

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：ふしの白寿苑	種別：介護老人福祉施設			
代表者氏名：幸本祥子	定員（利用人数）： 70 名			
所在地：鳥取市伏野 1 7 7 1 番地 3 6				
TEL：0857-59-0108	ホームページ： http://www.tottori-kousei.jp			
【施設の概要】				
開設年月日 昭和 48 年 12 月 1 日				
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人鳥取県厚生事業団				
職員数	常勤職員： 62 名	非常勤職員： 23 名		
専門職員	（専門職の名称）	（人数）	（専門職の名称）	（人数）
	介護福祉士	26 名	介護員補助	17 名
	介護支援専門員	1 名	相談員補助	1 名
	看護師	3 名	調理員補助	5 名
	准看護師	2 名		
	理学療法士	1 名		
	管理栄養士	1 名		
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）	
	ユニット（個室 10 室） 特別養護老人ホーム 計 7 ユニット 70 室		浴室	8 か所
			特別浴室	2 ヶ所
			地域交流スペース	1 ヶ所
			医務室	1 ヶ所
	短期入所生活介護 計 1 ユニット 10 室		機能訓練室	1 ヶ所
			理美容室	1 ヶ所
			多目的室	2 ヶ所
			相談室	2 ヶ所
			会議室	1 ヶ所

③ 理念・基本方針

基本理念

利用者様 お一人おひとりを、主体性を持った個人として尊重し、安らぎと喜びのあるその人らしい暮らしが送れるよう、まごころで支援します。

施設機能の地域展開と連携を推進し、地域から親しまれる施設づくりを目指します。

基本方針

- ・利用者が、楽しく生き生きと安心して過ごすことが出来る環境づくりに努めます。
- ・より良いサービスを提供するために、専門家としての倫理と誇りを持ち、技能の研鑽に努めます。
- ・利用者、家族、地域住民との連携を強め、地域に開かれた信頼される施設づくりに努めます。

④施設の特徴的な取組

時代の変化に対応し、短期入所事業の拡大・居宅介護支援事業所を併設し、地域の福祉ニーズに応えるよう努めておられます。

- ・ユニットケアを充実させる為、本年新築された全室個室の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）です。新築という事もあり、最新の福祉用具や設備も導入され、ご利用者、職員にもやさしい環境となっています。ユニットそれぞれにリビングを設けて家庭的な雰囲気のもと、個別ケアに努められています。
- ・感染症対策委員会を中心とした感染症や食中毒の防止対策、リスクマネジメント委員会などを中心とした介護事故の軽減対策等に努め、利用者が健康で安全な生活が送れるよう支援しておられます。
- ・ふるさと訪問、買い物外出、喫茶外出、地域の行事参加など、利用者のニーズに基づき、できる限り社会との関係性を保つよう心懸けておられます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年9月3日（契約日） ～ 平成30年12月27日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	4 回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

○施設長のリーダーシップ

施設長は今年度から新たに施設長となり、代表者会議や職員会議等で経営・管理に関する方針・取り組みを明確にされています。また、年度当初に大まかな方針を明示し文書で示され、毎月、気づいたことなどを書面で細やかに職員に伝えています。

○利用者と地域交流

理念・基本方針に地域との関わりが明記され、地元の施設として定着しています。地域行事の参加や地域の公民館へ出向いての交流他、秋祭りなど地域住民の参加を通して

地域との交流が図られています。地域交流ホールでの体操教室も行われています。また、地区公民館のボランティアの協力により、除草作業・買い物外出支援などが行われています。

○食事への工夫

献立の聞き取りや、食事の席の配置については個人ごとに配慮されています。希望に応じてテレビを見ながらの食事や音楽を聴きながら楽しく食事ができるような雰囲気作りを工夫されています。

◇改善を求められる点

○評価結果にもとづく計画的な改善策の実施

自己評価やアンケートをもとに課題を整理し、サービス向上委員会等で改善策を検討しています。改善策は、代表者会議・部署会議・ユニット会議で周知し実行されています。今後も引き続き新施設の運営についてのPDCAサイクルの取り組みに期待します。

○新施設での環境整備

新築の施設であり、各ユニット毎に家庭的な雰囲気づくりに取り組んでいます。しかし、設計段階では気づかなかった2階のテラスの遮光や各廊下や厨房の温度管理など課題も見えてきました。今後の環境整備に期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

施設運営の課題を整理・検討し、職員全体で質の高いサービスが提供できる様つとめて行きたいと思います。更に、入居者様の環境の改善に努め、より一層安心して生活していただける様にして行きたいと思います。

