

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：祥麟館 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：小林 佳之 (管理者)	開設年月日：平成12年4月1日
設置主体：社会福祉法人 恵春会 経営主体：社会福祉法人 恵春会	定員：50名 (利用人数)
所在地：〒862-4215 熊本市南区城南町沈目1513	
連絡先電話番号：0964 - 28 - 7711	F A X 番号：0964 - 28 - 7646
ホームページアドレス	http://www.k-group.jp/syourin

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
<ul style="list-style-type: none"> ・入浴、排泄、食事、着替え等の介護 ・日常生活上の支援 ・日常生活の中での機能訓練 ・相談援助 	[レクリエーション・行事] 誕生会・敬老会・忘年会・花見等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋：4室 2人部屋：7室 4人部屋：8室 各部屋：ブザー・洗面台設置	食堂兼機能訓練室・浴室・医務室・静養室・ 介護職員室・相談室・調理室・事務室

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長（管理者）	1	0	社会福祉士	4	0
生活相談員	1	0	介護福祉士	17	3
介護支援専門員	1	0	介護支援専門員	8	0
介護職員	18	5	看護師	1	1
看護職員	2	1	准看護師	1	0
機能訓練指導員	1	0	管理栄養士	1	0
医師	0	1	栄養士	5	0
管理栄養士	1	0	理学療法士	1	0
調理員	7	2	調理師	2	0
事務員	4	2	認知症ケア専門士	2	0
その他の職員	0	3			
合 計	36	14	合 計	42	4

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 施設・事業所の特徴的な取組

[認知症ケア]

認知症介護実践リーダー研修を終了した職員が多数おり、研修を受けた職員を中心に年間を通した研修を行い、認知症のご利用者様の理解及びケアの向上を努めています。

[看取り看護]

医師が回復の見込みがないと判断し看取り介護の希望をされたご利用者様及びご家族様に対して、望まれる意向を最大限に尊重し、安らかな最期をお迎えできるようにお手伝いします。

[個別機能訓練]

専従の理学療法士を配置し、他職種共同で個別訓練計画書を作成し計画的に訓練を行っています。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

サービスの質の向上を図るため、職員の主体的な判断に基づくサービスが提供されています。

施設長は、サービスの質の向上を図るために、職員の仕事に対する主体性を十分に尊重されています。日々の業務内容や環境整備、利用者が使用するオムツや給食で提供されるお米の種類の選定まで、より良いサービスに必要なと思われる内容に関しては、決して妥協することなく、職員からの提案を積極的に受け入れ、実行されています。

新任職員から中堅職員まで、職員一人ひとりが教育・研修が受けられる仕組みが整っています。

各職員の知識や技術、専門資格の取得状況を事務部で把握されており、経験年数や習熟度、本人の希望等を参考に、最低でも年に1回は、全職員が外部研修に参加できるように配慮されています。特に新任職員や経験の浅い職員に対しては、職員研修が行われており、通常の業務においても各部署のチームリーダーがサポートできる仕組みが整っています。また、施設統括部長が中心となり、社会福祉士や介護福祉士、介護支援専門員等の資格取得に向けた受験対策講座を開催し、質の高い職員を養成する取組が行われています。

基本理念の実現に向け、全職員によるサービスの質の向上の取組が図られています。

施設独自の看取り介護が実施され、感謝をこめて千羽鶴の作成や1人にしないための見守りなど、全職員による取組が行われています。一周忌には、家族に手紙を出したりデスクカンファレンスを行ったりと、亡くなった後のフォローも充実しています。また、布パンツの使用や入浴・トイレ介助時の羞恥心への配慮など、利用者本位のサービス提供が積極的に行われています。

改善を求められる点

理念や基本方針の実現に向け、中・長期における具体的な計画内容の作成が求められます。

毎年、法人全体の事業目標として、中・長期における大まかな目標設定はされていますが、事業所単位での経営環境等の把握や分析は十分でなく、具体的な計画内容や、達成するための期間等は記載されていませんでした。今後、中・長期における事業計画や収支計画、計画期間等を明確に策定し、取り組むべき体制や設備を整えていくことが求められます。

職員に周知する内容に関して、理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。
事業計画や人事管理等の様々な内容について、職員への周知の取組が図られていますが、職員アンケート結果によると、全職員までの理解が不十分な状況でした。今後は、情報の重要性に応じた周知方法を工夫されるとともに、職員の理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H30.3.27)

今回、初めて「福祉サービス第三者評価」を受審し、客観的かつ専門的なコメントを頂き、組織運営を振り返る良い契機になったと思います。こちら側もきちんとした受審体制で臨むために、全職員でワーキンググループを立ち上げ、計画的に取り組みを行ってまいりました。ですが、通常の業務も行いながらの作業で、スムーズに運ばない事も多々ありました。ただその経過の中で、職員たちから「自分たちのできてないところが見えてきました」「施設が果たすべき役割や姿を評価項目・基準から学ぶことが出来ました」「この点について改善できるように工夫します」と前向きな意見・感想が聞かれたことは、私自身にとって、何よりの成果であったと考えます。一人ひとりの職員の成長・育成にも繋がりました。

