

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	特別養護老人ホーム サンホームあまがさき	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	藤井 茂夫	定員（利用者人数）：	70 名	
所在地：	兵庫県尼崎市大庄北3丁目15番1号			
TEL	06-6412-6676	ホームページ：	https://hinode.or.jp/amagasaki/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	1995年9月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 博愛福社会			
職員数	常勤職員：	33 名	非常勤職員：	18 名
専門職員	介護支援専門員	1 名	介護職員	13
	相談員 <small>介護職兼務含む</small>	4	看護師	3
	機能訓練指導員	1	事務員	2
	介護職員	18		
	看護師	4		
	管理栄養士	1		
	事務員	4		
施設・設備の概要	(居室数)	70	(設備等)	浴室（一般浴、機械浴） 静養室、食堂、事務室、相談室

③理念・基本方針

グループ理念：お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび
 グループ基本方針：1. 新たな挑戦を続けます。2. 日々の出会いに感謝します。3. お客様に最善を尽くします。4. 信頼できる仲間をつくります。5. 健康に働ける環境を追求します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 複合型施設の強みを活かし、入居者個々のニーズに応じたサービス提案ができる。
- 2) リハビリ機器を取り揃え、機能訓練による身体機能の維持向上を図っている。
- 3) 季節感を大切にし、レクリエーション内容（夏祭り、クリスマス、初詣など）や外出レクリエーション先の選定、旬の食材にこだわった食事メニューを提供し、QOLの向上に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 4 月 24 日 (契約日) ~ 平成 30 年 12 月 31 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の運営管理体制の下、法人のエリア会議・施設の経営会議・各部門会議等で、経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。施設内での委員会・毎月のデイ会議でも、組織的な運営に努めている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。 ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シート・スキルアップシートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。また、経験別・職種別・テーマ別研修、資格取得を支援する講座等、法人として研修体制を整備している。施設内に研修委員会を設置し、法人研修とも連動して、施設内研修を計画的に実施し、職員育成に注力している。 ・施設全体での取り組みと共に、事業所（介護老人福祉施設）独自での、各種委員会・各種会議の設置と定期開催、特養ミニ勉強会等を継続し、サービスの質向上に取り組んでいる。 ・リビングや廊下など共用空間は広いスペースが確保され、バリアフリーで開放的な環境の中快適にくつろげるよう配置され、フロアの職員配置、緩和マット等安全面にも配慮されている。各種の体操、カラオケ・音楽・習字等のクラブ活動、複数メニューのレクリエーション、夏祭り等の行事、外出行事等、生活に楽しみを持ち活動的に過ごせる機会づくりに努めている。日常生活調査票・ケアチェック表等をもとに個別支援に取り組み、システム内の多種のチェック表や記録で実施状況や利用者の状況を把握・共有し、必要に応じて「1週間ケース記録」で経過観察・対応検討をする等、現状に即したきめ細かな支援に取り組んでいる。 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・定められた評価基準にもとづいて年に1回以上自己評価を行い、課題抽出から改善に向けての計画的な取り組みを職員参画の下で行い、経過を記録することが望まれる。 ・職員も参画して定期的にマニュアルの検証を行い、不足しているマニュアルの整備等必要な見直しを行い、「変更履歴」などに経過を記録する仕組み作りが望まれる。 ・現在検討されている介護予防教室・認知症カフェの開催、多目的ホールの活用、実習生や福祉体験の受け入れ等、施設が有する機能や専門性を活かして地域に還元する取り組みの実現を期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>利用者様の幸せに寄与できるよう、サービスの質を高めるための取り組みをさらに進めます。</p>

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 日の出医療福祉グループの基本理念・基本方針をホームページに明示している。博愛福祉会の理念・サンホームあまがさきの運営方針を、エントランスに掲示している。理念は法人の使命や目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性が確保され、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。掲示・朝礼での唱和・研修の実施などにより、職員の周知を図っている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。利用者・家族には、パンフレットの理事長のあいさつの中で、法人理念をわかりやすく説明し周知を図っている。		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向、地域の利用者動向やニーズ等については、施設長・副施設長・管理者層が情報収集し、各部門会議・施設の経営会議・エリア会議で共有し分析を行っている。事業所の月次報告と、法人の月次の収支決算をもとに、経営会議・エリア会議で利用率やコストの分析を行っている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 利用率やコストの分析をもとに部門会議で課題の抽出を行い、経営会議で共有し課題解決に向けて取り組んでいる。エリア会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。部門会議・経営会議の内容に応じて、スタッフ会議等で職員に周知を図り、課題解決に向けて取り組んでいる。		

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。	a・Ⓑ・c
<コメント> 施設としての中長期的なビジョンを、平成30年度「サンホームあまがさき中長期計画」として策定し、6項目に具体的に明示している。期間中での実施状況の評価を行える計画内容の設定を工夫し、30年度策定後、定期的な実施状況の把握・評価・必要に応じた見直しを行う仕組み作りが望まれる。		

