

様式第1号

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 おがわの里	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 岩見 智	定員（利用者人数）： 29 名
所在地： 兵庫県丹波市山南町岩屋637	
TEL 0795-70-0020	ホームページ： http://www.mitsumi.or.jp/ogawanosato/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：	平成26年6月1日
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 みつみ福祉会
職員数	常勤職員： 22 名 非常勤職員： 9 名
専門職員	(専門職の名称) 名
	介護支援専門員 1 管理栄養士 1
	生活相談員 1 看護師 1
施設・設備の概要	(居室数) 29 (設備等) 全室個室
	家族室等完備

③理念・基本方針

法人理念「共に生きる」
事業所理念「最期まで地域で、その人らしく生きる」

④施設・事業所の特徴的な取組

高齢・障害・保育分野など、16拠点の施設・事業所を運営する、大規模で多機能な「みつみ福祉会」が運営する、開設5年目の特別養護老人ホームである。緑豊かな静かな環境にあり、館内は設備が新しく、明るく清潔感があり快適に過ごせる環境を整備している。3ユニット29名、地域密着型の少人数の施設で、家庭的な雰囲気の中で、地域と家族との結びつきを大切にした個別支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 1 年 11 月 12 日 (契約日) ~ 令和 2 年 2 月 12 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

*法人・施設の5か年計画・事業計画を策定し、中間評価・年度末評価を継続し、計画的な運営に取り組んでいる。委員会を設置し、各委員会が機能して、サービスの質向上に向け組織的に取り組む仕組みがある。「みつみ福祉会が求める職員像5項目」をもとに、研修体制・人事考課制度を整備し、年3回の面談による目標管理、キャリアパスフレームの導入等により、職員の資質向上に努めている。福利厚生の実施により、ワークライフバランスに配慮した働きやすい環境づくりに努めている。

*地域交流と地域貢献に積極的に取り組んでいる。地域住民対象の「生き生き100歳体操」を毎週実施し、1階のスペースを活用し地域のボランティアの協力を得てカフェを実施している。自治振興会に参加し地域行事「健康フェスタ」で健康相談窓口の設置や高齢者疑似体験等を開催したり、「よろず相談窓口」の設置にも参加している。キャラバンメイトを派遣し認知症サポーター養成講座を実施し、教育機関と連携し中学校を訪問して各種相談等に対応している。市と災害時の福祉避難所の協定を結び、災害時の地域における役割を担っている。

*各種介護マニュアルに利用者尊重の配慮を明示し、ユニットケアの利点を活かし、利用者とのコミュニケーションを密にとりながら、個別支援に取り組んでいる。3ヶ月毎に、管理者層・介護支援専門員・看護師・介護士・栄養士が参加してケース会議を開催し、ユニットの介護職員が事前に作成した評価表をもとに、利用者・家族の希望、多職種からの見解をサービス計画に反映し利用者の現状に即した支援に努めている。

*季節や行事に応じた料理、各地の郷土料理、外国の料理を献立に取り入れ、また、昼食に月1回選択メニューを取り入れ、月1回調理員が利用者の前で食べたい物を調理する機会を設ける等、利用者が食事の楽しむ機会を数多く持てる取り組みがある。各ユニットで炊飯・汁物づくりを行い、厨房で調理した食事を利用者の近くで盛り付け、視覚・嗅覚の味わいや家庭的な雰囲気を大切にしている。

◇改善を求められる点

*現在使用している各種マニュアルについて、定期的な検証と見直しを行うことにより、施設の現状に即したマニュアルの整備と職員の周知が望まれます。

*利用者個々の生活歴・趣味・関心事の把握や、ADL・IADLの定期的な再アセスメントを実施する書式の工夫と活用が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成26年に開設して5年が経過し、初めて第三者評価を受審させていただき、客観的な視点から評価して頂いたことで改めて事業所の特色や課題を見つめ直すいい機会となりました。特色をさらに発展させ、課題を一つずつ解決していくことで、サービスの質向上に向けて取り組んでいきたいと思っております。

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。

(別紙)

