

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：特別養護老人ホーム さわらび (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 山田 洋助 (管理者)：施設長 斉藤 大祐	開設年月日： 平成14年10月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本菊寿会 経営主体：社会福祉法人 熊本菊寿会	定員：54名 (利用人数) 54名
所在地：〒861-8002 熊本市北区龍田町弓削864-1	
連絡先電話番号： 096 — 386 — 3855	F A X 番号： 096 — 386 — 3837
ホームページアドレス	http://www.kikujoyukai.wix.com/sawarabi

(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	夏祭り、秋祭り、運動会、餅つき
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室 10室 二人部屋 22室	コミュニティホール、リハビリ室 ボランティア室

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>当法人は特別養護老人ホームの他、ショートステイ・デイサービス・居宅介護支援事業所など一貫した取組を行なう事で、地域高齢者やその家族に安心した介護サービスの提供に努めています。</p> <p>ケアミーティング、フロアミーティングによって、職員の意見交換や意思を反映させながらより良い施設作りを目指しています。また、給食や介護用品取扱い業者と情報を共有する機会を設けたり、合同での研修会を開催しています。</p> <p>地域交流や貢献も重要な取組の一つとし、昨今では地元新聞情報冊子（あれんじ等）と共同でマルシェや、勉強会でVR体験の開催、交流ホールの開放など、出来ることを模索しながら積極的に行っています。</p>

3 評価結果総評

<p>◆特に評価の高い点</p> <p>1. 法人の新体制のもと真摯に現状と向き合い、問題点を改善に繋げたいとする姿勢が評価されます。</p> <p>○施設長はこれまでの法人内での経験などを踏まえ、意欲を持って業務にあたっており、入浴や排泄介助が主な仕事と思われがちな面もある介護職のイメージを払拭していくために、まずは介護のプロとしての自覚を持つことなど職員の意識改革に取り組んでいます。</p> <p>○利用者と職員間や職員相互の関係及び各種の業務遂行を円滑にし、合理的な施設管理・運営を推進するために、ケアミーティング、フロアミーティングによって、職</p>
--

員の意見交換や意思を反映させながらより良い施設作りを目指しています。また、これらのミーティングを更に充実させていくことなど意欲的です。

2. 地域との交流や地域貢献に積極的に取り組んでいる施設です。

○地域交流ホールを開放しており、校区社会福祉協議会主催のサロン活動（毎月）、ボランティアグループのサークル活動（パソコン・太極拳・オカリナ・写真教室）等多彩に利用されています。

○秋祭り（300人規模）や地元新聞販売センターと協力して行う中庭での産地直送の特産品販売（マルシェ）には多くの地域住民の参加があり、利用者との交流が図られています。

◆改善を求められる点

1. 理念・基本方針の周知や職員の行動規範となるような基本方針及び中・長期計画の策定が期待されます。

○理念や基本方針の職員や利用者・家族への周知が十分に行われていません。

訪問調査で施設長は“理念は、もっと簡潔な表現にしたい”と表明されており、そのような理念に基づいて職員の行動規範ともなる基本方針の策定が期待されます。また、職員への周知状況の確認をはじめ、広報誌やホームページへの掲載、家族会で資料を配布する等利用者・家族への周知への工夫が必要と思われれます。

○中・長期計画は、施設運営の羅針盤であり、利用者や家族の信頼感にも繋がるものですが、確認できませんでした。職員参画のうえで中・長期計画（収支計画を含む）や、それを反映した数値目標設定により評価可能な単年度事業計画を策定し、職員や利用者・家族へ十分周知することが望まれます。

2. 福祉人材の確保と育成への取組が期待されます。

○福祉人材の確保と職員のスキルアップを図るため、基本的考え方や方針を確立し、計画的に人材の確保・育成を行うとともに、職員ひとり一人の目標管理の仕組みを構築したうえで職員の教育・研修を実施されることが期待されます。

○職員のモチベーションの向上を図り、組織の風通しを良くするため、職員の要望や希望を定期的に収集し、キャリアパスを取り入れた総合的な人事管理の仕組みの構築が期待されます。

3. 利用者満足の上を目的とする仕組みづくりや福祉サービスの質の確保のため、標準的な実施方法の見直しや評価体制の整備が期待されます。

○利用者本位の福祉サービスを実現するためには、利用者満足を組織的に調査・把握し、福祉サービスの質の向上に結び付けることが必要です。定期的な利用者満足に関する調査や個別・家族懇談会における聴取等の仕組みを整備することが期待されます。

○サービスの標準的な実施方法を定期的に見直す必要があります。見直しを行う時期や方法を組織として定め、PDCAサイクルの観点から、定期的に検証し見直しする仕組みづくりとその実践が期待されます。

○施設長は第三者評価の意義や継続した受審の必要性を語っており、今回の受審を契機に、組織横断での評価体制の整備が期待されます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29.7.20)

今回、第三者評価受審での結果にて、施設運営全体を客観的に見つめなおすいい機会になるとともに、何に取り組むべきか、またどのような課題があるのかが明らかになりました。

改善のアドバイスを頂いた点については、早急にプロジェクトチームを編成し、理念・基本方針の再構築、中長期計画の策定を行い、各種マニュアルの整備改善や業務改善及び人財育成に取り組み、全職員のスキルアップ向上を図っていく予定です。

今後も定期的に第三者評価及び自己評価を実施し、施設全体のサービス向上に努め、より良い施設運営ができるよう努力してまいりたいと思います。

(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	特定非営利活動法人 あすなろ福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市中央区南熊本3丁目 13-12-205
評価実施期間	29年1月24日～29年7月12日
評価調査者番号	① 06-26
	② 13-001
	③ 15-004

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：特別養護老人ホーム さわらび (施設名)	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 山田 洋助 (管理者) 施設長 斉藤 大祐	開設年月日： 平成14年10月 1日
設置主体：社会福祉法人 熊本菊寿会 経営主体：社会福祉法人 熊本菊寿会	定員： 54名 (利用人数) 54名
所在地：〒861-8002 熊本市北区龍田町弓削864-1	
連絡先電話番号： 096-386-3855	FAX番号： 096-386-3837
ホームページアドレス	http://www.kikujuukai.wix.com/sawarabi