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>法人共通の書式で、事業所の単年度の事業計画を策定している。「収支計画」「今期目標」「目標達成に向けた具体策」等から構成され、実行可能な具体的な内容となっている。また、数値目標等を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。</p> <p>施設の中・長期計画を踏まえた、事業所としての単年度の事業計画の策定が望まれる。</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>毎月の部門会議で、施設長・副施設長・管理者が、実施状況の把握を行っている。施設全体経営会議で、上半期・下半期の収支計画、事業計画の進捗を報告し、年度末に事業報告書を作成し、次年度の計画に向けた見直しを行っている。スタッフ会議等で、事業計画について職員に説明し周知を図っている。</p> <p>実施状況の把握・評価・見直しを職員参画で行う仕組み作りが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>家族懇談会で、事業計画について資料配布・説明を行い、利用者・家族に周知を図っている。事業計画の内、参加を促す内容については、掲示板や毎月の会報誌で周知を図っている。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度を活用し、PDCAサイクルに基づく職員の質向上から、サービスの質向上につなげる取り組みを実施している。会議・施設内の委員会・部門会議・経営会議を定期的の実施し、サービス内容について評価する機会を設けている。介護サービス情報の公表の評価基準にもとづいて、年1回自己評価を行っている。今年度から、内部監査による取り組みを計画している。</p> <p>評価結果を分析・検討する場を設けることが望まれる。</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 ・ (c)
<p><コメント></p> <p>評価結果にもとづき課題を明確にし、計画的に改善策を実施するには至っていない。</p> <p>評価結果から分析した課題を文書化して職員間で共有し、計画的に改善に取り組み、経過を記録に残すことが望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 施設長は事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にしている。決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらはパソコンの共有ホルダー及び事務所内に設置し周知を図っている。 施設長は、自らの役割と責任について、広報誌等に掲載し表明することが望まれる。施設長不在時は実務的には副施設長が対応しているが、組織図等で明確にすることが望まれる。		
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) ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、関係法令集・法人諸規定等を保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入時等には「稟議規定」に沿って対応し、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。施設長が県老協の研修・集団指導・法人の日の出塾等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮等も含み幅広く遵守すべき法令等を把握し取組を行っている。担当者が法人本部での研修に参加し介護保険法、高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について学び、内部研修時に伝達研修を実施している。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> サービスの質について、継続的に情報の公表制度・チェックリスト等でチェックしている。内部監査時の点検シートの項目に沿って、自己点検を行う仕組みがある。施設長は、部門会議・委員会活動等に参画・参加している。申し送り・会議・面接等で職員の意見を把握し、研修委員会で改善策を検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人の年間研修計画に加えて施設・事業所で必要な内容についての研修計画を策定し、職員の資質向上に努めている。 チェックリスト等の分析結果に基づいて、課題等を抽出し、検討結果、具体的改善策等を記録として残すことが望まれる。		
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
<コメント> 法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、毎月の経営会議で報告・改善策の検討を行っている。部門会議で収支改善に向け検討し、決定事項をスタッフ会議で周知している。基準以上の人員配置に努め、資格、等級等に沿った適材適所の配属を実施し、残業時間の削減を図る等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。部門会議、委員会等で業務改善、経営改善について周知を図っており、管理者はそれぞれの活動に参画している。		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所として必要な人員体制を運営規定で明確にし、内外部研修計画を策定し、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。運営規定で指定基準（以上）の専門職を配置した職員体制を明確にし、人員体制の確保と共に、自己啓発奨励規定で資格取得を奨励している。ホームページ・就職フェア・職員紹介制度・採用広告等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の基本方針に、期待する職員像を明確にしている。人事考課制度を採り入れ、「等級運用規定」で人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時に説明し、規程集として事務室に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて、人事考課表・目標カードで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント・ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・会議等で把握した意見を経営会議で検討し、法人本部で処遇改善等を実施している。等級基準表・等級運用規定等を整備し、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みづくりができています。</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り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。勤怠ソフトにより就業状況が法人本部でデータ化され、就業状況を把握し、職員自身も把握している。健康診断・オンライン診療・インフルエンザ予防接種・ストレスチェック・産業医への相談等、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。年2回の定期面談時や自己申告カードでの相談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。また、法人に「相談室」を設置している。時間単位有給制度の採り入れ、残業の削減、嘱託制度の採り入れ、福祉用具の充実による腰痛予防、福利厚生クラブへの加入等、ワークライフバランスと福利厚生に努め働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度で、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と個別面談の機会を設け、個人目標を設定し、人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次期の目標設定に繋いでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人及び内部研修計画で、研修項目・求める資格等を期待する職員像として明確にしている。研修計画・運営規定・重要事項説明書に、組織が職員に求めるの専門職種を明示している。年間研修計画に沿って研修を実施し、基本的に全員参加として研修記録を提出し、欠席者にも研修資料閲覧と報告書提出により周知している。研修記録の分析結果から研修内容の振り返りを行い、次年度の研修に反映させるように研修委員会で検討する仕組みがある。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>事業所で専門資格の取得状況、経験年数等を、履歴書、資格証等で把握し、法人本部でも一括管理している。法人で入職前、採用時、フォローアップ研修を実施する仕組みがある。法人として研修計画を作成し、階層別の研修機会を設けている。職種別には外部研修受講の機会を設けている。外部研修の案内があれば、スタッフルームに掲示したり、管理者を通じて研修受講の意向を確認・把握している。4等級までの職員にはスキルアップカードに記載された研修について受講支援を行う仕組みがある。研修に職員が参加しやすいように、勤務調整を行ったり、法人研修受講の際は施設の車で送迎している。また、事業所として必要な外部研修は出張扱いとしている。</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></p> <p>近年事例がなく、マニュアルの整備には至っていない。 今後の受け入れに備えて、基本姿勢など、必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの作成が望まれる。</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 • b • c