今後は、この結果を踏まえ、評価の高い点についてはさらに強化し、改善が必要な点は組織全体で取り組んでいきたいと考えます。さらに、管理者としてリーダーシップを発揮し、質のいいサービスを提供できる社会福祉法人として役割を果たしていきたいと思えます。

(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	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評価実施期間	平成30年1月9日～30年3月30日
評価調査者番号	第07-026号
	第10-006号
	第09-013号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：祥麟館 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：小林 佳之 (管理者)	開設年月日：平成12年4月1日
設置主体：社会福祉法人 恵春会 経営主体：社会福祉法人 恵春会	定員：50名 (利用人数)
所在地：〒862-4215 熊本市南区城南町沈目1513	
連絡先電話番号：0964-28-7711	FAX番号：0964-28-7646
ホームページアドレス	http://www.k-group.jp/syourin

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事				
・入浴、排泄、食事、着替え等の介護 ・日常生活上の支援 ・日常生活の中での機能訓練 ・相談援助	[レクリエーション・行事] 誕生会・敬老会・忘年会・花見等				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
1人部屋：4室 2人部屋：7室 4人部屋：8室 各部屋：ブザー・洗面台設置	食堂兼機能訓練室・浴室・医務室・静養室・ 介護職員室・相談室・調理室・事務室				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長(管理者)	1	0	社会福祉士	4	0
生活相談員	1	0	介護福祉士	17	3
介護支援専門員	1	0	介護支援専門員	8	0

介護職員	18	5	看護師	1	1
看護職員	2	1	准看護師	1	0
機能訓練指導員	1	0	管理栄養士	1	0
医師	0	1	栄養士	5	0
管理栄養士	1	0	理学療法士	1	0
調理員	7	2	調理師	2	0
事務員	4	2	認知症ケア専門士	2	0
その他の職員	0	3			
合計	36	14	合計	42	4

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]

人間尊重の精神と人間平等の思想の実現

[施設方針]

利用者様が快適に安心した生活を送れる場を提供する

専門知識・技術の取得のための自己研鑽

- 1、個人の自由と権利の尊重
- 2、自立への援助
- 3、地域社会福祉の核となれ
- 4、職員は専門職としての誇りと研鑽を

3 施設・事業所の特徴的な取組

[認知症ケア]

認知症介護実践リーダー研修を終了した職員が多数おり、研修を受けた職員を中心に年間を通じた研修を行い、認知症のご利用者様の理解及びケアの向上を努めています。

[看取り看護]

医師が回復の見込みがないと判断し看取り介護の希望をされたご利用者様及びご家族様に対して、望まれる意向を最大限に尊重し、安らかな最期をお迎えできるようにお手伝いします。

[個別機能訓練]

専従の理学療法士を配置し、他職種共同で個別訓練計画書を作成し計画的に訓練を行っています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年1月9日（契約日） ~ 平成30年3月30日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

サービスの質の向上を図るため、職員の主体的な判断に基づくサービスが提供されています。

施設長は、サービスの質の向上を図るために、職員の仕事に対する主体性を十分に尊重されています。日々の業務内容や環境整備、利用者が使用するオムツや給食で提供されるお米の種類を選定まで、より良いサービスに必要と思われる内容に関しては、決して妥協することなく、職員からの提案を積極的に受け入れ、実行されています。

新任職員から中堅職員まで、職員一人ひとりが教育・研修が受けられる仕組みが整っています。

各職員の知識や技術、専門資格の取得状況を事務部で把握されており、経験年数や習熟度、本人の希望等を参考に、最低でも年に1回は、全職員が外部研修に参加できるように配慮されています。特に新任職員や経験の浅い職員に対しては、職員研修が行われており、通常の業務においても各部署のチームリーダーがサポートできる仕組みが整っています。また、施設統括部長が中心となり、社会福祉士や介護福祉士、介護支援専門員等の資格取得に向けた受験対策講座を開催し、質の高い職員を養成する取組が行われています。

基本理念の実現に向け、全職員によるサービスの質の向上の取組が図られています。

施設独自の看取り介護が実施され、感謝をこめて千羽鶴の作成や1人にしないための見守りなど、全職員による取組が行われています。一周忌には、家族に手紙を出したりデスクカンファレンスを行ったりと、亡くなった後のフォローも充実しています。また、布パンツの使用や入浴・トイレ介助時の羞恥心への配慮など、利用者本位のサービス提供が積極的に行われています。

改善を求められる点

理念や基本方針の実現に向け、中・長期における具体的な計画内容の作成が求められます。

毎年、法人全体の事業目標として、中・長期における大まかな目標設定はされていますが、事業所単位での経営環境等の把握や分析は十分でなく、具体的な計画内容や、達成するための期間等は記載されていませんでした。今後、中・長期における事業計画や収支計画、計画期間等を明確に策定し、取り組むべき体制や設備を整えていくことが求められます。

職員に周知する内容に関して、理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。

事業計画や人事管理等の様々な内容について、職員への周知の取組が図られていますが、職員アンケート結果によると、全職員までの理解が不十分な状況でした。今後は、情報の重要性に応じた周知方法を工夫されるとともに、職員の理解状況や満足度等を確認する取組が求められます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H30.3.27)

