

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 いやさか苑	種別：	介護老人福祉施設
代表者氏名：田上龍太郎	定員（利用者人数）：	39 名
所在地：兵庫県姫路市白浜町宇佐崎北1丁目29番地		
TEL 079（246）1122	ホームページ：	info@iyasakaen.jp
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：		平成21年7月23日
経営法人・設置主体（法人名）：		社会福祉法人播陽灘
職員数	常勤職員：25 名	非常勤職員：18 名
専門職員	施設長 1名	医師 3名
	生活相談員 1名	介護職員 11名
	介護職員 17名	看護職員 2名
	看護職員 2名	機能訓練指導員 1名
	管理栄養士 1名	事務員 1名
	機能訓練指導員 1名	
	介護支援専門員 1名	
	事務員 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 39	(設備等) ユニット型個室
	(内 ショートステイ利用者定員 10名)	

③理念・基本方針

私たちは、『誠意』、『清潔』、『安全』の心を持って行動し、地域の方々の尊厳を支え『ゆとりと笑顔のある暮らし』を実現するため貢献します。

④施設・事業所の特徴的な取組

*法人内で広く社会福祉事業を展開し、地域福祉の拠点としての役割を担い、地域交流・地域貢献に取り組んでいる。
 *施設長がリーダーシップを発揮し、ノーリフティングケアの実施・兵庫県地域サポート施設認定・ユニットケアリーダー実習施設指定に向けた取り組み等、サービスの質向上に向け積極的に取り組んでいる。
 *ユニットケアを重要視し、共用スペース・居室とも、明るくゆったりとした清潔感のある家庭的な環境のもと、個別支援に努めている。担当者会議に家族の出席を必ずお願し、計画に家族の役割を位置付ける等、家族と共に利用者を支援できるよう取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 1 年 12 月 25 日 (契約日) ~ 令和 2 年 4 月 14 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (平成 29 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*ユニットケアを重要視し、ユニットケア研修・バリデーション研修等により職員の共通理解を深めている。職員を固定配置し、馴染みの職員と日々のコミュニケーションがとりやすい環境づくりを行っている。「私の姿シート」「24時間シート」の活用等により、利用者個々に応じた生活となるよう取り組んでいる。折り紙クラブ・習字クラブ・アロマトリートメント・いきいき百歳体操・将棋・囲碁・カラオケクラブ・喫茶など、複数の活動メニューを設け、また、掃除・洗濯たたみ等家事参加の支援も行い、利用者個々の状況や好みに応じて日中活動に参加し、生活に楽しみが持てるように工夫している。

*業務改善会議など各種会議・委員会等を定期的に行い、利用者支援、運営・業務、危機管理等について検討し実効性を高める体制を構築している。年間計画に基づいた研修体制、人事考課制度、個人目標管理制度等により職員の資質向上が図られている。ノーリフティングケア導入による職員の負担軽減等に取り組み、働きやすい環境整備にも努め、職員の定着がよい。ユニットケアリーダー実習施設指定を目標として取り組み、職員のモチベーションの向上にも努めている。

*施設のスペースを利用し、オレンジサロン・茶話会・いきいき100歳体操・子ども預かりサロン・味噌づくり等を開催し、介護技術講習会・認知症サポーター養成講座等への出講、トライやるウィーク・小学生の福祉体験等の受け入れ等、地域交流と地域貢献に取り組んでいる。「兵庫県地域サポート施設」として認定を受け、市と地域の二次福祉避難所として協定を結んでいる。傾聴・お茶会・カラオケ・津軽三味線・折り紙等、多くのボランティアの来訪があり、利用者の地域交流の機会となっている。地域の祭りや苑外活動などで、地域に外出する機会も設けている。

*毎月個別のお便りを郵送し、家族会・家族アンケート調査を毎年実施し、担当者会議を必ず家族の出席のもとで行い、サービス計画に家族の役割を位置づける等、家族との信頼関係の構築に努め、家族と共に利用者を支援できるように取り組んでいる。

◇改善を求められる点

*定期的な自己評価の評価結果に基づく課題を文書化し、職員と共有して計画的に改善に取り組み、その経過を記録に残すことが望まれます。

*その他、大きく改善を求められる点はありません。現在使用しているマニュアルや記録類等を検証し、書式やファイリングなどを見直し、効率化・見える化を図られることを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

実践は、目先の優先事項にとらわれ、客観的に体系化することに困難さがある。今回、第三者評価を受審することにより、実践内容は、客観的に俯瞰され、未熟な項目が明示された。今後は指摘された内容を整理して、改善方法を検討し、よりよい施設づくりに努めたいと思います。

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・方針・基本方針・行動指針を明文化し、ホームページ・パンフレット・事業計画等に記載している。理念は法人の根底にある考え方を、方針は目指す方向を明示し、基本方針・行動指針は職員の行動規範となる具体的な内容となっている。毎年4月の全体研修で説明し、全職員に周知を図っている。毎月の全体研修の初めに唱和すると共に、当月の研修と理念の連動性について説明し理解が深まるよう取り組んでいる。また、日報の裏面に理念と行動指針を掲載し、各職員が行動指針を実践できたかを日々自己評価し、意識付けを図っている。理念を玄関に掲示し、家族会でも説明し、また、広報誌にも掲載し、利用者・家族への周知に努めている。		