(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	夏祭り、秋祭り、運動会、餅つき					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
個室 10室 二人部屋 22室	コミュニティーホール、リハビリ室 ボランティア室					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	施設長	1		医師		1
	医師		1	正看護師	1	
	事務長	1		准看護師	2	
	看護職員	3		介護福祉士	14	
	介護職員	23	6	介護支援専門員	1	
	介護支援専門員	1		理学療法士	1	
	生活相談員	1		管理栄養士	1	
	機能訓練指導員	1		社会福祉主事	1	
	栄養士	1				

	調理員	3				
	事務職員	3	1			
	合 計			合 計		
		38	8		21	1

※ 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

施設理念：①利用者の主体性、人権を尊重し、充実した日々を送れるよう努力する
 ②利用者と共に安全・安心な生活を送るため、日々ケアの向上に努める
 ③社会の一員として、地域福祉の向上、発展に貢献できるように努める

基本方針：「利用者が健全快適な環境の下で尊厳をもって、安心して生活を営むことができるように支援する」

3 施設・事業所の特徴的な取組

当法人は特別養護老人ホームの他、ショートステイ・デイサービス・居宅介護支援事業所など一貫した取組を行なう事で、地域高齢者やその家族に安心した介護サービスの提供に努めています。

ケアミーティング、フロアミーティングによって、職員の意見交換や意思を反映させながらより良い施設作りを目指しています。また、給食や介護用品取扱い業者と情報を共有する機会を設けたり、合同での研修会を開催しています。

地域交流や貢献も重要な取組の一つとし、昨今では地元新聞情報冊子（あれんじ等）と共同でマルシェや、勉強会でVR体験の開催、交流ホールの開放など、出来ることを模索しながら積極的に行っています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29年 1 月 24 日（契約日）～ 平成 29年 7 月 12 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成 26年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

1. 法人の新体制のもと真摯に現状と向き合い、問題点を改善に繋げたいとする姿勢が評価されます。

○施設長はこれまでの法人内での経験などを踏まえ、意欲を持って業務にあたっており、入浴や排泄介助が主な仕事と思われがちな面もある介護職のイメージを払拭して

いくために、まずは介護のプロとしての自覚を持つことなど職員の意識改革に取り組んでいます。

- 利用者や職員間や職員相互の関係及び各種の業務遂行を円滑にし、合理的な施設管理・運営を推進するために、ケアミーティング、フロアミーティングによって、職員の意見交換や意思を反映させながらより良い施設作りを目指しています。また、これらのミーティングを更に充実させていくことなど意欲的です。

2. 地域との交流や地域貢献に積極的に取り組んでいる施設です。

- 地域交流ホールを開放しており、校区社会福祉協議会主催のサロン活動（毎月）、ボランティアグループのサークル活動（パソコン・太極拳・オカリナ・写真教室）等多彩に利用されています。
- 秋祭り（300人規模）や地元新聞販売センターと協力して行う中庭での産地直送の特産品販売（マルシェ）には多くの地域住民の参加があり、利用者との交流が図られています。

◆改善を求められる点

1. 理念・基本方針の周知や職員の行動規範となるような基本方針及び中・長期計画の策定が期待されます。

- 理念や基本方針の職員や利用者・家族への周知が十分に行われていません。訪問調査で施設長は“理念は、もっと簡潔な表現にしたい”と表明されており、そのような理念に基づいて職員の行動規範ともなる基本方針の策定が期待されます。また、職員への周知状況の確認をはじめ、広報誌やホームページへの掲載、家族会で資料を配布する等利用者・家族への周知への工夫が必要と思われます。
- 中・長期計画は、施設運営の羅針盤であり、利用者や家族の信頼感にも繋がるものですが、確認できませんでした。職員参画のうえで中・長期計画（収支計画を含む）や、それを反映した数値目標設定により評価可能な単年度事業計画を策定し、職員や利用者・家族へ十分周知することが望まれます。

2. 福祉人材の確保と育成への取組が期待されます。

- 福祉人材の確保と職員のスキルアップを図るため、基本的考え方や方針を確立し、計画的に人材の確保・育成を行うとともに、職員ひとり一人の目標管理の仕組みを構築したうえで職員の教育・研修を実施されることが期待されます。
- 職員のモチベーションの向上を図り、組織の風通しを良くするため、職員の要望や希望を定期的に収集し、キャリアパスを取り入れた総合的な人事管理の仕組みの構築が期待されます。

3. 利用者満足の上を目的とする仕組みづくりや福祉サービスの質の確保のため、標準的な実施方法の見直しや評価体制の整備が期待されます。

- 利用者本位の福祉サービスを実現するためには、利用者満足を組織的に調査・把握し、福祉サービスの質の向上に結び付けることが必要です。定期的な利用者満足に関する調査や個別・家族懇談会における聴取等の仕組みを整備することが期待されます。

- サービスの標準的な実施方法を定期的に見直す必要があります。見直しを行う時期や方法を組織として定め、PDCAサイクルの観点から、定期的に検証し見直しする仕組みづくりとその実践が期待されます。
- 施設長は第三者評価の意義や継続した受審の必要性を語っており、今回の受審を契機に、組織横断での評価体制の整備が期待されます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 29.7.20)

今回、第三者評価受審での結果にて、施設運営全体を客観的に見つめなおすいい機会になるとともに、何に取り組むべきか、またどのような課題があるのかが明らかになりました。

改善のアドバイスを頂いた点については、早急にプロジェクトチームを編成し、理念・基本方針の再構築、中長期計画の策定を行い、各種マニュアルの整備改善や業務改善及び人材育成に取り組み、全職員のスキルアップ向上を図っていく予定です。

今後も定期的に第三者評価及び自己評価を実施し、施設全体のサービス向上に努め、より良い施設運営ができるよう努力してまいりたいと思います。

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 ・家族	28名	
	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		