第三者評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 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 · c
<コメント> 法人の理念、施設の理念・基本方針を明文化し、ホームページ・パンフレット・事業計画等に記載している。理念は施設の目指す方向を明示し、基本方針は理念の実践に向けた具体的な内容となっている。理念・基本方針を事業計画に記載し、玄関ホールの掲示板に掲示して、利用者・家族・職員への周知を図っている。年度初め・中間の職員会議で、理念・事業計画について実践状況を確認し、継続的な取り組みを行っている。運営推進会議でも、利用者・家族・地域に向けて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。	a · b · c
<コメント> 厚生労働省・県社協・県老協・経営協等からのメールや文書、また、丹波市福祉計画作成時の協働、丹波市事業者連絡会への参加等を通して、社会福祉事業や地域の動向について把握・分析に努めている。「月別利用者数・売上金額実績表」により、毎月、稼働率・コスト分析等を行っている。地域での福祉ニーズや潜在的利用者データ等、地域の経営環境や課題についても把握・分析されることが望まれます。		
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
<コメント> 現状分析により課題を明確にし、経営改善計画書を作成し、解決・改善に向けて取り組んでいる。課題・改善計画については、理事会で役員間での共有がなされている。課題の内容に応じて、職員会議で職員にも周知し改善に向け取り組んでいる。		

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 · b · c
<コメント> 法人全体・施設別・部門別に、5カ年計画を策定している。中長期的なビジョンを明確にし、課題解決に向けた具体的な内容、実施状況の評価が行える内容となっている。法人事業部により、定期的に、また、必要に応じて随時の見直しを行っている。		
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
<コメント> 5カ計画と法人の事業計画をもとに、施設の事業計画を策定している。事業計画は、項目別に記載され、具体的で実行可能な内容となっている。また、実施月や回数等を記載し、実施状況の評価が行える内容となっている。		
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
<コメント> 事業計画策定前に職員会議で事業計画案を提示し、職員の意見を収集し事業計画の策定に反映している。年度初めの職員会議で事業計画について説明し、周知と理解を図っている。10月の職員会議で事業計画の実施状況の確認を行い、法人事業部に報告している。年度末に、実施状況を確認し、事業報告書を作成している。		
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
<コメント> 事業計画を玄関ホールに掲示し、利用者・家族に周知を図っている。事業計画の内容を運営推進会議で説明している。事業計画の主な内容や参加行事等について、利用者がより理解しやすい資料や説明の工夫が望まれます。		

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
<コメント> 兵庫県福祉サービス第三者評価の評価基準にもとづいて、毎年自己評価を実施し、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に関する取り組みを実施している。自己評価委員会を設定し、評価結果の分析・検討を行っている。		

9	I-4-(1)-② 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。	a · b · c
<コメント> 自己評価委員会で課題を明確にし、委員会議事録に記載している。課題について職員会議で共有し、職員参画で改善に取り組んでいる。29年度は利用者満足度調査の実施、30年度は権利擁護の研修実施に、計画的に取り組んでいる。改善策の実施状況については、自己評価委員会で把握し、必要に応じて見直しを行っている。		

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> 管理者は、経営・管理に関する方針と取り組みを事業計画・経営改善計画書に明確にしている。事業計画を、施設玄関に掲示し、表明している。職務分担表で管理者の役割と責任を明記し、スタッフルームに設置し、パソコンでも閲覧でき周知を図っている。有事における管理者不在時は、防災関係については消防計画で上席者（生活相談員）に、事故等はマニュアルで看護師等担当者に権限委任している。		
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、法人諸規定等を理解し、市主催の事業者協議会・県の集団指導等に参加し、物品購入・修繕時には経理規定に則り入札・見積を実施する等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係を保持している。市の事業者協議会に参加し、法令遵守の観点での経営に関する情報収集・交換を行っている。社会福祉施設経営実務セミナーへの参加もある。産業廃棄物処理法・フロン排出抑制法・労働安全法等、環境への配慮等も含む遵守すべき法令を把握し適正に対応している。研修計画に沿って、職員会議等で研修を実施し、権利擁護・職業倫理とコンプライアンス等について学ぶ機会を設けている。		
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> 管理者は自己評価委員会を設置し、29年度より第三者評価基準に沿って自己評価を行い、課題の改善に向け職員会議で検討している。サービスの質向上について定期的に各種委員会や職員会議を開催し、管理者も参加し、そこでの職員の意見をサービスの質の向上に反映するよう取り組んでいる。年間研修計画を策定し、施設内研修・職員会議内での研修・外部研修等、教育・研修の充実を図っている。		