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> 兵庫県老人福祉施設協議会議・姫路市老人福祉施設長会議・介護保険推進委員会作業部会・運営推進会議等への参加を通して、社会福祉事業全体の動向や地域の福祉事業の動向等を把握し分析している。地域包括支援センターとの協働や市の推進ケア会議等を通して、地域の福祉ニーズや課題等を把握し分析している。毎月、利用者の推移や利用率、コスト分析を行い、月次報告書を作成している。		
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。	a・b・c
<コメント> 毎月の業務改善委員会で、経営環境や運営について共有し、課題を明らかにし、課題解決・改善に向け検討している。業務改善委員会の内容は、ユニット会議で報告され、職員に周知している。理事会や評議委員会で役員間での共有がなされている。		

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
<p><コメント></p> <p>中長期事業計画を策定し、理念の実現に向けたビジョンを明示している。中長期事業計画は、具体的で、実施状況の評価を行える内容になっている。中長期事業計画は、市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定期間など、必要に応じて見直しを行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>中長期事業計画の内容を、単年度の事業計画の内容に反映している。単年度の事業計画は、介護支援・相談支援・医務・栄養・総務・防災の専門職種別に、目標と行動計画を明文化している。行動計画は、5項目の重点課題に沿って作成し、実行可能で具体的な、また、実施状況の評価を行える内容になっている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>年度末に、各専門職種のリーダーが職員の意見を集約して、事業計画の評価を行い、事業報告書を作成している。年度末の評価をもとに事業計画の見直しを行い、次年度の事業計画を策定している。4月の全体研修で、全職員に事業計画の説明を行い、周知と理解を図っている。毎月の業務改善委員会で事業計画に関連する報告が行われているが、年度途中で実施状況の中間評価を行い、必要に応じて見直し等を行う仕組みづくりが望まれます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>年度初めの家族会で、事業計画を配布して説明し、家族に周知を図っている。家族会に出席できなかった家族には、郵送している。事業計画はわかりやすい内容になっていると共に、説明の際にはわかりやすい別資料も作成し、理解しやすい工夫を行っている。事業計画に年間行事予定も掲載している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>ユニット会議・リーダー会議・業務改善委員会・各種委員会を活用し、サービスの質向上に取り組んでいる。定期的に第三者による外部評価を受審している。毎年情報の公表システムによる自己評価も活用している。評価結果については、業務改善委員会で検討することとしている。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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><コメント></p> <p>外部評価結果からユニットケアリーダー実習施設指定に取り組んだり、情報の公表システムによる自己評価から研修体制を整備する等、評価結果をもとに改善に取り組んでいる。評価結果に基づく課題を文書化し、職員と共有し、計画的に改善に取り組み、その経過を記録に残すことが望まれます。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>管理者は事業計画に経営・管理に関する方針を、部門ごとに具体的取組として明確にしている。役割と責任について、キャリアフレームシートの業務分掌に明示し、日報ファイルに綴じていつでも確認できるようにしている。管理者不在時の指揮系統は、組織図上に総務部長・総務主任としている。</p>		
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><コメント></p> <p>管理者は管理規定・経理規定等を理解し、物品購入等では取引事業者と適正な関係を保持している。県老協主催の研修・市の法令順守研修・集団指導等に参加し、遵守すべき法令の理解を図っている。に参加している。労働安全衛生法・労基法等遵守すべき法令を幅広く把握し、健康診断・ノーリフティングケア採り入れによる腰痛予防等に取り組み職場環境改善に努めている。倫理及び法令遵守についての全体研修時に、個人情報保護法・高齢者虐待防止法等関係法令の研修を行、入職時に守秘義務について周知している。</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><コメント></p> <p>実施する福祉サービスの質の現状について、毎月業務改善会議で評価を行っている。概ね、3年ごとの外部評価受審とともに、県のチェックリスト・情報の公表制度等を活用して評価を実施し、課題の改善に向け取り組んでいる。管理者は業務改善会議・ノーリフティングケア委員会等に定期的に参加して、自らもその活動に積極的に参画している。各種会議・個人面談等で職員の意見を把握している。年に二回「自己評価及びアンケート」により、職員から施設運営に関する改善提案を受ける仕組みがある。年間研修計画書（全体研修）でテーマ別、事業計画書で階層別・職種別研修計画を策定し職員の研修の充実を図っている。</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><コメント></p> <p>管理者は、事業所の稼働率・利用率等をリーダー会議で把握し、業務改善会議で経営状況の分析を行っている。半期ごとに、報告書を作成して理事会に報告し、業務の実効性向上に向け取り組んでいる。非常勤・短時間就労職員の確保等による余裕ある人員配置、また、ノーリフティングケア導入による職員の負担軽減等に取り組み、働きやすい環境整備に努めている。管理者は、業務改善会議など各種会議・委員会等、業務の実効性を高めるための体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</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><コメント></p> <p>人材や人員体制に関して、法人の中長期事業計画で基本方針を、事業計画で人材の確保・育成に向けての具体的な取り組みを明示している。組織を機能するために必要な専門職員配置を管理規定・重要事項説明書で明確にしている。毎月必要な人員の充足度を業務改善会議で部署ごとに確認・管理している。非常勤・短時間就労職員の配置等で人材の確保に努め、毎月必要な人員の充足度を業務改善会議で部署ごとに確認・管理している。法人として必要な人材確保、育成に取り組み、ホームページ・ハローワーク等も活用して採用活動を実施している。</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><コメント></p> <p>法人理念に基づき、「CREDO（行動指針）」を期待する職員像として明確にしている。就業規則で、採用・異動・昇格等についての基準を明確にしている。入職時研修で説明し、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。人事考課制度・個人目標管理制度をに導入しており、階層別自己評価表の基準に基づいて、成績評価・専門要素評価・管理者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価する仕組みを構築している。職員処遇の水準については、ハローワークのデータ等から法人が分析している。職員の処遇について意見・提案等を聴取し、改善策を検討・実施している。キャリアパスフレームとして、人事考課結果と必要資格・経歴年数・求められる能力を要件として、概ね処遇にも連動する仕組みを整備している。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>キャリアパスフレームシートに明示した業務分掌で、労務管理に関する一次承認者をリーダー、最終命令・承認権限者を管理者としている。出勤簿で就業状況を確認後、法人本部でデータ化し管理者が把握している。有給取得状況等については有給管理簿で各人が確認している。健康診断・腰痛検査を定期的実施し、要精検者には経過等を確認している。インフルエンザワクチン接種時には補助している。ユニット会議で職員からの相談をリーダーが受け、ユニット内で解決しない場合、統括リーダー、施設長の順に対応している。管理者が、直接面談する機会も設け相談しやすいよう環境整備を行っている。共済加入、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等を取り入れ、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。職員給与の改善・ノーリフティングケア採り入れ等、働きやすい職場環境の構築に取り組んでいる。基準以上の職員配置のため計画的に人材確保に取り組み、休日・有給消化が確保できるよう配慮している。</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。		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個人目標管理制度を導入しており、階層別キャリアパスフレームシートの「求めるられる能力・役割・職務」に基づいた個人目標を「自己評価表」目標欄に記載し、組織として期待する職員像に位置づけている。