

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)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。
 ※評価項目毎に第三者評価機関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
<コメント> 法人の経営理念をホームページに掲載し、また、施設の品質方針を事業計画に明記し職員に周知している。経営理念に、「私たちの使命」「私たちの目指す姿」「私たちの信念」を明記しそれぞれの具体的内容を明示している。施設の品質方針に、「私たちは、私たちに縁がある全ての利用者とその周りの人々が『ただいま』『おかえりなさい』と言える街づくりのために、常に前向きで、自ら考え行動できる職員集団となることを目指します。」を掲げて職員に周知している。運営理念を記載したカードを作成し全職員が携帯し理念実践の意識の強化に努めている。		

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
<コメント> 当施設は、特別養護老人ホーム(定員60名、短期入所定員10名を含む)と介護(定員40名)訪問介護(定員80名)、居宅介護支援(定員141名)、地域包括支援センターの各事業部門を併設する多機能型の高齢者施設である。部門ごとの重点課題を事業計画に明記し職員に周知している。毎月スタッフ会議を開催し事業経営を取り巻く環境と経営状況に関する情報を共有している。会議では利用者の充足率等を報告し財務状況を確認し、また、求人、採用条件など人材確保等の業界の動向等について話し合い、課題を抽出し対策を検討している。		
【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
<コメント> 事業計画に施設の年度ごとの重点課題を明記している。平成31年度は「サービスの質の向上」「サービスの拡大と見直し」「職員の充実」「地域との共同」「財務の健全性」を重点課題に掲げ、具体策を明示している。また、部門ごとの年間目標と目標の達成計画及び達成のための具体的施策を明記し、職員間の情報共有を図っている。介護課及び通所介護課ではヒヤリハットの活動を強化し、危険予知不足による事故発生をゼロ件にすることを部門目標に掲げている。		

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。	b
<p><コメント></p> <p>「あなたがいてくれてよかった、と思える街づくりの実現に向けた戦略経営計画書」を、平成20年からの10年ビジョンとして作成している。戦略経営計画書に法人の目指す姿(ビジョン)や使命(ミッション)、信念(バリュー)、及び経営理念を明示し、理念の実現にむけた基本戦略の具体策を明示している。戦略経営計画書の策定から10年が経過し、当初の計画の達成状況を評価し、施設運営の環境の変化や、地域福祉ニーズの変化に対応する次の中・長期計画の策定が望まれる。</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
<p>中長期計画の理念や実行計画の実践を踏まえた単年度事業計画である。事業計画は部門ごとに管理職が策定している。事業計画に施設全体の運営方針と重点課題、及び管理職の担当職務を明記し、また、部門ごとに年度目標と目標達成の具体的施策を明記している。介護課の事業計画は、ユニット型特養のメリットを活かしたサービス実現に向けて課題一覧を作成し、課題ごとの対応策を明記している。また、業務毎に事業計画実践における職員の心構えを明示し職員に周知している。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は管理者及び指導監督職が策定している。現場の担当職員を含めた計画の実践状況の評価、見直しの組織的対応とは言えない状況である。スタッフ会議の場で管理職が出席して事業計画の目標の達成度を評価しているが、事業部門の分掌ごとに事業計画の実践に向けた課題意識を徹底し、職員会議や主任会議、職種ごとの会議で検討し職員の理解の上で計画の見直し等の組織的対応の仕組みが期待される。</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>所長が発行者となり広報誌「えびな北高齢者施設便り」を年4回発行し、施設の各種行事や災害訓練の実施の状況、などを家族に伝え、また、ホームページに掲載し事業計画に沿った施設運営の状況を分かりやすく伝えるようにしている。年度始めの家族会総会で施設運営に関する説明を行っているが、事業計画を説明し利用者・家族に周知の取り組みを前提としたものではない。通所介護利用者の家族は、施設を訪問する機会は少ない状況があり、施設の事業計画を利用者・家族に周知する取り組みの工夫が期待される。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎年定期的に顧客満足度調査を実施し、サービス課題を抽出し対策を講じている。平成30年度は、アンケートの指摘を受けて来訪者への対応について主任会議で検討し対策を講じたことが事業報告に記録されている。通所介護課は連絡帳の改善について課題に対策を講じたことが明記されている。従来ISO管理の品質目標を設定していたが、ISO管理を中止し事業計画に管理職管理業務として必要項目を明記している状況がある。しかしサービス向上に関わる品質管理の組織的対応の進め方が職員に徹底していないことがうかがえる。取組の整備と周知が期待される。</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。	b