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
<p><コメント></p> <p>生活課長・出納職員等が稼働率・人件費率等の分析を毎月行い、管理者が把握している。管理者は、定期的に外部コンサルタントから財務等の分析結果の報告を受け、理事会で経営改善や業務の実効性向上に向け検討を行っている。勤務実績表等を基に、常勤換算人数を把握して、基準以上の人員配置に努めている。職員アンケートを実施し、処遇や時間・半日単位の有給取得促進等、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。管理者は理事会や管理者会議に参加し、経営改善や業務の実効性向上に向けて検討し、内容を職員会議や各委員会等で周知・検討し、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</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>事業計画に、「人材育成と人材の定着」を明示している。職員の資質向上を目的に「人材確保と育成計画」を策定している。法人の人事労務部が、人員に関する計画を立案している。運営規定・重要事項説明書に職員体制を、また、勤務形態一覧表で実配置人数を明確にしている。人員の補充については、人事労務部・管理者が検討し人材確保を行う仕組みがある。人材育成のため、資格取得の研修参加を促し、費用負担等の支援を行っている。人事労務部が学校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ等を活用し採用活動を行っている。</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>「みつみ福祉会が求める職員像5項目」を明確にし、ホームページや人事労務部5か年計画に明示している。人事基準を、人事考課細則・格付け基準・就業規則に明示している。人事考課制度を導入し、入職時に説明し、能力・意欲・行動力を評価している。年1回自己評価を実施し、上位者が、階層別「人事考課シート」に基づいて面談を行い、年度初め・中間・年度末に成果・貢献度等を評価している。人事労務部が、地域の職員処遇の水準についての情報を把握し、改善の必要性などを評価分析している。評価面談や職員会議での意見や、職員が年に1回提出する「自己報告書」をもとに、人事労務部で改善策を検討している。トータル人事管理システム(キャリアパスフレーム)を導入し、処遇と連動させて将来の姿を描くことができる仕組みを構築している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 職務分担表で施設での労務管理に関する責任者を施設長と定め、法人としては人事労務部が所管している。有給休暇・時間外勤務は、生活課長と施設長が決裁を行い、システム上で把握し管理している。年間有給取得率は、年休記録簿で確認している。健康診断・腰痛検査を定期的を実施し、要精検者には受診を勧め、受診結果を把握している。法人としてストレスチェックも実施している。基本的に生活課長・施設長が相談窓口となり、随時個人面談、また、人事考課制度で年3回の個人面談を行う等、職員が相談しやすい仕組みがある。法人の第三者委員等の相談窓口も周知している。8週間からの産休取得、再雇用制度、3歳未満児保育者への育児短時間勤務制度、時間・半日単位有給制度などを取り入れ、総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行い、働きやすい職場づくりに努めている。法人の人事労務部で、計画的に採用活動を行い、人員体制の整備に努めている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 人事考課制度の階層別人事考課評価シートで、組織として期待する職員像を明確にし、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。チーム(ユニット)目標と、職員一人ひとりの目標を設定し、年3回の個別面談を通じて、進捗を確認している。目標期限を1年とし、評価項目・評価基準は明確にされた適切なものとなっている。年3回考課シートに基づいてフィードバック面談を行い、上位者と相互に目標に対する達成度の確認を行って、次の目標設定に反映させている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 法人5項目の「期待する職員像」に基づいて、法人階層別研修計画・施設研修計画で具体化している。階層別研修は、該当職員は必ず受講することを義務付けている。運営規定に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。施設研修は、職員会議と別途研修で概ね計画通りに実施し、職員会議録への記載とともに、研修実施記録をデータ管理している。研修に参加できなかった職員は、パソコン内で資料確認を行い周知している。法人研修は人事労務部が、外部研修受講については復命書で、管理している。自己申告書や職員会議でニーズを把握し、法人研修は人事労務が見直しを行っている。施設研修は、施設長が研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 履歴事項変更届を更新し、職員の知識・技術水準・取得資格等を法人でリスト化している。習熟度・経験年数に配慮した研修体制の構築に取り組み、2年目・3年目の職員研修にOJTの内容を盛り込んでいる。新任職員には、法人で採用前5日間の研修と、マニュアルに沿った研修を年2回実施している。配属後は、各ユニットでオリエンテーションと各介護マニュアルに沿った新人研修を行っている。また、県の特養新人研修にも参加している。内部研修や丹波ブロックのテーマ別研修等の外部研修の参加機会を確保し、必要とする知識・技術水準に応じた教育に取り組んでいる。外部研修情報は基本的に掲示により情報発信し、専門職種限定の研修は当該部署に回覧し受講を支援している。組織が必要とする外部研修参加については出張扱いとし、内部研修は職員が参加しやすい時間帯に行い、研修参加を支援している。		

