

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | | | |
|-----------------|---|-----------|-------------------------------|
| 事業所名称： （施設名） | 特別養護老人ホーム みかんの丘 特別養護老人ホーム みかんの丘 | 種別： | 介護老人福祉施設 |
| 代表者氏名： （管理者） | 理事長 上野 歩 施設長 池尻 久美子 | 開設年月日： | 平成 17 年 4 月 1 日 |
| 設置主体： | 社会福祉法人 陽光 | 定員： | 50名 |
| 経営主体： | 社会福祉法人 陽光 | （利用人数） | |
| 所在地： | 〒861-5348 熊本県熊本市西区河内町白浜字堀切1440-2 | | |
| 連絡先電話番号： | 0 9 6 2 7 8 4 0 5 5 | F A X 番号： | 0 9 6 2 7 8 4 0 5 6 |
| ホームページアドレス | https://mikan-oka.com | | |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|--------------|-----------------------------------|-----|-----|---------|-----|-----|
| サービス内容（事業内容） | 施設の主な行事 | | | | | |
| 特別養護老人ホーム | 外出（初詣、花見等）、家族会、秋祭り、敬老会、クリスマス忘年会 等 | | | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | | | |
| ユニット型個室 | 夢見館（地域交流スペース） 巧笑の湯（地域開放温泉） | | | | | |
| 職員の配置 | | | | | | |
| | 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
| | 管理者 | 1 | | 医師 | | 1 |
| | 医師 | | 1 | 正看護師 | 2 | 2 |
| | 看護職 | 3 | 4 | 准看護師 | 1 | 2 |
| | 介護職 | 23 | 3 | 介護支援専門員 | 2 | |
| | 介護支援専門員 | 1 | | 介護福祉士 | 16 | |
| | 生活相談員 | 1 | | 初任者研修 | 4 | 2 |
| | 管理栄養士 | 1 | | 実務者研修 | 2 | |
| | 歯科衛生士 | | 1 | 管理栄養士 | 1 | |
| | 機能訓練指導員 | 1 | | 歯科衛生士 | | 1 |
| | 事務員 | 4 | | 理学療法士 | 1 | |
| | | | | 社会福祉主事 | 1 | |
| | | | | | | |
| | 合 計 | 35 | 9 | 合 計 | 30 | 8 |

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

- ・福祉に携わる者としての使命を自覚し、一視同仁、親切丁寧をモットーとする
- ・安心安全で良質な介護を提供する
- ・地域住民とともに健康と福祉の増進に貢献する
- ・最新の知識・技術の習得に努め、業務の改善に努力する

3 施設・事業所の特徴的な取組

残りの人生をもっと有意義に、より元気に笑顔あふれるものにしていくために、IAD L向上に繋げる具体的な目標設定を行う自立支援を掲げ、それを達成する為の手段として自立支援介護に積極的に取り組んでいます。また、お互いに信頼関係が築ける日常生活を送っていくことで、人生の終焉までその人らしく過ごせるよう支援を行います。

4 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和1年7月17日（契約日）～ 令和2年1月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（平成25年度） |

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【特別養護老人ホーム版】

評価機関

| | |
|---------|-------------------|
| 名 称 | NPO法人九州評価機構 |
| 所 在 地 | 熊本市中央区神水2丁目5-22 |
| 評価実施期間 | R1年7月17日～R2年1月31日 |
| 評価調査者番号 | 12 - 004 |
| | 13 - 002 |
| | 12 - 005 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | | | |
|-----------------|---|--------|-----------------|
| 事業所名称： （施設名） | 特別養護老人ホーム みかんの丘 特別養護老人ホーム みかんの丘 | 種別： | 介護老人福祉施設 |
| 代表者氏名： （管理者） | 理事長 上野 歩 施設長 池尻 久美子 | 開設年月日： | 平成 17 年 4 月 1 日 |
| 設置主体： | 社会福祉法人 陽光 | 定員： | 50名 |
| 経営主体： | 社会福祉法人 陽光 | （利用人数） | |
| 所在地： | 〒861-5348 熊本県熊本市西区河内町白浜字堀切1440-2 | | |
| 連絡先電話番号： | 096 278 4055 | FAX番号： | 096 278 4056 |
| ホームページアドレス | https://mikan-oka.com | | |

(2) 基本情報

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| サービス内容（事業内容） | 施設の主な行事 |
| 特別養護老人ホーム | 外出（初詣、花見等）、家族会、 秋祭り、敬老会、クリスマス忘年会 等 |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 |
| ユニット型個室 | 夢見館（地域交流スペース） 巧笑の湯（地域開放温泉） |

職員の配置

| 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
|---------|-----|-----|---------|-----|-----|
| 管理者 | 1 | | 医師 | | 1 |
| 医師 | | 1 | 正看護師 | 2 | 2 |
| 看護職 | 3 | 4 | 准看護師 | 1 | 2 |
| 介護職 | 23 | 3 | 介護支援専門員 | 2 | |
| 介護支援専門員 | 1 | | 介護福祉士 | 16 | |
| 生活相談員 | 1 | | 初任者研修 | 4 | 2 |
| 管理栄養士 | 1 | | 実務者研修 | 2 | |
| 歯科衛生士 | | 1 | 管理栄養士 | 1 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 歯科衛生士 | | 1 |
| 事務員 | 4 | | 理学療法士 | 1 | |

| | | | | | | |
|--|-----|----|---|--------|----|---|
| | | | | 社会福祉主事 | 1 | |
| | | | | | | |
| | 合 計 | 35 | 9 | 合 計 | 30 | 8 |