<p><コメント></p> <p>年1回、定期的に顧客満足度調査を実施し、結果を分析し、課題を整理しサービス改善に向けた対策を実施している。アンケートの内容と集計結果を事業報告書に明記し職員に周知しているが、課題対策のPDCAの仕組み作りは明確になっていない。顧客満足度の結果や課題分析、及び対策の実施と成果の評価等に関する職員周知が十分ではないことが、第三者評価の自己評価のなかでうかがえる。利用者支援に関わる現場職員を含め、組織的なサービス改善の体制の整備が期待される。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画に部署別業務分掌を明記し、管理者の役割と責任を明確にしている。また、リスクマネジメントや事故防止、苦情対応、虐待防止等マニュアルを作成し、緊急時の管理者の責任を明確にしている。事業計画に施設の重点課題を明示し、部署ごとの年度計画と実践の対応策及び年間の実施スケジュールを明記している。しかし、部門別ユニット別、担当職務別等事業計画の課題実践の推進や実績の評価につながる職員の担当職務と責任を明記した職務分掌の整備が求められる。事業計画に関わるPDCAを明確にし職員に周知し、達成度の評価と見直しの組織的対策の推進が期待される。</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
<p><コメント></p> <p>法人の倫理規定、就業規則で職員の法令遵守の意識の徹底を図っている。「職員コンプライアンス意見箱」を設置し、職員の法令遵守の注意を喚起している。事業計画に感染症や医療行為、看取り、身体拘束等に関する研修計画を明記し、それぞれ法令遵守の必要性を明示している。個人情報保護規定を整備し、また、年2回定期的に身体拘束と虐待防止に関する内部研修を実施している。市の集団指導講習会に参加し、介護保険制度の改正等に関する法令遵守の意識の徹底を図っている。職員会議やスタッフ会議で法令遵守の状況を確認し職員間の情報共有を図っている。</p>		

【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
<p><コメント></p> <p>毎年定期的に顧客満足度調査を実施し、調査の結果を分析しサービス向上の課題を把握し対策を実施している。平成30年度は、細かな生活物品・家具を含め利用者の様子や職員の動線に配慮した「暮らしの場」「生活感覚」を品質目標にさだめ、達成手段と成果を事業報告書に明記している。通所介護課は、運動機能向上を踏まえたレクリエーション技術の向上と利用者をもてなす技術の向上を品質目標として利用者サービスの向上に取り組んでいる。</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
<p><コメント></p> <p>入所介護、通所介護、訪問介護、地域包括支援センター等の多機能型の施設運営の特徴を生かした取り組みを推進している。多機能型の特性を活かし利用者のライフステージに沿った支援につとめている。事業計画に部門別業務分掌を明記し、月一回実施のスタッフ会議で部門間の活動状況と課題対策の情報共有を図っている。「運営状況月次報告書」を作成し、毎月の入所者定員充足率や通所利用者の充足率を一覧表やグラフに表示し、業務の実行性や経営情報を把握している。</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。	c
<p><コメント></p> <p>スタッフ会議に理事長や所長が出席し、求人活動等施設運営に関する課題の対策を推進している。しかし福祉業界の人員不足の傾向の中で職員不足の状態が5～6年は続いており、職員の配置に支障が出ている。職員数不足の対策が喫緊の課題である。職員育成計画を整備している。研修受講一覧をまとめて事業報告書に明記している。育成計画は正規職員を対象にしており、非正規職員が職員構成の半数以上を占める状況から、非正規職員の育成計画の策定が望まれる。</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>法人の人事考課制度が整備されている。勤務年数、職位及び所持資格で昇給が決定する仕組みである。職員の目標管理制度を推進している。「成長のステージ」があり、職員は勤務年数等自身のステージに応じマニュアルを活用し個人目標を設定している。職員は、「個人目標実施報告書」を作成し、担当業務の部署目標と自身のスキルアップ目標を設定し、直属上司が所見を記入している。目標管理の達成状況に関する管理者面談を定期的実施し、目標管理の達成度の評価と課題についての情報共有が期待される。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員は、年間15日の有給休暇を時期を分けて年3回取得する制度が定着している。残業は月10～20時間程度で減少傾向にあるが、人手不足が影響し介護課では継続して長時間勤務が必要になるケースがある。定期的に職員のストレスチェックを実施しており、1～2名の職員のメンタルヘルスに配慮が必要な状況である。また、希望に応じ産業医がいつでも職員の相談に応じている。</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
