

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書  
【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム るうてるホーム	
運営法人名称	社会福祉法人 るうてるホーム	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	施設長 廣瀬雅典	
定員（利用人数）	50名（50名）	
事業所所在地	〒575-0002 大阪府四條畷市岡山5丁目19番20号	
電話番号	072 - 878 - 9373	
FAX番号	072 - 878 - 5293	
ホームページアドレス	<a href="https://www.ruuteruhome.or.jp/">https://www.ruuteruhome.or.jp/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:jimushitu@ruuteruhome.or.jp">jimushitu@ruuteruhome.or.jp</a>	
事業開始年月日	昭和52年6月15日	
職員・従業員数※	正規 34名	非正規 21名
専門職員※	社会福祉士 2名 社会福祉主事 9名 介護福祉士 22名 介護支援専門員 3名 管理栄養士 1名 医師 1名 看護師 4名 准看護師 2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 50室	
	[設備等] 食堂兼共同生活室 5室 談話スペース 2か所 多目的室 1室 相談室 1室 ゲストルーム 1室 個浴室 4室（内 リフト浴 2室） 機械浴室 1室 医務室 1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	1回
前回の受審時期	平成 21 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

## 【理念・基本方針】

### 【創立の精神】

聖書の教えに従ってお客様を敬い、お仕える

### 【理念】

キリスト教主義に立ってお客様お一人おひとりを大切に仕える姿勢を堅持します。

どのような心身の状況にあってもご自分の生活を自分らしく続けることができるよう、お支えに努めます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

・16世紀のキリスト教宗教改革者マルティン・ルター（ドイツ語読みルーテル）の「神の愛（徹底的な無償の愛）が大切である」の教えに根ざしたホームを創りたいと願った創立者たちの精神が、50年を過ぎた現在も職員に「理念」として受け継がれて、入居者の日々の生活を支え続けている。

・法人は開設当初より「地域入浴サービス」「短期入所サービス」「在宅支援サービス」「ホームヘルパー事業」「心身障害者通所サービス事業」など地域に目を向け、地域のニーズを掘り起こし、地域に根ざした事業を展開し、現在の特別養護老人ホームるうてるホームに引き継がれている。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和元年7月18日～令和2年3月12日
評価決定年月日	令和2年3月12日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理・専門職委員） 1101A002（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

・当施設の前身は、昭和40年（1965年）に3名の女性クリスチャンの並々ならぬ尽力で設立された軽費老人ホーム「るうてるホーム」である。その後入居者と職員の要望により、昭和52年に特別養護老人ホームを隣地に創設し、介護を提供できる終の棲家となる施設となった。開設法人は当初より地域に根ざした施設をめざし「地域入浴サービス」「在宅支援センター」「心身障害者通所サービス」など様々な地域福祉事業を近隣各所で展開してきた。しかし建物老朽化と事業所が点在する非効率性が解決すべき課題となった。各事業所を統合できる用地確保や資金面等様々な苦難を乗り越えて25年10月に現在地に鉄筋4階建ての複合福祉施設「るうてるホーム」として新築移転し、当該事業は3階4階で新たなスタートを切ることとなった。

・キリスト教の教えである「『神の愛』（徹底的な【無償の愛】）が大切である」の精神が当施設の行動規範となっている。法人の理念を「お客様一人おひとりを大切に仕える姿勢を堅持します。どのような心身の状況にあってもご自分の生活を自分らしく続けることができるよう、お仕えに努めます。」と定め、サービス方針を

- (1) 私たちは、キリスト教の精神を継承し、お一人お一人に仕える仕事をします。
- (2) 私たちは、一人ひとりの生き方を尊重し、その安心と安らぎに最大限配慮します。
- (3) 私たちは、常に利用者を中心にニーズを捉え、サービスの向上に努めます。
- (4) 私たちは、地域社会の福祉課題を積極的に掘り起し、それに取り組みます。
- (5) 私たちは、専門職としての知識・技術を常に磨く努力を怠らず、未来を見据え、新しい課題に挑戦していきます。と定めて日常の現場での活動における職員共通の指針としている。

### ◆特に評価の高い点

#### ・法人理念の浸透

キリスト教の教えが法人の理念として50有余年の間脈々と受け継がれて今に至っている。新入職員は入職研修時に理念研修を理事長より受け、職員が「入居者一人ひとりを大切に、誠実に仕える」ところを学び、個別ケアの実践に生かしている。

#### ・終末期の取り組み

入居者の希望によりターミナルケアを実施しており、最後の看取り時にハーブ演奏『パストラル・ハーブ』で緩和ケアを行い、穏やかな最期を迎えることができるように取り組んでいる。併せて介護職員に対してスピリチュアル研修やターミナルケアをふりかえり、分かち合う「ともしびプロジェクト」を実施している。

## ◆改善を求められる点

### ・利用者・家族等への情報公開

法人の事業計画、事業報告、決算情報等の情報公開は、ホームページで確認でき、また利用者・家族等には玄関入り口のカウンター端のボックスに情報公開ファイルが置いてある。今後利用者家族には年度初めに利用者・家族等対象の事業報告会兼事業方針説明会を開催するなどの工夫を望む。

