

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：地域密着型特別養護老人ホーム (施設名) 向山つくし庵 | 種別：地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 |
| 代表者氏名：理事長 松下 啓子 (管理者)：施設長 堺 珠美 | 開設年月日： 2012 年 7月 1日 |
| 設置主体：社会福祉法人 三顧会 経営主体：社会福祉法人 三顧会 | 定員： (利用人数) 29人 |
| 所在地：〒860-0821 熊本市中央区本山1丁目6-17 | |
| 連絡先電話番号： 096 356 2941 | FAX番号： 096 356 1181 |
| ホームページアドレス | http://www.sanko-kai.or.jp/ |

(2) 基本情報

| | |
|--|----------------------------|
| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 |
| 要介護3以上の高齢者に対し、食事、入浴排泄、睡眠、運動等生活全般の支援を行っている | 花祭り、幼稚園児交流会、敬老会、餅つき、誕生日会など |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 |
| 居室は全室個室で29室あり4ユニットに分かれている。ユニットにはリビング、食堂台所、脱衣室、浴槽、トイレがある。 | 中庭があり、季節ごとの花や野菜の植え替えをしている。 |

2 施設・事業所の特徴的な取組

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 2ヵ月毎地域の自治会長、民生委員、老人会、ささえりあ本荘、まちづくり委員の方を交えて向山つくし庵運営推進会議を開催し、施設の運営報告と地域からの要望や意見を聞き取っています。 ・ 毎週木曜日みんなの健康教室又はいきいき100歳体操を開催し、地域の方20名が参加され地域の交流の場と介護予防に貢献しています。 ・ 地域の運動会には町内の一員として職員が参加しています。 |
|---|

3 評価結果総評

| |
|---|
| <p>特に評価の高い点</p> <p>1. わかりやすい基本理念、行動に移しやすいケア規範となる五つの誓いを掲げ、福祉サービスの提供に努めています。</p> <p>「私たちは、やすらぎと喜びのある暮らしのために力を合わせてつくします」という基本理念を掲げ、この理念を実行に移すために、行動規範として「五つの誓い」を定め、職員が一丸となって福祉サービスの向上に努めています。</p> <p>基本理念や行動規範については、法人代表者による説明や定期的な確認の機会が持た</p> |
|---|

れており、職員とともに外国人技能実習生の文書（1年を経過しての感想）などからも周知に努め、浸透していることが伝わります。

2. 地域密着型事業所としての役割を認識し、地域交流や貢献に努めています。

- 地域密着型事業所としてその立場を地域活動や貢献に反映させています。地域や行政等を結ぶパイプ役として運営推進会議を位置づけており、情報発信や収集、意見交換の貴重な機会となっています。地域交流の拠点となる交流室ではみんなの健康教室やいきいき100歳体操等を通じて介護予防に尽力し、地域食堂に集う子どもや高齢者の異年齢交流も実現しています。
- 地域における公益的な取組には生計困難者レスキュー事業や高齢者SOSサービス事業があり、地域代表者等からもたらされる困難事例に既存の制度ではなかなか手の届かない部分に、事業所の持てる力が発揮されています。

3. 利用者・家族の想いに沿った終末期を支援しています。

看取りに関する方針を作成し、利用開始時や状況に応じて施設の取組や本人・家族の意向を確認し、研修会や看取りカンファレンス、主治医や関係部署との連携により状況に応じた最終の支援が実践できるような体制を整えています。看取りの専用プランに、ベッド上での生活が中心になられても、状態や様子を見ながらリクライニングへ移乗し、日中はなるべく他者の声が聞こえるよう食堂やリビングで過ごしてもらいながら声掛けの機会を持つようにし、離床時を利用して日光浴をすることなども盛り込んでいます。看取り後は本人を偲びながらカンファレンスを開催しています。

改善を求められる点

1. 事業運営の要となる中・長期的なビジョン（目標）を明示した計画や人材の確保・育成のための計画が策定されていません。

今後、事業経営を取り巻く各種データを収集・分析したうえで、経営課題を把握し、職員参画の下で、分野別の具体的な課題を明示した中・長期計画や収支計画を策定し、この、中・長期計画を反映した単年度事業計画の策定が望まれます。また、組織的な評価や見直しの体制整備も期待されます。

福祉人材の確保や育成は、事業経営や福祉サービスの向上に欠かせません。今後、期待する職員像を明確にし、人材や人員体制の基本的考え方や人材の確保・育成方針を確立し、必要な福祉人材の確保・育成についての具体的計画の策定が期待されます。

2. 継続した自己評価の実施、第三者評価の受審に期待します。

- 今回の第三者評価では、「施設や自身のケアを振り返る良い機会になった」等の意見と合わせ、「マニュアルの整備が不十分である」、「自己評価の意義や内容についてよく理解できないまま記入に至った」、「今回の第三者評価が事業所の今後の改善に活かされていくことへ期待する」等職員の自己評価やアンケート内容も見られました。

今回の受審結果を踏まえ、全職員で検討を行い、利用者へのサービス向上や職員のレベルアップに継続して取り組まれることを期待します。

3. マニュアルの整備や見直しが期待されます。

○各マニュアルについては、現時点でプライバシー保護の規定をはじめ、整備がされていないマニュアルが確認されました。プライバシーの保護に関するマニュアルについては利用者を尊重したサービスの提供における重要不可欠なものであり、早急な整備が待たれます。また、他のマニュアルについても内容の変更に関わらず、定期的及び必要時の見直しが求められます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R3.3.25)

今回の評価を受けて、当施設の強み、弱みが明確になった。また、職員の意見、ご家族の意見も聞いて良かった。改善が求められる点での指摘があったように1～3の項目について取り組んでいきたいと思う。C評価の部分から取り組み、a、b 評価であっても指摘、提案があったところは、取り組みが必要と思う。特に、施設の運営方針など職員への周知と、経営検討委員会等、職員を交えて行っていきたいと思う。