<p><コメント></p> <p>事業計画に「職員の心構え」を明記している。介護課は食事や入浴、排泄等利用者支援の場面ごとに職員の利用者支援の姿勢を明示し、また、通所介護部門では、社会人・組織人・専門職としての利用者支援の職員の心構えを示して職員に注意を喚起している。「業務要領書」を作成し業務の標準化を図り、年1回見直しを行い職務に対する品質意識の強化を図っている。また、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理を推進し、業務の達成と専門書としての自身の目標達成に取り組んでいる。</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>研修計画を策定し、年度ごとの研修実施の重点課題を設定し実施計画を作成し事業計画に明記している。事業所ごとに研修計画を作成し、内部研修及び外部研修の受講を推進している。平成30年度は、21件の内部研修と47件の外部研修を受講している。内部研修は、感染症予防、事故防止、救急対応及び虐待防止等の研修は複数日の日程を調整し、介護職員全員の受講を義務づけて実施している。職員は研修受講報告書を提出し研修成果を確認している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「介護の自己流の見直し」を掲げて、間違った介護手法のチェックと是正の仕組みを整備することを事業計画に明記している。「OJTチェックシート」を作成し全職員が所持し、食事、排泄、離臥床、レクリエーション等利用者支援の場面ごとにチェック項目を設定し職員が自らの介護技術を振り返るようにし、4回チェックできる仕組みになっている。OJT用のチェックシートは今年度からの実施であるが、全職員に徹底し定着するための対策が期待される。</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研修・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>実習指導者を選任し、積極的に実習生の受け入れを実施している。平成30年度は、大学の教員免許取得のための実習生や専門学校・高校の介護実習、介護職員初任者研修など、10校49人延べ165日の実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルを作成し、実習内容に応じたプログラムを整備し実習成果の一層の向上につながる取り組みが期待される。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページに法人の使命(ミッション)、目指す姿(ビジョン)、信念(バリュー)を掲載し、施設運営の考え方を市民に開示している。また、法人の事業報告、会計報告をホームページに掲載し、施設概要、サービス内容、ユニット型特別養護老人ホームの特徴等をホームページに掲載している。また、年に4回、広報誌「えびな北高齢者施設だより」を発行し、家族や関係機関に送付し、月々の施設の行事や日中活動の利用者の作品などを紹介している。</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>行政の指導監査を2年ごとに受審し施設運営の透明性を確保している。介護保険制度の県や市の運営状況点検書を用いて毎年自己評価を実施し、設備基準や人員基準、虐待防止や身体拘束廃止等のサービスについて評価し問題のないことを確認している。</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
<p><コメント></p> <p>施設主催の夏祭りは地域方向けのイベントで、花火観賞や和太鼓、フラダンスなど多数の催しもので1000人程の地域住民でにぎわっている。また、定例のフリーマーケット・バザーイベントも200人程の地域の人達が参加している。社会貢献活動にも取り組み、地域の小学校の福祉体験に協力し、地域の自治会の古墳清掃活動にも参加し地域住民との交流を図っている。また、ライフサポート事業を推進し、地域の人達の家計管理相談、生活保護申請支援、食料支援など生活困窮者の相談支援を行っている。</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
<p><コメント></p> <p>積極的にボランティアを受け入れている。平成30年度は、日曜日ごとのコーヒークラブ、囲碁・将棋、楽器の演奏、各種行事支援、施設清掃等延べ900人のボランティアが活動している。また、海老名市社会福祉協議会と連携し中学・高校・大学のユースボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティアがやりがいを感じて活動し、地域の福祉文化に貢献できるようにボランティアの育成に努めている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>地域の関係機関一覧表を整備し、必要な社会資源との連携を図っている。地域のコミュニティセンターや医療機関、移動支援サービス、介護タクシー、グループホーム、近隣の保育園、小・中学校、高校等との連携に努めている。また、地域の防災訓練に協力し、災害時の地域の二次避難場所としての地域貢献に努めている。併設の地域包括支援センターと連携し、地域包括ケア会議等に参加し、地域の高齢者の見守り支援を行っている。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>海老名市の医療と介護連携協議会に参加し、また、地域包括ケア会議やケアマネ会議に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。運営協議会を3か月ごとに開催し、家族会やボランティアの代表、地域の民生委員等が参加し情報交換を図り、地域ニーズの把握に努めている。加えて施設の地域包括支援係と連携し、地域ニーズの積極的把握の取り組みが期待される。</p>		