今回、初めて「福祉サービス第三者評価」を受審し、客観的かつ専門的なコメントを頂き、組織運営を振り返る良い契機になったと思います。こちら側もきちんとした受審体制で臨むために、全職員でワーキンググループを立ち上げ、計画的に取り組みを行ってまい

りました。ですが、通常の業務も行いながらの作業で、スムーズに運ばない事も多々ありました。ただその経過の中で、職員たちから「自分たちのできてないところが見えてきました」「施設が果たすべき役割や姿を評価項目・基準から学ぶことが出来ました」「この点について改善できるように工夫します」と前向きな意見・感想が聞かれたことは、私自身にとって、何よりの成果であったと考えます。一人ひとりの職員の成長・育成にも繋がりました。

今後は、この結果を踏まえ、評価の高い点についてはさらに強化し、改善が必要な点は組織全体で取り組んでいきたいと考えます。さらに、管理者としてリーダーシップを発揮し、質のいいサービスを提供できる社会福祉法人として役割を果たしていきたいと思います。

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	2人	
	家族・保護者	28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>法人の理念である「人間尊重の精神と人間平等の思想で生きがいのある生活を」を基に、「個人の自由と権利の尊重」、「自立への援助」、「地域社会福祉の核となれ」、「職員は専門職としての誇りと研鑽を」という4つの基本方針を明文化されています。その内容は、パンフレットや広報誌等に記載し利用者や家族に周知されています。また、職員に対しては、研修会や全体会議等において説明されており、全職員に理念や基本方針が記載された名刺サイズのカードを配布し、いつでも確認できるように工夫されています。</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>施設長は、県内・外の老人福祉施設協議会や経営者協議会等の役員を務めることで、社会福祉事業全体の動向について速やかに把握されています。そして、毎月、開催される運営委員会では、各部署のコスト管理や利用者の推移、利用率等の分析が行われています。</p> <p>しかし、その内容は単年度計画にしか反映されておらず、中・長期的なビジョンが明確になっていませんでした。把握された情報やデータは単年度計画だけでなく、中・長期計画に反映されていることが求められます。</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>経営課題の把握や分析、検討は、理事会や幹部職員(施設長、事務長、統括部長、生活相談員、介護支援専門員、看護師、管理栄養士)が参加する運営委員会で行われています。利用者や職員にとって必要なものであれば、金額だけで判断せず、職員からの意見を取り入れながら、常に質の高いものを導入するようにされており、全体会議で職員に報告されています。</p> <p>しかしながら、職員アンケート結果では、十分な情報共有がなされていない、全職員の周知までは至っていない等の意見が多くありました。伝達方法を見直し、全職員が周知できる体制を整えることが望まれます。</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>毎年、法人全体の事業目標として、大まかな中・長期における目標設定はされていますが、事業所単位での経営環境等の把握や分析は十分でなく、具体的な計画内容や達成するための期間等は記載されていませんでした。理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、達成するための組織体制や設備の整備、職員体制や人材育成等に関する具体的な事業計画や収支計画が必要です。</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>単年度の事業計画は、各部署や組織の環境特性を分析し、年に3～4回、不定期で開催される理事会で策定され、重点目標を設定し、職種別の達成に向けた取組内容が計画されています。</p> <p>しかし、中・長期計画が策定されていないため、その内容を基にした計画となっていませんでした。中・長期計画に反映した単年度の事業計画や収支計画を策定することが求められます。</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、前年度の事業計画の進捗状況を踏まえ、職員からの意見を積極的に取り入れ、幹部職員や中堅職員が協議・検討し、運営委員会で策定されています。その内容は、年度初めの研修会等で配布・説明され、年度中期に実施状況の確認を行い、適切にモニタリングされています。</p> <p>しかし、職員アンケート結果では、計画内容が全職員に浸透していないという意見が多くありました。明らかになった課題や目標を達成させるために、計画された内容を全職員に周知し、理解を促すための取組が望まれます。</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>事業計画については、毎月発行される広報誌に記載し、利用者や家族に配布されています。また、毎年開催される家族会での報告や、施設内に計画内容を掲示し周知されています。</p> <p>しかしながら、利用者や家族に対して、理解しやすい説明は行われていませんでした。職員が個別で説明するなど、その状況や状態に応じた配慮が望まれます。</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>サービスの質の向上を図るために、認知症高齢者の日常生活自立度で分けられた4つのグループがつけられており、そのグループ単位で会議を実施し、日々のサービス内容を見直されています。昨年は、福祉サービス第三者評価を受審する前段階として、実際の評価に使用するものと同じ様式を用いて、職員の自己評価が行われています。</p> <p>しかし、職員アンケート結果では、評価結果が公表されていないという意見や、質の向上にあまり反映されていないという意見がありました。今回、初めて福祉サービス第三者評価を受審されたことをきっかけに、評価結果を全職員が周知し、組織全体で見直すことで、今後の質の向上に向けた取組が期待されます。</p>		