目標管理制度・人事考課制度を通じて定期的に個人面談を行い、目標項目、目標水準、目標期限を明確にし目標設定を行う仕組みを整備している。半期毎に個人面談を実施し、目標に対する進捗状況等を相互に確認している。面談時に目標ごとに評価を行い、次期、次年度の目標設定に反映させるPDC Aサイクルの仕組みづくりが望まれます。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>外部講師を招請しての研修を含む内部研修（各事業所合同での全体研修）計画を策定している。全体研修以外に、随時ユニット研修を実施している。期待する職員像、また、求められる業務内容を研修計画に盛り込み、専門性の強化に取り組んでいる。計画に沿って研修受講が行われ、研修受講者は「研修受講報告書」を作成している。外部研修受講時も研修受講報告書を作成している。研修受講報告書のアンケート・所感欄等から、業務改善会議で年度末に内容の評価・分析を行い、研修内容やカリキュラムの見直しに反映させている。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>資格証・履歴書等で資格・経験年数等を把握し、法人でも一括管理を行っている。新入職者には、管理者がオリエンテーションを実施し、部署配属後はリーダーが研修を行い、「採用時研修指導要領」チェックリストにより実施状況を把握している。階層・専門職・テーマ別の研修計画を作成し実施している。外部研修の一般的な研修案内は回覧し、階層別研修は経験年数等を考慮して対象者に参加を呼び掛けている。内部研修は、同じ内容で3～4回、業務中の昼間（職員が参加しやすい時間帯に変更）に実施し、外部研修については時間外扱い、受講料法人負担等、職員が研修に参加できるよう配慮している。</p>		
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 ・ c
<p><コメント></p> <p>社会福祉士の実習生を受け入れている。施設マニュアルの中に、実習生受け入れマニュアルを整備し、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢・目的を明文化している。受け入れ受託は管理者が行い、マニュアルにオリエンテーション内容・手順・留意事項等を定め、個人情報保護規定に関する誓約書を取り入れている。養成校のカリキュラムに沿って実習を行っている。管理者が実習指導者研修の外部研修を受講している。養成校との打ち合わせに参加し、巡回指導時には実習内容や進捗等を報告し連携している。終了後には報告書を提供している。</p>		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに、法人の理念、提供する福祉サービスの内容を、WAMNETの財務諸表等開示システムで財務諸表を公開している。第三者委員を含めた苦情相談体制を記載した重要事項説明書を掲示している。苦情の内容・内容に基づく改善・対応については、内容に応じて事業所内に掲示して公表している。第三者評価受審結果を公表している。法人の理念・基本方針等をホームページで明確にしている。事業所の理念や活動等を掲載したパンフレットや広報誌を、居宅事業所や医療機関、地域等に配布している。また、来所者にも希望に応じて提供している。事業所の事業計画・事業報告についても公開することが望まれます。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関して決裁規定・経理規定等に明確にし、事務所に設置し周知している。経理規定で、経理・取引に関する責任体制を定めている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社労士等専門職等への相談や助言を受けている。監事監査を決算時毎に実施している。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社労士等専門職等のチェックを受け、指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</p>		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域貢献について法人の理念に明示し、事業計画の中で部署別に「地域社会との交流と連携」として具体的な取り組みを文書化している。1階フロアに社会資源情報ファイルを設置し、また、市・地域が開催するイベント・講演等の案内を事務所前ロビーへの掲示し、利用者に情報提供を行っている。地域の灘のけんか祭り見学・苑外活動の好古園見学など外出行事に、職員が同行し参加を支援している。また、必要に応じて、あんしんサポーターが協力している。「いきいき100歳体操」「茶話会」「子ども預かりサロン」など地域の人達との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。利用者の買い物や通院等、日常的な活動について、地域における社会資源について情報提供している。</p>		
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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>あんしんサポーター実習・傾聴・お茶会・カラオケ・トライやるウィーク・津軽三味線・折り紙等、多くのボランティアを受け入れている。施設マニュアルの中に、ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・注意事項等を明文化している。ボランティア受け入れに当たり、「ボランティア登録表」への記載を依頼し、「誓約事項」等を含め説明している。トライやるウィーク・小学校4年生の福祉体験学習・特別支援学校生徒の就労体験の受け入れ等、学校教育への協力を行っている。小学生対象に認知症サポーター養成講座、高校へ出向いての認知症サポーター養成講座を実施している。学校教育への協力について、基本姿勢をマニュアル等に明文化することが望まれます。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に対応できる、行政機関・認知症対応医療機関・居宅事業所等社会資源情報ファイルを事務室に設置している。新しい社会資源について、事務所ミーティング等で情報共有している。市・民生委員等も参加する地域ケア会議・老人福祉施設連盟施設長会・給食施設連絡会・栄養士連絡会等に参加し共通の問題に対して、解決に向けて取り組んでいる。民生委員・大学生と連携し、セルフネグレクト等在宅ケアの実践に当施設のケアが共有できるようネットワーク化に取り組んでいる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>施設のスペースを利用し、オレンジサロン（認知症サロン月1回）・茶話会・いきいき100歳体操（毎週）・子ども預かりサロン・味噌づくり等を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている。介護技術講習会（県の委託事業）・認知症サポーター養成講座等も開催している。オレンジサロン・茶話会等の機会や、来所・電話等でも随時介護相談を受け、各部署責任者が相談窓口となって対応している。市と地域の二次福祉避難所として協定を結んでおり、姫路市に3名の受け入れを登録している。運営推進会議・自治会で確認がなされている。地域の味噌屋さんと連携して味噌づくりをおこなうなど地域の文化伝承にも力を入れている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「兵庫県地域サポート施設」として認定を受け、移動外出支援・介護者支援等、福祉ニーズの把握に努めている。運営推進会議で、地域の動向等の情報を共有している。市・民生委員等も参加する地域ケア会議に定期的に参加し、ニーズの把握に努めている。年度初めには、民生委員会会議に出向いている。いきいき100歳体操等で、随時、介護相談・健康相談等多様な相談に応じている。姫路大学や地域包括支援センターと連携してアンケートを実施し、多彩な方面からの地域の実態把握や実践研究を行っている。把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、事業計画等に明示することが望まれます。</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