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

- ・福祉に携わる者としての使命を自覚し、一視同仁、親切丁寧をモットーとする
- ・安心安全で良質な介護を提供する
- ・地域住民とともに健康と福祉の増進に貢献する
- ・最新の知識・技術の習得に努め、業務の改善に努力する

3 施設・事業所の特徴的な取組

残りの人生をもっと有意義に、より元気に笑顔あふれるものにしていくために、IAD L向上に繋げる具体的な目標設定を行う自立支援を掲げ、それを達成する為の手段として自立支援介護に積極的に取り組んでいます。また、お互いに信頼関係が築ける日常生活を送っていくことで、人生の終焉までその人らしく過ごせるよう支援を行います。

4 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和1年7月17日（契約日）～ 令和2年1月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（平成25年度） |

5 評価結果総評

特に評価の高い点

理念・基本方針が確立・周知されており、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、経営課題を明確にして具体的な取り組みが進められています。

法人の理念はホームページへの記載、及び施設内に掲示されており、毎月の職員全体の昼礼の時に全員で唱和しています。基本方針に当たる「元気になる場所～こころも身体も～」を目指して「介護力強化プロジェクト」と銘打った自立支援介護への取組では、「水分・食事・排せつ・運動」の4つを基本的ケアとして忠実に実施するように、施設長自らが先頭に立ち職員へ周知されています。わかりやすい説明用の資料を作成され、利用者や家族にも契約時や家族会などで取組の説明を丁寧にされています。事業経営を取り巻く環境に対しては、施設長と事務長が連携を取り合っ、社会福祉の動向、運営、経営、加算等各種研修やセミナーに参加されてきめ細やかに把握分析されています。地域の動向については、熊本県、市及び施設の周辺

地区の河内・芳野など地域の研修や会合にも参加されています。経営課題等も職員への周知もなされており、運営会議では、事業所ごとの運営状況の報告を基に、これらの情報を把握・分析した上で、中長期計画及び事業計画を策定されています。

今年度(2019年度)から「中・長期計画(2019年度～2023年度)」を作成され、理念や基本方針の実現に向けた目標を、意義やビジョンの項目で明確にしています。経営目標に対して、今後5か年の主要施策、及び、財務、顧客、業務、人材の4つの視点から運営方針を策定されています。中・長期の収支計算を2年ごとの目標利益計画の項目で明確にしています。年度収支総括(成果と反省)については、今年度作成の為に未記入でしたが、記入するスペースも確保され、実施状況の評価が行えるように構成されています。

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ます。

将来的に優秀な人材を確保するために、高校及び大学への訪問、外国人技能実習生の受け入れやハローワークに加え有料Web求人など、人材の確保の為に積極的に取組まれています。事業計画にも「業務プロセスの視点」に腰痛予防に対して明記され、「人材と変革の視点」には、職員採用、離職率に対して明記されています。キャリアパス制度を導入、職員毎に毎年の年間目標管理をたて、中間面接を行い目標の進捗状況の確認及び、達成の為に助言を行われています。介護プロフェッショナルキャリア段位制度のように、『「ケアeトレーナーシステム」により、介護職員等が自らのキャリアアップの道筋(キャリアパス)を描きキャリアパスの段階に応じて共通に求められる、能力を段階的・体系的に習得し職員の資質向上を目的とする』と明記され、それに基づいて実施されています。

地域の福祉向上のための取組を積極的に行っています。

施設内にある温泉と地域交流スペースが地域の方々に開放されています。「事業計画」に「地域での健康教室などを受注し、公益的な役割を遂行する」と明示され、目標を立てて、地域行事への参加し、施設の有する機能をサロン・健康教室に専門職として参加させ機能訓練士や栄養士などの立場での貢献もしています。施設では秋祭が開催されており、地域の敬老会では、職員が「みかん劇団」として「高齢者の免許返納」などその時々を題材にして、寸劇を披露されています。災害福祉避難所として行政より認定を受けています。

改善を求められる点

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、及び利用者等への周知に工夫が望まれます。

「(法人全体の)事業計画」を運営会議で作成された後に「事業所毎の事業計画」を各事業所で職員の意見などを参考にして作成されます。事業計画の進捗状況については毎月の運営会議で確認して話し合い、事業所毎に職員にフィードバックするように努められています。職員の自己評価の結果などから、「事業計画」の職員の理解の個人差を埋めることが課題のように感じられるため、今後は、各職員の理解を促す為の取組の工夫が期待されます。

事業計画はホームページに記載され、家族会で年度方針や主な施策について説明されています。今後は、利用者・家族の周知と理解を促す為に、例えば、事業計画の主な内容(福祉サービスの提供、施設・設備を含む居住環境の整備などの利用者の生活に密接に関わる部分)について抜き出し、わかりやすく説明した資料を作成するなど、より理解しやすいような取組を行うことが期待されます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R2.1.24)
 当施設は、今年で開設15年目を迎え、今回5年ぶりに第三者評価を受審いたしました。
 前回よりも、全体的に高評価をいただき、今までの法人の取り組みについての成果、そして、
 前回よりもより成長した組織になったことを実感するとともに、より成熟した組織にしていく
 ための、事業所全体の課題や現状についても把握できたとてもいい機会になりました。日頃思
 っていたことが、改善を求められる視点にあがっており、それを指標として、業務分掌にて各々
 の役割と責任を明確にし、事業計画にそった運営をいき、今後も時代に沿ったサービスの見直
 しに努めていきたいと思っております。
 入居者の重度化に対しても、今後も自立支援介護を継続して法人全体で取り組んでいくこと
 で、更なる質の向上をはかり、皆様に選んでいただける施設になれるよう、よりよい組織運営、
 組織の強化につなげていきたいと考えています。

(R . . .)