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 あすなる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 | 令和2年7月29日～ 令和3年4月28日 |
| 評価調査者番号 | 06-206 |
| | 13-001 |
| | 18-008 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|--------------------------------------|---|
| 事業所名称：地域密着型特別養護老人ホーム (施設名) 向山つくし庵 | 種別： 地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 |
| 代表者氏名：理事長 松下 啓子 (管理者)：施設長 堺 珠美 | 開設年月日： 2012年7月1日 |
| 設置主体： 社会福祉法人 三顧会 経営主体： 社会福祉法人 三顧会 | 定員： (利用人数) 29人 |
| 所在地：〒860-0821 熊本市中央区本山1丁目6-17 | |
| 連絡先電話番号： 096 356 2941 | FAX番号： 096 356 1181 |
| ホームページアドレス | http://www.sanko-kai.or.jp/ |

(2) 基本情報

| | | | | | |
|---|---------------------------|-----|---------|-----|-----|
| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 | | | | |
| 要介護3以上の高齢者に対し、食事、入浴、排せつ、睡眠運動等生活全般の支援を行っている | 花祭り、幼稚園児交流会、敬老会、餅つき誕生日会など | | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | | |
| 居室は全個室で29部屋あり4ユニットに分かれている。ユニットにはリビング、食堂、台所、脱衣室、浴槽、トイレがある。 | 中庭があり、季節ごとに花や野菜の植え替えをしている | | | | |
| 職員の配置 | | | | | |
| 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
| 管理者 | 1 | | 介護福祉士 | 16 | 2 |
| 事務職 | 1 | | 看護師 | 3 | |
| 生活相談員 | 1 | | 准看護師 | 1 | 1 |
| 介護支援専門員 | 1 | | 介護支援専門員 | 4 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 社会福祉士主事 | 1 | |

| | | | | | |
|-------|----|---|-------|----|---|
| 看護職 | 2 | 1 | 管理栄養士 | 1 | |
| 介護職員 | 20 | 2 | 栄養士 | 1 | |
| 管理栄養士 | 1 | | 調理師 | 3 | |
| 調理員 | 4 | 1 | | | |
| 合計 | 32 | 4 | 合計 | 30 | 3 |

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

【基本理念】

『私たちは 皆様のやすらぎと喜びのある暮らしのために 力を合わせてつくします。』

【五つの誓い】

1. 個人の尊厳を守ります。
私たちは、お一人おひとりらしい人生がおくれるよう思いや価値観を尊重し、共に寄り添いながら安心して過ごせる環境をつくります。
2. 人と人との、ご縁を大切にします。
私たちは、出会えた「ご縁」に感謝します。また、新たなご縁があるように地域に開かれた施設を目指し、地域と共に歩んでいきます。
3. できる喜びをわかちあいます。
私たちは『できること』に目を向け、あなたの自主性を尊重し『できる』喜びを共感します。
4. お一人おひとりの想いを形にできるよう日々努力します。
私たちは、お一人おひとりの想いに応え、満足していただけるように日々の研鑽に努めます。
5. 感謝と奉仕を忘れません。
私たちは、いつ何時も人生の先輩として尊重し、感謝と奉仕の精神を忘れません。

3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 2 ヶ月毎地域の自治会長、民生委員、老人会、ささえりあ本荘、まちづくり委員の方を交えて向山つくし庵運営推進会議を開催し、施設の運営報告と地域からの要望や意見を聞き取っています。
- ・ 毎週木曜日みんなの健康教室又はいきいき100歳体操を開催し、地域の方20名が参加され地域の交流の場と介護予防に貢献しています。
- ・ 地域の運動会には町内の一員として職員が参加しています。

4 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和2年7月29日(契約日) ~ 令和3年4月28日(評価結果確定日) |
| 受審回数(前回の受審時期) | 初回 |

5 評価結果総評

特に評価の高い点

1. わかりやすい基本理念、行動に移しやすいケア規範となる五つの誓いを掲げ、福祉サービスの提供に努めています。

「私たちは、やすらぎと喜びのある暮らしのために力を合わせてつくします」という基本理念を掲げ、この理念を実行に移すために、行動規範として「五つの誓い」を定め、職員が一丸となって福祉サービスの向上に努めています。

基本理念や行動規範については、法人代表者による説明や定期的な確認の機会が持たれており、職員とともに外国人技能実習生の文書（1年を経過しての感想）などからも周知に努め、浸透していることが伝わります。

2. 地域密着型事業所としての役割を認識し、地域交流や貢献に努めています。

○地域密着型事業所としてその立場を地域活動や貢献に反映させています。地域や行政等を結ぶパイプ役として運営推進会議を位置づけており、情報発信や収集、意見交換の貴重な機会となっています。地域交流の拠点となる交流室ではみんなの健康教室やいきいき100歳体操等を通じて介護予防に尽力し、地域食堂に集う子どもや高齢者の異年齢交流も実現しています。

○地域における公益的な取組には生計困難者レスキュー事業や高齢者SOSサービス事業があり、地域代表者等からもたらされる困難事例に既存の制度ではなかなか手の届かない部分に、事業所の持てる力が発揮されています。

3. 利用者・家族の想いに沿った終末期を支援しています。

看取りに関する方針を作成し、利用開始時や状況に応じて施設の取組や本人・家族の意向を確認し、研修会や看取りカンファレンス、主治医や関係部署との連携により状況に応じた最終の支援が実践できるような体制を整えています。看取りの専用プランに、ベッド上での生活が中心になられても、状態や様子を見ながらリクライニングへ移乗し、日中はなるべく他者の声が聞こえるよう食堂やリビングで過ごしてもらいながら声掛けの機会を持つようにし、離床時を利用して日光浴をすることなども盛り込んでいます。看取り後は本人を偲びながらカンファレンスを開催しています。

改善を求められる点

1. 事業運営の要となる中・長期的なビジョン（目標）を明示した計画や人材の確保・育成のための計画が策定されていません。

今後、事業経営を取り巻く各種データを収集・分析したうえで、経営課題を把握し、職員参画の下で、分野別の具体的な課題を明示した中・長期計画や収支計画を策定し、この、中・長期計画を反映した単年度事業計画の策定が望まれます。また、組織的な評価や見直しの体制整備も期待されます。