### ・機能訓練の工夫

洗濯物たたみなどの生活リハビリは実施しているが、理学療法士の意見も聴き、ユニット内での機能訓練としてのレクリエーションを定期的実施することを期待する。

### ・利用者満足調査の工夫

施設全体として実施した来訪者アンケートは、職員には結果を知らせているが、家族にもアンケート分析結果や講じた対策などを公表することを望む。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

約10年前に第三者評価を受けて以来、受審していませんでしたが、ユニットケアの施設へと建て替えたこともあり受審に至りました。自己評価作業も主任、ユニットリーダーがそれぞれ評価項目一つひとつに意見交換を行い、現在の自分たちの立ち位置を確認することができました。評価結果は結果として真摯に受け取り、改善すべきところや伸ばしていくところなど、これまで以上にサービスの質向上へむけて職員一丸となって取り組みを続けていきます。

## ◆第三者評価結果

- ・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念は、設立母体の創始者の教え「『神の愛』（徹底的な【無償の愛】）が大切である」を具体化して考えられ、ホームページや施設案内パンフレットにわかりやすい言葉で利用者や家族等に周知が図られている。</li> <li>・毎年の事業計画書の冒頭には、理念を基にしたサービス方針（5項目）が更に具体的に明記され、職員や関係者に周知されている。</li> <li>・更に事業計画書には年間行動指針、月間行動指針も設定され、職員の日常の業務の具体的な指針であり行動規範となっている。</li> </ul>	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、毎月2回事業部運営会議（参加メンバー 特養、ケアハウス、デイサービス、ヘルパーステーション、ケアプランセンター各管理者、事務長）を開催し、各部門の運営状況や抱える課題などについて議論している。</li> <li>・法人では、年4回理事会、評議員会を開き事業部運営会議で議論された重要課題や当施設全体を取り巻く状況を協議している。</li> <li>・管理者等は、市内の福祉施設責任者が2か月に1回集まり、地域を取り巻く課題や状況を話し合う施設部会に参加し、地域内の福祉状況の情報収集に努めて施設運営に活かしている。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業部運営会議で議論・検討され、理事会・評議員会で協議・承認された解決すべき経営課題は、解決を急ぐ事案は直ぐに解決を図るが内容によって次年度の事業計画、あるいは中・長期事業計画に取り上げて解決を図っている。</li> <li>・事業部運営会議で議論された課題や経営状況等については、ユニットリーダー会議やユニット会議内で周知が図られ、年度末の次年度の事業計画説明会で具体的な解決策が示される仕組みとなっている。</li> </ul>	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

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

(コメント)

- ・法人は、事業部運営会議で議論・検討した課題等を理事会で協議して5か年計画を立てる仕組みとなっている。
- ・現行の5か年計画は5年前に「法人設立50周年を迎えて、この歩みを継承し発展させる使命を強く認識して」制定され来年度が最終年度となっている。
- ・5か年計画の骨子は、①人材育成と職場環境の整備 ②地域貢献と福祉サービスの充実 ③経営基盤の安定化の取り組みとし、それぞれの項目に具体的な目標が設定されている。

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

(コメント)

- ・単年度事業計画は、毎月2回開催している事業部運営会議で5か年計画の進捗状況を確認し、課題や問題点を議論・検討して毎年度末に策定している。
- ・策定された事業計画は、理事会にて承認された後、全職員に対して説明会を開き次年度の事業方針や目標の周知を図っている。
- ・今年度の事業目標は①継続的な職員定着への取り組み ②職制の責任と役割の明確化 ③各専門職の職務内容の明確化 ④相談機能の強化 ⑤ケアの質的向上 ⑥数値目標の設定の6項目となって、それぞれの目標に対して具体的な計画が策定されている。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

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

(コメント)

- ・毎月1回のユニット会議ではケアの内容を中心として、毎月2回のユニットリーダー会議では職員の勤務状況、研修内容、職場環境などを中心として、事業部運営会議では各部署の運営状況を中心にそれぞれの今抱える課題を会議の中で話し合い、計画を見直したり改善している。
- ・四半期ごとの事業部運営会議で計画の進捗状況を把握しながら課題を見つけ次年度の事業計画を年度末に策定している。理事会で承認を得た次年度事業計画を年度末に非常勤を含めた全職員を対象にした事業計画説明会で周知を図っている。

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。

b

(コメント)

- ・法人の事業計画は、ホームページに事業報告や収支などと共に掲載して公表している。
- ・事業計画書のファイルを玄関入り口横の事務所窓口に設置し家族等に周知を図っているが気が付きにくい状況である。
- ・家族等に毎年度初めに前年度の事業報告と共に事業計画を説明する機会を設けたり、計画内容を抜粋した分かりやすい資料を作り配付するなどの周知を図る取り組みを望む。