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
①	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・ ③
<p><コメント></p> <p>施設理念として3項目（①利用者の主体性、人権を尊重し、充実した日々を送れるよう努める ②利用者と共に安全・安心な生活を送るため、日々ケアの向上に努める ③社会の一員として、地域福祉の向上、発展に貢献できるように努める）を掲げ、施設1階のホールに掲示し、平成29年度事業計画にも明記しています。広報誌やパンフレット、ホームページ等への記載は見当たりません。</p> <p>基本方針は、「利用者が健全快適な環境の下で尊厳をもって安心して生活を営むことができるように支援する」として事業計画に明記してありますが、職員の行動規範となるような具体的内容は記されていません。</p> <p>理念・基本方針の職員への周知については施設長が年度初めの研修で説明を行なっていますが、職員からは「定着しておらず、仕事をしていて振り返ることが少ない」「分かっていない職員もいると思う」との意見も聞かれました。</p> <p>また、利用者や家族への周知についても十分な説明が行われておらず、今後の取組が期待されます。</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・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業についての情報は、同様の福祉施設や取引業者（給食や介護用品納入業者）から情報を収集しています。</p> <p>地域の情報は弓削校区サロン（施設の地域交流ホールを開放して月1回開催）に参加する住民（20人程）や民生委員からも収集しています。</p> <p>コストとして金額が大きい介護用品は、納入業者から提出される詳細な資料を毎月分析し、運営会議（第1と第3火曜日に、同敷地内の法人4事業所の関係職員及び施設長・事務長がメンバーで開催）で共有しています。</p> <p>今後社会福祉法人改革で求められる役割も大きくなってきており、定款に記載されている「地域の独居高齢者、子育て世代・経済的困窮者等への支援」を積極的に行うためにも、県や市の福祉計画等からも情報を得て分析されることを期待します。</p>		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>平成29年度は利用率の向上を課題として、誤嚥性肺炎及び尿路感染による入院を減らすために具体的な予防策を講じることとしています。</p> <p>運営会議で出た重要な課題や経営状況は、理事会・評議員会（年7回ほど開催）で報告し共有しており、職員へは主任がケアミーティング（2、3階合同で月1回）やフロアミーティング（2、3階別で月1回）で報告し、運営会議で解決策を協議する体制となっています。職員の自己評価では「一般職員まで情報が下りてこない」「分からない」との意見もあり、必要な情報の全職員への周知方法について改善を期待します。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、現在の介護職のイメージを変えていくというビジョンを描いています。このビジョンを取り入れ、法人や施設運営の羅針盤となり、利用者や家族にとって信頼感を得られる中・長期計画を、職員の参画の下で早い時期に策定されることを期待します。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>平成29年度事業計画は、冒頭に基本方針を明記し、利用者の処遇と施設の円滑な運営に必要な4項目（①利用者の処遇 ②誤嚥性肺炎・尿路感染による入院者の予防 ③介護機器導入による職員の介護負担の軽減と事故防止 ④介護技術の向上等）について、実行可能な実施内容を記載しています。</p> <p>今後、評価が可能な数値目標を取り入れた中・長期計画及びリンクする単年度計画の策定を期待します。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、介護主任や管理栄養士等から提出される資料を運営会議で協議して作成し、4月の内部研修で施設長が職員に周知しています。</p> <p>計画の実施状況の確認は、運営会議やフロアミーティングで行っています。</p> <p>しかし、評価や見直しの時期や手順について定められたものではなく、「職員も全員が理解し、周知されているかは疑問」「職員同士の報告や把握ができていない」という職員の声もあり、今後の改善が期待されます。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>家族へは郵送するとともに掲示していますが、利用者や家族への説明は行われていません。今年度から事業計画を事前に郵送のうえ家族会（年2回）で説明する予定となっています。</p> <p>ポイントをおさえた分かりやすい説明資料を作成、配布し周知されることを期待します。</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・b・ ㉔
<p><コメント></p> <p>月1回のミーティング（フロアミーティング及びケアミーティング）で課題の解決や改善に取り組んでいますが、「意識の統一がない」「よく分からない」という職員の声も上がっており、サービス内容の組織的評価体制の整備は確認できませんでした。</p> <p>また、平成26年度に1回目の第三者評価を受審していますが、その後の評価の分析や検討、年1回以上の自己評価の実施は行われておらず、今後はPDCAサイクルに基づく組織的取組が行われることを期待します。</p>		
9	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・b・ ㉔
<p><コメント></p> <p>今回の第三者評価受審を機に、例えば組織横断の評価委員会のような内部委員会を設置し、評価結果の分析や取り組むべき課題を明確に文書化して改善計画を策定し、必要であれば中・長期計画に反映されることを期待します。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 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。	㉔ ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、広報誌『わさもん』（年4回発行）年始号に所感を述べた挨拶を載せ、運営会議やミーティング、内部委員会で自らの考えや役割と責任を積極的に表明しています。</p> <p>また、不在時等の場合は事務長が代理することを事務分掌表に明記しています。</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。	a・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、県社会福祉協議会や老人福祉施設協議会主催の研修会に出席し、法人と契約を結んでいる社会保険労務士、弁護士、公認会計士から情報を収集し、運営会議やミーティングで周知に努めており、職員の理解の徹底が課題と言えます。</p> <p>今後は研修方法の工夫や、関連法令の一覧表を作成し、関係の深い法令については概要を全職員がいつでも見られるようにパソコン上にアップしたりすることも有効と思われます。</p>		
Ⅱ-1-(2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、法人新体制を機に現状と真摯に向き合い、これまでの経験を踏まえ職員と日々コミュニケーションを図りながらサービスの質の向上に意欲を持って取り組んでいます。</p> <p>特に、マナーや接遇等のレベルアップを目指して機会あるごとに職員の自覚を促すなど指導力を発揮しています。</p>		