福祉人材の確保や育成は、事業経営や福祉サービスの向上に欠かせません。

今後、期待する職員像を明確にし、人材や人員体制の基本的考え方や人材の確保・育

成方針を確立し、必要な福祉人材の確保・育成についての具体的計画の策定が期待されます。

2. 継続した自己評価の実施、第三者評価の受審に期待します。

○今回の第三者評価では、「施設や自身のケアを振り返る良い機会になった」等の意見と合わせ、「マニュアルの整備が不十分である」、「自己評価の意義や内容についてよく理解できないまま記入に至った」、「今回の第三者評価が事業所の今後の改善に活かされていくことへ期待する」等職員の自己評価やアンケート内容も見られました。

今回の受審結果を踏まえ、全職員で検討を行い、利用者へのサービス向上や職員のレベルアップに継続して取り組まれることを期待します。

3. マニュアルの整備や見直しが期待されます。

○各マニュアルについては、現時点でプライバシー保護の規定をはじめ、整備がされていないマニュアルが確認されました。

プライバシーの保護に関するマニュアルについては利用者を尊重したサービスの提供における重要不可欠なものであり、早急な整備が待たれます。

また、他のマニュアルについても内容の変更に関わらず、定期的及び必要時の見直しが求められます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R3.3.25)

今回の評価を受けて、当施設の強み、弱みが明確になった。また、職員の意見、ご家族の意見も聞いて良かった。改善が求められる点での指摘があったように1～3の項目について取り組んでいきたいと思う。

c評価の部分から取り組み、a、b 評価であっても指摘、提案があったところは、取り組みが必要と思う。

特に、施設の運営方針など職員への周知と、経営検討委員会等、職員を交えて行っていきたいと思う。

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 | 23人 | |
| | | | |
| 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 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>「私たちは、やすらぎと喜びのある暮らしのために力を合わせてつくします」という基本理念のもと、基本方針として「五つの誓い」(1.個人の尊厳を守る。2.人と人とのご縁を大切に、3.できる喜びを分かちあう、4.一人ひとりの想いを形にできよう日々努力する、5.感謝と奉仕を忘れない)を定めており、パンフレットや広報紙、ホームページに載せ、利用者が集うユニットの食堂や職員更衣室に掲示して周知しています。</p> <p>職員は、朝礼で理念や基本方針を唱和し、年3,4回、ユニット会議の際に確認テスト(書き取り)を行って、周知状況を確認しています。</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>管理者(施設長)が参画している県老人福祉施設協議会や県老人福祉施設女性管理者の会(檜扇の会)からの情報や福祉関係月刊誌から、社会福祉事業の動向を収集し、市の高齢者保健福祉計画や隔月開催の運営推進会議で地域情報を得ています。</p> <p>また、利用者や施設利用率の推移は、担当者が毎月まとめ、理事長まで報告し、情報を共有しています。</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>経営環境やサービス内容、組織・職員体制等の分野ごとに分析された文書は確認できず、経営課題が明確になっているとは言い難い状況です。職員自己評価でも「経営に関する状況等は知らない」「課題への取組について、職員への周知があまりできていない」との声が上がっています。</p> <p>今後、訪問調査で理事長が課題としてあげられている人材育成やIT化の推進等について、関連資料を分析したうえで文書化し、役員や職員へ周知のうえ、中・長期計画や事業計画に明記して、計画的に課題解決へ取り組む体制の構築を期待します。</p> | | |

- 3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| | | |

| | | |
|---|---|-------|
| | | 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>中・長期的なビジョン(目標)を明確にした事業計画や収支計画の策定には至っていません。</p> <p>職員自己評価でも「中・長期的なビジョンを明確にした計画を知らない」「分からない」との声が多く上がっています。</p> <p>今後、組織体制、設備整備、職員体制、人材育成等分野ごとの課題を明確にし、評価が可能なように数値目標も盛り込んだ中・長期計画と共に収支計画を策定されることが期待されます。</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>単年度計画は、6つの目標(ケアの質向上を図る研修、笑顔のあふれる施設、排泄加算への取組、空床日数の削減、ショートステイ利用率の向上、地域行事への積極的参加)を明記して、研修や設備計画、行事等を主な内容として策定されています。</p> <p>今後は、中・長期計画を反映した具体的な事業内容を記載した単年度計画の策定が期待されます。</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>事業計画は、施設長が、設備計画等について職員からの意見を聞いたうえで、前年度計画を参考にして策定されており、策定への職員の組織的参加は確認できませんでした。</p> <p>職員自己評価では、事業計画を知らないという声も寄せられています。</p> <p>今後は、職員参画の下で、中・長期計画を反映した事業計画を組織的に策定し、事業計画の評価や見直し等について明文化したルール作りを期待します。</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>事業計画の主な内容は、年度当初の家族会で説明しています(今年は、コロナ対策で家族会は開催せず、資料を送付)。また、毎月、家族へ送付する便りで行事内容を周知しています。</p> <p>今後は、利用者の生活と関係の深い福祉サービスの内容や主な行事、施設整備などについて分かりやすい説明資料を作成し、利用者や家族等へ周知されることを期待します。</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>福祉サービスの質の向上に向けた取組として、介護支援専門員が主催するケアプラン会議で、提供している福祉サービスを3か月毎に評価し、見直しを行っています。</p> <p>また、各ユニットでもリーダーが日頃からサービス内容について評価を行っています。</p> | | |