(R . . .)

7 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。

（参考） 利用者調査の手法等

| 調査の手法 | 対象者 | 対象数(人) | 基準数に満たない場合の理由 |
|---------|--------|--------|---------------|
| アンケート調査 | 利用者本人 | 31 | |
| | 家族・保護者 | | |
| 聞き取り調査 | 利用者本人 | | |
| | 家族・保護者 | | |
| 観察調査 | 利用者本人 | | |

（別紙）

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 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|---|---------------------------------------|-----------|
| - 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の理念はホームページの記載、及び施設内に掲示されています。毎月の職員全体の昼礼の時に全員で唱和を行われ、周知に努められています。基本方針として「元気になれる場所 ～ ところも身体も～」を目指して「介護力強化プロジェクト」と銘打った、自立支援介護への取組として「水分・食事・排せつ・運動」の4つを基本的ケアとして忠実に実施するように職員へ周知されています。わかりやすい説明用の資料を作成され、利用者や家族には契約時や家族会などで取組の説明に努められています。</p> | | |

- 2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|-----------|
| - 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 2 | - 2 - (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 |
| <p><コメント></p> <p>施設長と事務長が連携をして、社会福祉の動向、運営、経営、加算の取り方などの各種研修やセミナーに参加されて把握されています。地域の動向については、熊本県、市及び河内・芳野など地域の研修や会合に参加されて把握されています。運営会議では、事業所ごとの運営状況の報告があり、把握されています。これらの情報を把握・分析した上で、中長期計画及び事業計画を策定されています。</p> | | |
| 3 | - 2 - (1) - 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 |
| <p><コメント></p> <p>今年度（2019年度）から「中・長期計画」を作成され、経営目標、今後5年間の主要施策、運営方針、2年ごとの目標利益計画、今年度行動計画が明示されています。毎年度作成されている「事業計画」は、バランス・スコア・カードの 財務、顧客、業務プロセス、人材と変革」の4つの視点から作成され、その課題に対して取組まれています。理事会では昨年度の「業務執行状況報告」と今年度の「事業計画」で報告をされています。職員には年度初めの全職員のオリエンテーションで「事業計画」の説明をされています。</p> | | |

- 3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| - 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 4 | - 3 - (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>今年度(2019年度)から「中・長期計画(2019年度～2023年度)」を作成され、理念や基本方針の実現に向けた目標を、意義やビジョンの項目で明確にしています。経営目標に対して、今後5か年の主要施策、及び、財務、顧客、業務、人材の4つの視点から運営方針を策定されています。中・長期の収支計算を2年ごとの目標利益計画の項目で明確にしています。今年度作成の為に未記入だったが、年度収支総括(成果と反省)を記入するスペースも確保され、実施状況の評価が行えるように構成されていました。</p> | | |
| 5 | - 3 - (1) - 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>単年度の「(法人全体の)事業計画」と、法人全体の目標を達成するために、「事業所毎の事業計画」が作成され、各事業所毎に目標を達成するための具体策がまとめられています。数値目標や具体的な成果を設定し、実施状況の評価を行い、理事会で「業務執行状況」として計画の進捗状況の報告をされています。</p> | | |
| - 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 6 | - 3 - (2) - 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>「(法人全体の)事業計画」を運営会議で作成された後に「事業所毎の事業計画」を各事業所で職員の意見などを参考にして作成されます。事業計画の進捗状況については毎月の運営会議で確認して話し合い、事業所毎に職員にフィードバックするように努められています。職員の自己評価の結果などから、「事業計画」の職員の理解の個人差を埋めることが課題のように感じられるため、今後は、各職員の理解を促す為の取組の工夫が期待されます。</p> | | |
| 7 | - 3 - (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>事業計画はホームページに記載され、家族会で年度方針や主な施策について説明されています。今後は、利用者・家族の周知と理解を促す為に、例えば、事業計画の主な内容(福祉サービスの提供、施設・設備を含む居住環境の整備などの利用者の生活に密接に関わる部分)について抜き出し、わかりやすく説明した資料を作成するなど、より理解しやすいような取組を行うことが期待されます。</p> | | |

- 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 |
|--|---|---------|
| - 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 | - 4 - (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>介護力向上委員会 事故防止委員会 身体拘束・虐待防止委員会 苦情対策・サービス向上委員会 NST・給食委員会 感染対策委員会 教育委員会 地域交流委員会 広報委員</p> | | |

| | | | |
|---|---------------|---|-----------|
| <p>会 防災委員会 衛生委員会など各種委員会がそれぞれの役割に応じて、職員の勉強会、定期的なケアのチェック、マニュアルの見直しなど質の向上に向けて、組織的に取組まれています。運営会議で、年に2回、各委員会の総括報告（活動報告及び今後の課題）をされています。定期的にフローア会議、リーダー会議（業務改善会議）を開催されています。</p> | | | |
| 9 | - 4 - (1) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント> 毎年利用者の方の満足度調査アンケートを実施されています。毎年、事業計画の実施状況と次年度の改善策の明示をされ、次年度の事業計画に反映されています。運営会議で、委員会毎の総括報告、及び、各事業所の実績と業務進捗管理状況（日常業務と事業計画）の報告がされ、今年度目標に対しての報告時の進捗状況と課題の検討、改善策を明示されています。</p> | | | |