9	- 4 - (1) - 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>評価結果に基づく分析や課題の検討は、各部署の責任者で実施され、業務内容や設備の改善、人員配置等について話し合われています。</p> <p>しかし、職員アンケート結果では、部署単位での評価であり、組織全体としての取組がなされていないという意見が多くありました。評価結果は、組織全体で検討し取り組んでいくことが必要であり、単年度では解決できないと思われる課題であれば、中・長期計画の中に取り入れて検討していくことが求められます。</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) - 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長の役割や責任は、職務分掌にて文書化され、運営委員会や職員会議等で表明されています。また、統括部長や事務長、各部署の責任者とのコミュニケーションがとれており、施設長の考えや方針を理解されているため、臨機応変に対応することができます。</p> <p>しかし、災害や事故等の有事における施設長不在時の権限委任について、概ね担当者は決められていますが、文書化されておらず、全職員に周知されていませんでした。職務分掌等に明記し、研修会や会議等で全職員に周知し、理解を図る取組が求められます。</p>		
11	- 1 - (1) - 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
<p><コメント></p> <p>施設長は、法令遵守を正しく理解するため、積極的に県内・外の研修に参加し、常に新しい情報を得られるよう努力されています。また、その内容は、毎月開催される全体会議の中で研修報告会を行い、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) - 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
<p><コメント></p> <p>施設長は、サービスの質の向上を図るために、常に各報告書等の確認を行い、日々の活動状況を把握されています。必要と思われる内容に関しては、直接、担当者からの報告を受け指示を出されています。そして、毎月開催される運営会議においても、各部署の責任者から現場の課題を確認し適切なアドバイスをされており、サービスの質に関することに対して、決して妥協することなく、職員からの提案を積極的に受け入れ、実行されていることはとても高く評価できます。</p>		
13	- 1 - (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>施設長は、理念・基本方針の実現に向けて、理事会や幹部職員が参加する5施設合同会議で人事、労務、財務等に関する分析や検討を行い、経営の改善や業務の実効性を高める取組を行われています。</p> <p>しかし、職員アンケート結果では、施設長との接点が少ないという意見や、十分な指導力が伝わっていないという意見がありました。施設長の自らの取組とともに、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な運営を目指していくことが求められます。</p>		

- 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>法人として、効果的な人材確保を行うために、短時間雇用や高齢者の雇用も受け入れていく方針であり、ホームページや新聞・広告等で広報されています。施設開設当初から勤務されている職員も多く、離職率が低いことはとても評価できます。</p> <p>しかし、福祉人材確保のために、様々な方法で求人を行われていますが、現状では求職者が少なく、具体的な事業計画を実現するための取組が難しい状況が続いています。組織を適切に機能させるために必要な人数や体制、常勤職員と非常勤職員の比率のほか、障害者雇用への対応を視野に入れ、立案していくことが望めます。</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>2年前から人事考課を導入されており、経験年数や職能領域で定められた基準で自己評価や上司からの評価が行われています。また、個別面接を通じて「期待する職員像」を示し、昇進や昇格等に反映されています。</p> <p>しかし、職員アンケート結果では、人事考課の基準が全職員に理解されておらず、「期待する職員像」が分かりにくいという意見もありました。昇進・昇格の基準や必要となるスキルの基準を明確にし、必要な研修等を受ける機会を与えるなど、職員が自ら将来を描くことができるような仕組みづくりが望めます。</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>職員の心身の健康と安全を確保するために、セクシャルハラスメントやパワーハラスメントを防止しており、産業医によるストレスチェックが行われています。そして、介護職員に対しては、入職時に腰痛ベルトを支給されており、職員の健康維持に取組まれています。</p> <p>また、職員の就業状況や意向は、年に2回実施される人事考課の際の面接や、年度初めの職務状況や異動希望等を自己チェックするキャリアデザインシートにより把握されています。日常の相談窓口として各部署の所属長が担当されており、「職員申告書」を提出できる仕組みが整い、人間関係や業務上での悩み、他部署や他事業所への異動希望など、任意により提出できる仕組みがあります。</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>人事考課を実施し、経験年数や職種毎に達成すべき内容が文書化されており、その項目に従って評価されます。キャリアデザインシートを用いて自己目標が設定されており、記載された内容を基に必要時には上司からの面談を行い、アドバイスや支援を受けられる仕組みがあります。そして、高齢者施設の職員として、サービスの質の向上や仕事に対する意欲向上に役立つ内容のものであれば、有給休暇を利用して、研修講師等のアルバイトも認められています。</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>年間の研修計画が作成されており、各担当者によって適切に実施されています。キャリアデザインシートに記載された内容や現在の職務状況、個人が設定した今後の目標等を参考に外部研修等参加計画を作成されており、希望する研修や施設側が職員にとって必要と思われる研修への参加に反映されています。</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
<コメント> キャリアデザインシートや人事考課表を参考に、各職員の知識や技術、専門資格の取得状況を事務所で把握され、職員の経験年数や希望を参考に、最低でも年に1回は、全職員が外部研修に参加できるように配慮されています。特に新人職員や経験の浅い職員に対しては新採用職員研修が行われており、各部署のチームリーダーがサポートできる仕組みが整っています。そして、統括部長が中心となり、社会福祉士や介護福祉士、介護支援専門員等の資格取得に向けた受験対策講座を開催し、質の高い職員を養成する取組をされており、法人内の他事業所の職員も参加されています。		
- 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> 大学、専門学校、高校から、実習生の受け入れを積極的に行われており、実習受け入れマニュアルが整備されています。実習期間や内容に応じて実習計画を立案し、実習担当者は、養成校の会議にも参加し、実習目的を果たせるように努められています。 しかし、介護福祉士取得のための現場実習が中心となっており、他専門職の特性に配慮したマニュアルやプログラムは整備されていませんでした。各専門職における実習プログラムやマニュアルを整備し、効果的な育成が望まれます。		

