

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	施設長：長尾 雅子	定員（利用者人数）：	70 名 <small>（うち短期入所10名）</small>	
所在地：	兵庫県宝塚市中筋2丁目10番18号			
TEL	0797-80-4165	ホームページ：	<a href="http://www.aijinkai.or.jp/aiwakai/">http://www.aijinkai.or.jp/aiwakai/</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成12年10月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人愛和会			
職員数	常勤職員：	40 名	非常勤職員：	6 名
専門職員	施設長	1 名	看護職員	2 名
	管理医師	1 名	介護職員	4 名
	看護職員	4 名		
	介護職員	29 名		
	機能訓練指導員	1 名		
	管理栄養士	2 名		
	介護支援専門員	1 名		
	生活相談員	1 名		
施設・設備の概要	(居室数)	36室 70床	(設備等)	特浴, 徘徊センサー, 床暖房等
		(個室, 多床室合計)		

③理念・基本方針

<p>&lt;理念&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 広く社会のためにより良い保健福祉サービスを提供し、生きがいのある社会生活の増進に貢献する。</li> <li>2. 人間の尊厳と人権を尊重し、公平で平等な法人活動に努める。</li> <li>3. 地域社会との協調を深め、創意工夫をこらして利用者の保健福祉の向上と法人の健全な発展を図る。</li> <li>4. 保健福祉に携わるものとしての使命を自覚し、学識、技術の研鑽と人間性の向上に努める。</li> <li>5. 自主性と和の精神を重んじ、利用者と共に法人に働く誇りと喜びを共にする。</li> </ol> <p>&lt;基本方針&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 私たちは、利用者が主体的、自立的に生きていくことを援助します。</li> <li>2. 私たちは、利用者一人一人が住み慣れた地域でより長く、より豊かに生活できるよう援助します。</li> <li>3. 私たちは、地域の皆様から信頼され愛されるよう開かれた施設作りに努めます。</li> <li>4. 私たちは、サービス利用者の方が必要とする情報の提供を行うように努めます。</li> </ol>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>同法人内にケアプランセンターや訪問看護ステーションがある強みを生かして、医療度が高く重度の利用者であっても、連携を十分とりながらショートステイで受け入れている。特養として積み上げた看取りケアの実績を活かしながら、ショート利用者の看取りにも取り組んでいる。                  保育所や児童館が同じ施設にあることで、異世代交流を積極的に行っている。                  福祉避難所マニュアル作成や、行事、介護予防教室などを通して、地域住民の方と顔の見える関係づくりに努力している。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 2 月 1 日 (契約日) ~ 平成 29 年 5 月 28 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年3月2日・3月7日・3月10日
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成 23 年度)

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>組織の運営管理 「社会福祉法人愛和会」「宝塚あいわ苑」として、運営管理体制が確立している。各種規定を整備し、各種会議・委員会が定期的に開催され機能している。宝塚あいわ苑の中長期計画をもとに、各事業所が年次の「方針管理事業計画」を策定し、毎月と半期ごとの評価・見直しにより、理念の実践に向けて取り組む体制が整備され、継続している。</p> <p>地域交流・地域貢献 自治会・民生児童委員協議会等地域の関係機関・団体と連携を密にし、積極的に地域交流と地域貢献に取り組んでいる。機能を活かして「あいわの集い」「介護教室」「認知症ケア講習会」「サロン」等を開催したり、ボランティアや実習生の受け入れを行っている。福祉避難所として登録し、地域での合同防災訓練に参加し、また、一般避難所から福祉対象者の移送訓練を行い、福祉避難所としての役割を地域に向けて発信している。</p> <p>サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み 各事業所が、年次の「方針管理事業計画」「業務改善推進計画」を策定しPDCAサイクルにもとづいた取り組みを行う、職員参画で各種委員会活動を行う、利用者満足度調査を実施する等、サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組みが継続されている。</p> <p>職員の資質向上 人事評価規程に基づいた人事評価制度を導入し、職種別・階層別目標設定、定期的な個人面談による目標管理の仕組みを構築している。新人研修・施設内研修・事業所内研修・外部研修・能力開発ガイドラインを用いた教育システム等、職員育成の体制が整備されている。キャリアパスを活用し、職員の意欲向上にも努めている。</p> <p>適切なサービス提供と支援への取り組み 「利用者プロフィール」「ケアチェック表」で把握した情報をもとに、個別具体的なケアプランを作成し、実施状況をケア別に細分化されたチェック表と項目別に記録する様式のケース記録で確認しながら、定期的及び随時のカンファレンスで検討し、現状に即した個別支援に取り組む体制が整備されている。入浴ケアチーム・排泄ケアチームの設置、CS委員会のラウンド、一覧表によるケアの統一、各種会議の定期開催等、職員間の情報共有と連携が図られている。各種クラブ活動、朝の会でのレクリエーション、機能訓練・外出行事、ボランティアや保育園児等によるデイサービスとの合同イベント、夏祭りやあいわの集い等の施設行事、生活を楽しみ活性化する機会作りに努めている。</p> <p>医療との連携体制 平日の日中は管理医師が常駐し、法人の医療機関から週3回往診がある等、看護師と連携を密にし健康管理と早期発見・早期対応できる体制が整えられている。看護師・医師との夜間オンコール体制、「看取り指針」にもとづいた多職種での支援体制等、利用者・家族の希望があれば看取り介護を行う体制が整備されている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>たいへんよく取組まれていて、大きな改善点はありません。事業計画について、主な内容を広報誌等にわかりやすく掲載する等、利用者・家族にも周知する工夫を期待します。</p>

## 特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自己評価により自施設の強み、弱みが明確になり、課題が整理できた。又第三者評価受審時に評価調査者との意見交換により引き続き継続すべき課題、早急に改善すべき課題が確認できたことは職員の自信と励みとなった。今後も理念に添って地域貢献していきたい。

### ⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

### 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・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。	a・b・c
<コメント> 理念、モットー、基本方針を明文化し、1階ロビーに大きく掲示し、利用者・家族・外来者に明示している。理念は法人の使命や考え方を明示し、基本方針は、法人の理念との整合性が確保され、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。パンフレット・ホームページ・広報誌にも明示し、利用者・家族、また、広く一般にも周知に取り組んでいる。掲示・全体朝礼での唱和・名札裏への明示などにより職員の周知を図り、全体研修で定期的・継続的に理解を深めている。		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<コメント> 施設長会・各種外部研修への参加、福祉施設協会からの情報、福祉新聞・雑誌等から、社会福祉事業全体の動向についての把握に努めている。宝塚市高齢者福祉計画・第6期宝塚市介護保険事業計画を把握・分析し、また、「地域つながる会議」等への参加から得た情報をもとに、事業経営をとりまく環境を把握している。運営会・合同連絡調整会で、月々の利用者の動向やコスト分析を行っている。		
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。	a・b・c
<コメント> 経営環境、組織・人員体制、財務状況等については、運営会で定期的に評価・分析を行い、合同連絡調整会で報告・改善策の検討を行う仕組みがある。理事会・施設長会で報告し、役員間で共有されている。職員にも伝達して共有し、各種委員会や業務改善チームを組織し、継続的な取り組みを行っている。		

##### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<コメント> 宝塚市中長期計画、宝塚地区中期計画の把握・分析を基に、あいわ苑の中長期計画を策定している。中長期計画は、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしている。高齢者部門・児童部門の中長期計画を策定し、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。収支計画については、年度毎に数値目標を挙げている。単年度計画の評価・見直し時に、中長期計画の評価・見直しを行い、必要に応じて修正する仕組みがある。		

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 中長期計画基に、各事業者が単年度の事業計画を策定している。方針管理を作成し、職員参画で、期間を定め、評価しながら取り組めるような、具体的な内容となっている。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 各事業所の事業計画は合同連絡調整会で共有し、各事業所の会議で職員に周知している。実施状況は毎月施設長に報告し、施設長がフィードバックしている。半期ごとに事業計画評価表で評価を行い、下期の計画を修正して取り組んでいる。毎月職員に配布する「あいわ通信」に、新年度・上期・下期に分けて、事業計画と実施状況・評価を報告し、職員参画で取り組んでいる。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 事業計画を施設内に掲示し、閲覧できるようにしている。事業計画の主な内容を、広報誌等にわかりやすい記事で掲載する等、利用者・家族にも周知する工夫を期待する。		

I-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
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 方針管理実施計画により、PDCAサイクルにもとづいたサービスの質の向上に取り組み、毎月と半期ごとに評価を行う体制が整備されている。満足度調査・兵庫県の自己評価・情報の公表制度での自己評価を用いて、定められた評価基準にもとづいた自己評価を実施している。評価結果の分析・検討は、各種委員会やミーティングで行っている。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 評価結果にもとづく課題は、委員会の議事録やミーティング記録に文書化し職員間で共有している。内容に応じて、方針管理の計画に採り入れ、PDCAサイクルにもとづいて改善に取り組む仕組みがある。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、方針管理実施計画の中に、事業所の管理・運営に関する方針と取り組みを明示している。内容については、「あいわ通信」に掲載し表明している。職務分掌について運営規程に文書化し、設置・閲覧により職員の周知を図っている。有事における管理者と役割と責任については、福祉避難所開設・運営マニュアルの中に、不在時の権限移譲も含め明確にしている。		

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法令順守規定、利益相反管理規定を整備し、管理者は遵守すべき法令・規定について理解している。管理者は、各種連絡会・外部研修に適宜参加し、積極的に学ぶ機会を持っている。法人として、ソーシャルメディア管理・廃棄物処理・車両関係など、幅広い分野の法令理解にも努め、規程や委員会を設置し取り組んでいる。法人全体研修で「倫理・法令遵守について」の研修を毎年実施し、個人情報保護法を新入職者研修の必修項目にする等、職員の周知を図っている。</p>		
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。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、各種委員会・役職会議に出席し、職員の意見やサービスの質の現状について把握に努めている。方針管理実施計画・業務改善推進計画にもとづいた、サービス質向上に向けた体制を整備し、職員参画で取り組むと共に、管理者も指導力を発揮している。教育研修委員会を設置し、職員の教育・研修の充実を図る体制作りを行っている。</p>		
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。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事・労務・財務については、運営会議で現状把握・分析・改善を行い、事業所の方針管理にもとづいた運営のため、人員配置や職場環境整備に取り組んでいる。業務改善については、業務改善推進委員会を設置し、各事業所で管理者はアドバイザーとして指導力を発揮し、職員が積極的に参画して計画的に取り組む体制づくりができています。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念に、人材育成に関する方針を明文化している。人員体制については、運営会議で事業所別の定員について検討し、配置承認を受け、「愛和会 宝塚地区 年度定員管理」として年度の人員配置を明確にしている。毎月人員体制を把握し、愛仁会本部の人事部とあいわ苑人事部とが連携を図り、計画にもとづいた人材の確保と育成を実施している。養成校の説明会への参加・実習生の受け入れ・ハローワークや県社協の人材バンクの利用等で、人材確保に努めている。施設内研修・事業所内研修・愛仁会グループ介護職員能力開発プログラム・外部研修等、人材育成のための研修体制を整備している。</p>		
15	II-2-(1)-② 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>法人の基本方針に、「期待する職員像等」を明文化している。人事基準を明確に定め、就業規則の設置・職員必携の配布・ネットワークシステム等により、職員に周知されている。人事考課制度を導入し、人事評価規定により役職・職種別に基準を定め、一定の人事基準にもとづいて評価を行っている。定期的、随時に職員個人面談を行い、職員の意向・意見の把握に努め、迅速に対応している。職種別にキャリアパス制度を整備し、自らの将来像を描くことができる仕組みがある。職員処遇の水準については、施設長会でエリア毎の水準を検討し、理事会で基準を定める仕組みがある。</p>		