⑧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。

第三評価結果（特別養護老人ホーム）

共通評価基準（45項目）

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
<p><コメント></p> <p>施設の基本理念と基本方針は明文化され、事業団全体での理念を含めパンフレット・広報誌（はくじゅだより）に明示され、施設内の掲示や配布により周知が行われています。また、入居時や利用者懇談会において説明が行われています。</p> <p>家族等へは、家族会総会（年1回6月）にて資料や広報誌により周知が図られています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向は、全国組織や県社協福祉経営者協議会、県老人福祉施設協議会等より情報を収集されています。</p> <p>地域福祉サービスやニーズについては、併設する居宅介護支援事業所や地区社会福祉協議会、第三者委員等と情報交換を通じて把握に努めています。</p> <p>毎月の利用状況については入所稼働率、電気代・オムツの使用状況など数値で示され代表者会議・ユニット会議で報告、分析されています。</p>		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p><コメント></p> <p>把握・分析された経営課題については、代表者会議・ユニット会議・職員会議などで、課題についての改善策について協議され、職員全体で共有しながら改善に努められています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に沿って代表者会議・ユニット会議・職員会議などで協議され、中・長期計画、収支計画が策定されています。</p> <p>また、中・長期計画は代表者会議で見直し、年度末に総括が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を踏まえ策定されています。</p> <p>単年度計画は、各部署業務計画と各種委員会で具体的な実施計画が出され、実施状況の評価が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>事業計画は、各部署・各委員会で前年度の総括を踏まえて策定され、年度当初、職員会議にて配布・説明が行われています。</p> <p>実施状況は、10月の中間総括により進捗状況が把握されます。</p> <p>2月の職員会議において評価を行い、その結果を基に次年度の事業計画が策定されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は、年度当初の利用者懇談会や家族会総会等で説明されています。また、家族には行事などの際に資料が送付され、説明が行われていますが、十分ではありません。</p> <p>ユニット内には、掲示板がなく入居者への周知が今後期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>各部署や各種委員会で目標と年間計画を立て、中間と年度末に評価が行われています。</p> <p>年1回、サービス自己評価と利用者・家族アンケートが実施され、サービス向上委員会において分析、検討が行われています。また、その結果を全職員に周知し、改善に向けて全員で取り組んでおられます。</p> <p>第三者評価を定期的(3年に一回)に受審されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>自己評価やアンケートをもとに課題を整理し、サービス向上委員会等で改善策を検討されています。</p> <p>改善策は、代表者会議・部署会議・ユニット会議で周知し実行されています。今後新施設の運営におけるPDCAサイクルに期待します。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<p><コメント></p> <p>苑長の役割と責任は、事務分担表や組織図で示されています。</p> <p>苑長は、代表者会議や職員会議等で経営・管理に関する方針や取組みを明確にし、年度当初に大まかな方針を文書で明示し、毎月、気づいたことなどを書面で職員に伝えておられます。</p> <p>災害時に於ける役割等についても、BCP計画に基づき明確になっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苑長は、施設経営や法令順守に関する研修に参加されています。</p> <p>職員会議等においては、コンプライアンスに関する資料を配布し職員に遵守すべき法令等について周知し、理解を促しています。また、施設長認定講習や雇用管理責任者講習を受講されるなど法令遵守に努めています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苑長は各種委員会を統括し、サービスの質の向上に関わる課題を把握し、改善のための具体的な取り組みを明示して指導力を発揮されています。</p> <p>職員の個別面談を行い意見や要望を聞き取り職員の育成に努めておられます。また、パートの職員については、パート会を開催しそれぞれの意見や課題を聴取されています。</p> <p>苑長も今年度からの就任という事もあり、新体制の中、今後の更なる指導力の発揮を期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苑長は、毎月の収支状況を把握・分析し、課題を確認しながら稼働率の安定に努められています。</p> <p>安定したサービスを実施するため、職員の個別意見を聴取して、人員配置、働きやすい職場環境の整備に取り組んでおられます。</p> <p>今後も通年を通じた業務の流れや職員への指導についての取り組みに期待します。</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
<p><コメント></p> <p>人材確保と育成に法人全体で取り組まれています。また、人材確保と育成計画を中・長期計画や今年度の事業計画の中に組み入れています。</p> <p>専門資格の取得については、法人全体で取り組まれ、介護福祉士・介護支援専門員・ユニットリーダー・認知症実践者等の場合は、義務免除や費用負担制度も創設され受講しやすい配慮が行われています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>人事管理は法人で行なわれており、人事基準は、服務規則などで職員に周知されています。人事考課制度は次年度に開始される予定です。</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