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、事業部運営会議組織内に危機管理委員会を設け、各部署の内部監査を法人独自の自主点検表に従って毎年1回実施して、各部署の提供する福祉内容や設備の状況などをチェックしている。</li> <li>・施設では内部監査で指摘された問題点をユニットリーダー会議、ユニット会議で話し合い、改善策を策定し実行して又検証する仕組みがある。</li> <li>・施設では今回外部の第三者評価を受審することで更なる質の向上を図っていく前向きな姿勢が窺える。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設では、内部監査後に示された「内部監査指摘事項及び意見要望事項」に対してユニットリーダー会やユニット会議で話し合い、改善策を策定して危機管理委員会に報告している。</li> <li>・危機管理委員会は提出された改善策の実施状況を定期的にモニタリングをして各部署の更なる質の向上を図っている。</li> </ul>	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職務分担表に、施設長の役割と責務を明記している。また、非常災害時マニュアルや事故対応マニュアルに施設長の役割と責任そして不在時の代理者を明記し、緊急連絡網も整備し、法人や全職員に周知を図っている。</li> <li>・施設長は、毎年度の事業計画書に自らの事業方針と取組を明記し、年度初めに「事業計画説明会」で全職員に説明して理解を図っている。</li> <li>・施設長は、法人の広報誌「るうてるホーム後援会ニュース」に自己の福祉に対する考えを表明し職員の理解を図っている。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、福祉サービスから経理・設備面に亘る運営全体が適法適正になされているかを各事業部が自らチェックするための「自己点検表」を策定して、各事業部は毎年1回自己点検を行っている。</li> <li>・法人内の事業部運営会議内に「危機管理委員会」を設置し、毎年1回各事業部から提出された「自己点検表」を基に各事業部の内部監査を実施して、指摘事項の改善を求めている。</li> <li>・関係法令等が制定、追加、改正された時は館内ネットワークの掲示板に掲載し職員への周知を図っている。</li> </ul>	



II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、毎月の運営会議の中で主任、看護職と事故・ヒヤリハット報告、入退院状況報告などを受け、問題事案の対策の検討や指示を行っている。</li> <li>・施設長は、運営会議や年2回の職員個別面談で出てきた福祉サービス面の意見や提案を受け、事業部運営会議で提議し改善対策を図っている。今年度は職員の介護力不足を補うとともに安全安心のために介護ロボットを導入して効果を発揮している。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、毎月の運営会議の中で主任や看護職員とて協議した施設内の課題などを法人内の毎月2回開催の事業部運営会議で提議且つ協議して改善策を講じている。今年度には、職員不足と高齢化を解消するとともに職員の腰痛予防のために介護ロボットを導入している。</li> <li>・施設長は、毎月の運営会議で施設の職員の勤務状況、入所状況、入退院状況の報告を受け入所率などを把握して、人員不足解消のための職員募集を行っている。</li> </ul>	

評価結果

II-2 福祉人材の確保・育成

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。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、中長期計画の第一に人材育成と職場環境の整備を上げて、人材確保と定着を図るため「人材確保・育成委員会」「地域交流委員会」を立ち上げ法人全体で取り組みを実施してきている。</li> <li>・介護福祉士など資格取得のための職員に対し勤務面や金銭面の支援を行っている。</li> <li>・人材確保のために大学・専門学校・高校と連携を図っているが、学生・生徒数不足のため実習生も少ない現状があり、計画通りには至っていない。</li> <li>・事業所内保育所等の育児支援体制づくりを目指している。</li> </ul>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、介護職員に求められる資質を1級から7級に分けて具体的に且つ明確に一覧表にまとめて職員に示している。</li> <li>・法人では、全職員に毎年度の目標設定を課し、施設長が5月と10月に職員と個人面談をして進捗状況を確認し、年度末に達成度を見て翌年度の目標を設定する取り組みを行っている。それと併せて法人独自の「自己評価票」を用いて年2回「行動評価基準」(S、A、B、C、Dの5段階評価)で全職員の人事評価を実施している。</li> <li>・法人では、職員が将来像を描けるキャリアパス制度の早期導入を検討中であり、その実現を望む。</li> </ul>	

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、年2回の職員面談の折に勤務状況や要望や意見を聞いている。</li> <li>・職員の勤怠や有休取得などの勤務管理は総務部事務部門が実施し、施設長は毎月確認して把握している。</li> <li>・法人内に「人材確保・育成委員会」を立ち上げ、働きやすい職場環境を目指している。施設では、業務改善を進め労働時間を適正化するため、①定期会議を勤務時間内で実施する ②勤務終了時間後30分以内に退勤することを目指している。</li> <li>・同じく「地域交流委員会」では、子育て支援(くるみん認定)の取り組みや「ノー残業デー」を定めて職員の働き方改革を推進している。</li> </ul>	



II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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

(コメント)

・法人では、介護職に求められる資質として1級から7級まで等級分類し「知識・合理性」「企画力」「表現・折衝力」「責任感・協調性」「指導・統率力」「行動・プロセス」の項目について詳細に定めて職員に示している。  
 ・職員は、毎年度初めに「自己目標」を設定し指定の自己評価票シートに記入、施設長は5月と10月の2回面談職員として進捗状況を確認、年度末には達成度を確認して職員は新たに翌年度の「自己目標」を設定する取り組みを行い職員の育成を図っている。

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。

b

(コメント)

・事業計画の中の「人材確保・育成委員会」（委員長 特養施設長）の事業方針に研修の基本方針が示されている。  
 ・施設では、職員が自己目標に基づいて個別研修計画を立て、年間研修計画表で全職員の外部・内部研修の受講状況を把握している。  
 ・年間研修計画一覧表が過去にあったが、今年度は年度初めに全体計画を立てず、その都度日程を決め内部研修を実施してきている。大卒の月別の研修計画（決まった外部研修も含めて）を年度初めの事業計画で示せば、職員や外部者からも把握しやすいので策定することを望む。