評価対象 組織の運営管理

- 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

| | | | |
|---|---------------|---|-----------|
| | | 第三者評価結果 | |
| - 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。 | | | |
| 10 | - 1 - (1) - | <p>施設管理者は、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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント> 施設長は毎月の昼礼（職員会議）において、施設長としての業務への思いや方針について表明され、有事を含む施設長の役割と責任は職務分掌表や防災マニュアルに明記されています。施設長は施設の規模の拡大に伴い、責任・業務を分担し、現場のことはまずリーダーや各種委員会で対応するという方針を取られています。職員の自己評価の結果から、その考えの浸透に個人差があるように感じられました。今後は、施設長の役割などを明確化するために、例えば、リーダー・各種委員会などに期待する思い、各々の役割と責任を周知するなど、職員への説明の工夫を行いより一層の理解を促すことが期待されます。</p> | | | |
| 11 | - 1 - (1) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント> 施設長と事務長が連携をして、社会福祉の動向、運営、経営、加算の取り方などの各種研修やセミナーに参加されています。雇用関係については社労士に相談されており、また、介護サービス、法令遵守、個人情報保護などにも把握されています。働き方改革や男性の育休の促進など、必要に応じて運営推進会議などを通じて、全職員に周知されています。</p> | | | |
| - 1 - (2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| 12 | - 1 - (2) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント> 施設長は施設長、主任などで構成される運営会議や介護力向上委員会など、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、施設長自らもメンバーとして参加し、助言などをされています。毎月の昼礼など職員会議で仕事に対する思いなどを伝えていきます。</p> | | | |
| 13 | - 1 - (2) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント> 毎年度「（施設全体の）事業計画」と「（事業所毎の）事業計画」を作成する際に自分の事</p> | | | |

業所や介護に対する思いや希望を伝え、反映させています。毎月、「運営会議」で事業所毎の稼働率など実績表を確認、事業計画の達成に対する課題を把握して助言などを行われています。

- 2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| - 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 | - 2 -(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>将来的に優秀な人材を確保するために外国人技能実習生の受け入れや、高校及び大学への訪問、ハローワークに加え有料 Web 求人など、人材の確保の為に積極的に取組まれています。事業計画の「業務プロセスの視点」に腰痛予防に対して明記し、「人材と変革の視点」に職員採用、離職率に対して明記されています。</p> | | |
| 15 | - 2 -(1)- 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>キャリアパス制度を導入、職員毎に毎年の年間目標管理をたて、中間面接を行い目標の進捗状況の確認及び、達成の為に助言を行われています。いつでもパソコンで学習できる「ケアeトレーナーシステム」により、介護職員等が自らのキャリアアップの道筋（キャリアパス）を描き、一人ひとりに応じて共通に求められる能力を段階的・体系的に習得し、職員の資質向上を目指し、それに基づいて実施されています。</p> | | |
| - 2 -(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 16 | - 2 -(2)- 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組んでいる。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>年間休日120日と平均より多くの休日があり、職員の有給休暇の取得や時間外勤務の状況については定期的に確認をされています。事業計画に働きやすい職場環境の整備を目標に定め、取組が行われています。定期的に職員面談を実施し、職員の意向を把握され、福利厚生は誕生日休暇や休日手当、男性の育休取得の奨励、ICTに移行を検討するなど色々と取組まれています。</p> | | |
| - 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| 17 | - 2 -(3)- 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>理念に「最新の知識・技術の習得に努め、業務の改善に努力する」を掲げ、内部研修や外部の研修等に積極的に参加を促され、得た知識は報告書などを通じて職員間の共有に努めています。事業計画に職務に応じた知識をもち、職務が全うできると掲げ、勉強会の参加率の目標や、一人ひとりの年間目標を各部署の主任と相談しながら設定、個人面談で目標に対する達成率を確認しています。新任職員にはプリセプター制度で3カ月間先輩がつきっきりで指導するように取組まれています。</p> | | |
| 18 | - 2 -(3)- 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>理念に「最新の知識・技術の習得に努め、業務の改善に努力する」を掲げ、内部の研修や外部の研修等に積極的に参加を促されています。施設内研修は年間計画に基づき実施されて</p> | | |

| | | |
|--|---|-----------|
| <p>います。全職員参加の法定研修と、自由参加のスキルアップ研修、フロアー会議の際に介護知識技術勉強会、施設長・主任で構成される運営推進会議では主任向けの研修などが実施されています。</p> | | |
| 19 | - 2 - (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> 新人職員に対してはプリセプター制度を取り、3 カ月間先輩職員とワンツーマンの教育制度を実施されています。最新の技術・知識を得るために外部研修の参加を各事業所に促し、参加者を選定し、報告書を通じて職員間に得た知識の共有に努められています。法人全体研修のほかに、各事業所でその時に必要な勉強会を実施、運営推進会議で主任以上を対象にした研修も実施されています。</p> | | |
| <p>- 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。</p> | | |
| 20 | - 2 - (4) - 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> 施設のある場所が通うためには車が必要ということもあり、県内の実習生はほとんど来れないが、将来的な職員不足を見据え、介護分野の外国人技能実習生の受け入れを行われ、その先駆的な取組みが熊本日日新聞に掲載されています。外国人技能実習制度 平成 30 年度試験評価者講習研修などに参加、定められたプログラムに沿って指導され、定期的にチェックリストに基づいて評価を行われ、管理団体に毎月結果について報告が行われています。</p> | | |