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 法人の人事担当部署が労務管理を担当し、責任体制を明確にしている。タイム・ワークシステムを採り入れ、就業管理を行っている。月単位で就労状況・公休等を職員毎に管理し、有給の取得に格差が生じないように配慮している。ストレスチェックを実施し、必要者には受診案内を行っている。法人医療機関に、臨床心理士によるカウンセリング窓口を設置している。全職員にインフルエンザ予防接種を実施している。腰痛検診を年1回実施し、腰痛予防体操の研修も行っている。鍼灸院と協定を結び、マッサージ・はり等を受療できる仕組みもある。定期的・随時の面談があり、個別に相談できる機会がある。映画鑑賞・旅行・パソコン教室・ベネフィットワン加入等、福利厚生支援体制を整備している。育児・介護休暇、勤務場所・時間調整、半日休暇制度の採り入れ等、個々の職員の状況に沿って、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境整備を行っている。人材や人員体制については、事業計画にも反映し実行している。福利厚生の充実・ワークライフバランス・研修の参加促進等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 法人の基本方針に「期待する職員像」を明文化し、人事評価規程 に基づいて基準書を策定し、職種別・階層別の評価項目・評価基準・判定基準を定め、目標管理を行う仕組みを構築している。職員教育に関するアンケートを実施し、各職員個別に取得したい資格、目標等について自己評価を行い、個人面談等を通じて目標を設定している。目標期限は、基本的には1年とし、年度初めの面談で目標設定を行い、年度末、新年度に進捗の評価、目標達成度の確認を行い、次の目標に反映する仕組みがある。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 法人の基本方針に「期待する職員像」を明示し、人事評価制度で目標設定を行っている。業務上必要な資格について各事業所で明確化し、年度初めに資格取得のために必要な研修が受講できるよう計画的に取り組んでいる。教育研修委員会で全体研修会の年間計画を策定している。事業所内では、年間研修計画を策定してフロア学習会を実施し、参加しやすいように勤務時間内に実施している。介護職員は能力開発ガイドラインに基づいて、卒後5年目までの教育を実施している。全体研修では受講後にアンケートを実施し、毎回研修の内容について評価を行っている。アンケートの集計結果を基に、定期的に教育研修委員会で研修内容やカリキュラムの評価を行い、次年度の研修計画策定に反映させている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 年度初めに資格取得調査を実施して「資格取得者一覧表」を作成し、事業所ごとに資格取得者を把握し管理している。法人で、中途採用者対象も含め新入職員研修を複数回開催している。配属後、各事業所で必要な研修を行い、職種別にガイドラインに沿って、個別にOJTを実施している。テーマ別研修について適任者を選任し受講支援を行っている。外部研修案内が来れば、掲示して希望者を募り、また、目標設定時の希望や役割に応じた必要性等を勘案し参加を促している。業務に関する外部研修については「職員研修出張規程」により公務・公費扱いとし、伝達研修を実施して職員の質の向上を図っている。		

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	a ・ <b>(b)</b> ・ c
<コメント> 法人として、社会福祉士・介護福祉士・看護師等の実習生を受け入れている。社会福祉士・介護福祉士・看護師養成校が作成した研修プログラムに基づき研修を実施している。実習指導者マニュアルを整備し、指導者に対する研修を実施している。実習中には養成校教員が来訪し、カンファレンスなどを通じて、養成校と協力・連携を図りながら実習が効果的に行えるよう支援する仕組みがある。 愛和会実習生受け入れ規程を整備しているが、受け入れの目的・趣旨等基本姿勢を明文化することが望まれる。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<コメント> ホームページに法人の理念や基本方針、提供する福祉サービス内容、予算・決算等を掲載し公開している。事務所前に事業計画・事業報告・予算・決算について掲示している。主に広報誌「みらい」で、法人の役割や活動状況について、地域に向けての情報提供を行っている。自治会と連携を図り配布すると共に、地域包括支援センターや行政の窓口等にも設置している。第三者評価の受審については広報誌「みらい」に掲載し、受審結果は公開を予定している。全体的な対応が必要な苦情はこれまでになく、公開の状況はないが、あれば広報誌で公開する仕組みがある。		
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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<コメント> 事務、経理、取引等に関するルールを施設組織規定等各種規定で明確にし、職員に書面を配布し周知している。施設組織規定の中で職務分掌と権限・責任も明確にしている。公認会計士・税理士等外部の専門家に、必要に応じて相談・助言を受ける体制が整備されている。外部監査を導入し、監査法人による監査が実施され、監査結果からの指摘事項について改善計画を立て、改善に取り組む仕組みがある。また、愛仁会本部の財務部職員と公認会計士による内部監査を実施している。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<コメント> 法人理念に、地域との関わり方について明文化している。市の広報紙、社協連携ボランティア案内、地域行事の開催案内パンフレット等を設置し、利用者に情報を提供している。地域の夏祭りに、職員が利用者と共に参加し、だんじりが事業所を来訪している。「あいわの集い」には利用者、地域住民、民生児童委員等が参加し、地域との交流の機会となっている。あいわ苑の夏祭り開催時には、ボランティアが来訪し支援を行い、日常的にもボランティアの受け入れを行い、利用者の楽しみとなっている。民生委員児童委員協議会の施設見学会時に、利用者が委員と共に食事を楽しむ機会を設けている。幼稚園や保育所との、定期的な交流の機会もある。福祉避難所の合同訓練は、地域と共に大規模に行っている。通院、近隣の店舗への買い物等、利用者の希望に沿って支援している。		



特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ボランティア受け入れ規定」を整備し、受け入れに関する基本姿勢を明文化している。ボランティア受け入れ時には、「ボランティア申込書」「ボランティア活動準備票」「活動報告書」を作成している。「ボランティアを始められるかたへ」の冊子を作成し、必要な研修を開始前に実施している。特別支援学校等の学校教育実習受け入れ実績がある。トライやるウィークの受け入れについては実習に分類している。</p> <p>「ボランティア受け入れ規定」に、学校教育等への協力について基本姿勢を明文化することが望まれる。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政機関・医師会・介護福祉サービス事業所等活用できる機関の情報をリスト化して設置している。活用した社会資源や、外部機関との会議等で得た情報を、職員会議や委員会などで職員間で共有している。民生児童委員協議会・地域つながる会議等、関係機関・団体との定期的な連絡会を行っている。福祉避難所施設連絡会・民生児童委員協議会・地域連携会議・地域包括支援センター等と協働し、課題解決に取り組んでいる。地域サポート型特養事業で在宅高齢者の夜間緊急連絡対応の役割を担っている。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域交流スペースを活用して「あいわの集い」を開催し、地域住民との交流を行っている。「介護教室」「認知症ケア講習会」等を開催し、サロンでの広報、開催案内の設置、広報誌への掲載など、地域に参加を呼びかけている。「あいわの集い」で福祉相談コーナーを設け相談対応を行っている。地域での合同防災訓練に参加し、また、一般避難所から福祉対象者の移送訓練を行い、福祉避難所としての役割を地域に向けて発信している。民協と連携して福祉募金活動への参加や、長尾地区の安心地区推進協議会に参加して、地域サロンの活動拡大に向けた支援等、地域の活性化に貢献している。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各職種の職員が地域のサロンへ出向き、事業所として有している専門的な知識を地域へ還元するよう取り組んでおり、そこで地域の現状やニーズ等の把握に努めている。定期的に民協の定例会に参加し、地域の民生委員との交流を通して地域の具体的なニーズの把握に取り組んでいる。あいわの集いで福祉相談等を通じて、地域の多様な相談に応じている。児童委員と、児童館での出前講座を通じて交流し、食育等具体的事例への対応を話し合っている。まちづくり協議会が虐待防止月間開催する研修に職員が参加し、サイバー犯罪や子どもの虐待について学ぶ機会を持っている。地域連携会議で、訪問系と居宅サービス事業所が地域の要援護者リストに基づく安否確認方法を、「一人も見逃さない支援活動」をモットーに地域包括と連携して検討している。また、子ども食堂・げんきっ子等、地域ニーズにもとづく支援活動を行っている。中期計画に地域活動の充実をあげ、重点施策実施項目として事業所計画に盛り込んでいる。地域から地域の現状や情報提供を受け、地域サポート型特養の実施に至っている。</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