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

(コメント)

・法人内共通の管理者研修と主任研修、事業所別あるいは共通の内部研修と外部研修が計画され、非常勤を含む全職員に年間研修計画が示されているので職員は個別目標を踏まえて希望の研修を受講している。  
 ・施設はユニットケアのサービス向上を目指し、外部の「ユニットリーダー研修」にこれまでに6名を受講させてきた。今年度も1名が受講し、受講希望者が2名待機している。

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。

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

(コメント)

・法人全体の事業計画の中の「人材確保・育成委員会」活動計画に実習生受入の支援と実習生指導者資質向上への取り組みが明記され、5名のユニットリーダーが実習指導者講習の受講を終了している。受け入れマニュアルも整備され体制は万全である。  
 ・今年度は、教員免許取得予定者と歯科衛生士研修生の実習を受け入れてきたが、介護専門学校等からの実習の要望がなく、12月現在までの受け入れ実績はない。

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のホームページには、法人の理念や設立の精神や目的などと共に事業計画、事業報告、決算情報が記載され情報公開が行われている。</li> <li>・法人の広報誌「るうてるホーム法人報」には理事長の挨拶文と事業報告と事業計画の骨子と決算概況、地域交流報告を掲載し、関係者に配付しているが、入居者家族等までは配付していない。入居者家族等にも配付し周知を図ることを望む。</li> <li>・施設内廊下に苦情受付担当者や第三者委員の氏名を掲示し、意見箱も玄関受付窓口に設置している。また法人ホームページに苦情解決委員会報告が掲載され、苦情意見要望等の状況を公表している。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人には経理規程が定められており、組織内の総務部事務課が経理事務を担当して総務部長が統括している。</li> <li>・経理や取引の内部監査は危機管理委員会が行い、月々の経理や決算処理は税理士が担当し、外部監査は公認会計士が担当している。決算内容はホームページや玄関窓口にファイルを設置して公表している。</li> </ul>	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との交流を推進するため法人内に設置した地域交流委員会が核となって複合施設全体の年一度の一大イベント「るうてるフェスタ」を開催したり、毎月2回の「はっぴいカフェ」を開催して、集いの場となり入居者や家族と地域の方々との交流を深めている。</li> </ul>	
II-4-(1)-②	ボランティア等の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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画書の地域交流委員会活動計画にボランティア活動の活性化の推進を掲げて取り組んでいる。</li> <li>・法人ではボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティアガイドブックを作成してボランティアの受け入れ体制を整えている。</li> <li>・ボランティアとしてクリスマス会の応援、傾聴、紙芝居、ハーブ演奏などの実績がある。</li> <li>・デイサービスには小中学校の生徒の職業体験を受け入れているが特養でも受け入れる体制作りを期待する。</li> </ul>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の相談員は、市内の介護保険事業者連絡会施設系部会に2カ月に1回参加したり、介護保険広域連合の介護保険事業者団体の役員を務めて毎月理事会に参加し、広域連合担当者や同業者と情報交換をして連携を図っている。</li> <li>相談員は、近隣の医療機関、老人保健施設、グループホームなどの福祉施設を把握し、リスト化して備えているが、さらに職員間で入手した情報の共有を期待する。</li> </ul>
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>本年6月に認知症サポーター養成講座を施設3階の多目的ホールで開催し、地域住民や地域で勤務の方など約50名の参加があった。</li> <li>毎月2回、地域交流委員会と介護予防教室の参加者有志の方が中心となって「はっぴいカフェ」を2階のケアハウス内で地域の人々を招いて開催している。</li> <li>複合施設全体で地域の福祉避難所、子供110番受入先として市に登録している。</li> </ul>
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>当法人は昭和40年開設以来、設立母体の精神に基づく法人理念で地域の福祉の向上を目指して活動をしてきた経緯があり、昭和53年に地域入浴サービス開始、昭和55年短期入所サービス開始、平成元年デイサービス・移送サービス開始、平成2年より在宅介護支援センター・ホームヘルパー事業・心身障害者デイサービス事業など複合的にサービスを開始し、地域の福祉向上のための様々なサービスを提供してきて現在に至っている。</li> </ul>

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>入職時に、法人代表者等による設立母体の精神に基づく法人理念研修がある。また、年度初めの事業計画説明会では全職員に「サービス方針5項目」「年間行動指針・月間行動指針」が示され、年間の行動規範としている。</li> <li>法人の就業規則第3章服務規律にも利用者尊重の姿勢が明示され周知が図られて、その精神は介護マニュアル等に反映している。</li> <li>法人全体で、介護職員や看護職員など直接支援職員対象の接遇研修を毎年実施している。</li> </ul>	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員は、入浴や排泄等の介護マニュアルのプライバシーに配慮した手順を入職時研修で習得してケアに当たっている。</li> <li>・身体拘束廃止に関する指針を基に身体拘束マニュアルを整備し、毎年虐待防止と併せて身体拘束廃止に向けての研修を実施している。</li> <li>・入居者や家族等に入居時に重要事項説明書で不適切な介護事案等の苦情受付窓口（施設内と行政機関）と解決責任者名を示し、対応方法を説明している。</li> <li>・苦情等の相談窓口として第三者委員2名の名前が施設内に掲示されている。さらに、重要事項説明書にも記載することを望む。</li> </ul>	