<p><コメント></p> <p>ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。施設として、小規模多機能の運営推進会議やケアマネ連絡会で、地域に基本方針やビジョン等について説明し、事業所の存在意義や役割を明確にしている。パンフレットに理念・活動内容等を記載し、関連施設玄関に設置し、また、診療所・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に配布している。第三者評価の受審結果をWAMNETで公表を予定している。苦情、相談内容や改善・対応の状況については、日の出医療福祉グループとしてホームページで公開する予定である。</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 • b • c
<p><コメント></p> <p>職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、これらを事務所内に設置して職員に周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。内部監査を実施する仕組みがある。事業会計状況等について、監事が定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。財務等については法人が選任した会計監査人が、事業内容等については、外部専門機関がチェックを行っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営改善に取り組んでいる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人基本方針に、「地域に開かれた施設を目指し、地域福祉の拠点としての役割を担う」を明示し文書化している。1階エントランスホール・フロアに社会資源・行事等の情報を掲示し、利用・活用できるよう取り組んでいる。個別・少人数で、市民祭り・生け花展等地域行事に参加しており、職員が同行支援している。施設開催の夏祭り時に、地域住民との交流機会を定期的に設けている。個々の利用者のニーズに応じて、近隣のスーパーでの買い物や近隣医療機関への通院など、地域資源を利用している。</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 ・ b ・ ○c
<p><コメント></p> <p>マジック・踊り・傾聴などのボランティアが来訪している。マニュアルを整備するには至っていない。要請があれば、トライやるウィーク、福祉学習体験等を受け入れる予定である。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受入れ・地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化するとともに、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目等を記載することが望まれる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>歯科医等リスト・居宅事業所リスト・行政担当窓口資料等を事務所に設置している。必要時に、申し送り・会議等で共有している。地域ケア会議に、関係部署が参加して関係機関と連携を図り、認知症徘徊や独居高齢者問題等の解決に向け協働して取り組んでいる。阪神ブロック特養・施設長部会に参加し、情報提供・収集を行っている。行方不明者SOSネットワーク化に取り組んでいる。サービス担当者会議や退院前のカンファレンスに参加し、利用者のアフターケア対応等、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</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 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></p> <p>地域にいいきき体操開催に向け、多目的ホールの活用を呼びかけている。施設開催の夏祭りで、地域住民との交流の機会を定期的に設けている。施設として、市と福祉避難所として協定を結んでいる。AEDを設置しており、地域に使用を公開する予定である。施設として地域の秋祭りへの協賛を行い、職員も開催支援に協力している。専門性や特性を活かし、施設として、介護予防教室・認知症カフェ開催等を検討している。</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 ・ ○b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設としての取り組みがある。施設長が小規模多機能の運営推進会議に参加しており、民生委員等から具体的な福祉ニーズの把握に努めている。エントランスホールに相談窓口の設置を明示しており、地域住民から相談を受けている。地域ケア会議への参加等を通じて独居者への対応等ニーズの把握に努めている。ケアハウスや小規模多機能事業所の利用者が見守りの対象者となっていることもあり、事業所から見守り隊（SOSネットワーク）に参加している。地域の福祉ニーズの把握に努め、把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、事業計画等で明示することが望まれる。</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・c
<コメント> グループ・法人・施設の理念・方針、事業所の運営規程、介護マニュアルに、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。年間の研修計画に基づいて、コンプライアンス・接遇・権利擁護などの研修が実施され人権への配慮の周知が行われている。人事考課表の項目に利用者の権利・尊厳の尊重、コンプライアンスに関する項目があり、定期的に評価等を行い、必要な対応を図る仕組みがある。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> プライバシー保護マニュアル・介護マニュアル等に、プライバシー保護について明記している。高齢者虐待防止・身体拘束廃止等、権利擁護についてのマニュアルを整備し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等も明示している。多床室についてはレールカーテンを利用し、居室間をくぎる等、プライバシーに配慮されている。居室の設えは自由としており、持ち込み品は利用者の意向に沿って配置している。各フロア内の共有スペースにテレビが設置され、くつろげる環境が整備されている。また、館内は全てバリアフリーで自由に移動出来る環境となっている。年間研修計画をもとに、プライバシー保護・権利擁護についての研修を実施している。重要事項説明書に、「人権擁護・虐待防止」等の条項を設け、契約時に利用者・家族に説明し周知を図っている。継続的な研修・人事考課制度の活用などにより、マニュアルにもとづいた実施に努めている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設の理念・基本方針やサービス内容は施設全体のパンフレットに、介護老人福祉施設のサービス内容や特性は施設単独の案内に明示し、関連施設・居宅支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、希望者が入手しやすいようにしている。案内は、言葉遣いや絵の使用等でわかりやすく工夫している。入居希望者には、電話・面談での相談対応や見学の受け入れにより、個別に丁寧な説明を心がけている。案内は、必要時に適宜見直しを行っている。		
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・c
<コメント> 契約に際しては、「入居時のお願い」・契約書・重要事項説明書・各種同意書等を用いて説明し、文書で同意を得ている。「入居時のお願い」等入居に際しての注意事項等を具体的に記載した資料を用いて、また、利用者・家族が不安や疑問を残さないように、理解しやすい工夫を行っている。意思決定が困難な利用者については、代理人・立会人等を設定し適正な説明・運用を図っている。		
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・Ⓑ・c
<コメント> サービス内容の変更・契約の終了の際は、重要事項説明書・契約書の手順に沿って行っている。終了後の相談担当者を施設課長・主任相談員としている。利用が終了した時に、利用者や家族等に、その後の相談方法や担当者について記載した文書を渡すことが望まれる。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の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