		第三者評価結果
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。	○a・b・c
<コメント> 理念に「人間の尊厳と人権を尊重し」と明示し、理解と実践に取り組んでいる。能力開発ガイドラインに職種別倫理綱領を、施設管理規定の中に倫理規定を明示している。倫理マニュアルを整備し、介護基本マニュアルにも利用者尊重に関する姿勢を明文化している。新入職のオリエンテーションで学ぶと共に、全体研修の「倫理・法令順守について」研修で定期的・継続的に学ぶ機会を持っている。CS委員会・倫理委員会でのラウンドや利用者・家族へのアンケート調査により、定期的に状況を把握・評価し、必要な対応を図っている。		
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。	○a・b・c
<コメント> プライバシー保護マニュアル・高齢者虐待防止マニュアルを整備し、研修を実施して職員の理解と周知を図っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法も、マニュアルに明記されている。プライバシー保護と権利擁護については、重要事項説明書・個人情報利用同意書に沿って、契約時に利用者・家族に説明している。CS委員会・倫理委員会でのラウンドや利用者・家族へのアンケート調査により、実施状況を把握・評価している。環境面では、多床室は自由に移動でき、各ベット間はカーテン・タンスで仕切りられ、利用者のプライバシーを守るよう空間が確保できている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 理念・サービス内容をホームページに掲載している。各事業で、言葉遣いや写真・図・絵の使用しサービス内容をわかりやすく説明したパンフレットを作成し、多くの人が入手できるように、関係機関に配布・設置している。宝塚あいわ苑の広報誌「みらい」でもサービス内容を紹介し、広く配布・設置している。利用希望者には、入所までの流れ・必要書類・利用料などについて、個別に丁寧な説明を行い、見学に対応している。ホームページ・パンフレットは随時見直し、広報誌は年3回発行し、最新の情報を提供している。		
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。	○a・b・c
<コメント> サービス開始時に、契約時のマニュアルに沿って、契約書・重要事項説明書・各種同意書・事業所独自のわかりやすい資料を用いて説明を工夫し、文書で同意を得ている。相談員だけではなく、各専門職員が、それぞれの立場から施設生活についての説明を行い、不明点や不安の解消に努めている。意思決定が困難な利用者については、身元引受人・署名代行人・立会人をルール化して、適正な説明、運用が図られている。		

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	a ・ <b>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書の「円滑な退所のための援助」の条項に沿って、主に、入院時の医療機関への情報提供という形で移行の援助を行っている。相談・苦情受付担当者を、退所後も含めて、生活相談員とし、重要事項説明書に記載している。 退所後の相談窓口については、口頭で説明されているが、文書の交付が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足度調査を年1回実施している。CS委員会を担当部署とし、集計結果から課題があれば検討し、検討結果を各事業所・部署に持ち帰り、改善しサービスや運営に反映させるように取り組んでいる。内容に応じて、事業計画に盛り込んだ取り組みも行っている。アンケート集計結果は利用者家族にすべて開示し報告している。3ヶ月に1回のプラン見直し時の面談と、意見聴取のための個別面談の機会を設けている。年1回2ユニット毎に「入居者意見交換会」を開催し、出された意見を職員会議で報告し共有している。家族会も年1回開催し、開催時はユニット毎に着席し、報告等を行った後の歓談会を開催し意見や要望を聴取する機会となっている。</p>		
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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制を重要事項説明書に明記し、配布と掲示を行っている。意見箱の設置、アンケート調査を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。受け付けた苦情は、「苦情受付書」に内容・対応の経過・解決内容・再発防止・利用者や家族へのフィードバックを入力し、職員には書面で回覧し周知する仕組みがある。事業所内の会議で検討し、支援やサービスへの反映に取り組んでいる。また、事例は必ず毎月の苦情解決委員会に報告され、部門を超えて苦情内容と再発防止策の周知徹底を図っている。</p>		
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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に、苦情解決の体制・窓口を明示し、相談・意見についても同じ窓口で受け付けて対応する旨を、契約時に説明している。重要事項説明書は配布すると共に、掲示も行っている。利用者毎に担当制になっており、家族来所時は可能な限り担当職員が対応し、状況報告をして相談や意見を述べやすい雰囲気づくりに努めている。各ユニットの壁面の見やすい場所に当日出勤職員の写真を掲示し、また、年1回程度、全事業所の職員を写真入りで紹介する通信を配布し、相談しやすい環境を整えている。ユニットの一角を仕切り、プライバシーを確保しながら個別に相談できるスペースを確保している。</p>		
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。	a ・ <b>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見・相談を受けた場合は、苦情対応マニュアルに沿って対応する仕組みとなっている。意見箱の設置・アンケート調査の実施など、利用者の意見を積極的に把握する仕組みがある。入所相談で受けた相談内容は相談員が相談記録に記録している。各職員が相談を受けた場合には、利用者個々のケース記録に相談内容を記録している。相談内容や対応結果は、ミーティングや記録で周知し、個々の支援や全体のサービスに反映している。 定期的なマニュアルの見直し時期を明示し、定期的に見直しの検討を行うことが望まれる。</p>		