| | | | |
|--|---------------|--|-------|
| <p>今後は、評価結果の分析や検討を行う場を設け、今回、初めて受審された第三者評価での自己評価を年1回以上実施し、組織的に福祉サービスの質の向上に取り組まれることを期待します。</p> | | | |
| 9 | - 4 - (1) - | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント> 看護師をリーダーとする食事や排せつ、入浴、口腔ケアについての研究会が設置されています。ただ、評価結果に基づいた課題を明確にしたものとはなっておらず、課題解決に向けての職員参画の改善策策定の仕組みは確認できません。 職員自己評価でも「課題の明確化が乏しく、改善につながらない」「質の向上に向けた取組を知らない」等の意見があげられています。 今後は、組織的に取り組むために内部委員会(例えば、サービス向上委員会等)を設置し、職員参画により課題の明確化と計画的な改善策の実施が望まれます。</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、年度当初の全体会議や職員研修会で、経営方針や取組について説明を行っています。また、役割マニュアルで、役割や責任について文書化されています。今後は、管理者不在時の権限移譲についての明文化が望まれます。</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> 施設長は、市の説明会や集団指導の研修会に参加しており、要点についてリーダー会(施設長、介護主任、看護主任、生活相談員、ユニットリーダー、管理栄養士、調理員がメンバー)で説明し、資料は、いつでも見られるように職員室に置いています。</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> 事業計画の冒頭に、施設目標の一つとして「お互いに教え合い、助け合う職場風土とし、笑顔のあふれる施設をめざす」ことを掲げ、各部署の年間取組行動計画をたて、この計画に沿う形で個人目標を定めています。 計画の実施状況の評価は、管理者も参画するユニット会議で行っています。 今後は、施設やサービス内容について職員提案を行ってもらうような工夫をすることで、職員の意見を反映して更に福祉サービスの質の向上を図られることを期待します。</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> 施設長は、経営の改善や業務について社会保険労務士に相談して取り組んでいます。人事や労務・財務等についての分析は、法人で専任者を配置する計画があるようです。</p> | | | |

職員が働きやすい環境整備として、シフトについてはユニットリーダーと相談して、職員の希望を活かすようにしており、研修会参加の際は時間外手当も支給されています。

しかし、職員アンケートでは、「希望する日に有給休暇が取れない」「処遇改善手当支給の説明が不十分」等の声もあり、今後は、法人として内部委員会（例えば経営検討委員会など）を設置し、職員参画のもとで検討を行うことで、職員への周知や意識形成が図られることを期待します。

- 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>人材確保・職員育成計画については、法人の事業計画に、人事考課制度の充実定着、給与体系の整備、職員研修体制の整備、人材紹介会社に頼らない募集方法の検討の3項目が記載されています。</p> <p>しかし、人材や人員体制についての基本的考え方が示されていません。また、人材・人員体制の具体的な計画も策定されていません。</p> <p>今後、人材や人員体制について基本的考え方や方針を確立し、中・長期計画に具体的な人材の確保・育成を盛り込み、単年度事業計画で確実に実行に移すような体制の整備を図られることを期待します。</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>採用・配置・昇進等の人事基準については、「職級・職位・職責・昇任の要件」の一覧表として明示されており、各級の資格要件や必要経年数も示されており、キャリアパスが分かるようになっていきます。</p> <p>人事面接は年2回の賞与支給時に、施設長と主任が行っており、人事考課の結果は本人にフィードバックするようにしています。</p> <p>しかし、職員アンケートには、「フィードバックがなく、ただ評価するだけになっている」との声もあります。</p> <p>今後は、理念や基本方針に基づいて「期待する職員像」を明確にし、職員からの要望や提案、希望する研修等が記載できるような人事考課様式を取り入れ、面接もより双方向的な仕組みを構築されることを期待します。</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>施設長が労務管理に当たっており、職員の就労状況はタイムカードのデータを社会保険労務士が毎月分析しています。</p> <p>心身の健康確保のため、施設長が悩み相談の窓口となり、また、パソコンで年1回ストレスチェックを行い、看護師が相談や助言を行っています。</p> <p>ワークライフバランスに配慮し、用件等が出来た場合はシフトの変更を行っています。</p> <p>今後、勤続表彰制度の導入を検討したいとのことで、取組を期待します。</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 |

| | | |
|--|---|-------|
| <コメント> ユニットの目標を達成するため、職員一人ひとりの目標が立てられており、施設長や主任が年2回の面接で進捗状況を確認しています。 今後は、期待する職員像を明確にしたうえで、基本理念や五つの誓いを達成するための職員一人ひとりの目標を立て、施設全体としての目標管理の仕組みを構築されることを期待します。 | | |
| 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 |
| <コメント> 単年度事業計画に研修名が列挙してありますが、職員の経験や習熟度に応じた研修体系としては明示されていません。 今後は、職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、定期的な研修計画や内容の見直しを行われることを期待します。 | | |
| 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 |
| <コメント> 職員一人ひとりの研修履歴がまとめてあり、アセッサー講習受講済みの職員（4名）が、介護職員のスキルアップ支援を行っています。 外部研修については、リーダー会議で研修情報を周知し、管理者が対象者を指名する方法がとられています。 今後は、職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、職員に必要とされる専門技術や資格を事業計画等に明示し、キャリアパスシートとも関連付け、職員がキャリアアップを図れるような体制を整備されることを期待します。 | | |
| - 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 | - 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 |
| <コメント> 看護師や介護福祉士等の資格取得を目指す大学生や専門学校生を受け入れ（今年度はコロナ対策で受け入れを中止）、学校側と事前協議のうえ、実習プログラムに沿って、実習指導者（介護3名、看護1名）の指導の下に実習を行っています。ただ、受け入れ等のマニュアルは策定されていません。 なお、平成31年4月から外国人介護技能実習生2名（ミャンマー）を受け入れており、介護福祉士資格取得を目標にして日々研鑽に励んでいます。技能実習1年を経過しての感想文書には「入居者にとってもっと楽しい、喜ぶ、安心、安全、居心地がいい施設になるよう努力していきたい」ケア規範の中の一つの項目をあげ、「外国からきて日本で働く事にご縁があったからこそ皆様と出会えています」などが記されていました。 今後は、実習生等の教育・育成についての基本姿勢を明文化し、利用者の情報やプライバシーの保護、留意点等を記載した受け入れ等のマニュアルを策定されることを期待します。 | | |