<p><コメント></p> <p>職員の有給休暇取得状況や時間外労働が定期的にチェックされています。</p> <p>職員の意見を基に勤務シフトの変更や子育てに配慮した勤務を組む等働きやすい職場作りが行われています。</p> <p>鳥取県公社・事業団に加入し各種助成金等の制度が充実されています。</p> <p>管理者による個別面談が定期的に行われおり、職員からの随時の相談にも応じられます。</p> <p>衛生委員会によるストレスアンケート、健康診断、予防接種等も毎年行われ働きやすい職場作りに努められています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体で研修体系が構築され、期待する職員像が明記されています。また、年度当初と年度末に個別面談を実施され職員一人ひとりの目標設定が行われています。</p> <p>必要な人材育成などはありませんが計画が十分ではありません。今後の取り組みが期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>法人の「職員研修事業実施要項」に基づき、中・長期計画や単年度の事業計画に職員の育成と資質向上の目標をあげて取り組まれています。</p> <p>研修計画は、研修委員会で策定し、計画的に職員研修が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>法人全体で研修体系が確立されており、年度当初に個別面談を行い、職員一人ひとりが個人研修計画・振り返りシートを作成されています。</p> <p>職員のスキルアップを図るため、研修への参加が積極的に行われています。また、各種研修の情報提供などが行われ参加が促されています。</p> <p>新任・転任職員には、職員の経験等に配慮し、業務マニュアルに沿ったOJTが行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>実習受け入れマニュアルに沿って専門職種ごとに担当が決められ、実習先の学校と連携して実施内容のプログラムが作成されています。</p> <p>実習中も学校からの訪問があり、連携が図られています。</p> <p>介護福祉士・看護師の指導者研修を受講すると共に、今年度社会福祉士の指導者研修も受講予定です。</p> <p>今後も継続的な取り組みが期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人のホームページで基本方針・事業計画等公開がされています。また、施設の広報紙「はくじゅだより」が発行され地域や関係機関へ情報が発信されています。</p> <p>新施設に移行されてから半年以上経過していますが、ホームページが作成中となっており、今後の取組みが期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関するルールが明確になっており、職員に周知されています。</p> <p>年2回法人内監査も実施され適正な経営・運営を行うよう努めておられます。</p> <p>法人としては、年1回会計事務所による会計監査を受けておられます。</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
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針に地域との関わりが明記されています。</p> <p>地域行事の参加や地域の公民館へ出向く他、秋祭りなど地域住民の参加を通して地域との交流が図られています。</p> <p>併設の居宅介護事業所と共に体操教室も行われています。また、地区公民館のボランティアの協力により、除草作業・買い物外出支援なども行われています。</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
<p><コメント></p> <p>園内の除草や買い物ボランティアなどが受入れられています。</p> <p>ボランティア体験事業に登録されており利用者への配慮や関わり方について学んでもらう機会が設けられ、多数のボランティアの方に参加頂かれています。また、中学生・高校生の職場体験学習の場として活用して頂かれています。</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 施設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
<p><コメント></p> <p>行政や地域包括支援センター等の関係機関の連絡会に参加され、情報の共有や連携に努めています。また、施設内の居宅支援事業所からの情報を活用し、地域のニーズの把握に努められています。</p> <p>地域の障がい者施設に対して派遣研修など支援が行われています。</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 施設が有する機能を地域に還元している。	a
<p><コメント></p> <p>施設内の交流スペースを活用し、行事ボランティアとの交流が定期的に行われています。</p> <p>介護の知識や技術を理解してもらうため併設の居宅介護事業所と協力し介護相談や手作り作品教室、介護予防体操、介護食試食など定期的に交流会が持たれています。</p> <p>災害時における福祉避難所として鳥取市と協定を締結しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>入所選考や苦情解決の第三者委員との意見交換が行われたり、公民館長かが地域ニーズについての情報を把握されています。</p> <p>地域との交流では、居宅介護事業所と共に健康相談・介護相談・介護食などの活動が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスは、施設の理念や基本方針、法人の職員倫理綱領に明示されています。また、人権研修や身体拘束・虐待防止に関する研修が行われています。</p> <p>虐待防止チェックアンケートが実施され、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、把握や評価を行い意識の向上に努めておられます。</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
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアルや利用者権利擁護指針が策定され職員に周知されています。</p> <p>利用者対応についての苦情を受けた場合、マニュアルに沿って対応されます。具体的には職員間で共有し改善策のもとに対応が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>施設利用希望者や家族に対しては施設の特長やサービス内容を掲載したパンフレットや掲示物により情報が提供されています。</p> <p>利用希望の相談や施設見学希望者には個別に対応され必要な情報が伝えられています。また、お試し体験ショートステイもあり利用前に施設を理解してもらう取り組みが行われています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <p>サービス開始・変更時には、担当者が重要事項説明書や契約書により利用者・家族に分かりやすく説明が行われています。</p> <p>利用者の意思決定が困難な場合は、家族・成年後見人等に説明が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>他施設への移行の際は、担当者が生活状況等の引継ぎ書を作成して説明が行われています。サービスが終了した場合でも家族がいつでも相談できるように窓口が設けられています。改築にあたり、新施設への移行について家族に手順などが示され設毎が行なわれました。</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。	a