<p><コメント></p> <p>利用者尊重について、理念・方針・基本方針・行動指針、倫理綱領、介護マニュアルに明示し、会議・研修・ファイルの設置等、共通理解を持つ取り組みを行っている。全体研修で身体的拘束の排除・ユニットケア・プライバシー保護等、利用者尊重や基本的人権についての研修を実施している。虐待の芽チェックリスト（年2回）・自己評価（年2回）により、実施状況の把握を行っている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護について介護マニュアルに記載している。虐待防止マニュアル・拘束廃止マニュアル・成年後見制度マニュアルを整備している。プライバシー保護・研修拘束廃止研修実施を実施し、虐待防止研修の実施を予定している。居室に馴染み親しんだ家具の持ち込みを勧め、居心地よく暮らせるように支援している。プライバシー保護のため、職員が入室時はロック、ドアの開閉を徹底している。リビングには台所が併設され、天井からの吊り下げ式のテレビやテーブル・ソファ、観葉植物があり、生活の場にふさわしい快適な環境を提供している。契約書にプライバシー保護・権利擁護に関する取組を記載し、契約時に説明し利用者や家族に周知を図っている。虐待の芽チェックリスト（年2回）・自己評価（年2回）により、実施状況の把握を行っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法等が虐待防止マニュアル明示されている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や施設の特性等を紹介したパンフレットを、公民館・市民センター・地域包括支援センター等、多くの人が入手できる場所に設置している。パンフレットは、言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすい内容にしている。随時見学に対応し、個別に丁寧な説明に努め、体験利用の希望にはショートを活用している。情報提供については適宜見直しを実施し、ホームページのリニューアルを予定している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>契約の説明時は、可能な限り利用者にも同席をお願いし利用者の自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書、その他資料を用いて、随時質問に答えながらわかりやすい説明に努め、文書で同意を得ている。契約内容に変更が生じた場合は、変更前後の内容を明記した文書で説明し同意を得る。基本的には利用者と共に同席者を、また、可能な限り複数の同席者をお願いし、適正な説明・運用を図っている。</p>		
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 · c
<p><コメント></p> <p>利用終了時には、契約書の条項に沿って、円滑な退所のために必要な援助を行っている。利用が終了した後も、利用者や家族等が相談できるように、管理者・生活相談員を担当窓口としている。利用の終了時に説明し、名刺を渡すようにしている。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>年1回アンケート調査を行っている。半年に1回担当者会議を開催し、可能な限り利用者の参加を勧め、参加できない時は家族を代弁者としている。家族会を開催し、管理者・総務・各ユニットリーダー・看護師・栄養士が出席している。アンケート調査の担当部署を総務とし、集計結果からユニットリーダーが改善策をまとめて報告書を作成し、改善に取り組んでいる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。重要事項説明書に明示して配布すると共に、わかりやすく説明した掲示物を玄関ロビーに掲示している。意見箱の設置、毎年のアンケート調査の実施など、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。苦情があれば、内容に応じて、また、申し出者に配慮した上で、玄関ボードに掲示して公開することとしている。苦情・相談内容はユニット会議・リーダー介護で共有し改善に取り組む仕組みがある。苦情内容・対応・申し出者へのフィードバック等をわかりやすく記録した文書の整備が望まれます。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>相談したり意見を述べる際の複数の方法や相手をわかりやすく説明した文書を作成し、玄関ロビーに掲示している。相談室を設置し、相談しやすい環境に配慮している。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情・相談マニュアルを整備している。ユニットケアで職員を固定配置し、馴染みの関係・コミュニケーション取りやすい関係づくりに努めている。毎年のアンケート調査の実施・意見箱の設置等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。相談・意見については申し送りノートで共有して迅速な対応に努め、経過をケース記録に記録している。内容に応じて、ユニット会議やリーダー会議で検討している。マニュアルについて定期的な検証と必要時の見直し、その記録が望まれます。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を設置している。「事故対応マニュアル・フローチャート」を整備している。ヒヤリハット事例・事件事例を収集し、報告書を提出している。報告書をもとに、ユニットごとに毎月事例を集計し、ユニット会議・リーダー会議・リスクマネジメント委員会で共有し、事故防止・再発防止に取り組んでいる。防止策の実効性についても検討している。全体研修で、ノーリスティング研修を実施している。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染防止委員会を設置している。「感染症予防・蔓延防止マニュアル」を整備している。「感染症及び食中毒の発生予防及び蔓延防止に関する研修」を実施している。マニュアルに沿って、手洗い・うがい・マスク・換気・消毒を徹底し、感染予防に取り組んでいる。発生事例はほとんどなく、発生時は個室対応で蔓延防止することとしている。マニュアルについて定期的な検証と必要時の見直し、その記録が望まれます。</p>		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>立地条件から、風水害対応マニュアルを整備している。避難後は居室にシールを貼って、利用者の安否確認を行うこととしている。職員については、緊急連絡網で安否確認することとしている。3日間分の備蓄を各ユニットで保管している。食材は管理栄養士、備品は総務職員が、備蓄一覧表を作成し管理している。年2回夜間想定訓練を含む防災訓練を実施している。ひょうご防災特別推進員の立ち合いがあり、指導や助言を得ている。火災時の対応方法を明記することが望まれます。</p>		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法を各種介護マニュアルに文書化している。介護マニュアルに、利用者尊重、プライバシー保護を明示している。新人研修カリキュラムに介護技術についての研修があり、習熟度をチェックし周知を図っている。現任者の実施状況について、来年度から実践実習の介護技術の現認研修の中で確認する予定である。</p>		
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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年間計画をもとに実践実習の介護技術の現認研修を行い、その中で、職員も参加してマニュアルを見直し仕組みがある。実践実習の中でのマニュアルの見直しを再開し、記録に残すことが望まれます。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス計画書の責任者をケアマネジャーとしている。「私の姿シート」をもとにアセスメントを行い、ケアマネジャー、看護師、ユニットリーダー、管理栄養士等がメンバーとなって多職種で担当者会議を実施し、アセスメントや計画策定の協議を行っている。計画書に設定した計画種別毎にニーズを明確にしている。システム内の介護記録のサービス内容を月末にチェックし、モニタリングを行い、計画通りにサービスが実施されていることを確認している。支援困難ケースについての対応の経過を、システム内の介護記録に記録し、必要に応じて介護支援経過に転記して、共有しながら支援に取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月モニタリングを行い、6ヶ月に1回、「私の姿シート」で再アセスメントを行い、家族、ケアマネジャー、看護師、ユニットリーダー、管理栄養士等がメンバーとなって担当者会議を開き、施設サービス計画・24時間シートの見直しを行っている。各ユニットに、「私の姿シート」「施設サービス計画書」「24時間シート」ファイルを設置し、職員の周知を図っている。施設サービス計画を緊急に変更する場合も、ユニット会議・担当者会議で検討し、新たなニーズを明示し、計画を変更する仕組みがある。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、「私の姿シート」「24時間シート」によって把握し記録している。各ユニットに「施設サービス計画書」「24時間シート」ファイルを設置し、計画内容の周知を図り、計画にもとづくサービス実施をシステム内の介護記録に記録している。記録マニュアルの設置、リーダーが記録を確認し必要に応じて指導を行い、記録に差異が生じないように取り組んでいる。朝礼・申し送りノート・システム内の申し送り項目等で、必要な情報が的確に届くようにしている。ユニット会議・リーダー会議・各種委員会・業務改善委員等、情報共有を目的とした会議を定期的で開催している。システムのネットワークシステム、議事録・研修報告書など回覧により、情報共有している。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程・就業規則に、記録の保管・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・記録管理の責任者を定めている。全体研修で、個人情報保護についての研修を実施し、入職時に守秘義務について説明を行って誓約書を交わし、職員に周知を図っている。契約時、個人情報使用同意書に沿って利用者・家族に説明し同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
Ⓐ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工夫している。(特養)	Ⓐ・b・c
Ⓐ①	A-1-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。(養護、軽費)	a・b・c
Ⓐ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。	Ⓐ・b・c