- 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
<コメント> 事業内容や財務状況については、ホームページや広報誌等に掲載し公表されています。法人内で発生した事案についても対応状況を公表し、些細なことでもオープンにしていくよう努められています。そして、苦情内容等に関しては、苦情マニュアルが整備され、決められた手順に添って第三者委員会に報告し、運営委員会や職員会議等で全職員への周知を図っています。 しかしながら、利用者や家族への公表は十分に行われていませんでした。経営の透明性を確保するためにも、介護サービスを必要とする利用者や家族が知るための情報を、適切に公開・発信していくことが求められます。		
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
<コメント> 施設における事務、経理、取引等に関することは、法人内の経理規程を基に事務職員に周知されており、適正な経営・運営が行われています。毎年、決算後は、外部監査として弁護士や公認会計士によるチェックや助言を得られており、経営改善に取り組まれています。 しかし、職員アンケート結果では、内部監査が行われておらず、事務職員以外への十分な周知ができていませんでした。定期的な内部監査を実施し、その内容を全職員に公表し、事業経営や運営の適正性を確保する取組が求められます。		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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

<コメント> 施設の基本方針である「地域社会福祉の核となれ」を掲げ、積極的に地域との交流が行われています。熊本地震の際は、福祉避難所として地域の拠点となり、積極的に重度介護者の受け入れを行うなど、地域社会の一員として柔軟な対応をされています。そして、年に1～2回、施設周辺の排水溝の清掃やゴミ拾い等の活動を実施し、個別ニーズに対応するために、地域の商店への買い物支援が行われており、利用者や職員が地域とつながるきっかけづくりになっています。		
24	- 4 - (1) - ボランティア等の受け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
<コメント> ボランティア受け入れマニュアルを整備し、生活相談員や行事担当者が窓口となり、ワークキャンプや日本舞踊、フラダンス、保育園等からの慰問の受け入れが行われています。 しかし、職員アンケートでは、外部からのボランティア受け入れや、地域の学校への学習等の協力が十分でないという意見がありました。施設の特性や実情に即したボランティアの積極的な受け入れや、福祉体験教室等への協力が求められます。		
- 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
<コメント> 適切なサービスを提供するために、地域の民生・児童委員や商工会、医療機関や福祉施設のメンバーで構成された、「高齢者が元気に暮らせる地域づくりの検討会」に参加し、地域ケア計画や地域づくりについて意見交換をされています。また、関係機関や団体等を分かりやすく一覧にした「祥麟館、地域との繋がり」を作成し、各部署に配布され、必要に応じて活用されています。		
- 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
<コメント> 法人として、近隣の関連事業所に地域交流スペースを設置されており、地域の方の保護者会や各種研修会、趣味活動の場として無料で提供され喜ばれています。法人内には「障がい者相談支援センター絆」があり、障がいのある福祉に関する様々な問題を支援する地域の拠点となっています。さらに、生活困難者レスキュー事業を実施されており、窓口となる職員を養成し制度や社会の狭間に置かれた生活困窮者に対して、必要な福祉サービスにつないだり、日常生活の見守りを行う支援をされています。 しかし、職員アンケート結果では、施設内のスペースを活用した地域住民に役立つ研修会等の開催や呼びかけが、十分でないとの意見もありました。施設の専門性や特性を活かした、地域住民のためのサークル活動や支援活動を行っていくことが求められます。		
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
<コメント> 地域のニーズに応え、福祉施設としての機能を還元するために、法人全体で取り組まれています。地域の社会福祉協議会の依頼により、公民館で開催される「健康づくりサロン」に、生活相談員や介護支援専門員、管理栄養士等を派遣し、認知症予防やストレッチ体操の講習会、栄養指導等の協力をされています。平成30年4月からは熊本市地域包括支援センターを社会福祉法人として受託予定であり、地域の相談窓口として期待できます。 しかしながら、現在は、法人内にある居宅介護支援事業所からの情報を基にニーズ把握されていますが、現状のみの把握で、解決や改善に向けた取組までは至っていませんでした。関係機関や団体との連携を強化し、地域の生活や福祉に関する課題の解決・緩和や、地域住民の主体的な活動を支援できるよう、社会福祉事業にとどまらない活動が求められます。		