【27】	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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>県の社会福祉協議会と連携し、地域の生活困窮者一次相談窓口を務めている。行政と連携し困窮者への食料支援などを実施している。社会貢献の一環としてユニバーサル就労支援に取り組んでいる。障害者や引きこもりの状況で一般就労が困難な地域の人達を実習生として受け入れており、平成30年度は延べ488人を受け入れている。また、施設の地域開放の一環として地域の5団体に、延べ203回の会議室を開放している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の理念に、利用者を尊重した福祉サービス提供について明示している。法人の理念は、法人のホームページ、パンフレットに掲載しているほか、事業計画に記載している。事業計画は、年度初めに全職員に配付し、法人の倫理規程とともに人権を尊重したサービスについて説明し周知を図っている。また、職員全員が法人の理念を記載したカードを携帯している。今後は、勉強会や研修会を行ってさらに周知を図るとともに、職員がどれくらい理解しているかについて評価する取り組みがに期待される。</p>		

【29】	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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>利用者のプライバシー保護について、法人の倫理規程に記載している。また、入浴介助、排泄介助マニュアルにもプライバシー保護について掲載がある。入職時に説明し、また、OJTにおいて説明しプライバシーに配慮した介助サービスを行っている。排泄介助や入浴介助時にはドアを閉めたりカーテンを使用し、プライバシーに配慮している。今後は、利用者やご家族にプライバシー保護に関する取り組みについて説明し人権意識の強化につなげる取組が期待される。</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
<p><コメント></p> <p>利用希望者に施設の情報伝える手立てとして、ホームページと法人のパンフレットと広報紙を作成している。ホームページでは、特別養護老人ホームや通所介護を写真付きで紹介している。広報紙を年4回発行し、施設の紹介などを写真付きで掲載している。7000部ほど発行し、市役所、包括支援センターやクリニックに設置するほか、市内の自治会で回覧してもらっている。見学は随時受け個別に対応している。短期入所を利用して生活を体験してもらうこともある。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設入所や通所サービスの利用にあたっては、利用者本人の自己決定を尊重している。意思決定が困難な利用者の場合は、成年後見制度を活用している。サービスの開始・変更にあたり、重要事項説明書に基づいて、施設の概要、運営方針、提供するサービス、料金や苦情の申し立てができることなどについて丁寧に説明し、文書で同意を得ている。今後は、利用者が内容を理解しやすいよう資料の工夫が期待される。</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
<p><コメント></p> <p>福祉施設や事業所を変更する場合は、今までの生活が維持できるよう本人の了解のもとに個別支援計画やアセスメントシートを提供している。自宅に帰る場合には、介護支援専門員に計画書やアセスメントシートを提供し、関係する事業所とともに、サービス担当者会議を開いて情報の共有をしている。病院に入院する場合には、看護サマリーを提供している。サービス終了後も生活相談員がいつでも相談に応じることができることを伝えている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>毎年9月及び10月頃に顧客満足度調査を実施している。今年度は、長期入所ではご家族の面会時の職員の挨拶や利用者の近況報告を行っているかなどについて、通所介護ではご家族との情報交換をしている帳面の活用についてアンケートを取っている。また、個別支援計画書の作成や見直しにあたり、個別に面談を行うこともあり、利用者満足について把握している。家族会に職員も参加して意見の把握に努めている。アンケートに寄せられた意見により、コミュニケーションの見直しを行っている。</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。	a
<コメント> 苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に苦情解決責任者と苦情受付担当者と外部の相談窓口を明記している。玄関の掲示板に、第三者委員に苦情を申し立てることができることを記載している。第三者委員については、重要事項説明書への記載が望まれる。年1回アンケートを実施し、自由に意見を記入する欄を設け、苦情を申し出やすいよう配慮している。苦情内容については、受付と解決について記録を取り、必ず対応策をフィードバックしている。		
【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
<コメント> 利用者が相談したり、意見を述べるときに複数の方法があることや外部にも相談できることを、重要事項説明書に記載し説明している。また、玄関に、神奈川運営適正化委員会のポスターと「苦情・要望対応の流れ」として苦情解決のフローを掲示している。相談に応じる時には、プライバシーに配慮し、利用者の個室や面談室で行っている。今後は、相談員や介護課職員が連携し、利用者・家族が何でも気軽に相談できる雰囲気作りの工夫が期待される。		
【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。	b
<コメント> 職員は日ごろから利用者やご家族とのコミュニケーションを図り、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。また、各階の廊下に意見や苦情を申し出やすいよう家族会の意見箱と施設の意見箱を設置している。苦情、相談対応マニュアルを作成しており、苦情、相談や意見を受けた際には、解決に向けて、苦情受付書、苦情調査書、苦情対応記録、苦情についての回答書に記載する事になっている。意見に基づき話し合いや改善を行い、対応マニュアルは定期的に見直し、様式を使いやすいものに変えるなど改善を図っている。		