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 安全対策委員会を設置し、毎月、諮問委員会の中で開催し、リスクマネジメントについての体制を整備している。宝塚あいわ苑として、安全管理マニュアルを作成し、事故発生時の対応手順を明示している。全体研修会で、安全管理委員会が「安全管理学習会」を実施し、職員の周知を図っている。ヒヤリハット報告書の提出を奨励し、事故予防に努めている。事故事例は「危険認識表」として報告している。収集したヒヤリハット事例・事故事例は、委員会でデータ化し検討を行い、検討結果について各事業所に持ち帰り、各事業所で必要な対応を行う仕組みとなっている。事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性についても、委員会の中で行い、事業所でも検証している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設内で、感染防止委員会を設置し、管理体制を整備している。法人内の療養課長会で、2年計画で感染のワーキンググループの活動として「愛仁会グループ 感染症対策マニュアル」を作成し、各事業所に持ち帰り周知のための研修会を計画的に実施している。全体研修で感染防止委員会が主体となり、食中毒・感染防止について研修を実施している。職員通用口・玄関の洗面所にはうがい薬・洗浄液を設置し、マイクロテクトを使用した手指消毒、テーブル等清拭、空間散布等、感染症予防策を講じている。訪問系では、必ず消毒剤を個別に携帯し、感染防止を行っている。特養は、感染ワーキンググループが、「介護・福祉施設における完成防止対策評価チェックリスト(評価表)」に基づいて法人内の認定看護師によるラウンドを行い、指摘事項について計画的に改善に取り組む仕組みがある。発生時には、マニュアルの対応手順にもとづいて適切に対応している。今回、見直し後に策定した「感染症対策マニュアル」については、定期的に見直しを行う予定である。		
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やっている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 福祉避難所マニュアルを作成し、災害時の対応体制を明確に定めている。マニュアルをもとに、建物・設備・備蓄など、サービスを再開・継続するために必要な対策を整備している。マニュアルの中に「職員の招集について」として、職員の安否確認の方法を明示している。また、施設長が、事業所ごとに全職員の連絡先等を名簿で把握し、全職員はよい子ネットに加入しており、迅速に連絡できる体制がある。福祉避難所訓練を年1回、行政・自治会・各種福祉関連団体と協働で実施している。消防計画に沿って 特別養護老人ホーム・デイサービス合同での非常災害時訓練も実施している。年1回は消防署の年1回立ち合いもあり、昼間・夜間想定で実施している。備蓄については、施設内に共同備蓄を行うと共に、近隣のスーパーと備蓄協定を結び必要な物資を確保している。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 介護基本マニュアルを整備し、標準的な実施方法を文書化している。介護基本マニュアルの中に、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。介護職員能力開発ガイドラインに沿って、計画的に個別指導する体制が確立し、時期に応じた自己評価と上位者評価により達成度を確認する仕組みがある。		

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴・食事・排泄等、チームが形成されており、毎月、利用者の状況を確認しマニュアルの内容が現状に即しているかをチームで検証する仕組みがある。 定期的なマニュアルの検証と必要時の見直しについて記録に残し、マニュアルの変更履歴が把握できる仕組み作りを期待する。</p>		
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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設介護支援専門員を、施設サービス計画書の責任者としている。包括的自立支援プログラムのケアチェック表を活用して、アセスメントを実施している。介護支援専門員が、介護職員、機能訓練指導員、看護師、管理栄養士からの情報を集約してアセスメントを協議し、サービス担当者会議で検討し、具体的なニーズを明示した施設サービス計画書を作成している。6ヶ月に1回サービス担当者会議を開催し、計画通りにサービスが実施されているを確認する仕組みがある。支援困難ケースがあれば、経過や対応について、ケース記録や支援経過記録に記録している。 モニタリング書式の整備が望まれる。</p>		
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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>6か月に1回サービス担当者会議を開催し、計画の見直しを行っている。会議録を、職員連絡表と個人ファイルに綴じ職員に周知を図っている。重要事項説明書に、計画の作成及び変更の流れを明示し、定期的、及び、必要時の見直しを行い、現状に即した計画の策定に努めている。退院時や状態の変化時の見直しについては、ケース記録にカンファレンスの内容やケア内容の変更を記録している。 計画の随時の見直し時についても、計画書への反映が望まれる。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況はケアチェック表で把握している。ケース記録に、「ケアプラン経過」の項目番号があり、計画と実施の整合性を記録できる書式がある。「担当利用者チェック表」の「ケアプランの経過」欄で担当職員が1週間に1回実施状況を確認する仕組みがある。「項目リスト」の項目に沿って記録する「ケース記録」の書式や、役職者が確認後不備を指導する等、記録内容や書き方に差異が生じないように工夫をしている。毎日の朝礼・終礼、毎月の全体会議・フロアー会議を開催し、また、職員連絡表の活用により、情報共有を行っている。サービス担当者会議を定期的に部門横断で実施している。パソコンのネットワークシステムを利用し、情報共有を図ると共に、全職種が必要な時に意見を記入し、閲覧できる仕組みがある。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の個人情報保護規程により、保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を定めている。記録の管理責任者は、管理者としている。新人研修、施設内研修の「倫理・法令について」研修で、個人情報保護について継続的に学ぶ機会を設けている。職員は入・退職時に守秘義務に関する説明を受け、誓約書を提出している。利用者・家族には、契約時に重要事項説明書や個人情報利用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
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工夫している。	Ⓐ・ b ・ c
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。	Ⓐ・ b ・ c

特記事項

「利用者プロフィール」「ケアチェック表」で、利用者個々の心身の状況、生活歴、生活習慣、暮らしの意向等を把握している。アセスメントにもとづいて施設サービス計画書を作成し、利用者一人ひとりに応じた、自立に向けた生活となるよう支援している。定期的にサービス担当者会議を開催して検討し、改善に取り組む仕組みがある。生け花・書道・音楽療法・カラオケ等のクラブ活動、朝の会でのラジオ体操やゲーム、デイサービスとの合同イベント等に参加し、趣味や嗜好に応じて生活が楽しめるように工夫している。傾聴ボランティア、地域のボランティアグループの来訪があり、夏祭りやあいわの集いでは家族や地域住民の参加があり、活動の多彩化を図っている。週1回おやつバイキングの買い物に出かけている。地域の夏祭りや、年1回程度は外出行事を企画して出かける機会を持っている。できる限り、食堂、トイレ、風呂に移動し、毎朝寝衣から更衣し、生活にメリハリをつけている。離床臥床の時間については、カンファレンスで話し合い、個々の体力や身体状況に合わせて支援するようにしている。