特記事項

私の姿シート」で、利用者の心身の状況・意向等を把握し、施設サービス計画書・24時間シートを作成し、利用者個々に応じた生活となるよう支援し、毎月のモニタリングで検討している。施設サービス計画の、基本動作・社会生活・リハビリ種別に位置づけ、自立支援・活動への動機づけを行っている。折り紙クラブ・習字クラブ・アロマトリートメント・いきいき百歳体操・将棋・囲碁・カラオケクラブ・喫茶など、複数の活動メニューを設け、また、掃除・洗濯たたみ等家事参加の支援も行い、利用者個々の状況や好みに応じて日中活動に参加し、生活に楽しみが持てるように工夫している。利用者個々に24時間シートを作成し、身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。

ユニットケアで職員を固定配置し、馴染みの職員が日々の支援を行うことで、コミュニケーションをとりやすい環境づくりに努めている。ゆとりのある職員配置を行い、利用者が職員に話しやすい環境を作り、職員が利用者の思いや意向を把握し、支援に活かせるよう取り組んでいる。「私の姿シート」の「コミュニケーション」欄に、コミュニケーション方法や留意点を記録し、6ヶ月毎の再アセスメントで見直しを行っている。必要に応じて、個別のコミュニケーション方法を記載し実施している。バリデーション研修で、コミュニケーションについて学ぶ機会を設けている。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a ・ b ・ c