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。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のホームページに法人理念・基本方針・施設情報・入居利用料・入居手順が詳しく分かりやすく説明されている。</li> <li>・パンフレットには法人の理念や設立の目的と法人の提供サービス内容をイメージ写真付きで説明されている。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居契約時に生活相談員が、入居者・家族等に重要事項説明書、料金表で詳しく説明して了承の上、契約書に署名・捺印を得ている。</li> <li>・サービス内容や料金等の変更時は、入居者・家族等に詳しく変更内容を書面等で通知し、同意書に署名捺印を得ている。</li> <li>・介護計画の変更時は、介護支援専門員がサービス担当者会議を開催し家族等に説明し同意書に署名捺印を得ている。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が、入院する時は生活相談員等が同行して看護サマリー・介護サマリー・服薬情報を病院等に提供し詳しく説明している。</li> <li>・入居者が、他福祉施設に移動する時も同様であるが、生活相談員等が特に独自のポイントケアチェック表を使って詳しく介護内容を説明している。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月のユニット会議で入居者個々の状況と介護方法を確認し改善方法を検討している。</li> <li>・入居者とは日常的にコミュニケーションを取り、要望などがあればパソコン内ネットワークのケース記録に入力して職員間で情報共有して同一サービスが提供できるように支援している。</li> <li>・現在、家族会はないが、来訪時や介護計画変更時などで家族の要望や意見を聞いてケアプランに反映させている。</li> </ul>	

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。

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書に苦情受付窓口として生活相談員、苦情解決責任者として施設長、行政機関及びその他の苦情受付機関を明示し、入居者・家族等に入居契約時に説明し、生活相談員名、施設長名を施設内廊下に掲示している。施設内に相談室も整備している。</li> <li>・苦情申し立てや相談を外部の者にもできるように、設立母体の関係者を第三者委員として任命して、施設内廊下に掲示して周知を図っている。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者・家族等に入居契約時に重要事項説明書にて、苦情受付窓口として生活相談員名、苦情解決責任者として施設長名、行政機関及びその他の苦情受付機関を説明し、施設内廊下に掲示していることを説明している。</li> <li>・利用者・家族等から受け付けた苦情については苦情受付数や概況が法人ホームページに苦情解決委員会報告として公表している。しかし、具体的な苦情内容や対策までは示されていないので詳しく苦情内容や対策を公表することを望む。</li> </ul>	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内はパソコンネットワークで繋がれているので職員は入居者から聞いた要望などをネットワークのケース記録に入力し、職員間で共有でき、入居者の要望に沿った同一のケアを提供できる仕組みがある。</li> <li>・施設全体で来訪者アンケートを実施し、1階受付カウンター、デイサービス、2階ケアハウス、3階特養に受付箱を設置している。アンケート結果を職員に知らせているが家族等までには至っていないので内容と解決策を公表することを望む。</li> </ul>	

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。

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内に、施設全体の組織として危機管理委員会を設け、今年度の重点課題として①非常災害対策の推進②送迎バスの安全運転に対する取り組み③法人内部監査の実施等に取り組んでいる。また安全衛生委員会を設け、今年度の重点課題として①施設入居者及び職員健康診断 ②インフルエンザ予防接種の実施 ③感染症対策④救急救命、感染症予防、メンタルヘルス、腰痛予防などの研修実施に取り組んでいる。</li> <li>・毎月、ヒヤリハットや事故報告について事故対策委員会で内容を分析検討して対策を講じている。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内の安全衛生委員会は、施設全体から選ばれた看護職・介護職員がメンバーとなり、毎月会議を実施、その時々での感染症の研修内容や対策などを議論している。</li> <li>・安全衛生委員会メンバーが感染症対策研修は毎年夏は食中毒予防対策と秋はインフルエンザ・ノロ予防対策の職員研修を行っている。</li> <li>・感染症対策マニュアルは各ユニットに整備している。</li> </ul>	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内に、危機管理委員会が設置され施設全体の非常災害対策を担っている。市の防災マップを確認し防災計画を立て、施設全体で火災時避難訓練及び消火訓練を年2回（6月昼間想定、10月夜間想定）を実施している。全員の避難確認は「避難完了カード」で行って万全を期している。</li> <li>・地震想定での防災避難訓練も別途計画し、実施することを望む。</li> <li>・毎年、災害対策備品を見直し、昨年度は照明器具・非常時炊き出し釜、今年度はポータブル自家発電機を整備している。</li> <li>・市の福祉避難所として登録し、市の職員より福祉避難所としての役割などについてリスクマネジメント研修の一環として講義を受けている。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。	
Ⅲ-1-(6)-① 利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書付属文書の第4項サービス提供における事業者の義務の④に「お客様に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、お客様または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。」と明記し、入居時に入居者、家族等に説明している。</li> <li>・開示した記録は、パソコン内のケース記録シートに入力して記録保存している。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。	
Ⅲ-1-(7)-① 施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所選考委員会を施設長、生活相談員、看護職員、第三者として民生委員のメンバー構成で毎月定期的で開催している。待機者の中から緊急度の高い方などを考慮、協議し入居順位を決めて協議記録も残している。</li> <li>・入所選考指針や説明資料を作成して公表するまでには至っていないが、今後必要な範囲での情報をホームページなどに掲載されることを望む。</li> </ul>	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
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。		
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	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事、排泄、入浴、服薬等についてマニュアルが作成されている。マニュアルは常時確認できるように、各ユニットごとにパソコンの近くに置いてある。</li> <li>・マニュアルの周知については、当日の夜勤者を含めユニット介護職員全員が出席する月1回のユニット会議にて確認と伝達を行っている。</li> <li>・実施されているかどうかは当日の出勤者同士で確認し、マニュアルが現状に沿ったものであるかどうかの確認も行っている。</li> </ul>		
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。	b	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見直しについては必要時に見直しを行っており、定期的ではない。</li> <li>・見直しについては、個人の脱水予防の視点から全利用者を対象として、一日の水分量についてマニュアルに反映する例があった。服薬時の薬の落下防止について、事故防止委員会を通じて、服薬用のカップの使用をマニュアルに反映する事例もあった。</li> <li>・必要時だけでなく、定期的に現状を検証し、PDCA【Plan(計画)・Do(実行)・Check(評価)・Action(改善)】サイクルを回して見直しをされることを期待する。</li> </ul>		