「利用者プロフィール」「ケアチェック表」で、利用者個々のコミュニケーション状況を把握し、言葉カードや筆談など利用者の個別のコミュニケーション方法を工夫している。日常のコミュニケーションで把握した意向等は、ケース記録や職員連絡表に記録して共有し、日々の支援や施設サービス計画に反映している。言葉遣いや接遇については、全体研修や能力開発ガイドライン研修で学ぶ機会があり、CS委員会のラウンドチェックで実施状況を確認している。会話が少ない利用者については、表情の観察や声かけに努めている。また、役職者が毎朝フロアを巡回し、利用者に積極的に声かけを行い、傾聴する機会を作っている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
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。	Ⓐ・ b ・ c
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。	Ⓐ・ b ・ c
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。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-⑥ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ Ⓑ ・ c

ケアチェック表で利用者個々の入浴の自立度を把握し、入浴ケアチームを設置し、月に1回会議を開き、安全で羞恥心に配慮した介助方法を検討している。入浴表に、利用者個々の入浴方法、入浴順番を明示し、また、皮膚状態・処置内容を明示し入浴後のスキンケアを実施している。脱衣室の室温・浴室温度・シャワー温度・浴槽内温度は自動調節されているが、さらに入浴前には介助者の体感で確認している。機械浴室は壁面にパネルヒーターを設置して入浴時の温度調節を行っている。入浴前にはバイタルチェックを行い、37℃以上、血圧150以上で看護師に報告し入浴可否判断を行っている。浴槽周辺に手すりが設置され、入浴介助が必要な利用者はもちろん、自立で入浴可能な利用者にも見守りを行い事故予防に努めている。入浴日は決めているが、体調や意向により随時変更し、熱計表やケース記録に変更について記録している。入浴順は意向を尊重しているが、感染症や状況に応じて順番の変更を行うようにしている。入浴を拒否する利用者には、理由や状況を把握し誘導や介助等を工夫している。最新式の機械浴、一般浴槽が整備されている。入浴用の車いすやシャワチェア、座椅子などが用意され快適で安全な入浴が可能となっている。

ケアチェック表で利用者個々の排泄の自立度を把握し、排泄ケアチームを設置し、月に1回会議を開き、自立に向けた介助方法や排泄用品を検討している。「排泄用品使用一覧表」を作成し、個別に時間毎に使用する物品の種別を明示し、統一した支援を行うようにしている。「排泄表」に、排便・排尿の状況を時間ごとに記録している。共用のトイレは汚れ・臭いがなく清掃が行き届き清潔である。居室に設置されているポータブルトイレも、洗浄時に消毒液で洗浄し臭気は感じられない。全館冷暖房が完備され、隣接しているトイレ内も温度管理が行き届いている。トイレには立ち上がりの転倒事故予防のアーム式手すりや手が届きやすく工夫されたコールなど、安全面の配慮が見られる。排泄状況、食事・水分摂取を把握し、リハビリ計画による運動を日課とし自然な排せつに努めている。排泄マニュアルに沿って、おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等を行っている。夜間は大容量パットを使用する等、睡眠を妨げないように配慮している。ナースコール・センサーマットに対応できるPHSを各ユニットに8台設置し、迅速な対応に努めている。

ケアチェック表の基本動作介助・リハビリテーションについての項目で、個々の状態を把握している。状態に変化が生じた場合には、介護・リハビリ職員等多職種でカンファレンスを行い、バギーや歩行器、車いすの使用を検討し、自立した移動・移乗動作に向けた支援を行っている。カンファレンスの内容はケース記録に残している。使用している福祉用具の適正についても、カンファレンスで検討し必要な対応を行っている。福祉用具は使用前の点検を周知している。また、定期的には月に2回、利用者担当職員が点検を行い、担当利用者チェック表に記録している。フロアの職員配置、ナースコールの活用等により、移動・移乗に対する迅速な対応に努めている。フロアは広く、バリアフリーになっており、テーブルや椅子等の配置も工夫されて安全に移動しやすくなっている。車いす移動スペースも十分である。理学療法士、介護士が車椅子・杖・歩行器等利用者に合わせた福祉機器・福祉用具を準備している。

「褥瘡予防対策委員会」を設置し、「褥瘡マニュアル」を整備し、褥瘡予防の標準的な実施方法を定めている。OHスケール・予防フローチャート・K式スケールにより、発生リスクを把握し、利用者の状況に応じた体位変換・姿勢変換・マット使用を検討している。個別の介助方法については、居室や車いすに写真で明示し、傷や皮下組織のずれが起きないように安全な介助に努めている。事業所の勉強会で「褥瘡予防におけるスキンケア」の研修を実施している。担当職員と栄養士が栄養ケアモニタリングを毎月行い、利用者個々の食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。

毎朝、寝衣から更衣を行う際に、自分で選ぶ、相談して一緒に選ぶ、職員が本人の好みや季節を考えて選ぶ等、個別に支援している。年4～5回業者による衣類販売があり、家族に情報提供し、必要に応じて職員が購入を支援している。クリーニングスタッフの配置があり、洗濯や修繕を行っている。

毎朝、職員が、整髪・化粧・髭剃りなど整容を、意向を確認しながら支援している。月2回、訪問理美容があり、カットや毛染めなどのメニューを自由に選ぶことはできる。事前に理美容の希望を確認し、希望リストを作成し業者に伝えている。理美容スタイル申し込み表で好みの個別の希望を聴取し、希望に応じた支援を行っている。家族と外部の理美容院の利用に出かける際は、車いすの貸し出し等出かけやすいように支援している。

全室ベットの豆球で明るさを調節して、利用者の希望に応じた明るさになっている。こだわりのある利用者は希望があれば寝具の持ち込みは自由となっている。各階に静養室があり、希望や安眠のため一時的に静養室で過ごすことができるようにしている。

夜間就寝中の体位変換やおむつ交換、睡眠リズムの乱れや不眠者への対応等についてのマニュアルを作成することが望ましい。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○a ・ b ・ c
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。	○a ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○a ・ b ・ c

特記事項

ケアチェック表で嚥下状態等把握している。全員に栄養ケアマネジメントを行い、栄養状態だけでなく嗜好やアレルギーなども把握し、代替え食等、個々に考慮した食事を提供している。また、月1回栄養管理委員会にて検食結果を検討し、献立に反映している。食器は施設で統一したものを使用している。盛り付け前に管理栄養士が味付けや盛り付けを確認している。食事は清潔な冷温度配膳車で各階に運ばれ適温で提供している。気の合った利用者同士が自由に食事時間が過ごせるように配慮されている。安全に食事摂取ができるよう周囲に気を配りながら、介助の必要な利用者は介助テーブルで職員が見守り、可能な限り自力での食事摂取を促している。月1回（最終の日曜日）に昼食の主菜を三種用意して選択できるようにしている。居室に配膳する際も、保温に注意しながら、食事を迅速に提供している。

