今までの生活環境の継続に繋がるように、創意工夫した支援が行われている。</p>
A - 2 身体介護	<p>* 入浴は原則週2回とし、曜日・時間は利用者の希望や要望に配慮し、身体の清潔を維持して精神的に快適な生活を営む事ができるよう支援している。浴室は、家庭的で小規模な浴槽（個浴）の他、機械浴の設備も整っている。入浴に際しては湯温やシャワーキャリーの安全確認、バイタルチェック、入浴データ表に基づき、利用者の心身の状況に合わせ、見守りや介助が行われている。</p> <p>* トイレは清掃が行き届き、清潔で気持ち良い環境となっている。「おむつゼロ」を指標としたケアに取り組み、快適性を考慮した紙おむつやパット類を選択し、排泄の自立に向けた支援が行われている。居室からの排泄物はトートバッグを利用して回収し、利用者の尊厳の保持や羞恥心に配慮している。</p> <p>* 利用者の状況に応じて移乗・移動の介助が行われている。ベッドや車いすからの移乗時や歩行移動時は、注意を促す声かけをしながら転倒を防ぎ、自立に向けた支援、見守りが行われている。全室個室のため、夜間や容態急変の対応に、ベッドセンサーなど福祉器具の導入で転倒防止に努めている。事故防止検討対策委員会・ユニット会議が毎月開催され、転倒・転落のリスクの有無について定期的な検討が行われている。</p> <p>* 褥瘡予防については定期的な医師の回診、定時の体位変換の実施、除圧クッション、マットレスの使用、入浴、排泄の介助時に皮膚の観察を行うなど、褥瘡の早期発見に努めている。褥瘡予防検討委員会は毎月1回、褥瘡予防に関する職員研修会が年1回開催されるなど、褥瘡の発生防止に対する積極的な取り組みが見られた。食事支援の面からも栄養サポート委員会が月1回開催されて、症例検討結果など、栄養課からの情報提供も行われている。</p>
A - 3 食生活	<p>* 管理栄養士により、利用者一人ひとりの栄養ケア計画が作成されている。利用者の栄養状態を低リスク～高リスクと分類し、高リスクの方を中心に毎月1回の栄養管理検討委員会を開催し、栄養マネジメントを実施している。医師の食事箋に基づき、利用者の年齢・病状に対応した療養食（糖尿病食など）や咀嚼・嚥下状態に合わせて、普通食やきざみ食・なめらか食等が提供されている。</p> <p>* 食への関心が低下した利用者への栄養課の取り組みとして 食材のエキスをじっくり煮出した命のスープが月4回提供されたり、栄養サポート委員会が月1回開催されており、食事摂取の支援が行われている。</p> <p>* 利用者嗜好調査を実施し、ニーズに応える食の提供として、食材は地元でとれる旬のものを使用するなど、食の安全・安心に配慮し、</p>