- 3 運営の透明性の確保

| | | |
|---|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| - 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 | - 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 |
| 運営の透明性確保のため、理念や基本方針はホームページやパンフレットで公開し、法人の決算書類はホームページや広報紙で情報を公開し、苦情等があった場合は、内容や対応に | | |

| | | | |
|--|---------------|---|-----------|
| <p>ついて施設内に掲示しています。</p> <p>また、施設長は、地元民生委員の会合に出向き、行事計画等を配布し、説明をしています。今後は、更に運営の透明性を高めるために、ホームページで施設としての事業計画や事業報告並びに今回の第三者評価結果についても公表されることが期待されます。</p> | | | |
| 22 | - 3 - (1) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>経理規程で施設長が会計責任者となり、経理等のルールや職務分掌を明確にしています。監事が内部監査を行い、公認会計士が定期的に経理をチェックしており、経営や運営についての助言を受けています。</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) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>地域密着型事業所として、その立場を地域活動や貢献に反映させており、必要な情報の収集や発信、意見交換の場として運営推進会議を位置づけています。会議には民生委員・自治会長などの地域代表者や地域包括支援センター、行政担当者や家族代表が参加しており、広く地域全体の状況把握に努めるとともに、課題や問題点を双方向から検討し、利用者が地域の一員として活動する機会を後押ししています。</p> <p>また、当施設職員だけでなく、法人併設のデイサービス職員等も連携して地域行事にボランティアとして参加するなど、相互交流を図っています。</p> <p>今後は地域との関わり方について、基本的な考え方を文書化することで施設の方針が確立するものと思われます。なお、情報発信の手段として地域の回覧板を活用していますが、施設前の歩道沿いに伝言板を設置することも一案と考えます。</p> | | | |
| 24 | - 4 - (1) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>ボランティア等の受け入れについては、業務分担表に各フロアリーダーやユニットリーダー、生活相談員の役割を明示しています。ピアノや歌などの音楽ボランティアをはじめ、生け花、紙芝居など好評を得ています。</p> <p>今後、基本姿勢や登録手続き、守秘義務などを盛り込んだボランティアなどの受け入れマニュアルの整備が期待されます。</p> | | | |
| <p>- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。</p> | | | |
| 25 | - 4 - (2) - | <p>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。</p> | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者へのより良い福祉サービスの提供に向け、隔月開催の運営推進会議で出される意見や情報を運営に反映させています。</p> <p>福祉サービスの利用開始にあたって家族へ協力医療機関や地域資源などについて説明を行っています。施設長は施設を取り巻く行政や医療機関、警察、福祉サービス事業所との連携強化の必要性を今後の課題としており、それらのリスト化や資料を整備するとともに、職員との情報共有が求められます。</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></p> <p>施設内に設けられた地域開放ゾーンには、地域交流の拠点となる交流スペースや、地域住民の会合、活動、教室など多目的に利用可能な会議室を完備しています。定期的に関催されるみんなの健康教室やいきいき100歳体操通じて、地域の介護予防に尽力し、地域食堂に集う子どもや高齢者との異年齢交流を支援しています。</p> <p>また、社会福祉協議会が主催する認知症カフェの開催や外部講師による排泄用品の選択に関する講演等にも利用され、災害時の地域高齢者受け入れに関する市との協定書が令和2年1月に締結され、福祉避難所としての役割も担っています。</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></p> <p>法人の地域における公益的な取組として、健康教室、生計困難者レスキュー事業、高齢者SOSサービス事業を掲げています。地域に対する相談事業では、運営推進会議のメンバーでもある民生委員や自治会長から高齢者や生活困窮者についての相談がもたらされ、地域包括センターへの情報の引継ぎや、レスキュー事業の支援内容は運営推進会議でも報告しています。既存の制度ではなかなか手の届かないレスキュー事業などに法人の機能が反映されています。</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>法人が基本方針として掲げている五つの誓いの中には、「利用者一人ひとりがその人らしい人生をおくれるように、思いや価値観を尊重する」とした内容を盛り込んでいます。これらはパンフレットに明示され、各フロアへの掲示や朝礼時の唱和により、職員は利用者への支援を再確認しながら業務に就いています。</p> <p>職員は年2回の研修で利用者を尊重した福祉サービスの提供について、共通認識をもって臨んでいますが、今後は定期的な状況把握や評価が必要と思われます。また、理念や五つの誓いを玄関などへも掲示することで、地域や来訪者への啓発に繋がるものと期待します。</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>権利擁護については、全体研修で職員への周知を図り、共通認識をもって支援に臨んでいます。各ユニットに玄関があり、リビングホールを中心に居室が配置され、在宅生活の延長として馴染みの品の持ち込みや、これまでの住環境に近い状態を提供して、利用者のプライバシーを守るための設備や物品の配置を行っています。</p> <p>しかし、プライバシー保護の規定やマニュアルなどは整備されておらず、今後施設の姿勢を明文化し、具体的なマニュアルの作成が望まれます。</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 | a ・ b ・ c |

| | | | |
|---|---------------|---|-------|
| | 積極的に提供している。 | | |
| <コメント> 施設の外観や屋内の施設設備などを写真で紹介し、基本理念や五つの誓いを明記したパンフレットを来訪者に手渡ししながら情報発信の手段の一つとしています。見学や体験などには担当者が対応し、希望者には体験入所（1泊）により選択の機会を提供しています。 今後はそれらの取組を広く啓発するために、パンフレットや資料を公共施設など多くの方が入手できる場に設置することや、見学や体験者の記録管理が必要と思われます。 | | | |
| 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 |
| <コメント> 福祉サービスの利用開始にあたり、本人や家族の自己決定を尊重し、重要事項説明書や契約書をもとに、サービスの具体的な内容や料金、日常生活に関する事項などをわかりやすく説明したうえで契約書を交わしています。福祉サービスの変更についても本人や家族の意向を最優先としてわかりやすい説明を行っています。 これまでに医療機関に移行された方や在宅生活に戻られた例などがあるものの、他の福祉サービスへの移行は殆ど行われていません。今後は、意思決定の困難な利用者への対応についてはルール化を図ることを期待します。 | | | |
| 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 |
| <コメント> 利用者の移行先は医療機関が大半ですが、利用者に関わる必要な情報提供を行い、医療支援にシフトしています。昨年、自宅で最期を迎えたいとする本人や家族の意向に沿って、在宅で最終のひと時を家族と共に過ごされた例もあります。 他の福祉サービスや自宅への移行については、これまでの福祉サービスの継続性に配慮し、手順や引継ぎ文書を定め、移行後の相談方法や担当者を説明したうえで、それらを記載した文章等を渡すことが必要と思われます。 | | | |
| - 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | | |
| 33 | - 1 - (3) - | 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 |
| <コメント> 家族への満足度調査を実施し、調査結果については検討会議を設置し、具体的な改善策を見出し、実行に移すなど福祉サービスの向上に向けた取組を行っています。 また、職員は日常会話を通じて利用者の意向を引きだし、一人ひとりのニーズについて全職員で合議する体制が整っています。 満足度調査内容については設問の見直しを行っていますが、今後はアンケートの項目を詳細に、より具体的なものとし、職員の意見を反映することが期待されます。また、食事に関する満足度調査なども必要と思われます。 | | | |
| - 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> 重要事項説明書に苦情を申し出る際の担当者や第三者委員を明示し、解決に向けた体制が整備されています。また、玄関内に意見箱を設置し、無記名にて広く家族の意見や要望を求めています。 職員の喫煙について場所の検討などを含め、苦情が寄せられた際には、喫煙場所を1階から3階に移動し、各自が責任をもって喫煙後のチェックにあたることとしています。クレーム対応については施設内で伝達研修が実施され、「公表して対応策をとる」とする透明性の | | | |