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。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーが2名配置されている。決められたアセスメントシートにてアセスメントが行われている。栄養士、相談員、看護師も参加するユニット会議でアセスメントが実施されている。</li> <li>・計画通りにサービスが実施されているかモニタリングにて毎月確認している。</li> <li>・困難ケースの事例として、感染症の利用者の退院の際に、詳しい対応方法をケアプランに記載し支援を行っている。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画については通常3か月ごとに見直しを行っている。モニタリングは1か月ごとに実施されている。ケアマネジャー2名が中心となり、評価と見直しを行っている。</li> <li>・変更した計画の内容はユニット会議にて栄養士、看護師、相談員を含めた職員全員が情報を共有するようにしている。緊急に変更する際は主として退院後の計画となるが、ケアマネジャーが中心となって実施している。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・決められたアセスメント用紙を使用し作成を行っている。入所時であれば居宅のケアマネジャーとの連携も図り、ショート利用があればユニット職員が様子を見に行くとしている。施設サービス計画を作成する前に家族と利用者の意向を確認し、作成が行われている。</li> <li>・退院前のカンファレンスでは医師よりアドバイスを受け、認知症の症状には看護師を通じて専門の医師にアドバイスを受けている。施設サービスの提供の確認はユニットリーダーが行っている。モニタリングは1か月ごとに担当職員が行い、ケアマネジャーが最終確認を行っている。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パソコン上で他職種も確認ができる介護ソフトを導入し館内ネットワークが構築されている。記録内容の書き方等についてはユニット会議にて口頭で説明し、記録内容について主任が確認し、記録者に直接指導している。</li> <li>・早出、遅出等その場で伝えられない情報は申し送りノートを使用して伝達している。情報の分別は主任が相談しながら実施している。</li> <li>・事業所内での情報の共有についてはメールのやり取り等を行っている。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録については危機管理委員会で管理のもと鍵付きの書庫で5年間保管している。</li> <li>・個人情報保護規定がある。職員の情報の持ち出し禁止等については、サービス規程にて定められている。ユニット内でのメモの処分等については、ユニット会議にて随時申し送りを行っている。個人情報の扱いには同意書を交付している。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。

Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。

a

(コメント)

- ・現在身体拘束の事例はない。身体拘束については運営規定や重要事項に記載されており、利用者や家族に説明をしている。
- ・昨年度外部研修「身体拘束ゼロ推進委員養成研修」に1名参加している。内部研修では「身体拘束廃止研修」が実施されている。
- ・工夫や配慮として、転倒を繰り返す利用者のベット位置の変更や、滑り止めマットを使用している。座位を保持しづらい利用者には手すりを取り付けて便座に安全に座れる工夫などをユニット会議にて話し合いをしている。

Ⅲ-2-(4)-② 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。

—

(コメント)

利用者の金銭を預かる制度はない。

Ⅲ-2-(4)-③ 寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。

b

(コメント)

- ・医師による禁止が無ければ、食事時は全利用者が離床して食堂で毎食食べている。食事時は車椅子から椅子へ移り変わる利用者もいる。
- ・離床対策として、利用者個々にあったティルト・リクライニング車椅子等を購入している例があった。着床については利用者の意思も尊重し、ずっと起きている状態の利用者はいない。
- ・理学療法士を配置していない為、理学療法士等の指導の下での機能訓練等は行われていないが、介護職員が看護師に相談しながら洗濯物たたみ等の生活リハビリを実施している。理学療法士の指導も受けながら生活リハビリの内容を充実する検討を望む。