<p><コメント></p> <p>家族懇談会を年1回実施し、多職種の職員が参加し利用者満足の把握に努めている。また、個別相談会の実施やケアプラン作成時に利用者の満足度の聞き取りを行い、意見を聞く機会を設けている。把握した満足度や意見を会議で検討し、運営やケアプランに反映している。面会時の面会受付簿を記入する場所に、「入所者への接し方、職員の身だしなみ、清潔」に関するアンケートを設置しているが、定期的な利用者満足度調査には至っていない。担当者や検討会の設置等、利用者満足についての仕組み作りが望まれる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>解決責任者・受付担当者を管理者とし、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。また、重要事項説明書に明記してあり、契約時には利用者・家族に説明し、配布している。本館の玄関に苦情窓口についての案内を設置し、意見箱と記入カードの設置し利用者・家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情があればカンファレンスで再発防止策等を検討し、職員に周知している。「要望・苦情相談報告書」に内容・対応・再発防止等を記録し、申立者へのフィードバックも記録している。また、毎月発行している広報紙で、苦情内容や解決結果を公表している。フローチャートを用いる等、苦情受付から解決までの苦情解決の仕組みを、利用者・家族にわかりやすく説明するための工夫が望まれる。</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>苦情・相談窓口の担当者を設置し、複数の担当者から選べるようになっている。重要事項説明書に明記し、契約時に説明し、また、玄関に文書を設置している。日常的な相談については、居室やオープンスペースで対応している。本館1階に相談室を設けており、相談室を活用し相談を受ける場合もある。複数の方法についても記載することを期待する。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「相談・苦情・事故対応マニュアル」を作成し、「苦情（クレーム）・相談・事故（損壊や紛失）について」の手順が定められている。日々の関わりの中で、午後の入浴後から夕食までの時間を利用し利用者とは会話する機会を設け相談対応・意見の傾聴に努めている。居室担当者の設置、意見箱等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。相談内容はケース記録に記入し、経過観察が必要な場合は「1週間ケース記録」で経過観察し検討し、サービスの質向上に反映させている。定期的なマニュアルの検証と見直しが見られる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を設置し、毎月1回会議（身体拘束禁止・事故予防・虐待防止について）を実施している。「相談・苦情・事故対応マニュアル」に手順が明記されている。ヒヤリハット報告書・事故報告書で事例の収集を行っている。事故があった場合は臨時カンファレンスを実施し、「1週間ケース記録」で経過観察を行い、再発防止が検証されている。また、1ヶ月の事故の中からピックアップした事例について会議で検討し、再発防止に取り組んでいる。年間研修計画のもとに、安全確保・事故防止に関する研修を実施している。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>感染対策委員会を施設全体と事業所で設置し、感染症予防・発生時対策のための体制を整備し、毎月感染予防委員会を実施している。「感染予防マニュアル」を整備し、年1回見直しを実施している。年間研修計画をもとに年2回の施設内研修を実施している。さらに、ケアスタッフ会議で勉強会を実施し、職員にアンケートをとり勉強会のテーマを決めている。うがい・手洗いの励行、出勤時の体温チェック、加湿器の設置、殺菌効果のある噴霧器の設置等、感染予防に取り組んでいる。感染症発生時は、併設の別館との行き来を工夫したり、使い捨て食器の使用、吐物廃棄キッドの設置等、蔓延防止の取組が行われている。</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やっている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>施設全体の「防災マニュアル」「防災計画」を整備し、災害時の対応体制を明示している。防災マニュアルに、風水害・火災・地震・夜間時・備蓄品・外部の受け入れ・家族の対応等、詳細に手順が明記されている。福祉避難所として登録しており、停電時の自家発電や備蓄品等が整備されている。緊急時連絡網が整備されていることに加え、携帯・LAIN・メール等で職員の安否確認を行っている。備蓄品は管理栄養士を管理者とし、「非常食在庫状況」の書類に、品名・商品番号・規格・単価・在庫数・消費期限等を明記し管理している。訓練は夜間想定と昼間想定で年2回実施しており、内1回は消防署職員立ち合いのもとで実施している。訓練の記録をしており、参加できなかった職員に周知している。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>介護サービスマニュアルを整備しており、標準的な実施方法が明記されている。マニュアルにはプライバシー保護・権利擁護等について明記されている。周知には、入職時のプリセプターシップとマニュアル配布をしている。また、施設内研修で介護技術についての研修を実施し確認をする仕組みがある。プリセプターシップの「業務確認リスト」を活用した習熟度や実施状況を確認する仕組み作りが望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について見直す仕組み作りには至っていない。ケア向上委員会を活用する等、職員参画の下、定期的にマニュアルを検証し、現状に即したマニュアルに見直す仕組み作りが望まれる。見直しについては、会議録や見直し履歴などに記録することが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画策定の責任者を介護支援専門員としている。「入所者個人台帳・課題分析表」を作成し、ADL・認知症状・病歴・服薬等の情報、特記事項に利用の目的・希望・注意事項等を記入し、各職種参画のもとアセスメントを行っている。施設サービス計画書の「解決すべき課題欄」に具体的なニーズが記載されている。サービス担当者会議前に、「ケアプラン・モニタリングの事前情報表」で各職種の意見を集約させている。評価表とケアプランモニタリング表で計画通り実施できているかの確認を行っている。支援困難ケースは、ケース記録・1週間ケース記録で経過観察・確認をし対応策を検討している。また、医師に相談や家族と話し合いながら対応している。</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・c
<p><コメント></p> <p>計画の見直しは基本的に6ヶ月毎に実施している。作成と変更については、契約書に明記している。検討会議は、「ケアプラン・モニタリング事前情報」でサービス担当者会議前に各専門職の意見を集約し、見直しを行っている。その後、サービス担当者会議を実施し、家族から同意を得ている。緊急に変更する場合は、事業所内で臨時カンファレンスの実施等、各専門職の連携が図られている。ケアプラン会議の議事録を確認した職員はサインをし、周知を図っている。</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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>介護ソフトを導入しており、その中の「入居者情報」に利用者の身体状況や生活状況等を記録している。ケース記録や排泄・食事・入浴等のチェック表に、サービス実施の記録を行っている。記録については、確認を適宜行いその都度個別に指導をしている。また、記入方法を明記した手順書を作成している。情報共有は、会議では朝・夕の申し送り・ケアプラン会議・スタッフ会議等で行い、書類では連絡帳・日誌の特記事項等で行っている。介護ソフトや全部署間で使用する「共有フォルダ」でネットワークを構築している。</p> <p>ケアプランとサービス実施の連動性を明確にする、システムの導入を予定している。</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・c
<p><コメント></p> <p>法人の「個人情報保護規程」「就業規則」等に、個人データの適正管理・開示・廃棄、また、不正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を規定している。また、施設長と施設課長を記録管理の責任者としている。年間研修計画をもとに、コンプライアンス研修を実施している。また、入職時研修や施設内研修で個人情報保護規程等を理解し、守秘義務に関する誓約書も交わし遵守している。利用者や家族には、個人情報の取扱いについて契約時に説明し、文書で同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	Ⓐ・ b ・ c
A-1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	Ⓐ・ b ・ c