| | | |
|---|--|-----------|
| ある仕組みになっています。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>業務分担表に利用者や家族の相談、意見には各部署のリーダーが対応することが明示されています。各階のフロアーには利用者や家族の相談などに応じるスペースが設けられており、内容などによって場所を使い分けています。家族へはアンケートを実施し、忌憚のない意見を求めており、つくし庵だよりに担当職員の顔写真掲載を望む声に、早急に対応しています。</p> <p>今後は、相談・意見の受け付体制は出来ていることから、利用者・家族が相談や意見をのべる際の方法や対応者を自由に選べるのがわかる文書の作成や配布が必要と思われます。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>職員は日頃の利用者との関わりの中で、意見や要望、心配事の相談に応じ、その場での判断が難しい場合には、ユニットリーダーへとつないでいます。</p> <p>家族へは、担当職員が手紙を毎月送付しており、利用者の普段の様子を発信しながら、意見や要望の引き出しに努めています。</p> <p>利用者や家族の相談、意見を受けた際の記録方法や手順、対応の検討について定めたマニュアルが整備されていますが、今後、他のマニュアルと同様、変更の有無に関わらず定期的な点検及び、必要に応じた見直しが期待されます。</p> | | |
| - 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 |
| <p><コメント></p> <p>各部署のリーダーが構成メンバーとなっている事故委員会が設置され、介護事故防止対策マニュアルが整備されています。事故防止対策や万が一にも事故が発生した場合の対応手順や再発防止に向けた検討会などリスクマネジメントへの取組が行われています。</p> <p>具体例として、センサーマット使用のためのアセスメントシートをユニットごとに作成し、評価を行う等利用者を取り巻く安全で安心な事例検討が行われています。</p> | | |
| 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>感染症マニュアル指針を整備して、研修会を年に数回実施しています。研修会は全職員が参加できるように、別日に再度実施し共有化を図っています。</p> <p>現在、新型コロナウイルス感染症により面会の制限や外出、地域交流の機会が中止となるなど利用者の生活が一変しており、衛生管理については日頃の掃除や換気、消毒などが行われていますが、事業所として対応がまだまだ不十分としています。</p> <p>感染症マニュアルは整備されていますが、今後も予断を許さないコロナ感染症に対応するために新たな感染症対策を早急にマニュアル化しておくことが求められます。</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>災害マニュアルを整備し、防災計画に則り、訓練を実施しています。事業所の近くには一級河川があり浸水も想定されることから、9月に行われた水害を想定した訓練では、熊本豪雨時の高齢者施設の浸水被害を教訓に、利用者の安全確保のため1階にあるベッドを2階に移</p> | | |

動させるなどの訓練を行っています。年度内には2回目の訓練を予定しています。
 食料備蓄は厨房で一括保管し、リストを作成し期限が迫ったら消費することとしています。
 備品については確保していますが、リスト化はされておらず、対応が必要と思われます。
 風水害時などには福祉避難所として地域高齢者を受け入れる等、事業所の機能を還元して
 います。

- 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> 福祉サービスの標準的な実施方法は文書化され、それに基づいたサービスの実施に取り組んでいます。標準的な実施方法については、研修会やユニット会議、ケアカンファレンスなどでも周知徹底に努めており、個別の業務遂行レベルシートを用い、年2回評価の機会が設定されています。</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> 標準的な実施方法の見直しについて、定期的に検証する機会や組織的な見直しの仕組みについては確認されませんでした。今後はサービスの実施方法の検証・見直しに関する時期や方法を組織で定め、職員や利用者の意見・提案を反映する仕組みの構築に期待します。</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> サービス実施計画策定の責任者をケアマネジャーである介護主任と定めています。 実施計画の策定にあたっては、ケアカンファレンス(月1回)や様々な職種の関係職員(ケアマネジャー、生活相談員、管理栄養士、看護師、ユニット職員、状況に応じては施設長)が参加してアセスメントに関する協議を実施しています。実施計画に沿ったサービスが行われていることは、ユニット会議を中心に確認されています。</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> サービスの実施計画の評価・見直しについては、ケアカンファレンスやユニット会議で行われています。また、病状変化時などは現状に即したサービス提供が出来るよう直ちに 見直し、関係職員へ周知されています。 今後は評価と見直しに関するわかりやすい手順書に沿って実施していくことが必要と思 われます。</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、職員間で共有化されている。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント> 利用者の身体状況や生活状況などは、定めた様式「情報書」により電子媒体(パソコン)を中心に記録しており、担当者が研修会に参加し必要な様式の見直しも行われています。</p> | | |