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>基本理念に「人間尊重の精神と人間平等の思想で生きがいのある生活を」を掲げ、常に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に、「理念」「方針」が書かれたカードを職員の名札の裏に入れ、意識付けを行っています。定期的な研修では、権利擁護や虐待防止等の内容が行われています。</p> <p>しかし、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ませんでした。共通の理解のため、定期的に状況の把握・評価を行い、規程等の整備が求められます。</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>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2人部屋、4人部屋が中心となっていますが、境はカーテンで仕切られ、間にクローゼット等を置いたり、ほとんどの部屋にトイレが設置されており、プライバシー保護に努めています。また、面会スペースを設け、生活の場面での面会ができるよう配慮されています。</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>ホームページは、今年リニューアルされ、利用者目線で構成されています。パンフレットや広報誌には、写真や絵等を活用され、見やすく分かりやすい表現になっています。そして、施設見学は、複数の担当者を決められ、随時受け付けられています。</p> <p>しかし、選択ができる十分な資料が確認できませんでした。複数の福祉施設・事業所の福祉サービスの中から利用者が自分の希望にそったものを選択するための資料の整備が望まれます。</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>サービス開始に当たっては、生活相談員や介護支援専門員を中心に契約書、重要事項説明書等、ふりがなや文字を拡大した説明用の資料を準備され、わかりやすく丁寧に説明されています。利用者アンケート結果からも、詳しく説明されている状況が読み取れました。</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>病状悪化による入院時は、看護師からの申し送り書があり、サービス利用が終了時は、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はされています。</p> <p>しかしながら、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申し送り書は、確認できませんでした。わかりやすい内容で様式を作成し、文書で渡す等の対応が望まれます。</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
<p><コメント></p> <p>満足に関するアンケートを実施し、分析・評価を行い改善に向けた取組が行えています。</p>		

また、年1回に開催される家族会には、職員が参加し、グループごとに意見交換を行っており、利用者満足の向上への取組が行われています。		
- 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
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制（苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置）が整備され、このことは、フローチャートも含め、エレベーターの中に掲示され、利用開始時の重要事項説明書で説明されています。</p> <p>しかし、苦情解決に関しては、随時対応されていますが、苦情解決の公表が年に1回、事務所横の掲示板での公表にとどまっています。周知の徹底のためにも、周知方法や頻度等の検討が望まれます。</p>		
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>相談しやすいように窓口を決め、1階の相談室やロビーの相談コーナーを設置され、相談や意見が述べやすい環境となっています。そして、家族とは、行事の際や家族会を通じて聴き取りがされています。</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>利用者の意見や要望について迅速に対応する体制を整え、福祉サービスの質と利用者からの信頼を高める努力はされています。</p> <p>しかしながら、意見箱は事務所前に設置されており、利用が少ない現状にあります。今後は設置場所の工夫や積極的な活用方法の検討が望まれます。</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>リスクマネジメントに関する責任者が明確化され、事故防止検討委員会を中心に、定期的な会議や計画的な研修が行われています。ヒヤリハット・事故報告の提出をもとに、事故要因の分析、再発防止や改善に取り組んでいます。ヒヤリハット報告書を有効に活用することで、未然防止に努め、安全で質の高いケアを目指し、マニュアルも定期的に評価・見直しが行われています。</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>マニュアル等は整備され、保健所等からの研修やアドバイスを受け、定期的に改定されています。協力病院からの研修の実施も行われています。感染症を「持ち込まない」を原則に、11月からは、職員の出勤時には検温等実施され、予防にも対策を講じられています。</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>熊本地震では、敷地内の建物はかなりの被害を受け、直後から擁壁工事から始まり、ようやく補修工事が終わりつつある。その経験を生かし、防災対策委員会を設置し、災害等緊急時に備えた防災計画を作成し、昼・夜を想定した避難訓練・消火訓練が年4回行われています。緊急連絡召集訓練を行い、緊急連絡網の確認や非常時の際時間把握など安全な避難誘導のための体制作りが努められています。</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
<コメント> 福祉サービスについての標準的なマニュアルは作成されており、マニュアルでは対応できない個別な支援に関しては、グループ会議で検討し、決定・実践し、評価も行われています。また、入職時や変更時は、研修や個別指導によって職員に周知徹底が行われています。		
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
<コメント> 福祉サービスについての標準的なマニュアルは明文化され、月 1 回の職員研修会で、利用者の状態の変化に伴うサービス内容について、細かく情報共有及び検討はされていますが、マニュアルの検証や見直しを行う時期や方法が定められていませんでした。今後は、マニュアルの有効期限を定めるなど、PDCA サイクルの観点から、定期的に検証し、職員の共通認識を図るとともに、質に関する検討を継続的に行うことが望まれます。		
	- 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
<コメント> 利用開始にあたり利用者や家族の意向や要望を傾聴し、アセスメントを実施され、その結果をもとに、部門を横断したさまざまな職種による担当者会議にて合議され、サービス実施計画が策定されています。福祉サービス実施計画策定責任者を設置し、明確化するとともに、アセスメントから計画の作成・実施・評価・見直しに至るプロセスが定められ、サービス実施計画は、利用者や家族等に説明のうえ同意が得られています。		
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
<コメント> サービス実施計画は 6 ヶ月ごとに手順書にもとづき、評価・見直しがされています。利用者の状態に変化が生じた場合は計画担当者が中心に、看護師、相談員、グループリーダー等を招集し、合議して計画の変更を行い、利用者や家族に同意を得られています。今後は、最近導入した ADL に関する評価「できるシート」、認知に関する評価「わかるシート」の活用による利用者のニーズに応じた計画が期待されます。		
	- 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
<コメント> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況は、記録により確認することができます。そして、情報の共有化には、連絡ノートの活用やグループ会議での話し合いで職員への周知が図られています。		
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
<コメント> 個人情報に関する規程は定められ、研修会は定期的に行われています。入所時には、利用者や家族に個人情報の説明と同意が行われています。 しかし、文書の保管期間や記録管理の責任者は定められていますが、保存と廃棄に関する規程が確認できませんでした。適切な管理体制の確立のため、早期の整備が求められます。		