<p><コメント></p> <p>毎月利用者懇談会を開催され、利用者への聞き取りが行われています。</p> <p>サービス向上委員会による年1回の利用者・家族アンケートが実施され、家族の意見や要望を聞き取られています。また、意見や要望については改善策が検討され取り組みが行われています。</p> <p>日常生活の様子がビデオなどに収録され家族会などで放映されています。</p> <p>検討結果は、家族に周知され施設内にも掲示されています。</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
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制と仕組が整備され、利用者懇談会は2カ月に1回実施され個別の聞き取りや説明が行われています。</p> <p>苦情については、苦情解決検討委員会に報告され、改善策が検討され取り組まれています。結果については施設内に掲示されています。</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
<p><コメント></p> <p>サービス利用開始時に、重要事項説明書により施設内の苦情・相談窓口などについて説明が行われています。また、意見箱も施設内に設置されています。</p> <p>職員は、月1回の利用者懇談会で個別の聞き取りや意見が述べやすい環境となるように心掛けておられます。</p> <p>日常的にも、各ユニットで身近な職員が利用者の意見を聞き取るように努められています。</p> <p>相談室が設置され、市の安心相談員や施設の第三者委員、傾聴ボランティアなどによる相談や話し相手としての関わりもあり、相談や意見が述べやすい環境整備に取り組まれています。</p> <p>利用者・家族アンケートも定期的にも実施されています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者・家族からの相談や意見に対しては、苦情解決実施要綱に基づいて迅速に対応されています。</p> <p>受け付けた相談や意見で検討に時間を要する場合は、その旨説明が行われています。</p> <p>アンケート等については、サービス向上員会で検討され、サービス改善のための取り組みが行われています。</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
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会が2ヵ月に1回開催され、事故発生予防に努めています。</p> <p>事故発生時やヒヤリハット報告のマニュアルが作成され、発生時には様式に従って記載され、全職員に共有されるようになっていきます。</p> <p>事故発生時は速やかに検証会議を開催し対応が行われ、その後に予防の為の対策が取られます。</p> <p>リスクマネジメントの研修も定期的に行われており、施設内の安全点検も定期的に行われています。</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
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルも策定されており、年1回マニュアルの見直しも行われます。</p> <p>感染症予防対策員会委員会が設置され感染予防に努めています。</p> <p>職員への感染予防研修会が年2回開催され、予防や感染症発生時の対応について周知されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>B C P計画が策定され、利用者の安全確保のための体制が整備されています。</p> <p>災害発生時への関係機関の連絡方法についての緊急連絡網が策定されています。</p> <p>防災訓練は、火災訓練が年2回、地震訓練が年1回実施され、実際に緊急連絡網を使っの通報訓練が年1回行われています。</p> <p>食料の備蓄も行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法のマニュアルが策定されています。</p> <p>マニュアルは利用者の尊重やプライバシー保護等に係る姿勢を明示されています。</p> <p>研修や個別の指導により標準的なサービスの実施方法が職員に周知されています。</p> <p>個々の利用者の特性については、ケアプラン等で確認し、個々の利用者にあった方法での支援が行なわれています。支援の実施方法についてはサービス自己評価などにより確認する仕組みも取られています。</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
<p><コメント></p> <p>標準的実施については各種マニュアルが、各種委員会や部署で年1回必要な見直しが行われています。</p> <p>ケアプランについても半年に1回見直しが行われています。サービスの見直しには、日々の生活日誌を確認し、利用者・家族や担当職員の意見等が取り入れられています。</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
<p><コメント></p> <p>計画策定の責任者が設置され、ケアプラン作成マニュアルに基づき定められた様式により策定されています。</p> <p>計画の作成・見直しは、決められた手順でアセスメントを行ない他職種参加によるカンファレンスが開催され、一人ひとりのニーズに沿った個別支援計画が策定されています。</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
<p><コメント></p> <p>モニタリングを毎月行ない、個別支援計画の評価が行なわれています。</p> <p>個別支援計画は、6ヶ月に1回評価・見直し作業が行なわれます。</p> <p>また、病院からの退院時や褥瘡発生時、看取り開始時には、カンファレンスを開催し計画変更が行なわれます。</p> <p>また、体調等の急変等があった場合においても、随時カンファレンスを開催しプラン変更が行なわれます。</p> <p>個別支援計画は、職員間で情報共有が行なわれています。</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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <p>記録については、介護ソフトが導入されており、パソコンのネットワークで情報の共有が図れるようになっていきます。</p> <p>サービス実施状況は、個人日誌など規定の様式により記録され、職員間で周知されています。記録内容の書き方については、統一されたものとなるようにユニットの職員間で周知されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>記録の保管、廃棄、情報提供等については文書管理規定に基づいて行われています。</p> <p>記録管理の責任者が設置され、記録は、鍵のかかる保管庫で管理されています。また、ネットワークシステムによる情報は、パスワードが設定され管理されています。</p> <p>職員は、入職時に、個人情報の取扱いについての誓約書を法人に提出されています。</p> <p>個人情報の取扱いについては利用前に家族に説明され書面で同意が取られています。</p>		