特記事項

契約時に、契約書・重要事項説明の権利擁護に関する項目の中で、権利侵害についても説明している。リスクマネジメント委員会・全体研修・虐待の芽チェックリスト等により、権利侵害の防止と早期発見のための取組を行っている。身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を、姫路市の身体拘束廃止マニュアルで周知を図っている。リスクマネジメント委員会の中で、権利侵害の防止等について検討する機会を定期的に設けている。虐待防止マニュアルに、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明記することが望まれます。リスクマネジメント委員会で検討した内容を、議事録に明確に残すことが望まれます。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

館内は広くて明るい。職員がモップや掃除機で清掃し、宿直職員が各所をアルコール消毒液で拭き、清潔が保たれている。リビングには温度計と湿度計を設置し、日に3回温・湿度をチェックし記録している。入居時の面談で本人・家族から意向や趣向を確認し、各居室には使い慣れた家具や電化製品、思い出の物が持ち込まれており、これまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう支援している。共用部には観葉植物が多数置かれ、リビングに台所やテーブル・ソファ、テレビがあり家庭的で寛いで過ごせる環境が整っている。又、主にレクリエーションに使用しているデイルームには将棋台テーブルも用意されている。入居後にも本人や家族に随時希望を聞き、より良い環境づくりに努めている。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A⑥	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A⑧	A-3-(1)-④ 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。	a ・ b ・ c
A⑨	A-3-(1)-⑤ 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。	a ・ b ・ c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

<p>A⑤ 入居時の基本情報をもとにユニット会議で入浴形態や介護内容を検討・確認し支援している。各利用者の支援内容が明確に記した一覧表の作成し、職員が周知徹底ができるよう工夫している。利用者が安全で快適、心身状況に応じて入浴できるよう、一般浴には滑り止めマットや複数の手すり、シャワーチェアを整備している。自力で入力できる利用者に対しても職員と1対1での見守りを徹底している。立位不安定な場合はリフト浴が用意されている。尊厳や羞恥心に配慮し、一人ずつ周囲に聞こえないよう声掛けし、マンツーマンで支援している。週2回を基本とし、拒否があった時は無理強いせず日時の変更やシャワー浴で対応する等、本人の意向や状況に合わせた支援を行っている。毎月ユニット会議で検討し、6ヶ月おきの「私の姿シート（アセスメントシート）」見直しで現状に適した介護内容を記載している。入浴前の利用者にバイタルチェックを行う、業務日誌に記録し、看護師が入浴可否やシャワー浴・清拭への変更を判断している。入浴可否の判断基準が明確になるよう、可否判断基準のマニュアル化が望まれる。</p>
<p>A⑥ 排泄チェック表で利用者の排泄パターンや心身状況を把握し、必要な利用者には個々に誘導してトイレで自然な排泄ができるよう支援している。排便を促すために必要時は腹部に温パックやマッサージを行っている。広い空間に手すりが設置され、行き届いた清掃と消臭剤で清潔が保たれている。自立している利用者に対してはトイレの外で安否確認している。下着交換を要する時は周囲に気付かれないように、声掛けし、職員が着替えの下着やパットをトートバックに入れて持ち運び、尊厳や羞恥心に配慮した支援が行われている。尿や便を観察して記録し、必要時は看護師に報告して対応している。ユニット会議で介護内容を検討し、誘導時間やパットの大きさ、オムツの種類の見直しを行い現状に適した支援に努めている。利用者の様子見守りやナースコールで出来る限り対応できるよう努めている。</p>
<p>A⑦ 入居時の面談で本人・家族の意向を確認し、基本情報をもとにフロア会議や作業療法士参加のリハビリカンファレンスで自力で移動できるよう介護計画を作成し支援している。共用部や各居室は動線が広く確保されており、個々の心身の状況に合わせた移動支援として、歩行器・車椅子・リクライニング車椅子・走行式リフトが用意されている。館内に手すりやL字型バー、必要時はスライディングボードも活用され安全面に留意している。月1回のユニット会議とリハビリカンファレンスで現状に合わせた支援を検討している。利用者の様子やナースコールに迅速に対応できるよう努めている。</p>

<p>A⑧ 衣服は寝間着も含めて私物を着用し、可能な利用者には自分の意思で選択してもらっている。サイズや身体状況に応じた衣服等の相談に応じ情報提供して、必要時は家族に衣類の購入をお願いしている。朝・晩の着替えを基本とし、食べこぼし等で汚れた時は随時着脱支援している。拘縮等で着替え負担がある時は、本人や家族に意向を確認し、着替えの頻度を決定している。</p>
<p>A⑨ 入居時に月1回の訪問理容をパンフレットで紹介し、本人や家族の意向を確認している。利用頻度やカット・パーマ・毛染め等、希望に応じた理容ができる体制がある。 利用者が思い思いに化粧しており、必要時は職員が理容・美容に関する支援・相談に対応している。</p>
<p>⑩利用者1人1人の希望時間に合わせて居室の消灯をしている。必要な利用者には基本的に2時間おきにオムツ交換や体位交換を行っているが、個々の睡眠状態に合わせて支援している。睡眠リズムに合わせた体位交換に関し、「24時間シート」で、自力でできる事と支援内容が記載されている。ベッドは施設で用意しているが、毛布やタオルケット等は好みの寝具が持ち込まれている。全室が個室になっている。夜間就寝中の利用者に対するサービスや不眠者への対応に関するマニュアルの整備が望まれます。</p>