評価対象

A - 1 支援の基本

	第三者評価結果
--	---------

	A - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>基本理念に「人間尊重の精神と人間平等の思想で生きがいのある生活を」を掲げ、「祥麟館職員のあるべき姿」が策定されています。また、職員の意識付けのため、項目ごとに強化月間を設け、介護センターに掲示され、職員への周知に努められています。</p>		
	A - 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>建物は従来型ではありますが、グループケアの方法で、グループ担当職員を決め、利用者に合わせて起床時間や個別に応じた過ごし方を提供できるよう工夫されています。そして、出来るだけ馴染みのあるものを感じてもらえるようアンティークな家具やグループケアの仕切りは障子等を活用されています。また、月に1回、グループ会議を開催し、変化に応じた対応について話し合いが行われています。買い物や地域の行事等への参加も積極的に行われ、家族の希望によるお墓参りや喜寿のお祝いへの参加などにも対応しています。</p>		
	A - 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>グループケアにより、職員が利用者一人ひとりに関わる時間や回数が多くなり、会話以外の気づきも得られるようになってきています。会話シートの活用や表情、身振り、姿勢、動作等、多くの情報から利用者の気持ちを読み取り、個別対応に配慮され、会話が少ない方など、グループリーダーが全体を把握し、積極的に関わられています。また、言葉使いや接遇に関する研修も行われています。</p>		

A - 2 身体介護

		第三者評価結果
	A - 2 - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴形態や介助方法に関しては、マニュアルが整備され、週2回以上を基本としています。入浴前にバイタルチェックを看護師が実施し、体調を確認・判断の上、入浴できない時は、次の日への振り替えや清拭・衣類交換を行って清潔保持に努められています。浴槽は2箇所あり、脱衣所、浴室にはスクリーンを使用し、双方の目隠しになるようにして利用者の羞恥心に配慮されています。また、季節湯として、3月は蓬湯、5月は菖蒲湯、10月に生姜湯、12月柚子湯等イベント湯が定着しています。</p>		
	A - 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>基本的に布パンツを使用され、個人の尿量や排尿間隔を踏まえ、職員でパットの大きさ等検討し、対応されています。パットに関しては、定期的に検討を行い、利用しやすいものを使うよう配慮されています。また、トイレの誘導時には、本人及び職員の負担を考慮し、状態に応じて2人で行うようにされています。そして、羞恥心への配慮から便座に座った際には、個人専用のバスタオルを陰部にかけるようにされています。便座は、便座カバーとトイレ全体の暖房で対応され、利用後は換気し、消臭剤を使うようにされています。</p>		
	A - 2 - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や意向を踏まえた移乗・移動の支援、安全面の配慮にて、実施方法等はアセスメントをもとに職員で検討・対応されています。移乗時は、安全面を考慮し、利用者の状態に応じて2人介助で行われ、皮膚の弱い人には、レッグウォーマーを使用されています。また、車椅子の方は、食事の時や休憩の際は、椅子に移ってもらうよう配慮がされて</p>		

います。点検に関しては、点検担当を儲け、2週間に1回は点検等行われています。		
	A - 2 - 褥瘡の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>月1回、管理栄養士を中心に栄養状態の評価を行い、リスクマネジメントが行われています。併せて、看護師を中心に褥瘡対策委員会でも話し合われています。できるだけ離床を心がけ、皮膚の弱い人は、軟膏塗布を行い、早めのエアマットの使用を検討されています。研修会は、年2回行われ、褥瘡のメカニズムや対応策等検討されています。</p>		

A - 3 食生活

		第三者評価結果
	A - 3 - 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>地元でできた米や野菜を使用し、地産地消に取り組んでおられ、週1回のセレクトメニューや行事食が行われています。温かいものは温かく、冷たいものは冷たく頂いてもらうために、保冷車を使い、居室などで食べる方には、食事提供マニュアルが整備されています。また、グループケアに伴い、利用者同士の会話が増え、和やかな雰囲気となっています。管理栄養士がフロアに出て、利用者の嗜好の聞き取りを行い、摂取状況から嗜好の把握に努められています。</p>		
	A - 3 - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>食前の離床は、心身の状況に合わせて行われており、座位可能な方は、椅子での食事に配慮されています。利用者のプライドを守るため、安易に食事用エプロンは使用せず、姿勢や道具等を理学療法士と話し合いながら行われています。食事形態に関しては、「普通」「刻み食」「小さな刻み食」「極小刻み食」「ソフト食」「経管栄養」と細かくセッティングされています。外出の際、ソフト食の人は、弁当を持たせたりされています。また、管理栄養士が、食事・水分の摂取量を把握し、食事の配慮、水分補給を個別に行っています。</p>		
	A - 3 - 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>歯科医師による助言や指導を受けて、毎月、研修会が行われています。また、個別に口腔ケアの方法を決定し、毎食後の口腔ケアが実施、評価・見直しがされ、月に1回は歯科医師に報告されています。グループごとに、口腔機能を保持・改善するための体操が行われています。昨年は、「誤嚥性肺炎を減らす」を目標に、歯科医師にも協力してもらい、チームを結成し、歯みがきの方法や道具を検討し、職員全員で歯みがきの介助方法を取得し、誤嚥性肺炎の数を減らすことができています。</p>		