普通、一口、きざみ、みじん、ミキサー、トロミ等、利用者の嚥下能力に合わせた飲み込みやすい食事形態を工夫して提供している。利用者の食事摂取状況に応じてストロー付きマグカップや補助具スプーンを使用して、前半は自己摂取を見守り、また、足置き、クッションなどで良肢位を保ちながら自立を支援している。後半は職員が介助して全量摂取を促している。食事時には必ず看護職員が勤務する体制を整備している。夜勤帯での吸引については資格を有した介護職員が実施するようにしている。誤飲・誤嚥時の対応は、看護師から介護職員に説明している。食事・水分摂取量は「所在確認・バイタル・食事表」で把握し、必要な対応をしている。摂取量に問題がある場合には、関係職員が集まり捕食などを検討している。食事形態の調整、座位の工夫など、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。「栄養ケア・口腔維持計画書」を整備し、栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングシートを活用し、養ケア計画にもとづいた支援を行っている。発熱・歯痛など、突発的な状況の変化があれば、フロアから厨房に連絡し、適切な形状や内容に変更した食事を提供している。

口腔ケアの自立度は、ケアチェック表で把握している。口腔ケアについては栄養ケア計画書に記載し、実施方法については口腔ケア方法一覧表に示し、朝・昼・夕食後の実施については熱計表に記録している。週1回の歯科医師・歯科衛生士の往診時には、介護職員、管理栄養士が同行して診察結果を記録し、記録を職員に回覧して周知している。また、往診医から定期的に口腔ケア、誤嚥防止についての指導がある。事業所の勉強会でも口腔ケアに関する研修を実施している。昼食前に職員と一緒に口腔体操を実施し、食事時の誤嚥事故を予防している。口腔ケアが出来ない利用者にはウエットティッシュで口腔内の残渣物を取のぞき清潔保持の支援を行っている。食後、義歯は水洗し夜間消毒している。各フロアに使いやすい高さの洗面台が設置されており食後は口腔ケアを促している。



A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 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

特記事項

「看取りケアの指針」にもとづいて「看取りケアマニュアル」を整備している。入居時に「看取りケアの指針」を説明し、同意を得ている。事業所の勉強会で看取り介護について学ぶ機会を持っている。入居当初から看取りに対する指針について説明を行い看取り介護の同意を得ている。医師・看護師と夜間オンコールの連絡体制をとり、いつでも連絡対応できる体制となっている。看取りケアのカンファレンスには、各職種と役職者がはいる、職員の精神的なケアにも配慮している。利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じて、できる限り施設での看取り介護を行う体制を整えている。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○a・ b ・ c
A-5-② 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

特記事項

ケアチェック表で、利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。周辺症状を呈する利用者には、出現理由や状況を「24時シート」や「ひもときワークシート」等を活用して、把握・検討に取り組んでいる。認知症ケア委員会を設置し、勉強会を毎月実施して、利用者別にひもときワークシートを使用して事例検討を行い、あらゆる場面での個別の支援につなげている。認知症ケア委員会主催の定例学習会の中で、知識・情報を得ることができる仕組みがある。心療内科の医師と連携を図り、支援内容について助言を受け検討を行っており、経過はケース記録に記録されている。音楽療法では、少人数・多人数にグループ分けを行い、症状に合わせ活動への参加ができるように工夫している。身体拘束は行っていない。センサーマットを使用する場合は、身体拘束廃止委員会で毎月評価し検討している。

バリアフリーの3階・4階のフロアは明るい色調で統一され、居室と共用空間は広い廊下ですみ分けが明確となっており、開放的で、落ち着ける環境になっている。広い居室や廊下は自由に移動でき閉塞感が感じられない。また、職員は利用者の想いを推察して歩行時は付き添い行動の制限は行わないように支援している。テーブル上は整理整頓を行い、手指消毒薬・おしぼりの回収等にも注意を促している。フローアには利用者が思い思いに過ごせるスペースがあり、詰所の前にも椅子を設置して職員に見守られながら安心安全に過ごせるようになっている。居室には衣装箱や写真を持ち込まれている。各居室前には表札、トイレは一目でわかるよう表示されている。物の取り組みがある場合には個室対応したり、独語があり個室対応したりと個別の状況に合わせて対応している。

特別養護老人ホーム 宝塚あいわ苑

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 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

特記事項

「個別機能訓練計画書」を作成し、四肢関節可動域運動や座位保持練習などの個別機能訓練、トイレ動作練習や手洗い・髭剃りなどの日常生活動作訓練等のプログラムを作成している。計画にもとづいた実施は、個別の「ケース記録」の項目リスト「個別機能訓練」で記録し、3か月毎に計画書の末尾でモニタリング・評価を行っている。生活リハビリについては、施設サービス計画書に位置付けて、実施の記録・評価・見直しを行っている。会話・体操・リラクゼーションなど等の後で訓練を行ったり、ダンベルやボール等興味のあるものを使用する等、利用者が主体的に訓練を行えるように工夫している。作業療法士の配置があり、入所時より評価を行い機能訓練につなげている。指示が通りにくくなったり、不穏な状態が生じる等、変化が生じた場合は、心療内科の医師に相談し必要な助言を受ける体制が整備されている。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 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
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	○a・ b ・ c

特記事項

「熱計表」「排泄表」「バイタル・食事表」を整備し、入浴時には必ず行い、利用者の体調変化を早期に察知するように努めている。平日の日中は管理医師が常駐し、法人の医療機関から週3回往診がある等、変化や兆候があれば適宜医師に報告して対応できる体制が整えられている。終礼時の学習会で、与薬や低血糖症時などの対応について等学ぶ機会を持っている。全体研修会では「救命救急講習」を実施している。看護・介護職員が連携して、服薬準備・服薬・服薬確認を適切に行っている。健康状態は、個々の「ケース記録」の項目リスト「状態観察」で記録している。