| | | | |
|---|---------------|------------------------|-------|
| <p>情報共有を目的とした会議としては、ユニット会議やリーダー会議(第2火曜)を開催し、出された意見や決定事項などを報告し共有の機会としていることが議事録からも確認されました。</p> <p>サービスの実施記録については、2～3か月ごとに開催される記録委員会の中で検討されており、今後は職員によって記録内容や書き方に差異が生じないように、新人研修や個別指導などについても話し合われることが必要と思われます。</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>個人情報の保護に関して、施設長による指導やケアマネジャーによる研修が行われていますが、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関するはっきりとした規定は定められておらず、職員への共有や周知徹底としては十分ではないと思われ早急な管理体制の整備が求められます。利用者の記録は書面や主にパソコン内での管理が行われており、今後は規定やマニュアルに則り電子データの取扱い、情報漏えい対策への十分な取組が期待されます。</p> <p>個人情報の取扱いについて、利用者や家族には契約時に説明を行い承諾が得られています。</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>一人ひとりの過ごし方については、基本的に24時間シートを活用した支援が行われていますが、その日やその時の状況に応じた対応に努めています。利用者がその人らしく生きいきと生活できるよう、まだまだ改善や工夫ができる等積極的な職員の意見も聞かれました。今年度はコロナ感染症の影響により外出イベントや地域との交流などが中止となっていますが、今後は社会参加に係るプログラムなどの導入や実施に取り組みたいとしており、終息後の実現が期待されます。</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>利用者の思いや希望を十分把握できるよう、目線を合わせた会話や無理強いや虐待にも繋がっていくことなどをカンファレンスの中で共有されています。意思表示が困難な利用者については、ジェスチャーやホワイトボードが使用されています。また、入浴時間はマンツーマンとなるため、普段聞けない話をされる場合も多く、大切にしています。施設長は不適切な言葉使いが見られる場合は、互いの職員同士で注意し合うよう指導をしていますが、課題の一つであるとしています。また、職員意見からも思いを引き出す声掛けの工夫や、訴えの多い利用者への対応が不十分な場面がある事など、経験年数にかかわらず十分ではないとしています。課題や問題点は率直にあがっており、今後は利用者の思い、困っていること、不安や要望などを支援に活かし、安心・安定した生活が送れるよう、改善に向けた取組について検討されることが望まれます。</p> | | |
| A - 1 - (2) 権利擁護 | | |
| A | 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・c |
| <p><コメント></p> | | |

定期的な権利擁護に関する研修会の開催により、職員に周知徹底されています。職員の自己評価からも法人の身体拘束や虐待防止への取組について確認することが出来ました。

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 checked="" 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></p> <p>施設全体の環境整備は環境委員会を中心に行い、居室整備は担当職員とし、衣替えなどについては家族の協力を得ながら実施されています。施設内は清潔を心掛け、特にコロナ感染症対策として換気や掃除の徹底をはじめとした衛生管理に取り組んでいます。職員アンケートからは利用者に合わせた温湿度や明るさ、家庭的な環境作りにユニットごとに工夫しながら努めているが現状では不十分と感じており、環境整備に関して職員が意見を出し合う機会が必要であるとの積極的な提案も出されています。また、玄関については少し暗いのではないかと家族からの意見も聞かれました。建物の構造上簡単に変更できない点もありますが、明るい雰囲気という点では季節の植物や飾り物を配置するなど改善の余地があると思われま。</p> <p>今後も環境委員会を中心に、リビングやトイレ、浴室、廊下などの共用空間における環境整備と、利用者や家族の意向を反映しながら、これまでの生活を尊重した居室の環境整備などに取り組まれることが期待されます。また、1階フロアーの中庭のスペースには、季節の野菜なども育てられており、利用者や家族をはじめ、来訪者や職員にとっても心和む空間として今後の活用にも期待します。</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 checked="" 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></p> <p>入浴は皮膚チェックを実施した後、基本的に週2回の支援と汚染時はシャワー浴なども取り入れながら清潔保持に努めています。また、その都度湯を入れ替えており、利用者は一番風呂気分を味わうことが出来ています。シャンプー類は施設で準備していますが、好みや使い慣れた物を個別で準備される方もおられます。</p> | | |
| <input checked="" 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></p> <p>日中はトイレでの排泄を基本としており、リハビリパンツや布パンツに大・中・小のパットを使い分けるなど、ユニット間で個別支援の検討を重ねています。夜間は現在2名の方がポータブルトイレを使用されていますが、日中は別の場所で管理するなど臭気やプライバシーにも配慮されています。また、天気の良い日は日光干しが行なわれています。</p> <p>尿や便の観察はその都度行い、介護職員から看護師へ伝達されており、気になる点は医師へ報告が行われています。尿意・便意への訴えやオムツ交換の要望に対しては、速やかな対応に努めています。夜間帯は意に沿えないこともあり、理由を伝え安心して待ってもらえるよう心掛けています。</p> | | |
| <input checked="" 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></p> <p>利用者の意向や ADL に応じて、独歩や歩行器、自走による車いす利用など自力で移動が出来る支援に努めています。</p> <p>車いすについてはユニットごとに空気圧や汚れのチェックなどが行われており、今後は移動手段に使用する福祉用具全般や環境についてチェック表を活用して実施していくことや、実際利用者の目線で車椅子や歩行器などを使用してみる事で、周囲の利用者への安全の配慮などについても気付きが生まれるものと思われます。</p> | | |
| 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>食事はおいしく楽しく食べる事が出来るよう、照明への配慮や音楽を流したり、口腔体操などが実施されていますが、雰囲気作りとしては十分ではないという意見もあり、今後の職員のアイデアや工夫が期待されます。利用者の食事摂取状況を確認するため、昼食時に栄養士が食堂を訪れています。</p> <p>献立は栄養士が作成した後、施設長による確認も行われています。行事食の中でも刺身が提供される敬老祝膳や、ご当地料理(大阪お好み焼きなど)は特に好評のようです。しかし、高齢の利用者にとって食べにくいなどのメニューが提供された時は、改善を依頼しています。</p> <p>今後は内容や聞き取り方法を工夫した嗜好調査の実施や、利用者の中には意見や要望を伝える事が可能な方もおられることから、普段の会話の中で聞き取った内容を今後活かされることを期待します。</p> <p>セレクトメニューの導入については、家族や職員からも要望や提案としてあがっており、まずは季節ごとやおやつの中で取り入れてみる事も一案と思われます。</p> <p>以前、一人の利用者から「焼き鳥を食べたい!」との要望があり、焼き鳥会に変更するなどユニットで対応しています。</p> <p>今後も入居者の声を取り入れた取組に期待します。また、利用者の代弁者として、食事が栄養面だけでなく、更においしく楽しい時間となるよう、職員と栄養科など関係職員が忌憚のない意見交換の機会を持つ事も重要と考えます。</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>食事の提供は栄養科の職員と連携を図りながら、嚥下能力や栄養面に配慮した食事と提供方法の工夫に努めています。可能な限り自力摂取を支援し、一部介助を含め、介助方法にも工夫を凝らしています。個々の食事、水分摂取量を把握し、特に水分補給については、看護師が中心に常に声掛けを行っており、個々に応じて水ゼリーによる水分補給も行っています。</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>毎週(火曜日)協力歯科医の訪問により、家族の希望や必要に応じて治療が行われ、職員への指導、アドバイスの時間も持たれています。食後を中心に自力で歯磨きができる利用者には職員による確認が行われ、口腔ケア用品も歯ブラシ、歯間ブラシ、スポンジブラシ、うがい困難な方には吸引やスポンジなど状況に応じて使い分けされています。家族会の中で口腔ケアに関する講習会を予定していましたが、コロナ感染症の影響により中止となっており、終息後の実現が期待されます。</p> | | |