<p>現在、ケアミーティングが福祉サービスの質についての評価や分析を行う場となっておりますが、現状は連絡事項が主な議題となっているため、機能訓練指導員（作業療法士）を中心に組織横断のチームを作ることを検討課題とされています。</p> <p>今後はこのチームを生かすためにも職員の自己評価や利用者（家族）アンケートを実施し、職員や利用者の意見や意向を反映することが期待されます。</p> <p>特に施設長は第三者評価の意義や必要性を語り、法人全体のレベルアップに繋がりたいとしており、今後の取組が大いに期待されることです。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>財務分析は毎月実施し経営状況を把握しており、事業所内保育所（定員20名）の開設、退職共済に加入、子育て中の職員については時短を配慮し、産前産後休暇中も給与は全額支給する等安心して働きやすい環境を整備しています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>職員採用は主に職員からの紹介で行われており、必要な福祉人材確保についての具体的な計画は確認できませんでした。今後は人材・人員体制の基本的考え方を明確にした人材確保・育成方針を確立し、施設長が構想している職員の意識改革『介護職のプロとしての自覚を持つ』を実行するような具体的な計画に基づいた人材の育成が行われることを期待します。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課は全職員共通の様式及び職種に応じた考課表によって行われています。</p> <p>「人事考課があいまい」との職員の声もあり、今後、理念に基づいた期待する職員像を明確にし、職員の意向や希望を聴取する定期的な機会を設け（例えば年2回のアピールシートの提出や面談）、職員が将来像を描くことができ、モチベーションが上がるように、キャリアパスを含めた総合的な人事管理制度の整備が期待されます。</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組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況は、時間外労働は殆どなく、週休2日も確保されています。</p> <p>心身の健康チェックは設置義務がある産業医と密接に連携しており、施設長は日頃、職員への声かけをしています。</p> <p>しかし、職員からは、「パート職員が休む時など業務分担がうまくいっていない」という声もありますので、今後は、職員の意向の把握を工夫して、窓口担当者を設け定期的な個別面談の機会を設ける等職員が気軽に相談できる体制を整備されることを期待します。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回の賞与時に施設長、事務長が、契約職員まで含めて面接を行っていますが、職員一人ひとりについての目標管理の仕組みの構築は今後の課題です。</p>		

18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>平成29年度事業計画で、職員の資質向上を図るため職員研修について、参加後はケアミーティングで復講を行うことやマニュアルによる新規職員研修の方法を明記しています。</p> <p>今後、職員の教育・研修についての基本方針を定めて、総合的な教育・研修計画を策定し、職員に周知して実行に移されることを期待します。</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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>職員個人ごとの研修履歴一覧表を作成しており、研修管理簿で受講した研修名の一覧表を付け、復命書と一緒に綴じていつでも見られるように保管しています。</p> <p>内部研修は、毎月テーマを設定し、一部は外部講師も呼んで積極的に実施しています。</p> <p>外部研修については、職員から「リーダーを中心に生まれ、受講したい人が参加できないことがある」「研修が偏っていて参加できている人、いない人がいる」との声も寄せられており、今後は、経験や習熟度に応じた個別的なOJTや技術水準に応じた教育・研修の実施が望まれます。</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。	a・㉕・c
<p><コメント></p> <p>福祉専門学校や高校から、年間8名程の実習生が来ています。学校側と連携してプログラムを組んで主任が指導に当たっていますが、マニュアルは確認できませんでした。</p> <p>今後、実習生等の教育・育成の基本姿勢を明文化し、マニュアルの策定を期待します。</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。	a・b・㉔
<p><コメント></p> <p>ホームページで経営情報として貸借対照表や事業活動収支計算書は公開していますが、理念や基本方針、事業計画・事業報告、苦情・相談の対応状況等はホームページや広報誌への記載が確認できません。</p> <p>今後は、これらの情報を公開した職員へ周知することで運営の透明性が確保されることを期待します。</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・㉕・c
<p><コメント></p> <p>経理規程や専決規定によりルールを明確にしており、また運営規程で居宅介護支援事業者に対する利益の供与禁止が定められています。</p> <p>法人で契約している公認会計士に相談や助言をしてもらい、年4回の監査を受けてチェックがなされています。しかし、職員の自己評価では「よく分からない」「情報が下りてこない」との声も出ており、職員への周知を工夫することが期待されます。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>理念の中に「社会の一員として、地域福祉の向上、発展に貢献できるように努める。」とし、平成29年度事業計画の基本方針に「地域貢献」を掲げ、地域交流を広げる取組を行っています。</p> <p>夏祭りの他秋祭りには300人ほどの参加があり、地元新聞販売センターと協力して中庭で行う産地直送の特産品販売は、地域の多くの方が参加され、利用者との交流が図られています。地元小学校からは運動会への招待や合唱訪問等の交流も行われています。</p> <p>地域交流の推進に当たっては、併設の居宅介護支援センターとデイサービスセンターと協力して取り組んでいます。</p> <p>地域の清掃活動やどんどやなどの行事は、施設への理解を深めてもらう機会でもあり積極的に職員が参加しています。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れは、法人として積極的に取り組んでいます。38の登録団体を50団体まで増やす目標を掲げており、ボランティア団体とは年1回意見交換のための茶話会を開催しています。</p> <p>ただ、1階ホールでデイサービスと合同での開催が多く、利用者（家族）アンケートでは、もっとボランティアとの交流を希望する意見があがっています。</p> <p>今後はそれぞれの階や居室などで階下に降りることが出来ない利用者も交流できるような機会や内容などさらに改善が望まれます。</p> <p>地元小・中学校など学校教育への協力としては、小学生の介護教室や高齢者疑似体験の開催、中学生の認知症に関する講演に講師派遣するなど取り組んでいます。しかし、ボランティアの受入れや学校教育等への協力に関する基本姿勢やマニュアルが確認できませんでした。</p> <p>今後は、地域とつながる柱の一つとして位置づけ、ボランティアの受入れ等について基本姿勢の明文化やマニュアルの策定が期待されます。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な関係機関・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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>校区社会福祉協議会や地域包括支援センター等とは校区サロン活動で連携し、協力関係はできています。また、県社会福祉法人経営者協議会や県老人福祉施設協議会の会議に出席して、情報交換や連携にも努めています。ただ、職員の自己評価では医療関係機関との連携が課題として上がっており検討が望まれます。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>1階に地域交流ホールがあり、校区社会福祉協議会が主催し地域包括支援センター等が協力して実施するサロン活動（毎月開催）やボランティアグループが行うサークル活動（パソコン、太極拳、オカリナ、写真教室）に開放されています。</p> <p>昨年度は、北区役所主催の健康推進「いきいき未来のつどい」が龍田地区で初めて当ホールで開催されています。</p>		