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○a・b・c
A⑫	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A⑬	A-3-(2)-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

<p>A⑪ 厨房から主菜や副菜が提供され、各ユニットの台所で炊飯・温め・盛り付けを行っている。月1回嗜好調査を行い、個々の嗜好に合わせて苦手な食材を取り除いたり、別の献立で提供してしる。各ユニットで温かい食事を配膳し、大型テレビをつけて家庭的な雰囲気ですぐに食事が楽しめるよう配慮している。毎食テーブルに献立表を置き、職員が食事内容を説明している。「食事介助マニュアル」内の「食堂」項目に、除菌ダスターでテーブルや椅子、テレビを拭く等の記載があり、マニュアルをもとに衛生管理を行っている。</p>
<p>A⑫ 管理栄養士が栄養面に配慮した献立で、利用者の嚥下能力に合わせて一般食・ソフト食・ミキサー食・ゼリー食を用意し、経口での食事摂取が継続できるよう支援している。個々の食事ペースや心身の負担に考慮し、食事に時間がかかる利用者には早めに食事を呼びかけたり、食事中に支援を要すると判断した時は途中から職員が支援している。水分目安や実際の水分量、食事状況は業務日誌に日々記録し、月1回ユニット会議で個々の介護状況を話し合い、リーダー会議で適切な介護を検討と見直しを行っている。食事前に水分摂取を促し、職員が積極的に話しかけて口を動かしてもらおう等の工夫で誤嚥対策をしている。食事中は看護師が見守り巡回を行い、緊急時対策として各ユニットに吸引器を設置している。管理栄養士の助言・指導を受け、サービス計画書に反映させさせている。</p>

A⑬「口腔ケアチェック表」で口腔内の状況や自立度を把握し、口腔機能の保持・改善に取り組む支援を行っている。毎食後、職員が各居室で利用者個々の状況に応じた口腔ケアと口腔チェックを行っている。毎週訪問歯科があり、歯科医師・歯科衛生士の助言・指導が得られる体制がある。ニーズに応じて施設サービスに計画に位置づけているが、現在は事例がない。口腔ケアに関する研修の実施が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a • b • c

特記事項

褥瘡マニュアルをもとに、また、栄養管理褥瘡委員会を月1回開催し褥瘡予防に取り組んでおり、現在、褥瘡を発症している利用者はいない。入浴後は利用者全員に入浴後の軟膏塗布を行い、必要時にはマッサージを実施している。日々の介護時の観察を大切に、気づいたことは看護師に報告し、申し送りノートで情報共有している。ユニット会議等で看護師や作業療法士の助言をふまえ、寝返りが困難な利用者に対する個々に適した体位交換方法やポジポジショニングクッションやエアマットの使用等を検討し予防に努めている。食事摂取量や水分摂取量を記録し、管理栄養士が栄養管理を行っている。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a • b • c

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	A-3-(5)-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

機能訓練や介護予防活動について施設サービス計画書に位置づけ、作業療法士が評価している。ユニット会議を月1回、また、リハビリカンファレンスをユニットリーダー・看護師・作業療法士・職員が参加して月1回行い、利用者個々の状況に応じた支援方法を検討している。立ち上がり、車椅子の自走、更衣作業等、主に生活動作でリハビリを実施し、可能な利用者にはイキイキ100歳体操の参加を呼びかけている。判断能力の低下や認知症状の変化があれば、都度看護師や家族に報告し、月1回精神科医の往診時に助言・指導を受けている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑰	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

入居時の面談で「私の姿シート」をアセスメントシートとして作成し、把握した日常生活能力や機能、生活歴等を職員間で共有し、利用者個々に寄り添った関わりと支援に努めている。日々の状況を記録に残して職員間で共有し、また、症状の変化は随時看護師に報告している。月1回精神科医の往診時に助言・指導を受けている。必要時は看護師を通じて受診の支援を行い、記録に残して改善に向けた介護に活かしている。観葉植物を多数配置したり、全館に心地よい音楽や鳥の声、テレビなどを適度な音量で流し、落ち着ける環境づくりに努めている。折り紙等の個人活動やボランティアによる習字等のグループ活動を用意し、利用者個々の症状に合わせて趣味が楽しめるよう工夫している。認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう、毎年の研修の実施が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

体調変化時の対応手順を、「緊急時対応マニュアル」のフローチャートに明示し、協力医療機関と365日24時間の連携体制をせいびしている。定期的にバイタル測定・体重測定を行い記録している。日々の健康状態は、日誌やシステム内の介護記録に記録している。定期的なバイタル測定、看護師による状態確認、「入居者の身体・環境的状态チェックポイント」による観察により、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。体調変化時の対応について、AED訓練を実施している。看護師が色分けしたケースで服薬管理を行い、介護職員が服薬確認し、日誌とシステム内に記録している。高齢者の健康管理や病気、薬等に関する研修の実施が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑲	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

終末期対応について「看取り介護についての指針」を整備し、方針・手順・協力医療機関との連携体制を明示している。契約時に「看取り介護についての指針」をもとに説明し、「事前確認書」で意向確認している。終末期には、「看取り介護実施同意書」で説明して同意を得、「看取り介護計画書」で支援内容と流れ説明し同意を得ている。全体研修で終末期のケアに関する研修を実施している。看取り介護終了後に「振り返りカンファレンス」を行い、職員の精神的なケアを実施している。協力医療機関との365日24時間の連絡体制、看護職員など施設内の多職種連携、家族が居室で一緒に過ごせるベッドの貸し出しなど、終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑳	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○a・b・c