特記事項

入居者個人台帳・課題分析に利用者の状態や環境、生活習慣等を記録し、把握を行い、意向をもとに施設サービス計画を作成している。計画に自立支援（移動手手段や自助具等）に配慮した支援内容が記載されている。ケアプラン・モニタリング事前情報表で情報を収集し、ケアプラン会議で検討を行い、改善する取り組みが行われている。活動参加への動機づけとして、体操（いきいき体操・嚙下体操・理学療法士が主体となる体操）の実施、クラブ活動（カラオケ・音楽・習字等）の参加の促しをしている。個別では、ちぎり絵等のメニューを用意している。行事・クラブ活動はボランティアの参加があり、夏祭りでは家族・地域住民が自由に参加できるようにしている。外出では、買い物・花見・ドライブ・近隣の公園等に出かける機会を設けている。日常生活では、利用者の意思を尊重しながら体調・身体状況等を考慮し、必要に応じては家族の意向も確認したうえで、ケアプランに沿ったサービスを提供している。

入居者台帳・課題分析表・ケアチェック表にコミュニケーション能力について記載し把握を行い、それをもとに個別のコミュニケーションの方法を検討し実施している。コミュニケーションから得た情報はケース記録に記載し、それに沿ってケアを提供している。食事・入浴等の日常生活の援助時に積極的に会話を図っており、胃ろうの利用者で食事時にコミュニケーションの機会が不足する方については、他の時間でコミュニケーションをする配慮をしている。また、市の介護相談員、傾聴ボランティアの受け入れがあり、家族・職員以外の方とのコミュニケーションを図る機会を設けている。接遇・言葉づかいについては、施設内研修・勉強会で研修を実施していることに加え、日常の援助場面において指摘を行っている。

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。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・ b ・ c
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。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-⑥ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	Ⓐ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ Ⓑ ・ c

日常生活調査票、ケアチェック表で利用者個々の心身状況を把握し、入浴方法や自立度など個々の利用者に合わせた保清方法を工夫し自立に向けた支援を行っている。また、入浴当日の利用者の体調により、入浴担当者が入浴形態を変更する場合がある。入浴マニュアルに利用者の羞恥心やプライバシーへの配慮を明記し、着脱から入浴の一連の流れの対応はマンツーマンで同じ職員が対応するように工夫している。カーテンでスペースを区切ったり、同性介助希望があった場合には、できる限り調整し対応をしている。入浴を拒否する利用者には、無理強いせずには声かけの方法・タイミングを検討し、誘導する時間や日程を変更するなどの工夫し、変更した場合は、入浴表に記載している。入浴マニュアルに設定する湯温・室温を明記している。入浴介助担当者が、入浴前に入浴設備、備品、湯温、塩素濃度を確認し、また、脱衣室や浴室を季節に応じて室温管理している。入浴後の水分補給は入浴介助の一連の流れとして行っている。スキンケアは、保湿剤は施設の備品で用意したり、利用者の希望に応じ、個人購入されたものを塗布している。皮膚疾患がある場合は事前に看護職員が準備し、軟膏を塗布している。毎朝バイタルチェックを行い、記録を残している。可否の明確な基準は入浴バイタルチェック表に明記しており、バイタル値を看護師に確認して入浴の可否や入浴方法（清拭やシャワー浴）を判断する仕組みがある。入浴マニュアルに入浴方法毎のポイントを明示し、設備としては滑り止めマット、介助バー、シャワーチェアを設置し、マンツーマンでの対応が基本となり、必要に応じて複数名での介助を行う等、安全な入浴介助のための取り組みを行っている。利用者からの随時の希望や体調不良があった場合、外出などで入浴ができない場合などは、入浴日の変更は可能である。入浴順について意向があった場合は、可能な限り対応している。一般浴、リフト浴、臥床式特殊浴槽など、個々の心身状態に合わせた入浴設備が用意されている。自力で入浴できる場合でも、浴室への案内から着替えまでマンツーマンで対応し見守りを行い、安全面に配慮しながら現存能力を活かした入浴の支援している。入浴順は利用者の意向を尊重しているが、感染症や状態に応じて看護師の指示のもと順番の変更し行うこととしている。

日常生活調査票、ケアチェック表、排せつチェック表、入居者情報で心身状況を把握し、個々の利用者に合わせた介助方法、排せつ用具の選定など排せつ方法を工夫している。排せつマニュアルに自立に向けた支援方法を明示し、利用者の状態に応じて、理学療法士等の多職種で支援方法について協議し自立に向けた働きかけを行っている。排せつチェック表に1時間毎にチェック欄を設け、排せつの有無や量を確認している。異常があれば介護記録に記載し、看護職員に報告している。利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援については、排せつマニュアルに明示し、言葉のかけ方やプライバシーに配慮した支援を行っている。共有トイレはカーテンを設置し個室となっており、プライバシーが守られている。同性介助の希望があれば、できる限り対応できるように配慮している。排せつチェック表で排せつ間隔を把握し、フロアには職員を必ず配置し、排せつの希望や利用者の様子を把握しすぐに対応できるようにしている。トイレの清掃は、毎日実施し、掃除の際には除菌水を使用している。臭気については消臭機器や消臭剤を設置し配慮している。保温機能のついた便座を各トイレに設置し、冬場にはトイレの保温に努めている。介助バー・ナースコール・レストバー・緩和クッション・赤外線センサーの設置、利用者個々の心身状況に合わせて職員が複数で介助する等、安全面に配慮し事故防止に努めている。自然排便を促すため、レクリエーションやラジオ体操など運動する機会を設けている。水分チェック表で利用者個々の摂取状況確認し、摂取量が少ない場合は多職種間で連携し水分摂取を促すように対応し、ティーサーバーを設置し嗜好に合わせたものを提供できるよう工夫している。睡眠に配慮し、夜間帯は排尿の吸収量が多いタイプの排せつ用品を使用したり、移動距離が最小限になるようポータブルトイレを利用したり、おむつ交換を行う際など照明を調整するなど配慮している。オムツ、パッド、リハビリパンツについては、個々の利用者に適したものが使用できるようにサイズと吸収量別に複数種類、準備している。排せつケアの一連の流れで、皮膚疾患や傷がないか確認し、清拭等を行っている。連絡帳に記載して、職員間で対応が共有できるように取り組んでいる。ナースコールを設置し排泄の要望に速やかに対応できるようにしている。尿意など訴えられない場合は、排せつチェック表で排せつ間隔を把握し排泄ケアを行っている。フロアには必ず職員が配置され、希望があれば迅速に対応できるよう配慮されている。排せつ用品は事前にまとめられており、希望があった際にすぐにケアできるよう準備がなされている。