<p>災害時の役割については、法人の理事・評議員となっている自治会長等に理事会・評議員会で説明をしており、市とは、福祉避難所としての協定を結んでいます。</p> <p>熊本地震では、地域の方々の避難を受け入れ炊き出しの支援を行っています。</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・㉞・c
<p><コメント></p> <p>生活困窮問題や災害時の支援に取り組み、生活困窮者レスキュー事業や熊本県D-CAT（災害派遣福祉チーム）に登録しており、今後の具体的な活動が期待されます。</p> <p>また、月1回開催のオレンジカフェで介護教室も実施し、地域の福祉ニーズに基づいて、居宅介護支援センターやデイサービスセンターを併設するとともに、隣接地にサービス付き有料老人ホームを設置しています。</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・㉞・c
<p><コメント></p> <p>理念の1項目に「利用者の主体性、人権を尊重し、充実した日々が送れるよう努める。」と謳い、平成29年度事業計画の基本方針にも「主体性尊重」と掲げ、基本姿勢を明示しています。</p> <p>研修では、「権利擁護、身体拘束廃止」のテーマで施設長自ら説明し、職員への周知を図っています。また、身体拘束廃止・予防委員会を設置し、具体的な事例の検証を行っていますが、利用者を尊重したサービスの提供に関する倫理綱領や規程は確認できず、整備が期待されます。</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・㉞・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護や権利擁護について、内部研修を行い職員に周知しています。施設は大部分が2人部屋となっており、境はカーテンで仕切られ、間にクローゼットやチェストを置きプライバシー保護に努めています。</p> <p>また、不適切な事案があれば、関係する委員会で検証することとしています。しかし利用者のプライバシー保護や虐待防止の権利擁護についてマニュアルの整備が確認されず、今後の取組が期待されます。</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・㉞・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対する施設の概要や料金等の必要な情報提供は、パンフレットやホームページで行っています。パンフレットは、居宅介護支援事業所にも配布しています。施設の見学希望に対しては、生活相談員が担当となって、相談室等で質問にも応じながら直接説明を行っています。</p> <p>なお、ホームページの改定に当たっては、理念を新しく掲載することとしており、利用希望者への情報発信に繋がっていく事が期待されます。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始に当たっては、生活相談員や介護支援専門員を中心に重要事項説明書（契約書と同一様式）でわかりやすく説明したうえで同意を得ています。</p> <p>変更にあたっては、変更部分を赤字で表示するなど工夫して説明し同意を得ています。利用者（家族）アンケートでも丁寧な説明がされていることが確認できました。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>他の施設への変更や家庭への移行に当たっては、担当者及び窓口を生活相談員と定めます。</p> <p>転院等の場合は、継続性を考慮して情報提供書を渡しており、家庭への移行の場合は、併設の居宅介護支援センターを通じて一貫して対応することとしています。</p> <p>なお、サービス利用が終了したときには、それまでの関係性を大切にするため、利用者や家族等に対し、担当者や相談方法について説明し、その内容を文書で渡すことが望まれます。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が日常の生活に楽しみや生きがいを得ることが出来るよう、敷地内の桜並木を活かし花見の実施やボランティアとの交流などに努めています。</p> <p>しかし、組織として、定期的な利用者満足に関する調査や個別及び家族懇談会における聴取等については、施設としてもこれからの課題と認識しており、今後、仕組みを整備し取り組まれることが期待されます。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みは、責任者を施設長、担当を生活相談員、第三者委員を現・元自治会長（評議員）と定めています。</p> <p>このことは、フローチャートも含めてエレベーター横のホールに掲示するとともに、利用開始時の重要事項説明書で説明しています。</p> <p>苦情があれば、記録簿に記載することとしています。公表についてもエレベーター横のホールに掲示されています。対応策については、利用者や家族には解決の話し合いの中でフィードバックしており、第三者委員には評議員会の中で説明しています。</p> <p>職員の自己評価からは苦情解決の仕組みについて十分な理解が出来ていないことや、利用者・家族への周知も課題としてあがっており、検討があがっています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>相談等については、生活相談員が窓口となっており対応することとし、相談室や面談室が確保されています。</p> <p>また、市から派遣される介護相談専門員が毎月1回訪問し、結果を報告してもらっています。エレベーター横のホールに意見箱を設置していますが、今まで使用されたことがなく、今後、家族懇談会を開催する中でアンケートの実施を検討しています。</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・㊀・c
<p><コメント></p> <p>相談・意見等の対応については、苦情解決と同じ仕組みで対応することとしており、サービスの質の向上には取り組んでいるものの、迅速化については課題だと認識しています。</p> <p>今後、対応マニュアルを整備するに当たっては、PDCAサイクルの考え方を導入するとともに、サービスの質の改善とあわせて迅速化を図られることを期待します。</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・㊀・c
<p><コメント></p> <p>毎月、定例的に開催される事故防止予防対策委員会を設置して、リスクマネジメント体制を構築しています。</p> <p>ヒヤリハット報告、事故報告を収集し、要因分析と改善策、再発防止策が検討され、その結果はフロア・ケアミーティングで説明し共有を図っていますが、分析においては十分に行われておらず、今後の課題としています。</p> <p>事故予防マニュアル、事故防止マニュアル、事故発生時マニュアルを策定し、共用室に置いていつでも見られるようにしています。</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。	㊀・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症の予防・対応については、責任者を施設長とし、感染症予防対策委員会を設置して取り組んでおり、委員会は、定期的（2、3ヶ月に1回）及び発生した場合は速やかに開催しています。予防と発生時の対応を記載した感染（症）対策マニュアルを整備して、勉強会も毎年繰り返し実施し、新しい知識の周知と情報の共有を図っています。</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。	a・㊀・c
<p><コメント></p> <p>災害に備えて、職員の連絡網を整備しており、今後、ラインの活用の検討も予定しています。消防署等の関係機関やライフラインのリスト及び連絡表も整備し、備蓄関係では、責任者を管理栄養士とし、食料3日分を備蓄しています。</p> <p>熊本地震後の平成28年9月には、防災マニュアル（災害時の対応対策、日頃の備え、障害に応じた対応、事業継続計画）を策定しています。このマニュアルの実施に向けては、運営会議で検討することとし、職員への周知もこれからと認識しており、早急な取組が期待されます。熊本地震では、建物に被害がなく、地域の方々の避難を受け入れ、炊き出しの支援を行いました。</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・㊀・c
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルについては、文書化されており、実施は主任、リーダーが確認する仕組みとなっています。新人職員には、基本介護マニュアルに基づき、個別指導がされています。</p> <p>マニュアルは、共用室に置かれているほか、パソコンで誰もが見られるようにしています。ただ、整備されていないマニュアルや内容があり、今後の課題として取り組まれることが期待されます。</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・b・㉔
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルは文書化され、基本となるケアを必ず行うように取り組んでいますが、マニュアルの検証や、見直しを行う時期や方法が組織で定められておりません。</p> <p>今後は、マニュアルの有効期限を例えば1年と定めるなど、PDCAサイクルの観点から定期的に検証し、利用者や職員の意見や提案を反映した見直しができる仕組みを作ることが望まれます。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアプラン策定の責任者は、介護支援専門員としています。入所時には、生活相談員と介護支援専門員が直接アセスメントを行っています。</p> <p>その結果を踏まえて、暫定のケアプランを策定し、1ヶ月以内に多職種連携のサービス担当者会議を開いて、初回のケアプランを策定しています。</p> <p>その際には、利用者・家族等に参加してもらうこととしており、できないときは前もって、意向を聞いてプランに反映するようにしています。ケアプランは、利用者・家族等に説明のうえ同意を得ています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアプランの見直しは、6ヶ月毎とし、その間に、状態変化があればその都度行っています。見直しにあたっては、多職種連携のサービス担当者会議を開いて行います。</p> <p>利用者・家族等の出席及び説明、同意については、初回のケアプラン策定時と同様の対応をしています。内容は申し送り簿で周知を図っています。ケアプランの実施状況の評価は、担当者による評価を1か月ごとに、多職種連携による評価を3か月ごとに行っています。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりのケアプランの実施状況は、記録により確認することができます。</p> <p>記録の書き方はマニュアル化されており、新人職員への指導や外部講師を呼んでの介護記録研修を行っていますが、まだ改善の余地があると認識しており、今後の取組が期待されます。</p> <p>利用者に関する必要な情報は、出勤時に申し送り簿の確認を徹底する事で共有を図っています。また、定期的な会議として、毎月2回（第1・3火曜日）行う運営会議、毎月中頃行う2・3階のフロアミーティングと毎月末に行うケアミーティングを開催し、必要な情報の共有化を図っています。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護に関する基本方針を定めています。利用者・家族等には、入所時に重要事項で説明し、写真掲載時は、事前に了解をとっています。</p> <p>文書の保存年限は、運営規程に5年と定めています。記録管理の総括責任者を施設長と定め、それぞれの部門ごとに現場責任者を置いて管理しています。記録文書は鍵をかけて保管し、廃棄する場合は、専門業者に委託して処分しています。職員に対しては、マイナンバーの導入に伴い研修が必要と認識しており、取組が期待されます。</p>		