- 3 運営の透明性の確保

| | | |
|---|--|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| <p>- 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。</p> | | |
| 21 | - 3 - (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> ホームページに、「法人の理念や役割、自立支援の取組、事業計画、決算報告、利用者満足度調査の結果、利用者の声」など公開されています。広報誌を作成され、ホームページに掲載や地域に配布をおこなっています。エレベーター前に相談・苦情の内容と対応を掲示されています。情報の発信の為にスタッフブログにも力を入れています。</p> | | |
| 22 | - 3 - (1) - 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> 老人福祉施設会計研修会に参加されて、適正な経営・運営への知識を深められ、取組まれています。経理規定を策定され、定期的に会計事務所による内部監査が行われています。必要に応じて社労士などに相談されています。</p> | | |

- 4 地域との交流、地域貢献

| | | |
|--|--|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| <p>- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> | | |
| 23 | - 4 - (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> 毎年法人で「みかんの丘 秋祭り」を開催、今年の来場者(令和元年)は200名を超え、</p> | | |

| | | |
|--|--|-----------|
| <p>猿回しや高校のダンス部など様々なイベントを行われています、秋祭りの実行委員会による総括と反省を行い、今後に向けて向上に努められています。利用者が地域の行事に参加するときに付き添う等の支援をしています。施設便りとシニアライフを豊かにする地域の情報を届けるために「みかんの丘だより」を作成、地域の名所やお店の紹介、地域のイベント情報を記載されています。敬老会や老人会に職員が「みかん劇団」を結成してその時々的事柄を題材にした寸劇を披露されています。今年は「高齢者の免許返納」を演じられています。</p> | | |
| 24 | - 4 -(1)- 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> ボランティアの担当者を決め、歌や踊りなど地域のボランティアの受け入れや地域の中学生福祉体験の受け入れをされています。中学生の体験は、事前のオリエンテーションを行い、当日は高齢者介護施設ならではの体験ができるようにと職員が付き添い利用者の方との交流の機会を設けるようにされています。ボランティアの方に関心を持って貰えるように、熊本市市民活動支援センターのボランティア募集などに登録をされています。</p> | | |
| - 4 -(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | - 4 -(2)- 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、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> 法人として、自立支援型地域会議、玉名市包括連絡会、たまな在宅ネットワーク、てんすい地区老人会、徘徊模擬訓練、認知症サポーター養成講座などに参加されています。毎月、熊本市から利用者の介護相談専門員が来られています。</p> | | |
| - 4 -(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 26 | - 4 -(3)- 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> 施設内にある温泉と地域交流スペースが地域の方々に開放されています。「事業計画」に「地域での健康教室などを受注し、公益的な役割を遂行する」と明示され、目標を立てて、地域行事への参加、及びサロン・健康教室に専門職として機能訓練士や栄養士などが参加されています。地域の祭りなどの行事に参加し、施設では秋祭りを開催されています。地域の敬老会には職員が「みかん劇団」として「高齢者の免許返納」などその時々的事を題材にして、寸劇を披露されています。災害福祉避難所として行政より認定を受けています。</p> | | |
| 27 | - 4 -(3)- 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> 施設として地域包括支援センターが開催する、河内・吉野の元気を支える会、及び地域包括ケアシステム推進会議、地域の行事、健康教室への参加を通じて地域の福祉ニーズの把握に努められています。今年度の「事業計画」に、「地域における公益的取組として積極的に、地域、地域高齢者の健康寿命の延伸に寄与していく」と明記され、地域での健康教室や勉強会、サロンなどに専門職（機能訓練士や栄養士など）を派遣し、年間50回以上の参加開催を目標に掲げ、実施されています。</p> | | |

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|-----------|
| - 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 28 | - 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>法人の理念に「福祉に携わる者としての使命を自覚し、一視同仁、親切丁寧をモットーとする」と明記されています。年度初めの法人理念・事業計画説明や、身体拘束・虐待・高齢者の人権について、個人情報・プライバシーの保護・法令順守などの研修が実施され、苦情対策・サービス向上委員会による定期的なケアチェック、スタッフケア意識調査などを実施されています。</p> | | |
| 29 | - 1 - (1) - 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>介護力向上委員会、事故防止・身体拘束委員会、苦情対策・サービス向上委員会などが中心となり、施設で適切なサービスの提供が行われているかを確認し、適切なサービスの提供の現場へのアドバイスや委員会による 身体拘束・虐待・高齢者の人権についての研修が実施されています。</p> | | |
| - 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 | - 1 - (2) - 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>ホームページや広報誌は見る人が興味を持ちやすいように写真の活用を意識されています。「事業計画」に「各部署ブログの更新を確実にし、フェイスブック等の SNS についても充実をはかっていく。（施設の近況、利用者の変化など、更新回数を昨年以上を目指す）」と目標を設定し、進捗状況を確認されています。見学希望者には相談員が対応し、施設内の見学とサービスなどの説明が行われています。</p> | | |
| 31 | - 1 - (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>フェースシート及びアセスメントシートに基づいて相談員が利用者の情報を確認されて、それに基づいて暫定のケアプランを作成し、利用者、家族等に説明し同意を得ています。ケアプランは毎月チェックと見直しのモニタリングを実施され、3 カ月ごとに担当者会議で現在の利用者の状況、及び、新しいプランを利用者、家族等に説明し同意を得るようにされています。</p> | | |
| 32 | - 1 - (2) - 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>退所される利用者については、サービス担当者がサマリーを作成し、送付されるように定められています。今後は、引継ぎや申し送りの手順を整備するなど、福祉サービスの継続性に配慮した仕組みを明確にされることが期待されます。</p> | | |
| - 1 - (3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | - 1 - (3) - 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 |