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
<コメント> リスクマネジメントの責任者は施設長で、事故発生時の対応についてマニュアル「事故・ヒヤリハットの取り扱い」を作成し職員に周知している。事故防止委員会を設置し月1回会議を開催し事故防止の情報共有を図り、事故の再発防止に努めている。ヒヤリハット報告書を活用し事故防止に努めている。急変時の対応、AEDの使い方、怪我をさせない介護時術などについて園内研修を行っている。現在マニュアルに関して理解していない職員もいるため、マニュアルのさらなる周知が望まれる。		
【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。	a
<コメント> 感染症対策に関する責任者は施設長で、看護師主体に感染症予防に努めている。感染症に関する対応マニュアル「感染症対策について」を作成し、全職員に周知している。マニュアルは必要に応じて見直しを行っている。インフルエンザ対策として、手洗い・うがいを励行しているとともに、インフルエンザが流行する前に、利用者・職員の希望者全員に予防接種を実施している。また、ノロウイルス対応として、嘔吐や下痢の処理について研修を実施し、感染症が発症した時には、個室で対応している。		

【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行っている。	b
<p><コメント></p> <p>災害時の対応として、火災・地震・土砂災害時の対応についてマニュアル「地震防災計画」「土砂災害に関する避難確保計画」を策定している。利用者と職員の安否確認の方法も定め、BCP（大規模地震に備えた事業継続）を作成し今後は見直しをしたいと考えている。毎年消防計画に基づき、年3回総合防災訓練、夜間避難訓練を実施し、うち1回は消防署員に参加を求めている。また、毎月、災害に備えて職員の通報訓練を実施している。給食課で7日分の備蓄品を用意し、利用者と職員分に加え、地域の方30名分の備蓄品を用意している。</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
<p><コメント></p> <p>介護技術の標準化を目的に「OJTチェックリスト」を作成している。チェックリストを全職員に配付し職員それぞれが自己流の介護手法ではなくマニュアルに沿った支援を行う取り組みを推進している。チェックリストは、食事、保清、排泄、障害別形態別介護技術、整容、環境、離臥床、救急、認知症対応、コミュニケーション、感染症、健康管理、ターミナルケアなど日常生活支援の全般にわたり整備し、職員一人ひとりがマニュアル通りに利用者支援ができていることを確認できるようになっている。今年度からチェックリストの運用を開始し、3か月ごとに職員の自己チェックを行うことにしている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>2019年度事業計画に、「業務要領書」及び「作業マニュアル」の見直しを行い、また、月ごとにOJTチェックリストの実施状況を把握し、必要に応じてマニュアルの見直しを行うことを明記しているが実施状況に課題がある。昨年度の事業報告書に、法人のテキスト通りでない介護技術の不足の指摘がヒヤリハットとして9件報告されている。OJTチェックリストを活用し、介護技術の向上をめざす取り組みが実施されている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者の施設利用開始時及び3か月ごとのケアプラン見直しに合わせてアセスメントを実施し、利用者支援ニーズの把握に努めている。アセスメントは所定の様式に基づき、生活7領域(衣生活、食生活、住生活、体の健康、心の健康、家庭関係、社会関係)、ごとに細分化し、項目ごとに利用者の望みや意欲、生活機能の阻害、促進因子を確認し、解決すべき課題を明確にしている。アセスメントの結果をもとに、7領域のニーズ一覧を作成しケアプランに反映する課題を明確にし、利用開始時は1か月後に、その後は3か月ごとにケアプランを策定している。</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
<p><コメント></p> <p>3か月ごとにケアプランの見直しを実施している。ケアプランに本人・家族の意向を明記し、長期・短期の目標を設定し、サービス内容と期間を明示している。ケアプランはケアマネージャーが利用者・家族に面談し支援内容を確認し同意をえている。ケアプランの見直しに際しモニタリングを実施し7領域の項目について状況を評価しているが、ケアプランの目標ごとの達成度の評価が求められる。ケアプラン検討会を開催し、ケアマネージャー、介護職員、相談員、看護師、栄養士等関係職員及び家族が参加し、アセスメントやモニタリングの結果及びケース記録等の情報を共有しケアプランの見直しを実施している。</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
<p><コメント></p> <p>介護職員は、利用者支援の日々の状況をケース記録に詳細に書きとめている。また、2週間ごとにケース記録の内容をとりまとめ、ケアプランの目標に沿った支援ができているかを確認するように努めているが、実施状況に課題がみられる。アセスメントシートやケアプランは印刷し個人ファイルとして職員間の情報共有を図っている。ケース記録や日誌類はパソコンの情報管理システムを利用して入力し情報共有を図っている。今後はケアプラン、アセスメント、モニタリング記録を情報管理システムを活用し、職員間の情報共有を図る取り組みが期待される。</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