## 高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が「よしもとライブ」へ外出したり、日常におやつや買い物の買い出しに出かける支援をしている。利用者は地域交流のための「はっぴいカフェ」（月2回）に参加したり、ボランティアによる紙芝居を楽しんだり、利用者の意向に基づいたことが主となっている。離床回数や時間については医師と相談しながら増やしている。</li> <li>・今後更に利用者の状態にあわせたレクリエーションプログラムを増やし利用者の選択肢が増えることを期待する。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思疎通の難しい利用者にも声をかけて話を聞き、記録に残している。ベット上で過ごす時間の多い利用者については、ラジオを聞いてもらったり、家族の了解を得てCDをかけ、表情の観察をする等をしている。</li> <li>・日々の生活の中でのコミュニケーションから利用者の意向等を聞きとり、買い物の為の外出等実現するようにしている。</li> <li>・職員接遇については新人研修で行われている。</li> </ul>	

		評価結果
A-2 身体介護		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機械浴・リフト浴・個浴での入浴を行っている。1人につき1回ずつお湯を替え、個人の希望に添って個人購入の入浴剤を使用している。利用者が入浴を拒むことがあれば日にちを替える等柔軟な対応に努めている。リハビリ等の予定にあわせて日にちを変更する時もある。</li> <li>・水分補給はリビングで、利用者個人が購入している好みの飲み物を提供している。スキンケアとして保湿クリームを使用している。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿を計量した上で3種類のパットを一人ひとりにあわせて使用している。パットをトイレに流してしまう利用者には布製を使用する等工夫をしている。</li> <li>・便秘に対しては薬剤だけでなくヨーグルトやヤクルトを摂取することで自然な排便を促している。</li> <li>・リビングに一番近いトイレの前には外側にカーテンを設置し、トイレへの出入りの際に他の利用者に見えないような配慮が行われている。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の状態にあわせて、トイレまで手引き歩行を行ったり、立位保持の為に車椅子から椅子へ座る機会を設ける等の配慮をしている。</li> <li>・車椅子については、利用者の障がいによる体形にあわせた車椅子を担当介護職員とケアマネジャーが探し、本人に実際に座り心地を確認して頂き適切な車椅子を提供した例がある。</li> <li>・移乗では利用者に不安のない、移乗サポートロボットを使用した移乗が実施されている。</li> </ul>	

A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在褥瘡の発生は確認されていないが、発赤部分について注意をしている。</li> <li>・介護職員より看護師に皮膚の異常について報告し、看護師が薬を塗る等の処置をしている。看護師は1日2回各ユニットを巡回し、利用者のポジショニングについては写真を撮り、介護職員に周知している。ユニット会議でも周知を徹底している。</li> <li>・食事摂取状況の確認の視点をもって体重測定を行っている。</li> <li>・職員に対し、体位交換とポジショニング研修も実施している。</li> </ul>	

<b>評価結果</b>
-------------

<b>A-3 食生活</b>
----------------

A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニットの冷蔵庫の中に個人の海苔のつくだ煮などを預かり、食事の際に提供している。テレビを消してラジオを聞きながら食事を摂るユニットもある。</li> <li>・温冷の移動台車を使用し、必要であれば汁物の温め直しなど適温で食事を提供できるように努めている。利用者の好き嫌いにあわせた代替食にも対応している。パンを好む利用者にご飯の代わりに食パンを提供している例がある。朝食はパン食か和食か選択ができる。利用者の誕生月には本人の意向に合わせて付き添いで外食を行ったり、ユニット内で利用者の目の前でにぎりずしやお好み焼きを提供している。</li> <li>・アンケートに「声かけをしてゆっくりと食べさせてほしい、無理に食べさせないでほしい」との意見があり、再度個々の状態に適した食事の介助について見直す事を期待する。又、テレビをつけて食事をするユニットもあったが音楽等を流してほしいとの意見があり雰囲気作りの取り組みも今後期待する。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の嚥下状態にあわせて各ユニットにてソフト食、トロミ食、キザミ、一口大、粗キザミ食を提供している。粥やゼリー等の提供も実施されている。利用者の胃の負担を考慮して栄養補助食品の提供をユニット会議で検討し、実施している。</li> <li>・ユニット会議だけでなく、ケース検討会議も行い、看護師や栄養士と共に栄養面や形態について検討を行っている。</li> <li>・栄養士は全ユニットを巡回して、食育計画が作成されており、それに基づく栄養マネジメントが行われている。</li> <li>・月に1回全部署が出席し、全体的な食事に関する改善について検討を行う「食事委員会」が行われている。</li> </ul>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の意向によりリビングと利用者の居室にて食後に口腔ケアを行っている。義歯洗浄やうがい等の口腔ケアについて、磨き残しなども含めてケース記録に記載している。</li> <li>・口腔内に食べ物を入れても飲み込みにくい利用者に対して口腔機能を改善するため口腔マッサージを行っている。</li> <li>・義歯の保管は各居室で行い、入れ歯洗浄剤についてはキッチンで預かっている。</li> <li>・口腔ケアに関する研修が行われていない為、今後研修を行うことを期待する。</li> </ul>	