| | | |
|---|---|-----------|
| <コメント> 毎年「利用者満足度調査アンケート」を実施され、その結果はホームページにて公開されています。ホームページに「ご利用者様、ご利用者様のご家族から頂いた声をご紹介！喜びの声、スタッフや施設へのご要望の声など全て私どものサービス向上に反映させていくために真摯に対応していきます。どしどしご意見をどうぞ」と「利用者さまの声」を載せています。これらの収集された内容は苦情対策・サービス向上委員会が分析し、利用者満足の上上に努められています。 | | |
| - 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 | - 1 - (4) - 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 |
| <コメント> 毎年「利用満足度調査アンケート」を実施され、その結果はホームページにて公開されています。「重要事項説明書」の「苦情など相談窓口」に事務所の窓口責任者、苦情箱、第三者委員の3名の方の名前と電話番号を明記されています。日々のサービス提供時に相談や苦情などが出たら、事業所内で共有、リーダーや当事者などで原因の分析、解決策を提示して、改善を行われています。苦情対策・サービス向上委員会がその苦情解決後の経過状況及び要望に対しての対応状況についてモニタリングをし、苦情発生の予防策の検討をすることがうかがえました。相談、苦情などはその後の対応まで明記して、エレベーター前に掲示、家族会にて報告をされています。 | | |
| 35 | - 1 - (4) - 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 |
| <コメント> 毎年度利用満足度調査を実施されています。相談室を整備され、相談窓口として、職員と第三者委員の3名の方の名前と電話番号が重要事項説明書などに明記されています。相談の内容とその後の対応までを一覧にして、エレベーター前に掲示や家族会などで報告されています。各階に意見箱を設置されています。ホームページの「利用者様の声」で「ご利用者様、ご利用者様のご家族から頂いた声をご紹介！」として公開されています。 | | |
| 36 | - 1 - (4) - 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 |
| <コメント> 日々の関わり、満足度調査、相談窓口、意見箱などからわかった相談や苦情は、パソコンのグループウェアを用いて共有し、当事者・リーダーなどで原因の分析と解決策を明示しています。個人情報に配慮して、相談の内容とその後の対応まで一覧にして、エレベーター前に掲示されています。苦情対策・サービス向上委員会が苦情解決後の経過状況及び要望に対しての対応状況についてモニタリングをし、苦情発生の予防策の検討に努められていることがうかがえました。 | | |
| - 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 | - 1 - (5) - 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 |
| <コメント> 事故防止委員会が中心となり、ヒヤリハット報告書や事故報告書から事故の原因の分析と対応策を検討されて職員への周知を図られ、事故防止研修を実施して安全対策に努められています。事故対応マニュアルを策定され、それに基づいて対応に努められています。 | | |

| | | | |
|---|---------------|--|-----------|
| 38 | - 1 - (5) - | 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>感染委員会が中心となり、初動対応を含む感染発症時の対応の指示、定期的な環境整備のチェック、現在の感染状況の周知、食中毒手洗い研修や感染症研修を実施され、感染防止に努められています。感染症対策マニュアルを策定され、嘔吐物など処理するための道具一式を準備されています。</p> | | | |
| 39 | - 1 - (5) - | 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>熊本市の災害福祉避難所に認定され、防災委員会が中心となり、日中と夜間に対応した火災避難訓練の実施、防災委員会のメンバーが災害時には率先して行動し、自衛消防隊としての役割を担うように努められています。災害対策のマニュアルを作成されています。</p> | | | |

- 2 福祉サービスの質の確保

| | | | |
|--|---------------|---|-----------|
| | | | 第三者評価結果 |
| - 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 | - 2 - (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>パソコンでいつでも職員がサービス提供に必要な知識と実践的な能力を得るため「ケア e トレーナーシステム」を取り入れられ、能力を段階的・体系的に習得し職員の資質向上ができるように取組まれています。取得段階に応じてキャリアパス手当を支給され「ケア e トレーナーシステム」の習得を奨励しています。</p> <p>ケアチェック表を作成し、苦情対策・サービス向上委員会により定期的なケアチェックにより、実際に行われているのか確認できるようになっています。</p> <p>各種委員会で防災マニュアルや感染症対策マニュアルなどを策定されています。</p> | | | |
| 41 | - 2 - (1) - | 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>「ケア・e トレーナーシステム」は必要があれば施設長がチェックし更新するようになっています。各種委員会によりマニュアルなどの見直しが行われておりますが、定期的に見直しをする仕組みの確立までは至っていないように感じられます。今後は、定期的に現状を検証し、必要な見直しを、組織的に行うための仕組み作りが期待されます。</p> | | | |
| - 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 | - 2 - (2) - | 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>フェースシート、アセスメント（課題分析）に基づいて情報収集がおこなわれています。ADL の評価はバーセルインデックス評価を採用され、食事やトイレ動作など、各項目をそれぞれ自立、部分介助など数段階の自立度で評価されています。それらの情報に基づいて施設ケアプランを作成、入所者が 1 日をどのように暮らしたいのか、その為にスタッフは何をどのようにサービスすればよいかを定めた 24h シートを作成され、それらに基づいてサービスを提供するように努められています。</p> | | | |