内容評価基準（特別養護老人ホーム17項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(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
<p><コメント></p> <p>食事時の離床、トイレの声掛け、入浴時の意思確認を行い、利用者の心身の状況に応じながら自立支援に努められています。</p> <p>ユニットケアを開始したところであり、利用者の思いを聞き取り一人ひとりに応じた生活ができるように検討されています。また、行事、レクリエーション、外出の機会を設け楽しみの持てるように努められています。</p> <p>個人のニーズ等の把握に努めていますが新しい施設へ移行し生活環境の変化もあり、十分に把握できていないこともあります。今後の充実に期待します。</p>		

A②	A-1-(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
<p><コメント></p> <p>日常生活の各場面で、個々に応じた声掛けを行ないながらコミュニケーションが図れるように努めておられます。また、意向や希望等を確認されています。</p> <p>意思表示が困難な方には、日頃からの様子を把握し、表情や雰囲気を読み取り、状況に応じて文字カード等による意思表示の確認など工夫が行われています。</p>		
1-(2) 権利擁護		
A⑤	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
<p><コメント></p> <p>虐待防止と身体拘束のマニュアルが策定されています。</p> <p>3か月に1回委員会開催と研修を実施されています。</p> <p>毎月のユニット会議において発生の有無の報告が行われ検証されています。</p> <p>虐待チェックシートも実施され、職員自身の振り返りも行われています。</p>		

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	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。	b
<p><コメント></p> <p>本年度新築され、ユニットケアに取り組まれています。ユニットケアの良さを最大限に活かせるよう、ユニット毎に工夫され家庭的な雰囲気が持てるよう取り組まれています。</p> <p>最新の設備も整い利用者にとっても快適な環境となっています。</p> <p>設計段階では気づかなかった2階のテラスの遮光や各廊下の温度管理など課題も見えてきました。今後の環境整備に期待します。</p> <p>衛生委員会で月1回安全点検が実施され、危険箇所、故障や不具合があれば早急に修繕されます。</p>		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	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
<p><コメント></p> <p>アセスメントより入居者の状態にあった入浴方法、入浴日が設定されています。また、入居者の意向に合わせた入浴への声掛けや誘導、介助が行われています。</p> <p>入浴前には体調管理や健康状態が観察され、安全に配慮した支援が行われています。</p>		