		評価結果
A-4 終末期の対応		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期を迎えた場合の対応について利用者ごとに家族に聞き取りを行い、手順書を作成し、職員全員に配付して周知を図っている。看取り後は施設で葬儀をしている例もある。</li> <li>・部署全体の研修としての「スピリチュアル研修」や看取りプロジェクトを設置し、「看取りをする為のチーム」について考える研修が行われている。</li> <li>・精神的なケアとして「パストラル・ハープ」の音色を聞く研修等も実施されている。</li> <li>・看取り後は家族や職員に看取りのアンケートをとり、振り返りを行っている。</li> </ul>	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周辺症状を呈する利用者には日常の記録からモニタリングを行いユニット会議にて検討を行い、対応等を周知している。</li> <li>・利用者の役割として、床の掃き掃除やテーブル拭き、洗濯物たたみや食器洗い等がある。個々の症状にあわせて、仲の良い利用者と一緒に洗濯物たたみをしたり、食事のテーブル席を同一テーブルにしている。各ユニットには四季が把握できるよう、季節に応じた様々な飾付がなされている。</li> <li>・職員の外部研修として認知症実践者研修に参加している。地域市民に対して認知症サポート養成研修を実施している。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ユニット内はバリアフリーとなっている。</li> <li>・全ユニットにおいて薬の保管場所を統一しており、冷蔵庫にも鍵をつけている。</li> <li>・清掃については障がい者の掃除専門職員が配置されている。床は掃いて、塩素系の薬剤を入れた水を使用してモップで拭いている。</li> <li>・アンケート結果には十分に清掃が行き届いていないときもあり、綿ぼこりも見られる日があるとの意見があった。環境面からベット下の清掃等も徹底し、掃除後に確認することを望む。</li> </ul>	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能の維持を目指し、洗濯物たたみ等の生活リハビリをケアプランに組み込み実施している。判断能力の低下や認知症状の変化については、介護職員が看護師に相談し、看護師から医師に伝えることで連携をとっている。</li> <li>・自費でリハビリをする利用者は理学療法士の助言等を受ける機会があるが、その他の利用者については看護師に相談をし、実施している。</li> <li>・理学療法士等の配置をし全利用者に対し機能訓練計画を立て実施することを期待する。</li> </ul>	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の体調変化等に早く気づき、対応をする為に18年度に「医務研修」を実施し、夜勤を行う職員全員が受講している。</li> <li>・昼食後に介護職員と看護師と一緒に、昼食から翌日昼食までの4回分の薬を確認している。服薬については手順マニュアルがある。服薬時は介護職員2名で対応し、ファイルで確認している。</li> <li>・館内ネットワークで看護師は食事量や水分量、排泄についての把握を行い、ユニット巡回の際も介護職員と連携して利用者の状態を把握している。</li> </ul>	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症等についてのマニュアルが整備されている。</li> <li>・職員の体調の把握については、12月から3月までは検温を行い看護職員が確認している。</li> <li>・職員研修は「夏季感染症対策研修」と「冬季感染症対策研修（嘔吐物処理を含む）」が行われている。</li> <li>・嘔吐物処理については必要な物品を各ユニットの定位置に準備しており、介護職員は把握している。玄関と各ユニットの手洗い場所に必要な消毒薬等が置かれている。</li> </ul>	

		評価結果
A-8 建物・設備		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エアコン洗浄やエレベーターの点検、入浴機器の点検、ワックスがけなどを定期的に行っている。</li> <li>・各ユニットごとにソファを配置し、季節ごとに様々な飾付をしている。談話スペースとして、小さいスペースやフロアを利用している。利用者個人に応じたテーブルや椅子の高さを調整している。</li> <li>・利用者の食堂の席を仲の良い利用者同士となるように配慮し、その席でくつろげるようにしている。</li> <li>・喫煙については館外の指定場所での分煙となっている。</li> </ul>	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の外傷等については必ず家族に連絡を行っている。</li> <li>・行事等の案内は施設内にポスターを掲示している。請求書送付の際にも案内を送って家族に周知している。</li> <li>・ケアプラン作成時や面会時に家族に対しサービス内容を説明したり意向を確認している。家族との相談は必要に応じて相談室で行っている。</li> <li>・アンケート結果より家族との情報交換においては十分ではない面も見られる為、今後も積極的な働きかけを期待する。</li> </ul>	



## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム るうてるホーム
調査対象者数	50 人
調査方法	事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者へはアンケートの記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封の上で、郵便局又は事業所への提出を依頼した。

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

アンケート回収は、50人中31人で、アンケート回収率は62%であった。

回答結果は

利用者満足度90%以上の質問項目は

- 職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉を含め、いつも適切で心地よいですか。
- 職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- 職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- サービスの開始にあたり、サービス内容に関する契約を文書で取り交わしましたか。
- サービス実施計画作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- 職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- 急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。
- あなたの居室は安全で快適ですか。

利用者満足度80%以上の質問項目は

- 原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束する場合にも詳しく説明がありますか。
- 職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- 食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。
- サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- このまま続けて現在の事業者のサービスを利用したいと思いませんか。

自由意見としては

- 居室の掃除の仕方が気になるので良い方法を考えてほしい。
- イベントなどを充実してほしい。
- 外出する機会を増やしてほしい。
- 外食などのレクリエーションの企画をしてほしい。
- いつも親切で丁寧にしてもらっていますので、このまま続けて欲しいです。

## 福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

### ①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

### ②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

### ③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等