| | | |
|--|--|-----------|
| 43 | - 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 ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>ケアプランは毎月モニタリングを行い、3カ月ごとに担当者会議を行われています。担当者会議前にカンファレンスを開催し、本人の意向確認や相談をしながら見直し案を作成し、担当者会議にて本人、家族などに説明して了解を得られています。</p> | | |
| - 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 44 | - 2 - (3) - 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 ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「絆 高齢者介護システム」を用いた統一した様式、事業所のパソコンで情報の共有がされています。記録の書き方は書き漏らさないように、主観が入っていてもかまわないで全部書くようにと指導をされています。</p> | | |
| 45 | - 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人の個人情報保護規定に基づいて記録の管理が行われています。個人情報・プライバシーの保護・法令順守の研修を実施されています。個人情報利用に関する同意書と写真利用に関する同意書に基づいて利用者、家族等に説明を行い、同意を得ています。</p> | | |

評価対象（内容評価基準）

A - 1 生活の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 | | |
| A | 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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>アセスメントにより生活歴の把握、意向の確認を実施され、その情報に基づいて施設ケアプラン及び24hシートを作成され、それらに基づいてサービスを提供するように努められています。「介護力強化プロジェクト」と銘打った自立支援介護への取り組みに努められ、水分ケア・おむつ外し・歩行練習・常食化の4つを基本的ケアと定め、「夢実現プロジェクト」として、入居者の生きがいを発見し、それを具現化していけるように、「海釣りに行きたい。歩いて食事に行きたい」など明確な目標を設定し、本人の意欲を引き出して共に自立支援に取組まれるようにされていることがうかがえました。</p> | | |
| A | A-1-(1)- 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 ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>日々のケアやりハビリの時に、黙って行わないように心がけ、努めて何気ない会話など、何か声かけを行うように心がけています。苦情対策・サービス向上委員会の定期ケアチェックで入所者に対する態度や言葉遣いが適切かを確認したり、介護知識技術研修会で接遇について研修が行われています。</p> <p>職員の自己評価の結果から、忙しい時など時間的余裕がない時にコミュニケーション不足になりがちとの声を上げられているので、今後も継続して、より一層の利用者との適切な関わりがとれるように組織的に取組まれることが期待されます。</p> | | |

| | | |
|--|--------------------------------------|-----------|
| A - 1 - (2) 権利擁護 | | |
| <input type="checkbox"/> | A-1-(2)- 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 |
| <p><コメント> 身体拘束・虐待防止委員会が中心となって、身体拘束・虐待・高齢者の人権について職員研修を年に2回実施、身体拘束となる具体的行為について原因の追究と廃止に向けての事例検討、虐待の芽チェックリストを使い実態調査など、権利侵害の防止に取り組まれています。</p> | | |

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 | | |
| <input type="checkbox"/> | A-2-(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 |
| <p><コメント> 感染委員会が中心となって、施設内における環境整備の徹底のために毎月の環境整備のチェックを実施、環境チェックは清潔に対する意識づけの為にそのフロアで勤務する職員で実施し、チェック機能が果たせているのか感染委員が確認しています。チェックの結果の報告と改善策の周知に努められています。居室のベッドや家具の位置、好みの物を置くなどの配慮をされています。</p> | | |

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 | | |
| <input type="checkbox"/> | A-3-(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 |
| <p><コメント> 安全な入浴の為に、入浴前に検温やバイタル測定など健康状態のチェックを行い、体調不良が疑われる時は看護師に診てもらい、本人の希望と合わせて入浴の実施をされています。浴槽に横になると気持ちよく入浴ができるため、機械浴は原則使用せず、一般浴で工夫しながら対応をされています。拒否がある時は声かけなどを工夫されています。</p> | | |
| <input type="checkbox"/> | A-3-(1)- 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 ・ b ・ c |
| <p><コメント> 「介護力強化プロジェクト」と銘打った自立支援介護への取り組みで「おむつ使用ゼロ・水分摂取への取り組み」を実施され、「水分ケア」「下剤中止」「歩行練習」「トイレで排せつ」を4大ケアとして忠実に実践に努めていることが伺えました。排せつ支援計画を策定し、排せつに介護を要する原因などについて分析されて、支援されています。自発的にトイレに行かない方に対しては時間をみて声かけなどを行われています。</p> | | |
| <input type="checkbox"/> | A-3-(1)- 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 |
| <p><コメント> アセスメント（課題分析）で利用者の心身の状況を把握、理学療法士と相談を行い、利用者の心身の状況に応じた支援や福祉用具の使用に努めています。「歩行練習」について、人はすべての動作を学習によって獲得し、使用しなければ動作能力は失われる（動作方法を忘れる）ため、歩行の記録回路を呼び起こすことで歩行能力の再獲得を図る、との考えに基づいて、その人が能力を回復して行いたいことを目標に設定することで意欲を引き出し、本人</p> | | |