| | | |
|---|--|-------|
| A - 3 - (3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| <input type="checkbox"/> | 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>褥瘡対策に関する指針の作成や委員会を設け、早期発見・予防に取り組んでいます。また、発生した場合は、1週間ごとに評価を行い早い完治に努めています。</p> <p>今後は褥瘡委員会が中心になって予防や発見した場合の対応を、医師・介護・看護・栄養士などそれぞれの分野で連携を周知できるようなマニュアルの作成も必要と思われます。</p> | | |
| A - 3 - (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| <input type="checkbox"/> | 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>非該当</p> | | |
| A - 3 - (5) 機能訓練、介護予防 | | |
| <input type="checkbox"/> | 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>カンファレンスの中で個々の残存機能の維持の重要性について共有を図り、機能訓練や介護予防について法人理学療法士（PT）による研修会も行われています。</p> <p>機能訓練は日常生活の中で実施され、ケアプランの中で見直しが行われていますが、専門職からの助言などが不十分のようであり、目標はあるが実践されていない事が報告にもあがっているようです。</p> <p>今後も心身の状況に応じた機能訓練や介護予防活動への取組を専門職の助言や指導を得る機会を確保しながら、実践に活かしていくことが必要と思われます。また、判断能力や認知症の症状の早期発見に努め、医療機関との連携が継続されていくことを期待します。</p> | | |
| A - 3 - (6) 認知症ケア | | |
| <input type="checkbox"/> | 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>利用者一人ひとりの日常生活能力や生活歴について適切なアセスメントが行われています。認知症ケアに関しての勉強会の開催や、必要に応じて専門医への相談も行われていますが、認知症の症状に合わせたケアへの取組については不十分と思われ、勉強会の必要性が職員の意見にもあがっています。</p> <p>系列事業所の中にはグループホーム(認知症対応型共同生活介護事業所)もあることから、今後は個人やグループで継続的に活動できるような工夫、認知症の利用者に配慮した環境づくりなど合同研修や見学の機会など法人の機能を活かして行くことが身近な学びの機会につながると考えられます。</p> | | |
| A - 3 - (7) 急変時の対応 | | |
| <input type="checkbox"/> | 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>日頃から利用者の小さな変化にも気づくよう心掛けて支援に努めており、法人医療機関との連携や24時間看護師への迅速な報告が図られる体制がとられています。</p> <p>徒歩圏内にある法人医療機関ですが、現在、施設に隣接して移設建設中であり、さらに迅速な医療対応が可能となり、利用者・家族、職員の安心につながっていくことが期待されます。</p> | | |

服薬支援においては、ダブルチェックの徹底により、誤薬などの防止に取り組んでいます
が、服薬管理責任者が確立されていません。
また、急変時の対応については知識不足や不安を語る職員も多く、今後は職員の状況に応じたマニュアルの作成や個別指導を含めた研修会の開催が必要と思われます。

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 |
|---|--|-------|

<コメント>

看取りに関する方針を作成し、利用開始時や状況に応じて施設の取組や本人・家族の意向を確認しています。また、研修会や看取りカンファレンス、主治医や関係部署との連携により状況に応じた最終の支援が実践できるような体制を整えており、看取り後は本人を偲びながらカンファレンスを開催しています。

看取り時には専用のプランを作成し、毎月及び必要な時点で見直しを行っています。ベッド上での生活が中心になられても、状態や様子を見ながらリクライニングへ移乗し、食堂やリビングで過ごしてもらいながらなるべく声掛けの機会を持つようにし、離床時を利用して日光浴をすることなども盛り込んでいます。今後も職員のメンタル面にも配慮しながら、本人・家族の意向にそった支援に努めていかれることを期待します。

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 |
|---|-----------------------------------|-------|

<コメント>

毎月、身体状況や日頃の様子は写真を添えて便りを送付する他、状態変化時や必要に応じて電話連絡が行われており、特に写真は家族にとって楽しみであることがアンケートにも記されていきました。しかし、職員自己評価の中に折り返しの連絡が遅い家族への対応や、コロナ禍の中 iPad (アイパッド) の使用など、面会に代わる対応が出来ていない事などが今後の課題にあがっていました。

また、敬老会や餅つき会など、利用者と家族と一緒に参加する行事が今年度は制限や中止を余儀なくされています。

今後は、家族に伝わるような伝達方法の工夫や家族の状況に応じて要望の機会を持つ取組が必要と思われます。

また、毎月のたよりの行事紹介の欄に、家族の参加が可能な行事については、案内のコメントを記入することも良いと思われます。

(参考)

| | 第三者評価結果 | | |
|-------------------|---------|-----|-----|
| | a | b | c |
| 共通評価基準 (評価対象 ~) | 1 1 | 2 4 | 1 0 |
| 内容評価基準 (評価対象 A) | 6 | 1 0 | 0 |
| 合 計 | 1 7 | 3 4 | 1 0 |