	<p>季節感のある行事食やおやつ・寿司バイキングなど、食事への関心や楽しみへの支援が工夫されている。</p> <p>* 食事の際は利用者の状態や好みに合わせ使いやすいものや慣れ親しんだ食器などを利用し、配席も利用者の意向を聞き、一人席・グループ席・テレビの前など、快適にリラックスして食事ができるような配慮がみられた。</p>
A - 4 終末期の対応	<p>* 利用者が終末期を迎えた場合の手順について、看取り介護マニュアルを整備し、利用者・家族からの希望があった場合は、看取り介護を行う体制を整えている。現在、終末期のケアが必要な利用者はいないが、必要の際は担当者会議、カンファレンスを行い、主治医と連携して対応することとしている。</p> <p>* 看取り介護についての理解を深めるため、施設内「看取り研修」を年1回実施。また、看取り介護外部研修に1名参加し、復命を通して実践に活かすこととしている</p>
A - 5 認知症ケア	<p>* 認知症対策総合施設「みゆきの里」として複数の施設が連携して医療・介護・福祉と多角的なアプローチで認知症のケアが行われ、認知症高齢者が安心・安全に生活できる環境が整備されている。年間職員研修計画を策定し認知症基礎職員研修を年3回開催しており、職員一人ひとりが理解を深め事例を通して即実践に繋げることとしている。</p> <p>* 認知症ケア「ユマニチュード」を導入し、本年2月には「ユマニチュード研修会」を実施。事例検討・ロールプレイングなど、コミュニケーションスキルの向上と改善への取り組みが進められている。職員用通路階段の壁面には、ユマニチュードの基本「見つめること・話しかけること・触れること・立つこと」を絵にして掲示し、職員の意識を高める取り組みも見られる。</p> <p>* ユニット内では24時間シートに基づき、見守りと観察ケアを行い、介護業務日誌に記録し、スタッフ間の情報交換や医療機関と連携して認知症ケアに当たっている。</p>
A - 6 機能訓練、介護予防	<p>* 一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、実施・評価・見直しが行われている。「みゆきの里」は複数の施設が連携しているため、利用者の状況に応じて、病院リハビリや専門職（理学療法士・作業療法士等）の指導・助言を受けて機能訓練や介護予防活動が行われている。機能訓練の効果を含めて自主参加によるレクレーションや利用者本人の希望を取り入れた「アクティビティ推進」プロジェクトの取り組みも見られる。</p>
A - 7 健康管理、衛生管理	<p>* 利用者の健康管理については、ケアプラン及び24時間シートで既往歴、食事・水分摂取状況、排泄状況、服薬情報などきめ細かに把握されている。看護・介護日誌に利用者一人ひとりの健康状況、夜勤等交代時の申し送り事項を記録し、日中は看護師1名配置、医師、医療機関との連携体制は確立している。</p> <p>* 夜間における緊急時の対応マニュアル、感染症・食中毒対応マニュアルが整備され、年に2回、感染症及び食中毒及び蔓延の防止に関する研修が実施されている。看護師との連携を密にし、感染症等の発生時は、主治医へ連絡、受診対応としている。平成26年度は</p>

	<p>感染症の発生は無かった。インフルエンザ発生時は、利用者への面会を控え、各居室に加湿器を設置している。職員には全員予防接種を支援、職員の健康状態も出勤時に確認し、発生予防の取り組みを強化している。</p> <p>* 面会受付コーナーには、面会時に石鹸での手洗い、帰宅時のうがい、受付での手指消毒、インフルエンザ流行時のマスク着用等の注意事項を掲示して利用者家族への協力を求めている。</p>
A - 8 建物・設備	<p>* 「みゆき東館」は平成25年4月に、地域密着型介護老人福祉施設として開業、広大な敷地の中、2階建ての館内は、利用者や来所者が利用しやすいように全館バリアフリーの構造となっている。エントランス・ロビー・廊下の空間が広く、テーブル・ソファ・椅子・談話スペースと快適に落ち着ける雰囲気が感じられる。移動経路には障害物がないように、UDに配慮した設備となっている。1階は交流スペースとして研修や会議、地域の方々との交流の場、また緊急避難場所として活用されている。ユニットケア居室は2階に位置し、バルコニー、ウッドデッキから広い公園が一望、自然の景色が広がり、開放的である。</p> <p>* 毎月1回、建物・設備の点検を専門業者に委託し、チェック表で管理し、安全対策が講じられている。</p>
A - 9 家族との連携	<p>* 本年度から2か月に1回、家族会の開催が予定されている。毎月1回「みゆきナビ」(施設だより)を発行、施設のイベントの様子や行事のお知らせ、新規入居者の紹介などが掲載されている。発送の際には担当者は一筆箋を同封し、利用者の近況をお知らせする等きめ細かな支援、情報発信が行われ家族の安心感に繋がっている。また、必要に応じて面会時や電話等で状況報告を行い、家族との連携が適切に行われている。</p>

(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	12	
	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		

# 評価細目の第三者評価結果

【 地域密着型特別養護老人ホーム みゆき東館 】

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、基本方針が確立されている。		
	- 1 - ( 1 ) - 法人や事業所の理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c
	- 1 - ( 1 ) - 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
- 1 - ( 2 ) 理念、基本方針が周知されている。		
	- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c

## - 2 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 2 - ( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	- 2 - ( 1 ) - 中・長期計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - ( 1 ) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
- 2 - ( 2 ) 事業計画が適切に策定されている。		
	- 2 - ( 2 ) - 事業計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - ( 2 ) - 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - ( 2 ) - 事業計画が利用者等に周知されている。	a・Ⓑ・c