日常生活調査票、ケアチェック表で利用者の個々の心身状況を把握し、個々に応じた福祉用具の活用を行い自立支援している。ケアプランに具体的な介助方法や援助の方針が明確にされ、理学療法士等と協議し、体格に合った車いすや福祉用具の利用を勧め自立に向けた支援を行っている。利用者の心身状況に合わせ、L字型介助バー・スライディングボード・スライディングシート等の福祉用具を活用している。また、安全に移乗介助するために職員が複数名で移乗介助する場合がある。安全な介助の実施のため、移乗・移動についての研修会を開催している。車いすの位置やベッドの位置など統一した対応ができるよう床に定位置の印をつけている。利用者個々の様子については、日々の関わりの中で把握した情報を職員が共有している。理学療法士からの助言で車いすを変更したり、ポジショニングの統一を図っている。職員間で共有・周知できるよう写真付きで連絡帳に記載されている。月1回、利用者毎の居室担当者が点検清掃を行い、点検票に記録している。修理等が必要な場合は、修理担当者へ依頼している。フロアに職員を配置し、全体の安全に配慮しながら、素早く対応できるよう支援している。居室で過ごす際には、ナースコールを手の届きやすい位置に設置している。移動しやすいように、テーブルや椅子の配置も工夫され動線を確認し、フロア全体はバリアフリーとなっている。フロアには職員が必ず配置されており、利用者個々の特性を把握したうえで安全性に配慮しながら支援している。標準型、リクライニング式、多種類の車いすやシルバーカー、杖など利用者の状態に合わせた福祉用具が準備されている。必要に応じて、自宅から持ち込むことも可能である。利用者の心身の状態に応じてスライディングボード、シートなど安全に配慮した福祉用具が活用されている。

「体位変換マニュアル」に褥瘡予防について明記されており、個別の状態に応じた体位変換や姿勢の変換を実施している。褥瘡予防担当の看護師を設置し、個別の状態に応じた指示のもと、軟膏等の塗布している。また、理学療法士・居室担当者・介護支援専門員でクッション等の用品の検討・選定を行い使用している。対応内容はケース記録に記載し、観察と周知を行っている。食事・水分量はチェック表に記載し、管理栄養士や医師も含めて確認を行い、必要に応じてゼリー等の栄養補助食品の提供を行っている。

衣服・更衣について、ケアプランに明記し、利用者の個性や好みを尊重している。自分で選べる利用者については選んでもらっている。家族以外に居室担当者や介護支援専門員等の職員で買い物支援を実施している。衣類の傷みや汚れは随時確認を行い、対応している。

利用者・家族の意向に沿った化粧品を使用している。毎月、理美容のボランティアの受け入れをしており、カットの提供を行っている。予定日は広報紙の記載やエレベーター前に掲示し情報発信している。毛染め等の希望があれば、送迎支援を行い、希望の美容室を利用している。

利用者の心身の状況に合わせて同室者を調整するなどの工夫をしている。照明については、明るさ調整ができるものが設置されている。寝具は基本的には、リースでの対応となるが、私物の持ち込みには制限を設けず、好みの寝具を持参することが可能である。不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、居室の変更をしたり、一時的に静養室を使用することができる。夜間就寝中やのサービスや不眠者への対応等を含むマニュアルの整備が望まれる。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ・ b ・ c
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。	Ⓐ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

アセスメントで嗜好や食事形態の確認を行い、入居者個人台帳に嗜好、アレルギーの有無を記載し職員間で周知している。担当職員が確認した希望を給食会議で提案したり、食事中に喫食状況を確認し、献立や調理法を検討している。定期的に全国の郷土料理を提供する日を設けている。おやつクラブで出来立てのおやつを提供したり、おやつバイキングの機会を設けている。厨房職員が食材に応じた食器に盛り付け、色合い等も配慮されている。施設内の厨房で調理したものを、温冷車で各フロアに運び、適温で利用者に提供できるようにしている。ご飯は各フロア毎で炊飯し、炊き立てのご飯や軟飯を提供している。必要に応じて、電子レンジを利用し、温めなおしも行っている。利用者間の関係性を考慮し、テーブルを分散配置している。食事中はテレビを消し、音楽を流し落ち着いて食事ができるような雰囲気作りを行っている。定期的にメインメニュー（肉・魚）の希望を聞き取り選択制を取り入れている。居室に配膳する際も、キッチンの電子レンジで温め直しを行い、保温に配慮している。

普通食・刻み食・ミキサー食など利用者の状態や好みにあわせて、利用者の嚥下能力に合わせた工夫をして提供している。補助食器、グリップ付きのスプーンなど個々の利用者の状態に合わせた自助具の活用をしたり、主食をパン食にしたり、おにぎりにして食べやすい様に工夫し、自立に向けた支援を行っている。クッションを利用し、安楽な姿勢で食事できるように工夫したりテーブルの高さを調整している。本人の意向や心身の状態に合わせた車いすの利用をすすめている。座位が安定しない場合は、クッションを利用し、嚥下しやすいように対応している。車いすについては身体状況にあった物が用意されている。机の高さが利用者の身体状況に合わせることができるよう高さの違う机を用意している。吸引器は各階に1台ずつ医務室に設置され、緊急時に速やかに利用することができる。緊急時には職員が所持しているPHS連携し看護職員と協力して救急対応をする流れが、職員に周知されている。食事量や水分の摂取量はチェック表に記載している。