A⑧	A-3-(1)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント></p> <p>入居者一人ひとりに合わせた、排泄時間の設定や意向に沿った排泄介助が行われています。排泄介助時には、排泄物の確認等を行い健康管理に努められています。</p> <p>支援方法については、ユニット会議で検討が行われています。また、トイレは、安全で快適に使用できるよう支援が行われています。</p> <p>利用者の状況に応じてポータブルトイレも活用されています。</p>		
A⑨	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
<p><コメント></p> <p>入居者の身体状況に合わせ、本人の自立支援を検討しつつ、利用者本人の意向に沿った移乗、移動が安全に行えるようにされています。</p> <p>歩行や歩行器使用時には見守りが行われています。</p> <p>安全を配慮し福祉用具（移乗リフト・スライドボードなど）を活用されています。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	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
<p><コメント></p> <p>ユニットケアの良さである家庭的雰囲気作りの一環として、炊飯、汁の温め等は各ユニットで行われています。ユニット毎での調理も可能となっています。</p> <p>入居者懇談会等で希望が聞きとられ、献立に取り入れられています。</p> <p>食事の席の配置については個人ごとに配慮されています。希望に応じてテレビを見ながらの食事や音楽を聴きながら楽しく食事が出るような雰囲気作りを工夫されています。</p> <p>厨房は衛生管理マニュアルに従って、衛生管理されています。</p>		
A⑪	A-3-(2)-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
<p><コメント></p> <p>栄養ケア計画が作成され、栄養マネジメントが実施されています。</p> <p>利用者の嚥下状態に合わせた形状の食事や心身に合わせた自助具等を使用し食事を楽しんで頂いています。また、出来る限り自分のペースで食べられるように工夫されています。</p> <p>食事・水分摂取量も記録し健康管理に努められています。</p>		
A⑫	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
<p><コメント></p> <p>一人ひとりに応じた口腔ケアが食後や日中に行われています。</p> <p>毎月、外部の歯科衛生士の助言、指導を受け口腔ケアのチェックが行われ、定期的な評価、見直しが行われています。</p> <p>口腔ケアの研修が年1回以上行われています。</p>		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>日々皮膚の状態観察が行われ、排泄・入浴時には清潔保持に努められています。</p> <p>寝返りが出来ない方には、体位変換を行い、車椅子使用時には低反発クッション等を使用し姿勢保持に努められています。</p> <p>褥瘡発生時には、速やかに褥瘡委員会が開催され進行しないように検討され改善に努めています。褥瘡予防のための、栄養管理も行われています。</p> <p>研修も行われています。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	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
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引、経管栄養の実施マニュアルが策定されています。</p> <p>医師の指示のもと安全に経管栄養の注入が行われています。</p> <p>50時間医療ケア喀痰吸引等研修を受講し、体制整備が図られています。併せて年2回の喀痰吸引のフォローアップ研修が行われ、安全の確認が行われています。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮	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
<p><コメント></p> <p>苑の理学療法士を中心に利用者一人ひとりの個別機能訓練計画が作成され、機能訓練が実施されています。</p> <p>また、一人ひとりに合わせた日常生活の中での生活リハビリを取り入れ、心身の機能維持に努めています。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>入居者が安心して暮らせるように、一人ひとりの症状に合わせた介護が行われています。</p> <p>利用者一人ひとりに24時間シートが作成され、利用者がどういう状況にあるか、職員が共通認識を持って支援が出来るようにされています。</p> <p>認知症については、理解を深めるため認知症ケア委員会を中心にミニ研修会、認知症実践者研修の復命研修、事例検討会等が開催されています。</p>		

A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	A-3-(6)-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
<p><コメント></p> <p>体調変化時の対応についてのマニュアルも策定されています。</p> <p>急変時の対応についての研修も行われ職員に周知されています。</p> <p>利用者の健康状態の観察、記録し、介護職員、看護師と連携を図り異常の早期発見に努められています。</p> <p>服薬管理もマニュアルに沿ってトリプルチェックで行われています。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	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
<p><コメント></p> <p>ターミナル委員会を設置し、ターミナルケアマニュアルを策定して看取り介護が実施されています。</p> <p>職員には終末期のケアに関する研修が行われています。</p> <p>家族の意向を考慮し、終末期の環境整備に取り組んでおられます。また、医療機関との連携体制を確立されています。</p> <p>死後カンファレンスや偲ぶ会も実施されています。</p>		

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
A⑲	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。	b
<p><コメント></p> <p>面会に来られた際には、ユニット職員より利用者の日々の状況を伝えられ、要望等を聞いておられます。また、家族アンケートを年1回実施し、要望等を聞き取る機会を作られています。</p> <p>変化があった時には、その都度介護職員、看護師が家族の状況を連絡されます。</p> <p>苑の行事が行なわれる際には、案内や参加の呼び掛けが行われ、利用者と家族のつながりが継続できるよう努められています。</p>		