## - 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 3 - ( 1 ) 管理者の責任が明確にされている。		
	- 3 - ( 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。	Ⓐ・b・c
	- 3 - ( 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。	Ⓐ・b・c
- 3 - ( 2 ) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	- 3 - ( 2 ) - 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
	- 3 - ( 2 ) - 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c

評価対象 組織の運営管理

## - 1 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 1 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	- 1 - ( 1 ) - 事業経営をとりまく環境が確に把握されている。	Ⓐ・b・c
	- 1 - ( 1 ) - 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	Ⓐ・b・c
	- 1 - ( 1 ) - 外部監査が実施されている。 社会福祉法人のみ対象(他は評価外)	Ⓐ・b・c

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 2 - ( 1 ) 人事管理の体制が整備されている。		
	- 2 - ( 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
	- 2 - ( 1 ) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	Ⓐ・b・c
- 2 - ( 2 ) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	- 2 - ( 2 ) - 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・Ⓑ・c
	- 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
- 2 - ( 3 ) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	- 2 - ( 3 ) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	Ⓐ・b・c
	- 2 - ( 3 ) - 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組が行われている。	a・Ⓑ・c
	- 2 - ( 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・Ⓑ・c
- 2 - ( 4 ) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	- 2 - ( 4 ) - 実習生の受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。	Ⓐ・b・c

- 3 安全管理

		第三者評価結果
- 3 - ( 1 ) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	- 3 - ( 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。	Ⓐ・b・c
	- 3 - ( 1 ) - 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・Ⓑ・c
	- 3 - ( 1 ) - 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・Ⓑ・c

- 4 地域との交流と連携

		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。		
	- 4 - ( 1 ) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
	- 4 - ( 1 ) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
	- 4 - ( 1 ) - ボランティア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。 社会福祉法人等公益法人以外は評価外	Ⓐ・b・c
- 4 - ( 2 ) 関係機関との連携が確保されている。		
	- 4 - ( 2 ) - 必要な社会資源を明確にしている。	a・Ⓑ・c
	- 4 - ( 2 ) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
- 4 - ( 3 ) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	- 4 - ( 3 ) - 地域の福祉ニーズを把握している。 社会福祉法人等公益法人以外は評価外	Ⓐ・b・c
	- 4 - ( 3 ) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 社会福祉法人等公益法人以外は評価外	Ⓐ・b・c

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。		
	- 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組を行っている。	Ⓐ・b・c
	- 1 - ( 1 ) - 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。	a・Ⓑ・c
- 1 - ( 2 ) 利用者満足の向上に努めている。		
	- 1 - ( 2 ) - 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。	Ⓐ・b・c
- 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。		
	- 1 - ( 3 ) - 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・Ⓑ・c
	- 1 - ( 3 ) - 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
	- 1 - ( 3 ) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・Ⓑ・c

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 - ( 1 ) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
	- 2 - ( 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
	- 2 - ( 1 ) - 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
- 2 - ( 2 ) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	- 2 - ( 2 ) - 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・Ⓑ・c
	- 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。	Ⓐ・b・c
- 2 - ( 3 ) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	- 2 - ( 3 ) - 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。	Ⓐ・b・c
	- 2 - ( 3 ) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・Ⓑ・c
	- 2 - ( 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。	Ⓐ・b・c

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
- 3 - ( 1 ) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	- 3 - ( 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。	Ⓐ・b・c
	- 3 - ( 1 ) - 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。	Ⓐ・b・c
- 3 - ( 2 ) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	- 3 - ( 2 ) - 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。	Ⓐ・b・c

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
- 4 - ( 1 ) 利用者のアセスメントが行われている。		
	- 4 - ( 1 ) - 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	①・b・c
- 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。		
	- 4 - ( 2 ) - サービス実施計画を適切に策定している。	①・b・c
	- 4 - ( 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。	①・b・c

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。	①・b・c
	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。	①・b・c
	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。	①・b・c

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。	①・b・c
	A - 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。	①・b・c
	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。	①・b・c
	A - 2 - 褥瘡の発生予防を行っている。	①・b・c

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・①・c
	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。	①・b・c
	A - 3 - 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	①・b・c

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。	①・b・c

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。	①・b・c
	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。	①・b・c

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。	①・b・c

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。	①・b・c
	A - 7 - 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	①・b・c

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。	①・b・c

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。	①・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象 ~ )	41	12	0
内容評価基準 (評価対象 A - 1 ~ A - 9 )	17	1	0
合 計	58	13	0