特記事項

家族に対し、定期的には毎月の写真入りお便りで、変化があった時には電話で迅速に、利用者の状況を報告している。電話・メールを使って、必ず伝わるまで連絡している。6カ月毎の担当者会議に必ず家族の参加をお願いし、サービスの説明、要望・相談を聞く機会を設けている。相談内容はケアラボ介護記録に記録している。家族会の開催、ケアプランに家族の役割を位置づけ、担当者会議に必ず参加をお願いする等、利用者と家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。

A-5 その他

		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	○a・b・c
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	○a・b・c
A㉓	A-5-③ 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。	○a・b・c

特記事項

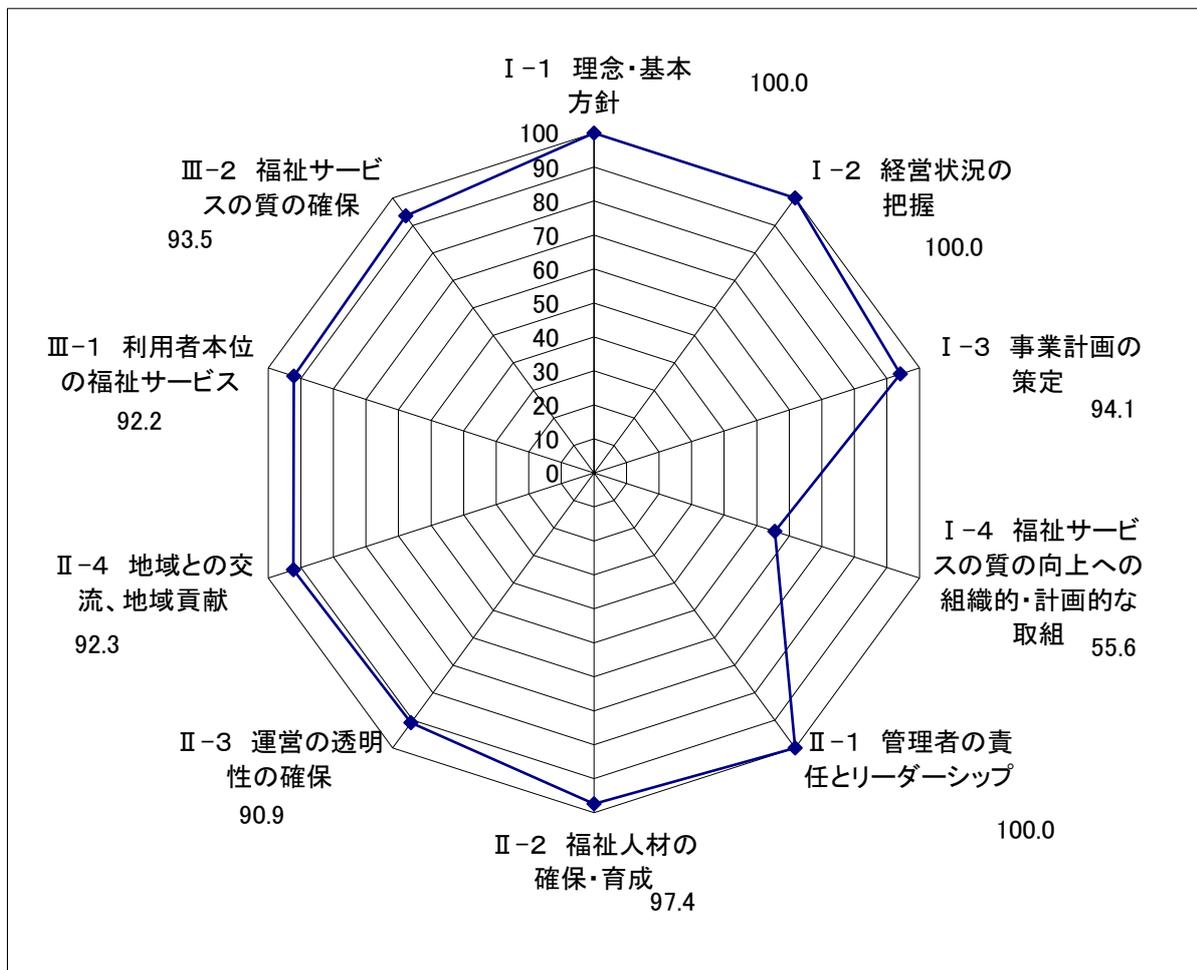
A㉑
 外出行事の際は、職員・家族・ボランティアが支援している。職員や家族からの情報や、地域との関わりも密な事から地域の行事やボランティア情報が豊富に収集できている。情報を利用者に提供し、利用者の希望を外出行事に活かしている。

A㉒
 各ユニットに電話を用意している。各ユニットの目立つ場所に電話とポストのマークシールを掲示し、いつでも利用できる工夫をしている。利用者が電話の利用を希望した時は、プライバシーに配慮して支援している。郵便物の投函は職員が利用者に代わって行い、送られてきた郵便物は周囲に配慮して本人に手渡している。

A㉓
 個人購入の新聞・雑誌は各ユニットの入り口ポストに配達されている。各ユニットに大型テレビの設置があり、また、各居室には本人や家族の意向でテレビ・ラジオ等、私物が持ち込まれている。共用場所のダイニングに雑誌等が置かれており、貸し出し希望に応じている。

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	16	94.1
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	5	55.6
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	37	97.4
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	24	92.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	59	92.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	29	93.5
合 計	227	211	93.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	21	19	90.5
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	86	81	94.2
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	124	117	94.4

合計(I~Ⅲ+A)	351	328	93.4
-----------	-----	-----	------