食事量が著しく低下している場合は、介護職員から医療職へ連携する仕組みがある。摂取量は介護ソフトに入力しているため、多職種で共有することができる。「入居者情報表」で利用者の嚥下能力を把握し、状況に応じた食事形態で食事の提供を行っている。管理栄養士が食事状況を観察し、ミニカンファレンス等の会議で他職種と経口摂取の検討を行い対応している。管理栄養士が栄養ケア計画を作成し、栄養マネジメントを実施している。発熱などの突発的な体調変化があった場合は、管理栄養士に連絡し、食事箋に記載し、適切な形状や内容に変更した食事を提供している。

「入居者情報表」の口腔清潔欄に自立度を記載し把握している。基本的に利用者全員に口腔ケアを実施している。対応方法についてはケアプランに記載している。対応内容は口腔ケアチェック表に記録し確認している。ケアプラン見直し時に評価・見直しをしている。月2回、歯科医が往診し、口腔状態の確認を行い、助言・指導を受けている。昼食・夕食前には必ず口腔体操は実施している。食事前には水分を提供し、その際に嚥下状態の確認を行い食事の提供を行っている。施設内研修にて口腔ケア研修を実施している。職員が食後に義歯を洗浄し、夕食後には利用者の状況に合わせて職員が保管している。共有スペースの近くに洗面台が設置され、洗口スペースを確保しているが、ハード面で使いやすさに課題があると認識している。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

看取り介護に関する指針・マニュアルを作成している。契約時に看取り介護の指針を説明し、家族に意向確認を行い、同意書で同意を得ている。意向は毎年確認している。看取り介護についての勉強会を実施している。看取り介護に関する指針に協力医療機関との連携体制について明記されている。家族から希望があった場合は、個室対応等の希望に応じて実施している。

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。	Ⓐ・ b ・ c
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	Ⓐ・ b ・ c

特記事項

「入居者情報表」に日常生活能力、残存能力について記載し、ケアプランに反映させている。ケアプラン見直し時に再アセスメント・評価を実施している。周辺症状を呈する利用者には、1週間ケース記録に記載し観察を行い、情報を共有している。エプロンたたみ、テーブル拭き等、利用者が役割を持てるよう援助している。認知症についての施設内研修を実施している。週1回、心療内科医の往診があり、看護師等の専門職が医師と支援内容を検討している。ぬり絵・はり絵等の活動や館内の散歩等、個別の症状に合わせた対応に配慮している。身体拘束マニュアルに緊急やむを得ない身体拘束の対応手順を明記しており、それに沿って同意をとり対応している。

生活空間は白色を基調とし、バリアフリーで整理整頓、清掃が行き届き、安心・安全な環境に配慮している。ハサミなどの刃物はスタッフルームで管理し、使用後は速やかに所定の場所に戻すように周知している。薬については医務室で管理して利用者の手の届かないところで管理している。テーブルやキッチンの周囲は常に整理整頓され、異食ややけど等の事故に綱繋がらないように配慮されている。共用スペースは自由にくつろげるように椅子が所々に配置され、個々の利用者が思い思いに落ち着いて過ごせるような雰囲気作りに配慮されている。職員がリビングに必ず配置されており、関わりが持てるよう支援している。居室は、同室者の心身状況や関係性などをふまえて、組み合わせについて配慮している。ベッド周囲には利用者個々の生活習慣に基づき生活しやすいよう馴染みのものや日用品が配置されたり、テレビを設置するなどしている。居室の表示は車いすの利用者でも目につきやすい位置に設置したり、トイレ前にはわかりやすく表示し工夫されている。

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。	Ⓐ・ b ・ c

特記事項

個別機能訓練計画を作成している。個別機能訓練計画はケアプランと関連しており、6ヶ月に1回、評価・見直しを実施している。生活動作の中で、利用者が主体的に機能訓練が行えるよう、複数のプログラムや用品を用意している。利用者の状況に応じて、機能訓練士や看護師と検討を行い、助言・指導を受けている。各職種が日々の観察で症状の変化を早期発見し、申し送りから様子観察後に看護師の判断で医療機関へ相談する等連携を図っている。

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 ・ Ⓑ ・ c
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	Ⓐ・ b ・ c

特記事項

毎日利用者全員へのバイタルチェックでの確認の他、顔色・食事・排泄・入浴等の状況を確認し、早期発見に努めている。急変時等の状態別の対応手順・方法が明記されたフローチャートを整備している。また、協力医療機関との連携体制も整備されている。施設内研修で「医療的分野研修」を実施し、高齢者の健康管理や病気等について周知している。服薬管理は看護師が行い、服薬確認は一覧表で介護職員も確認を行い、誤訳防止に努めている。バイタルチェック表・食事水分チェック表・排泄表・ケース記録等で健康状態の記録をしている。体調変化時の対応についての研修の実施が望まれる。

感染マニュアルの中で、種類別の対応手順が明記されたフローチャートを作成している。10月～3月の期間、職員が出勤時に検温し記録を行っている。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応はインフルエンザ対策マニュアルの中に対応方法が明記されている。職員のインフルエンザ予防接種は法人負担で対応している。定期的に感染症についての施設内研修を実施し、職員に周知している。施設玄関に、マスク・消毒液を設置している。各階には手洗いスペースがあり、手洗いができるようになっている。感染症が流行する時期には加湿器を各所に設置し、空間除菌システムを各階に設置している。感染症の時期には、玄関に掲示しご家族や来園者に呼びかけを行っている。