| | | |
|--|--|-----------|
| と共にできる限りのリハビリの実施に努めています。安全の為に、気持ちや体調面に考慮して、車いすなどの移動方法を調整されることもあります。 | | |
| A - 3 - (2) 食生活 | | |
| A | A-3-(2)- 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>給食は業者に委託されていますが、自分で選んで楽しみな食事ライフを過ごしてもらうために、日替わりメニューとグランドメニューを20種類作り、食べたい食事を選択してもらっています。グランドメニューは年に3回見直しを行っています。NST(栄養サポートチーム)・給食委員会が中心になって業者の方も参加して毎月の会議や、定期的に嗜好調査を実施されています。食事レクレーションとして、昼食のおかずやおやつを一品作ったり、B-1 グランプリとして、事業所毎に利用者と一緒におやつを作り、どれが一番美味しいかを競うことを開催されています。</p> | | |
| A | A-3-(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 |
| <p><コメント></p> <p>管理栄養士による栄養ケア計画を作成、3カ月ごとに見直しを行われています。自立支援として「常食化」について、「ミキサー食をやめ普通の食事へ・嚙むための義歯を調整・作成、車椅子でなく、全員普通椅子に座っての食事、調理レクや外食などにより「おいしい、食べたくなる」見た目にも食欲をそそる食事の提供」との考えに基づいて、まずは、歯科医師と連携して、義歯作成や徹底したかみ合わせの調整で「食べられる口」に整えることから始め、普通食に向けて支援に努められています。外部研修として、摂食・嚙下障害で効果が出せる知識と技術セミナー、及び栄養士・調理員研修会などに参加され、学んだ知識は研修報告書を通じて共有に努められています。利用者が安全に食べられるように、食事形態を調整しての提供もされています。</p> | | |
| A | A-3-(2)- 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>訪問歯科との連携に加え、歯科衛生士が週3回勤務して、利用者の状況を把握、口腔ケア計画を策定、それに基づいてケアを実施されています。利用者の口腔ケアについてまとめた「歯磨きカード」を作成し、居室の洗面台に掲示されています。NST・給食委員会で口腔ケアについて話し合いを行われています。介護知識技術勉強会で口腔ケアについて勉強会を実施されています。</p> | | |
| A - 3 - (3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A | A-3-(3)- 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>NST(栄養サポートチーム)・給食委員会が中心となり、毎月話し合いを実施し、褥瘡ケア計画書を作成しそれに基づいてケアの実施に努めています。褥瘡発生時は写真で記録を取り、経過を追って改善するように対応に努めています。介護知識技術勉強会で褥瘡について勉強会を実施されています。</p> | | |
| A - 3 - (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| A | A-3-(4)- 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 |
| <p><コメント></p> <p>登録喀痰吸引等事業者として県に登録を行い、職員に喀痰吸引等勉強会を行い、職員が喀</p> | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 痰吸引等を行うための体制の構築につとめています。 | | |
| A - 3 - (5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A | A-3-(5)- 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 |
| <p><コメント></p> <p>理学療法士が個別機能訓練計画書を作成、それに基づいて訓練やレクレーション、生活リハビリが実施されています。理学療法士から他の職員に利用者の立位や歩行などの相談や指導を行ったり、3カ月ごとの担当者会議に参加しています。自立支援介護への取組では、トイレで座位での排せつや、体操・歩行など日中の活動性を高めること、及び「歩行練習」を大切にして取組に努められています。</p> | | |
| A - 3 - (6) 認知症ケア | | |
| A | A-3-(6)- 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴についてアセスメントを実施し、その情報を基にケアプランとその人が穏やかに1日を過ごせるように24時間シートを作成し、それに基づいてケアの実施に努めています。認知症についての勉強会や、認知症介護基礎研修、認知症あんしん生活実践塾など外部研修に参加、報告書を通じて知識の共有に努めています。介護力向上委員会が中心となって、「水、食事、排せつ、運動」の4つの基本ケアが効率的に進むように努め、身体的及び認知力改善に取り組まれていることがうかがえました。</p> | | |
| A - 3 - (7) 急変時の対応 | | |
| A | A-3-(7)- 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者のバイタル測定を実施し、日々の様子からの違和感や体調不良などがあれば看護師に報告を行い、対応されています。毎週医師が往診に來られ、職員と連携して対応されています。急変時や終末期における医療等に関する意思確認書を用いて予め意向の把握を行い、急変時などは対応マニュアルに従って対応をされています。緊急時の対応(AEDの使用方法)の勉強会が実施されています。利用者の普段の情報などを記入された緊急医療連絡シートを作成されています。</p> | | |
| A - 3 - (8) 終末期の対応 | | |
| A | A-3-(8)- 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 |
| <p><コメント></p> <p>看取りに関する指針を用いて利用者及び家族に意向の確認、説明をされています。終末期の対応のマニュアルがありそれに基づいて対応をされています。看取り介護終了後に追悼カンファレンスを実施、ご家族にも参加の声かけを行い、職員の振り返りやご本人との思い出を共有されています。毎年、看取りについての研修を実施されたり、外部研修として、河内・芳野地区で生活する事を支えるために、及び看取りケア研修会などの外部研修に参加され、報告書で情報を共有されています。</p> | | |

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 | | |
| A | A-4-(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 |
| <p><コメント> 家族等への日頃の状況の報告については、面会に来られた時に加え、写真とコメントを添えて家族への手紙を毎月送付し、担当者会議の時などの参加を促しています。担当者会議の時に、家族の都合で施設に来れない場合には利用者と一緒にご家族の自宅に向かうこともあるなど、連携に努められています。年に2回、クリスマス会など家族交流会や行事に参加の声かけを行われています。</p> | | |

(参考)

| | 第三者評価結果 | | |
|-----------------|---------|-----|---|
| | a | b | c |
| 共通評価基準（評価対象 ~ ） | 3 6 | 9 | 0 |
| 内容評価基準（評価対象A） | 1 5 | 2 | 0 |
| 合 計 | 5 1 | 1 1 | 0 |