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規定や情報公開規定を整備し個人情報の漏洩や不正使用の防止を図っている。管理文書は5年間の保存を規定している。パソコンの情報セキュリティ対策としては、1台ごとのパスワードと職員IDで情報の不正利用を防止している。パソコン上のデータ廃棄に関する規定を定め、情報管理の一層の徹底を図る取り組みが期待される。</p>		

第三者評価結果

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		
【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。	a
<p><コメント></p> <p>施設入所にあたり、施設のアセスメントシートに基づいて、利用者の心身の状況や暮らしの意向について把握している。日々の支援においては、利用者の自立に配慮しできるだけ自分で行ってもらうように支援している。立位の取れる場合にはできるだけトイレでの排泄介助を行い、入浴時にはバスボードや手摺りを使ってできるだけ自分で入ることができるよう支援している。ボランティアが月1回絵手紙教室、月2回習字教室、毎週コーヒークラブを実施しており、利用者の希望に応じて参加している。また、年数回、買い物ツアーを実施している。そのほか、近隣の商店が来所し、訪問販売を行っている。利用者の希望に応じた着替えを行うなど、職員は利用者一人ひとりに応じた生活を心がけ3か月ごとに個別支援計画書の見直しを行っている。</p>		
【A2】	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	c
<p><コメント></p> <p>※評価項目の該当に適用しない事業所のため評価の対象外となっています。</p>		
【A3】	A-1-(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。	c
<p><コメント></p> <p>※評価項目の該当に適用しない事業所のため評価の対象外となっています。</p>		
【A4】	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。	b
<p><コメント></p> <p>施設入所時のアセスメントで利用者のコミュニケーションに関する支援ニーズを把握し、職員は利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを心がけている。話すことや意思表示が困難な利用者には、ジェスチャーを使ったり、ものを指さしてもらったり、表情から意思を汲み取るなどさまざまな工夫をしている。利用者が話しやすいように日ごろから声を掛けるように努め、話したいことを話せる機会を出来るだけ多く作るようにしている。会話が不足している利用者には、こちらから声をかけるようにしている。</p> <p>利用者の尊厳を損なうことが無いように接し方や言葉遣いに配慮している。入職時に配付された「中心会職員としての成長ステージ」に利用者をかけがえのない人として尊重することが明記されている。職員は、態度マナーチェックシートを用いて年2回自らの行動を振り返り、プライドを傷つけるような言い方をしないように注意を喚起しているが実施状況に課題がある。</p>		

A-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
<コメント> 年2回虐待防止の自己点検チェックシートを使い人権意識の強化を図っている。自己点検の結果を集計し、課題を抽出し研修を行い、2回目のチェック時に、理解しているかどうかについて検証している。職員は複数で勤務をしているため、お互いに注意し合うようにしている。身体拘束・虐待防止の取り組みについて定期的に研修を実施し、身体拘束に関する指針を重要事項説明書に掲載し、玄関に掲示し職員に注意を喚起している。3か月に1回、身体拘束虐待防止委員会を開き、現状把握とともに、身体拘束をしないケアの対策について検討している。		

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		
【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。	a
<コメント> 施設内は清掃担当職員が週3回清掃をしており、週1回シーツ交換をしている。汚れのつど、職員が室内を清掃し、シーツ交換を行い清潔に保たれている。布団は3ヶ月に1回乾燥している。採光もよく、室温・湿度はエアコンや加湿器を使用して空調管理を行い、快適な温度と湿度が保たれている。利用者の居室には利用者の愛用の品を持ち込めることが出来、利用者の好きな椅子、ダイニングセット、タンス、冷蔵庫、パソコンやお仏壇などを設置し、利用者一人ひとりが快適でくつろいで過ごせる空間が作られている。リビングについても利用者の意向を把握して、過ごしやすい空間をつくるよう工夫している。		

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		
【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>入浴形態は、個浴、リフトを使用しての個浴、車椅子浴、臥床浴を用意しており、利用者の心身状態を確認し入浴形態を決めている。安全に入浴できるよう見守りを行ない、一人ひとりの心身状況に合わせて、手摺り、シャワーチェアー、浴槽内チェアー、滑り止めマットなど介護用品を使用している。基本的に週2回入浴の日を設けている利用者の希望を尊重している。浴槽のお湯は一人ひとり入れ替え、個々に合わせて湯温を調節し入浴時間も希望に応じて対応している。五月の節句には菖蒲湯、冬至にはゆず湯にするなど季節を感じられるよう配慮している。</p> <p>入浴の介助を行う時には、利用者の羞恥心に配慮して、扉を閉めることはもとより、タオルを掛けながら着替えをし裸で他の利用者とはずれ違わないよう配慮している。入浴を希望しない利用者には時間をずらしたり、誘う人を代えるなどの工夫をしている。入浴前に検温し、体温が37度をこえたら入浴を中止する事になっている。</p>		