評価対象Ⅳ

A-1 支援の基本

		第三者評価結果
A-1-①	職員の接し方について、利用者を個人として尊重する取り組みを行っている。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>身体拘束や利用者を尊重した支援については、身体拘束廃止・予防委員会を中心に指針や基本介護マニュアルなどを通して研修会やミーティングの中で周知に努めています。</p> <p>居室に入る際はノックをし、ホールなどにおられる場合には、了解を得て入室することとしています。</p> <p>マニュアルには職員の服装や靴・身なり・挨拶など接遇を示すものが記されていますが、ふさわしくない呼称などの禁止事項も含め十分な内容とは言えないようです。</p> <p>また、聞き取りや自己評価の中からも職員の言葉使いなど改善の必要性をあげており、支援の基本となるマニュアルの作成や職員への周知徹底が期待されます。</p>		
A-1-②	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・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況やADL（日常生活動作）、生活習慣などの情報は、契約時に書面や聞き取りにより収集し一人ひとりに応じた生活の支援、自立に配慮したサービス提供に努めています。</p> <p>社会参加に係る機会として、希望があれば身体的に可能な方のみ買物外出を支援していますが、地域への行事に参加する機会は殆ど持たれていない現状です。</p> <p>そのため、ボランティアの訪問については法人全体で積極的に受け入れており、特に演芸ボランティア（ひょっとこ踊りなど）の来訪は、地域や外部との交流の機会となっており、家族もこのような交流が増えることを望まれていることがアンケートにも記されていました。花見会や誕生会などに家族の参加を依頼し、活動の範囲を広げています。</p> <p>食事、排泄、入浴は、本人の意思を尊重し食堂やトイレ、風呂へ移動して行えるようにしていますが、胃瘻の方は居室で摂られており、テレビやラジオをつけるなど希望に応じ本人が寛げるよう対応しています。</p> <p>生活のメリハリをつけるため、着替えは入浴時や汚染時などが中心になっています。整容については、家族によるカットや外出を兼ねて馴染みの美容室に出られる方、訪問理美容も2社と契約し選択できるようにしており、パーマや毛染めも含め車内での施術や地域交流ホールを開放して支援されています。契約している2社については、家族への広報も兼ねてエレベーターにポスターが貼られています。</p> <p>今後は利用者も楽しくなるような交流室の雰囲気作り（案内板や音楽他）など、職員のアイデアに期待します。</p> <p>利用者の体力や身体状況にあった離床時間については、機能訓練指導員の指導を受けながら、職員は個々に応じて対応しています。</p> <p>利用者の趣味や興味、希望、嗜好などの十分な把握や活動への反映については、今後の取組が期待されます。</p>		
A-1-③	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・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の考えや希望を聞き取れるよう、職員は食事や入浴、起床・就寝時の声かけなど普段の関わりの中で把握に努めていますが、話したいことを話せる機会など細やかな取組には至っていません。意思表示が困難など配慮を必要とする方については、文字盤やジェスチャーにより把握に努める他、特に職員間で情報を共有しケアに反映できるようにしています。</p> <p>利用者への言葉使いや節度ある接し方については、馴れ合いの言葉や指示的になっているなど気になる場面もあるとし、勉強会の中で振り返りの機会を持っています。</p>		