A - 4 終末期の対応

		第三者評価結果
	A - 4 - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が終末期を迎える場合の対応の手順書が整備されており、協力病院との連携した施設独自の看取り介護が実施されています。看取り介護になられると、職員全員で感謝をこめて千羽鶴を作成し、ベッド周りには、生活歴を考慮した看板や背景を飾り付け、家族が付き添う際は、夜勤者は、勤務に付く時には挨拶を行い、安心してもらうようにされています。家族が利用者から離れる際は、変わりに職員が付き添うようにし、昼間は利用者を1人にしないようにされています。また、最後まで布パンツを使用してもらい、亡くなられた際は、髪を洗い、エンゼルケア(死後の処置)を家族と行い、昼間であれば、お見送りは職員及び</p>		

利用者にも参加してもらいます。初盆の時は、施設の仏壇に全員の写真を飾られ、一周忌には、家族に手紙を出されています。年2回の職員研修とデスクカンファレンスが行われ、マニュアルの見直しや職員の精神的ケアも行われています。

A - 5 認知症ケア

		第三者評価結果
	A - 5 - 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> グループケアの導入や認知に関する評価「わかるシート」を活用し、一人ひとりに合ったケアが行われています。そして、季節ごとの行事が企画され、春には、花見や紫陽花見学、夏には、花火や蛍見学、秋には、紅葉見学、冬には、初詣等行われています。環境面も家庭的な物や馴染みのある物等を準備され、安眠に繋げるため、2時間前より電気やテレビの音等段階的に消されています。また、認知症介護実務者研修に多数の職員が受講されており、最新の情報を職員へ伝達され、年2回は、認知症に特化した研修会が行われています。</p>		
	A - 5 - 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・b・c
<p><コメント> 認知症高齢者が安心・安全に生活できるようグループケアへ移行し、環境整備もグループごとに整備されています。居室やトイレ等一目でわかるような表示にしたり、画紙は使わず、テープで対応したりされています。グループケアや居室の同室者の組み合わせにも配慮されています。危険物は、鍵付きの保管庫で対応されていますが、生活を重視されているため、危険と安全のバランスを常に検討されています。また、屋外に防犯カメラを設置し、行先の確認などの初動の対応に生かされています。</p>		

A - 6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
	A - 6 - 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> 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動の計画が作成され、実施、評価・見直しがされ、「できるシート」の活用でできること増やす試みは行われています。 しかしながら、職員アンケート結果では、利用者が主体的に訓練等を行えるような環境や工夫は不十分という意見が多くなっていました。今後、利用者の心身状況に応じた取組が望まれます。</p>		

A - 7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
	A - 7 - 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・b・c
<p><コメント> 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順書が整備され、協力病院と連携体制も確立されています。日々の利用者の健康チェックの結果を看護職だけでなく、介護職まで情報の共有化が図られています。体調変化時の対応については、新人研修や夜勤者への個別指導等随時行われています。また、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用に関する研修会を毎年行われています。</p>		
	A - 7 - 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 感染症や食中毒に対する予防対策や、発生した場合の対応手順を整備されており、職員の</p>		

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方法も文書化されています。手順書の見直しの際は、保健所と連携を取られ、研修会は、保健所より外部講師として行われています。職員に対して、職員が感染の媒体になる可能性があることから、インフルエンザ等必要な予防接種の費用負担を支援したり、職員通用口での検温が実施されています。

A - 8 建物・設備

		第三者評価結果
	A - 8 - 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> 利用者が安全に暮らせるよう定期点検は行われ、居室とトイレは週1回の点検が実施されています。また、グループケアに伴い、障子や馴染みの家具での環境づくりでの工夫が見られ、現状で可能な改善は行われています。 しかしながら、快適で安らげる環境づくりを計画されていますが、環境に関する委員会は、設置されていませんでした。今後は、早期に体制作りを行うことにより、組織的な取組が望まれます。</p>		

A - 9 家族との連携

		第三者評価結果
	A - 9 - 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> 介護支援専門員、相談員、看護師等、利用者に変化のあった場合には、随時家族へ報告がされています。毎月発行されている広報誌には、各担当者より家族宛に近況を記載し、行事の案内等も行われています。年1回の家族会では、施設の報告と家族の要望等聴き取りが行われ、面会時には、積極的にコミュニケーションが図られています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準(評価対象 ~)	20	24	1
内容評価基準(評価対象A)	16	2	0
合計	36	26	1