【A8】	A-3-(1)-② 排せつの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>利用者の心身の状態や意向に合わせて、オムツ、紙パンツ、パットを入れるパンツ、布パンツなど、いくつかの種類を使用している。基本的に立位ができる利用者にはトイレで排泄を行えるよう介助を行っており、自宅でオムツをしていた利用者がトイレで排泄できるようになった例がある。自然な排泄を促すため排便管理をして薬を使用するなどの対応をしています。排泄の介助を行う時には、扉を閉める、カーテンを引くなど羞恥心に配慮している。</p> <p>安全への配慮として、L字柵を設置しているほか、ペンダントコールを使用し、呼ばれたらすぐに介助できるよう心掛けている。健康確認のため、必要に応じて、尿や便の観察をしている。支援方法について、3か月ごとの個別支援計画書の見直し以外にも、心身の状態に合わせて見直しをしている。尿意、便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できるだけ早く対応するよう心がけている。</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>施設入居後に理学療法士が利用者の心身の状況の評価を行い移動の手段を検討している。移動の手段として車椅子移動、歩行器の使用、杖、手摺りを伝って歩くなどさまざまな手段があるが、見守りを行いながらできるだけ自力で移動できるよう支援している。自立に向けてトイレの前で車椅子を降りて歩き室内で伝い歩きができるよう家具を配置している。</p> <p>リビングで利用者の動線に合わせてテーブルを配置し、車椅子の乗換えを自力で行ってもらうなど、安全に配慮しながらさまざまな工夫をしている。また、車椅子移動に関して自分でできる場合には自走してもらおうよう声掛けをしている。移動の介助方法について、3か月ごとの個別支援計画書の見直し以外にも、心身の状態に合わせて見直しをしている。移動介助に呼ばれた場合には、できるだけ早く対応できるよう、ペンダント式コールを使用するように工夫している。</p>		
【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。	b
<p><コメント></p> <p>食事を楽しむことができるよう、季節や行事に合わせて月1回程度行事食を提供している。七草には七草粥、節分には恵方まき、3月にはちらしずしとぼた餅、4月にはお花見御膳、土用の丑の日にはうなぎ御膳、8月にはすいとん、9月には敬老御膳、お彼岸にはおはぎ、12月にはクリスマスケーキを提供している。また、月1回お誕生日膳を提供し誕生月の利用者には料理の希望を伺い、刺身、おすし、肉料理など好きなメニューを提供している。食事はリビングのテーブルを囲んで食べているが、ゆっくり落ち着いて食べたい場合には別のテーブルで食べてもらうなど、個々の希望に応じて対応している。</p> <p>食事の前にテーブルを拭き配膳し衛生管理を心がけている。また、食事前の手洗いやお手拭きを励行している。食事の嗜好にやや不満の声も聞かれるようで、今後、選択食を取り入れるなど、アンケートを取って意見を把握する取り組みが望まれる。</p>		

【A11】	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
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状態、嚥下能力、栄養面に配慮し、食事形態を用意しています。主食は、常食、軟らかご飯、お粥、お粥ゼリーを用意し、副食は、常食、刻み食(3種類)、とろみ食を用意している。また、疾患に合わせて、減塩食、糖尿病食、腎臓病食なども提供している。食事の提供時間は、希望や体調に合わせて、2時間を限度に時間をずらして食べることも可能である。</p> <p>食事介助の時は、利用者のペースに合わせて介助し、嚥下しやすいようできるだけ座位を保持して食べることができるよう工夫している。また、できるだけ自分で食べることができるよう、自助具を使用することがある。経口での食事摂取が継続できるよう歯科医師による嚥下状態の把握を行い、食事前には口腔ケアをして誤嚥防止に努めている。誤嚥事故対応としてマニュアルを作成し、誤嚥した場合には救急車を呼ぶ体制となっており、年2回訓練をしている。利用者1人ひとりに栄養計画を立て、食事量や水分量を把握し食事への配慮や水分補給を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>入所時に口腔機能に関してアセスメントを行い、口腔清掃の自立度を把握し必要に応じてケアプランに口腔ケアの方法について記載している。ケアプランは3ヶ月に1回の見直しを行っているが、必要に応じて変更している。また、3か月に1回、歯科医師による診察、及び、歯科衛生士による口腔ケアのチェックにより、口腔機能の把握を行い口腔機能の保持改善に努めている。食事前に口腔ケアをして誤嚥防止に努めている。食後には歯ブラシや口腔ケア用ガーゼを使用して口腔清掃を行っている。現在、口腔ケアのOJTを行っているが、口腔ケア研修は行っていないのが実情で、研修の実施が望まれる。