A-2 身体介護

		第三者評価結果
	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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>入浴・清拭などに関するケアチェック表により、一人ひとりの身体状況や本人・家族の要望等に配慮した支援に努めています。浴室は広くハーバード浴と個浴2槽が設けられ、バイタルチェックなどにより入浴の可否を見極め、基本的に週2回の入浴や状況によっては清拭で対応しています。拒否の方には時間をずらしたり、翌日に変更するなど、チェックシートで週2回の支援の徹底や汚染時にはその都度対応することで清潔保持に努めています。</p> <p>入浴の介助にあたっては、同性介助やタオルを使用し羞恥心に配慮しています。また、好みや使い慣れたシャンプーの準備（家族や事業所で購入）や、皮膚疾患時に効果のある入浴剤を上がり湯に使用するなど、個別対応についても確認されました。</p> <p>採光もよく広い浴室ですが、使用しない浴槽にブルーシートがかけられていたり、シャワー一台に洗剤が置かれているなど、浴室環境としては残念な光景も見られました。今後はそれらを含め、湯温や脱衣所などの室温管理、入浴後の水分補給など入居者の安全や寛げる入浴となるようなマニュアルの作成も必要と思われます。</p>		
	A-2-② 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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>個別排泄のケアチェック表の活用や排泄委員を中心にしながら、一人ひとりの利用者の状況に応じた支援に取り組んでいます。オムツや便器、睡眠を妨げない支援（吸水性に配慮した排泄用品の組み合わせ）など一人ひとりに適した支援については、カンファレンスの中で検討を行い、共有を図っています。</p> <p>ポータブルトイレについては、消臭剤を使って毎日の掃除や週1回の拭きあげにより清潔に管理しています。今後は天候の良い日は天日干しなども有効かと思われます。</p> <p>全箇所トイレに温便座が取り付けられておらず、利用者から「冷たい！」と言われたこともあったようです。ヒートショックなどの心配も予測され、まずは早急にできる便座シートなど対応が必要と思われます。</p> <p>自然な排泄を促すために、排泄リズムの把握や水分摂取には努めていますが、適度な運動や食事改善への取組は不十分であり、服薬に頼っている現状とし今後の課題にもあげています。</p> <p>排泄の誘導や介助にあたっては、声かけや見守りの位置などプライバシーへの配慮は不十分としています。また、排泄用品をトイレ内に置く場合は他の利用者の目に入らぬよう、ケースに入れたり、クロスをかけるなど配慮が必要と思われます。また、軟膏などの薬品については、トイレ内ではなく別の場所で管理することが重要であり、改善が望まれます。これらを含め、排泄支援のマニュアルの整備に期待します。</p>		
	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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>個別の基本動作介助、リハビリテーション等に関するケアチェック表の中に、移乗、移動のケア内容やそれらの支援に必要な用具（杖・歩行器・シルバーカー・リクライニング型車椅子など）の項目を設け、心身の状況に応じ自立に向けた働きかけに努めています。</p> <p>福祉用具としては車椅子やハーバード浴・L字バーなどを準備し、車椅子の点検を月1回実施しています。現在、作業療法士を中心に支援の方法や内容など再確認が行われており、併せて福祉機器や用具の安全点検を含むマニュアルの策定が期待されます。</p>		

	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡予防については、看護職員を中心にした委員会の中で研修会を企画したり栄養士も加わり栄養管理の面から支えています。直近で背抜きのやり方について研修会が予定されています。</p> <p>皮膚の状態確認は入浴時やオムツ交換時に行い、心身の状態に応じた体位交換については、ケアチェック表で現状を確認し、必要に応じエアマットが使用されています。</p> <p>褥瘡発生予防対策委員会も立ち上がっており、予防への標準的な実施方法などマニュアルの整備を期待します。</p>		

A-3 食生活

		第三者評価結果
	A-3-① 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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>施設長や事務長、リーダーをメンバーとした月1回開催の給食委員会やケアミーティングにも管理栄養士が参加し、食事支援について検討が行われています</p> <p>食事はご飯のみを施設で炊き、献立や副菜などの料理は調理されたものを温め提供しており、利用者の好みを反映した食事提供は難しいようですが、行事食（正月・ひな祭り・花見など）や恵方巻きでの海苔の使用について聞き取るなど可能な対応に努めています。今後は汁物のみ地元の味を活かしたものを施設で調理していきたいとしており、旬の食材を活かしながら、郷土ならではの汁物を提供されることで、利用者の食事への楽しみも増すと思われます。</p> <p>食事は1階の厨房からエレベーターで2・3階の食堂へ運ばれています。できるだけ温かいものを食してもらえよう努めていますが、配膳や介助の状態ですべて冷めてしまうこともあり、利用者アンケートには、温度への要望を記された方もおられました。保温の効く配膳台への交換の必要性など自己評価で提案した職員もいましたが、早急な改善は難しいかと思われ、汁物を各階で温めるなどできうる対応がないか職員間で検討されることを期待します。</p> <p>食事はホールで支援しており、席は介助の度合いや利用者の関係性などに配慮し決定しています。眩しさなどへの配慮もあるかもしれませんが、裏庭の樹木や近隣地域を望める2・3階のホールであり、なかなか戸外に出る機会の少ない利用者にとっては特に、レースのカーテンを開け、眺めを楽しんでもらうような取組も必要かと思われ。また、異食へ注意しながら、敷地内に咲いたものなど季節の草花などを食卓に飾ることも食事の雰囲気を増し、利用者同士の会話にもつながっていくと思われ。職員のひと工夫に期待します。</p> <p>食事提供に関しては献立が通路などに貼られており、面会時などで確認されている家族もおられました。殆どが献立も含め味や量など食べたことがないのでわからないとの回答や、食事支援への関心の深さも確認されました。今後、汁物については施設厨房で調理するなど検討されており、食事内容も含め家族に知ってもらうような機会を持つことも必要と思われ。</p>		
	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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>管理栄養士を中心に利用者の嚥下状態に配慮した食事支援に取り組んでおり、食形態については、業者からの料理のためソフトに加えゼリー食も提供できるようになったことは、特徴の一つになっています。</p> <p>食事、水分摂取量を把握し、特に水分補給に関しては1日1,250ccを目安としていますが、施設だけではなく好まれる飲み物（ポカリスエットやりんごジュース・コーヒー牛乳など）を家族の協力も得ながら取り組んでいます。</p>		

「食事中の姿勢への配慮や車椅子のままでの食事支援」や「もう少し行事食を増やせないか」など、職員はそれぞれの立場から反省や課題を語っており、今後の取組に期待します。また、食事や嚥下体操、検食簿など職員によっては未実施や未記入の状況も確認され、今一度それらの意義や必要性などを全職員で共有し、利用者の食事サービスの向上に反映されることを期待します。

A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・ ⑥ ・c
-----------------------------	----------------