「感染防止マニュアル」を整備し、感染症や食中毒に対する予防対策、発生時の対応方法を明記している。感染症流行時期には、出勤時に検温し体調変化を日々確認している。「感染防止マニュアル」に、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担している。全体研修会で、「食中毒予防」研修、「感染防止と清掃の重要性」研修を実施している。玄関と詰所前・各フロアに、手指消毒薬を設置している。来訪者には、ポスターを掲示し、手洗い・うがいなどを呼び掛けている。

A-8 建物・設備

	第三者評価結果
A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	○a・ b ・ c

特記事項

建物・設備の点検は委託業者により年2回実施され、快適性・安全性を維持する取り組みを行っている。安全委員会で、車いす・ベッド・ベッド柵等備品の点検を定期的に行い、チェック表に記録している。故障や不具合は安全委員会に報告し修理などの対応を行っている。共用空間は、大きなテーブル、壁面に貼られた装飾など、落ち着ける雰囲気作りが感じられる。広い廊下のスペースに椅子やソファを置き、少人数で楽しめ、自由に過ごせる環境に配慮されている。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

毎月発行の通信「ゆめふうせん」や季刊発行の広報誌「きぼう」等で、家族に定期的に施設の状況を報告し、面会時には担当職員が中心に利用者の状況を報告している。ケアプランの見直し時には定期的な面談を行い、サービス内容の説明を行ったり、要望や相談を聞く機会を持っている。面談の内容については、介護支援専門員が、支援経過記録に記録している。必要時・希望時にも相談を受け、ケース記録や支援経過記録に記録している。行事については、毎月「ゆめふうせん」に予定を掲載し、夏祭りについては開催案内を送付している。

A-10 その他

	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ ・ b ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

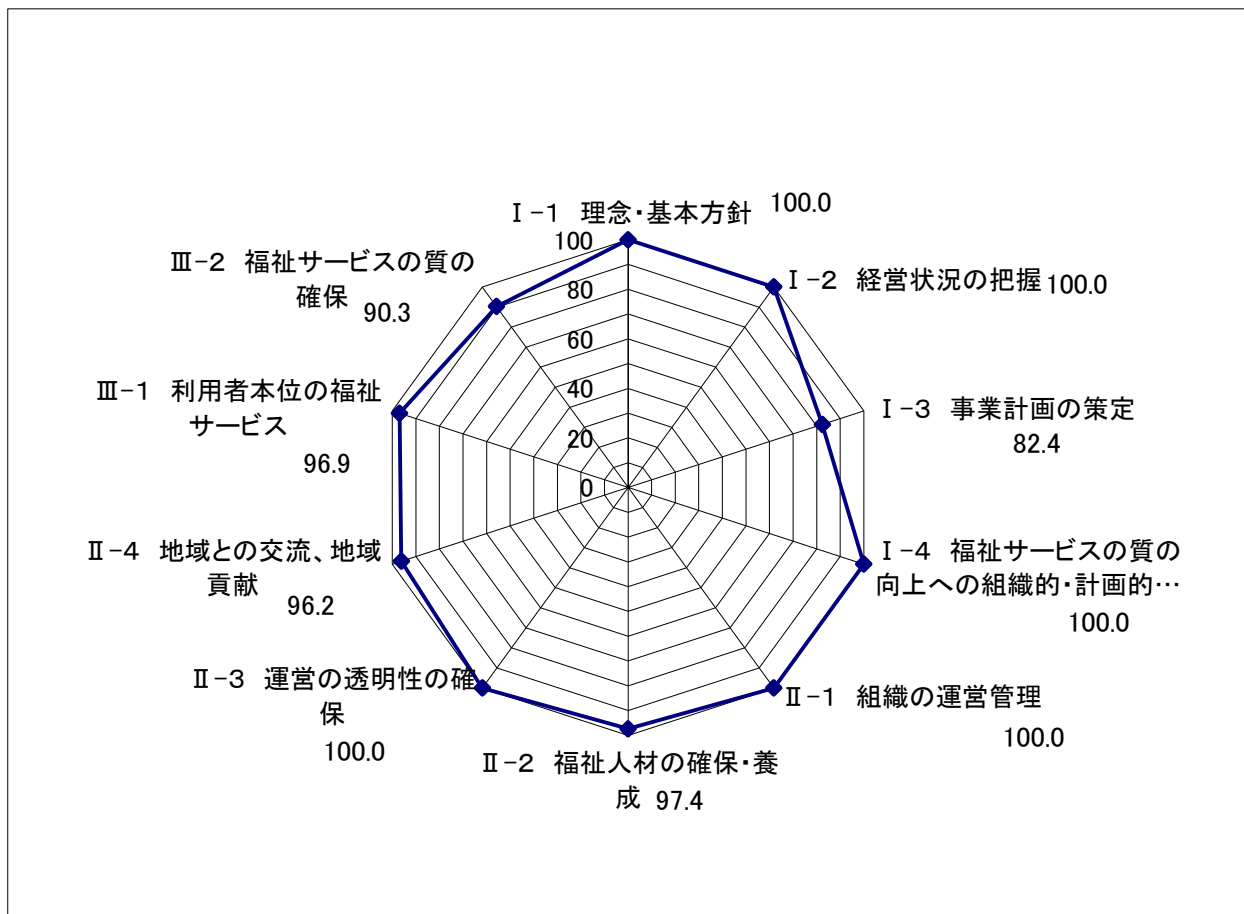
利用者の外出希望には、家族の了承を得て、担当職員が対応している。だんじりや夏祭り等、地域のイベント情報を収集して、口頭で案内し希望者は参加できるように支援している。外出時には企画書を作成し、安全確保のための職員の対応方法について詳細に記載している。外出行事には、家族にも参加案内を行い協力を得ることや、職員が1対1で対応する等が企画書に記載されている。

事務所前に公衆電話を設置し、希望時には、プライバシーにも配慮し適宜対応している。郵便物は、事務所から相談員ボックスに入れ、相談員が各利用者到手渡している。投函も、個別に適宜支援している。

新聞・雑誌は希望があれば、個人購入を支援している。  
テレビは、食堂・詰所に設置し、レンタルも可能である。テレビ・ラジオの個人も持ち込みも自由である。新聞・雑誌は共同利用できるように、食堂に設置している。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	14	82.4
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	9	100.0
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	37	97.4
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	62	96.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	21	100.0
2 身体介護	54	53	98.1
3 食生活	26	26	100.0
4 終末期の対応	6	6	100.0
5 認知症ケア	16	16	100.0
6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
7 健康管理、衛生管理	13	13	100.0
8 建物、設備	5	5	100.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	8	100.0