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、利用者の快適性に配慮している。	○a・ b ・ c

特記事項

建物・設備の点検については専門業者が定期的に行い、快適性や安全を維持する取り組みを行っている。備品については、職員が各々持ち場を点検し、故障等あれば営繕担当の職員に連絡し確認・修繕を行っている。場合によっては業者に連絡し対応してもらっている。利用者の居室は「居室チェック表」で年1回点検を実施している。生活空間は白色を基調とし整理整頓、清掃が行き届き、職員が季節の飾りつけ等を行い、季節を感じ快適に過ごせるよう雰囲気作りに努めている。館内全体はバリアフリーとなっており、机や椅子の配置など動線を確保し、机の高さは利用者毎に合わせて調整されている。共有スペースに椅子を複数用意し、テレビが設置され、思い思いに過ごせるように配慮されている。

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

特記事項

定期的には、ケアプラン見直し時（6ヶ月に1回）に、随時では、面会時や電話等で居室担当者・介護支援専門員から利用者の状況を報告したり、要望を聞いている。要望があれば、要望・苦情相談報告書やケース記録に記録している。行事等の予定は、毎月発行の広報紙に記載と請求書発行時に書面で案内している。

A-10 その他

	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a ・ (b) ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	(a) ・ b ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	(a) ・ b ・ c

特記事項

初詣・花見・外食・近隣の公園・ドライブ等外出支援を実施している。外出には介護・看護職員が同行し、場合によってはボランティアも同行している。また、家族のみの同行で不安な場合は、職員も同行し安全確保に配慮している。

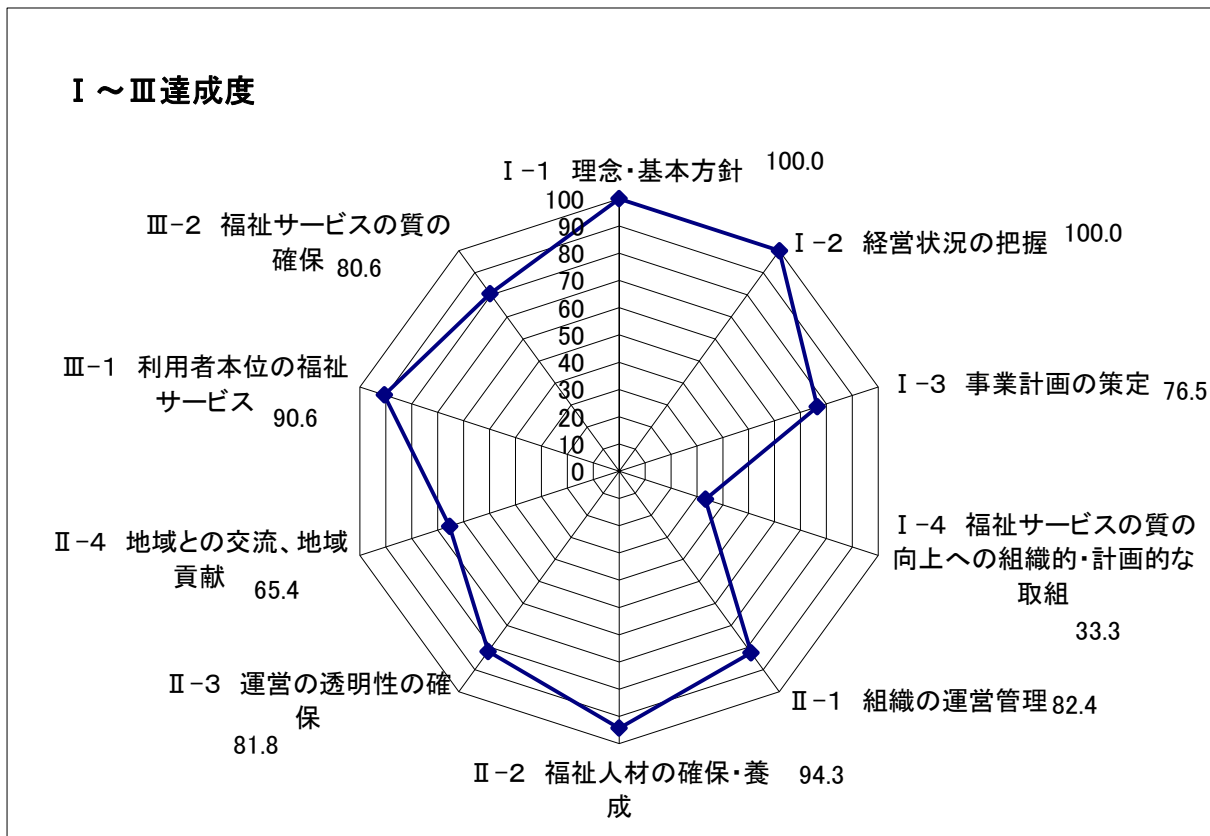
地域の情報を収集し、利用者に情報提供することが望まれる。不測の事態に備えた取り組みが望まれる。

利用者が希望すれば事務所の電話を自由に利用することができ、コードレス電話であるため必要に応じて居室で利用するなどプライバシーに配慮されている。郵便についても、希望があれば、発送等支援することは可能である。

新聞は各フロア毎で購入し、利用者が自由に見ることができるようにしているが、希望があれば個人購入も可能である。利用者のライフスタイルにあわせて、テレビやラジオの持ち込みは可能である。共同利用での利用者間でのトラブルの事例はなく、居室への持ち込みは可能であるため、職員が介入して居室で鑑賞することも可能である。

I ~ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	35	33	94.3
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	17	65.4
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	58	90.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	25	80.6



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	21	100.0
2 身体介護	54	53	98.1
3 食生活	26	25	96.2
4 終末期の対応	6	6	100.0
5 認知症ケア	16	16	100.0
6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
7 健康管理、衛生管理	13	12	92.3
8 建物、設備	5	5	100.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	6	75.0