〈コメント〉
 医師の助言や指示などの欄を設けた口腔機能向上計画にそってケアに取り組んでおり、計画は6ヶ月で評価・見直しを行っています。また、協力歯科医や衛生士を講師として口腔ケアに関する研修会も年1回実施しています。
 歯磨きを自立でされる方は少なく殆どの利用者は介助が必要であり、居室に洗面台も設置されていますが、見守りの点からも食堂の洗面台で毎食後に支援されています。
 今後は歯ブラシや義歯の衛生管理や口腔機能保持・改善のための体操などを含めたマニュアルの整備が望まれます。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
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・ ⑥ ・c

〈コメント〉
 終末期支援については指針や職員の役割などを含めたマニュアルを整備し、看護職員を講師として研修会を実施しており、職員は利用者や家族の思いに応えながら、穏やかに最期を迎えられるように支援していきたいと語っています。現在、協力医との連携を図りながら看取り支援に取り組んでおり、支援後は本人を偲びながらデスカンファレンスを開催しています。
 家族のアンケートには、今後高齢や身体機能が低下していく事は否めないが、不安や当施設への感謝など率直な思いや意見が記されていました。また、支援する職員のメンタル面への配慮も望まれているところであり、今後はこのような点を踏まえ、継続した研修への取組が期待されます。また、馴染んだ居室での最期を望まれる家族もおられるようですが、用意された看取りの部屋で本人との時間を希望された場合、ゆっくりと過ごせるような整備についても検討されることを期待します。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・ ⑥ ・c

〈コメント〉
 認知症ケアについては支援内容などを研修会の中で洗い出し、本人にふさわしい対応を職員間で共有しています。
 抑制・拘束のないケアの実践については、事故防止・予防対策委員会と連動して定期的な研修会を開催しており、施設長や事務長、介護・看護職員、作業療法士をメンバーとしています。安全面への対応から使用しているセンサーマットについては、家族の了解を得ており月1回使用の継続について検討会を開催しています。
 理学療法士は利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行い、職員は生活リハビリを含め、できるだけ活動的な日中が送れるようにしています。また、限られた利用者ではありますが食事前・後のテーブル拭きなど簡単な家事作業も行われています。
 認知症については周辺症状の原因や、行動パターンなど一人ひとり異なるものであり、そ

<p>のケアについては今後の課題であるとしています。</p> <p>認知症を理解しその人らしい生活を支援するために、今後も定期的な研修会の開催や職員の習熟度に応じて必要な認知症、抑制や拘束（ことばの拘束も含め）のマニュアルの整備が期待されます。</p>		
	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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>施設内の環境については、利用者が安心・安全に過ごせるよう環境整備・保全委員会を3ヶ月に1回開催し、検討を行っています。</p> <p>居室は同室者の組み合わせにも配慮し、掃除や整頓など安全な環境に努めていますが、写真や好み・馴染みの品の持ち込みなど、施設だけでは補えない部分を今後は家族会などで伝えながら、一緒に取り組んでいきたいとしています。</p>		

A-6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
	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。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>作業療法士による個別機能計画書に基づき、生活リハビリに組み込み実施記録を残しています。計画書は職員の意見や提案を取り入れながら半年に1回見直しを行っています。評価については実施されておらず、取組が望まれます。</p> <p>レクリエーションや趣味活動など、利用者が主体的に訓練を行えるような環境、工夫について、職員はまだ不十分としており、今後の取組が期待されます。</p>		

A-7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
	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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>職員はバイタルチェックや日頃から利用者とのコミュニケーションを図り、表情や動きなどから体調変化や異常の早期発見に努めています。また、申し送り時など職員間で利用者の状況を共有し、健康状態は食事や排泄などを含め、記録に残しています。</p> <p>協力医とは定期往診をはじめ、何かあれば相談や診察など日頃から連携体制が確立しており、法人や職員にとっても心強い存在となっています。</p> <p>服薬に関しては誤薬が多く発生したことからケアミーティングで話し合い、改善策などのアンケートを実施し集計されています。</p> <p>誤薬や与薬忘れなどについては改善策が検討されていますが、キャップを外した塗薬がトイレに置かれており、今後は安全管理の面からも薬の効果や副作用に関する研修をはじめ、服薬管理に関するマニュアルの整備が必要と思われます。</p>		
	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>感染症や食中毒についてのマニュアルは整備されていますが、職員の健康状態についてのチェックや職員やその家族が感染症にかかった場合の対応策の文書化など今後の取組が期待されます。</p> <p>家族や来訪者に向け、手指用の消毒やマスクを置いています。強制ではありませんが協力を呼びかける文書を掲示しています。また、インフルエンザなど感染症が心配される時期は、面会を控えてもらうなど協力を依頼しています。</p>		

A-8 建物・設備

		第三者評価結果
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性や来所者が利用しやすいように配慮した取り組みを行っている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>環境委員会を中心に5, 6月や12月にエアコンの点検を実施していますが、浴室やホール、トイレなど場所や項目を設けた定期点検という点では、不十分と思われます。散歩を楽しむためにも敷地内や裏庭のデッキの傷みなどについては、法人全体で安全点検を行うことも必要と思われます。</p> <p>職員は誕生者の紹介コーナーや利用者と一緒に制作したものなど、廊下やホールに掲示しています。今後は季節に配慮したものか、損傷はないかなど定期的な点検の機会を持たれることを期待します。</p> <p>建物や設備については、利用者の安全や快適な生活空間に繋がるものであり、委員会に加え職員の意見や提案を聞く機会を持ち、反映していくことも良いと思われます。</p> <p>家族のアンケートには職員の明るい気持ちの良い挨拶や礼儀正しさなど、職員自身が大切な環境としての役割となっていることが記されていました。</p>		

A-9 家族との連携

		第三者評価結果
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>家族に対し、必要に応じて介護支援専門員や看護職員より利用者の近況報告が行われています。</p> <p>また、ケアプラン説明時や相談員などを中心に要望などを聞いていますが、職員は家族の面会時や遠方の家族には電話により近況を伝えながら、要望や気になることなどを確認しています。</p> <p>このことは「遠方に住んでおり面会の機会は少ないが、状況を連絡してもらい安心して預けています」などアンケートへの記入がありました。</p> <p>行事などについては前月に家族へ日程などを案内し参加を依頼しています。</p> <p>今後は年2回の家族会の実施や家族の協力を得て居室の環境整備など更に連携を図り、利用者により良いサービスを提供していきたいとしています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象Ⅰ～Ⅲ)	7	25	13
内容評価基準 (評価対象A)	0	18	0
合計	7	43	13