</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>3か月ごとに利用者全員を対象に褥瘡リスク評価を実施し、ケアプラン検討会議で褥瘡支援の必要な利用者について、看護師や栄養士等の意見を反映し褥瘡ケア計画を立てケアプランに反映している。現在褥瘡の治療が必要な利用者はいないが、リスク評価の結果は高リスクが3名で中リスクが30人程度である。高リスク対象の利用者は、栄養士が栄養管理を行い、介護担当職員が2時間おきに体位交換を行いオムツ交換の時に状況をの変化を確認するようにしている。中リスクの利用者に対しては本人の寝返り特性を見守り必要な対策につなげている。リスク評価でリスクが認められない利用者であっても、予見できるときは褥瘡発生予防支援計画をたてている。3か月ごとに褥瘡モニタリングを行い、状態の変化に注意し褥瘡予防につなげている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>現在医療的ケアが必要な利用者は短期入所の利用者を含めバルーンカテーテル使用の3名と酸素吸入1名である。日中は看護師が対応している。喀痰吸引や経管栄養のケアの資格を所持している職員は現在6名で、常時夜間の対応は困難である。毎年研修受講を推進しているが、介護職員が不足している状況の中で長時間を要する医療的ケアの研修受講には困難を伴う状況にある。</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>利用者ごとに機能訓練実施記録や機能回復訓練マニュアルを作成している。嘱託の理学療法士が毎週土曜日に施設を訪問し、機能訓練が必要と思われる利用者の評価を行い、3か月ごとに全員の評価を実施している。個別に運動プログラムを作成しリハビリメニューをケアプランに反映している利用者は1名のみである。3か月ごとのケアプランの見直しに合わせて実施している7領域のアセスメント実施の結果から、利用者ごとに生活リハビリの必要性について見直しを行っている。ほとんどの利用者は生活訓練として日常生活の中で歩行や洗濯物たたみ、モップ床掃除等のプログラムをケアプランに取り入れている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>3か月ごとに実施の7領域アセスメントで利用者の認知症の状況を把握し、ケアプラン検討会議で認知症ケアの必要性について関係部門が情報を共有しケアプランに反映している。職員は利用者一人ひとりの認知症の症状に配慮し、自由な雰囲気づくり、転倒予防、コールへの迅速対応などに配慮した支援に努めている。徘徊癖の利用者には、屋内の広い廊下を自由に歩いてもらい安心してもらえるように支援している。医師の意見により生活リハビリの一環として散歩を取り入れている利用者もいる。個々の利用者の特性に合わせた認知症ケアにとりくんでいる。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
【A17】	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
<p><コメント></p> <p>「食べ物がノドに詰まったことを発見したときの行動」を作成し、緊急時対応や救急車のコール、夜間対応について迅速な対応に努めている。「事故・ヒヤリハットの取り扱い」を整備し、事後の対応について規定している。また、「感染症対策について」を作成し、ノロウイルス対応マニュアル等を各フロアに設置し緊急時の対応に備えている。服薬事故の防止に努めている。「与薬セット確認表」と「内服確認表」を用いて服薬事故の防止と緊急時の対応に備えている。平成30年度は、救急対応の実践研修を4回実施し食事時の誤嚥事故の応急処置等の周知を図り、また、AEDの操作研修を年に6回実施したことが事業報告書に記録されている。</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
<コメント> 利用者・家族の同意のもとに終末期を迎えた利用者支援に努めている。昨年度施設で最期を迎えた利用者は7人で、今年度はすでに8人である。入所時に看取りの同意を確認し、終末期に入って再度利用者・家族の同意を得ている。ケアプラン検討会で介護、看護、栄養の各職員間の情報共有を図りチームワークを心がけ、家族や医師と連携し終末期ケアに取り組んでいる。毎年見取り介護研修を実施し、所長が講師となり「ターミナルケアについての考え方」を職員に周知している。看取り介護終了後は家族とグリーフケアについて振り返りの機会を設け、施設の看取り介護への家族の思いを把握するようにしている。		

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		
【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。	a
<コメント> 家族からの相談には福祉総務課の相談員が介護職員や看護師と連携し対応し所長に報告する仕組みである。また、アセスメントやケアプランの見直しについても相談員が利用者・家族と面談し要望の把握に努めている。入所利用者の面会時はユニット担当の介護職員が対応し、家族等の要望や意見を把握し相談員につなげている。年に2回、敬老会と新年会の施設行事には家族を招待し、利用者を交えて歓談する場になっている。毎年定期的に利用者・家族満足度アンケート調査を実施している。アンケートの結果を分析し利用者のサービス向上につなげている。平成30年度の満足度アンケートの結果では、回答者全員がユニット職員とは話しやすい雰囲気であると回答している。		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
【A20】	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	
<コメント> <p style="text-align: center;">評価外</p>		