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>現時点では、実習生の受け入れ実績はないが、今後受け入れる計画している。実習指導者研修の外部研修を受講し、受け入れ体制を整備中である。今後に備えて、実習生受け入れマニュアルを策定し、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢・目的を明文化しておくことが望まれます。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページで、法人の理念・基本方針・事業方針・決算報告（現況報告として）・サービス内容等を公表している。施設の事業計画は玄関に掲示して公開している。広報誌（おがわの里通信）に、活動内容等を掲載している。苦情相談体制は重要事項説明書を玄関に掲示し、苦情対応はホームページで情報公開として事業所ごとの苦情件数を公表している。苦情の内容・対応について、運営推進会議で報告し、議事録に記載し公表している。法人地域貢献部が発行する広報誌（フォーミ・ツーミ）に、災害時のボランティア活動や事業計画等を適宜掲載し、施設の存在意義や役割を明確にするように努めている。居宅介護支援事業所にパンフレットを配布している。</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>施設の事務・経理に関するルールを経理規定・事務処理取扱い基準等に定め、権限・責任を職務分担表に明確にし、パソコン内で閲覧可能な状態にしている。法人として、会計事務所・弁護士・社会保険労務士など外部の専門家と委託契約を結び、必要に応じ相談し助言を得ている。財務内容等について、監事が定期的に内部監査を行い、ホームページで監査結果を公表している。財務部でも、経理・取引等について内部監査を実施している。事業、財務等に関するチェックを公認会計士等外部の専門家に委託し、定期的に報告・指導を受けている。事業所では経営改善計画書を提出し、コスト削減、人件費等の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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域との関わり方についての具体的な方針を、事業所理念と事業計画に文書化している。市の広報誌・自治会通信等を利用者が閲覧できるよう、各ユニットに回覧している。職員の支援を受け、ユニットで買い物・外食に出かけたり、地域の紅葉まつりに出かけている。ボランティアの協力のもと、毎月カフェを開催し、利用者が参加できる機会を設けている。今後、地域住民にも参加を呼び掛ける予定である。地域住民を対象とした「生き生き100歳体操」を毎週実施している。家族にも協力を依頼し、理美容・買い物・外食・通院等に、地域の社会資源を利用するよう推奨している。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>カフェ・歌・絵手紙等、各種ボランティアが来訪している。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢を明文化している。マニュアルで、受け入れ時の手順、流れ、注意事項等を明確にしている。ボランティア受け入れ時に誓約書を受領し、初回受け入れ時にはオリエンテーションを実施し、マニュアルに沿って注意事項を説明している。教育委員会から委託を受け、地域の中学校を毎年訪問し、授業の一環として社会人としての役割に関する講義や就職相談等を行っている。マニュアルに学校教育等への協力基本姿勢について明文化することが望まれます。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各事業所パンフレットを事務室に設置し、行政機関・介護タクシー・病院・警察署・消防署など社会資源を明示した一覧表をスタッフルーム前に設置し、情報を共有している。丹波ブロック老人福祉事業協会の施設長会・丹波市介護保険事業者協議会・社会福祉法人連絡協議会・給食施設連絡協議会等に定期的に参加し、地域の共通する課題解決に向け、協働して取り組んでいる。2019年7月から運用が開始される「医療介護情報連携システム」に参加し、丹波市地域包括ケアシステム構築に取り組んでいる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域住民を対象とした「生き生き100歳体操」を毎週実施している。また、1階のスペースを活用し、地域のボランティアの協力を得て、カフェを実施している。自治振興会に参加し、地域の行事「健康フェスタ」等において、健康相談窓口の設置や高齢者疑似体験等を開催している。要請があれば、キャラバンメイトを派遣し、認知症サポーター養成講座を地域住民等を対象に実施している。市内の社会福祉法人が連携し、よろず相談窓口を設置している。またボランティア祭り等にも参加し、福祉教育を行っている。教育機関とも連携し、中学校を訪問して各種相談等に対応している。市と災害時の福祉避難所の協定を結び、運営推進会議で災害時の地域における役割等について報告している。地域の祭りや、ボランティア祭りに参加し、紅葉祭りには開催協力している。</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
<コメント> 施設で実施している「いきいき百歳体操」を通じて、地域のニーズを把握し、今後、地域事業として自治振興会へ移管することを検討している。事業所のスペース提供は継続する予定である。運営推進会議に民生委員の参加があり、地域の福祉ニーズの把握に努めている。施設に、「よろずおせっかい相談所」を設置し、地域からの介護相談に介護支援専門員が窓口となり対応している。把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる事業・活動を、事業計画等に明示して実施していくことを今後の取り組み課題としている。		

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 ・ b ・ c
<コメント> 利用者を尊重した福祉サービスの実施について、理念・基本方針、倫理綱領、介護マニュアル等に明示し、職員会議・パソコン内での資料確認等を通して、職員の共通理解を図っている。利用者尊重・基本的人権への配慮については、権利擁護研修・マナー研修等施設内研修で学ぶ機会を持っている。毎年、年に1回、虐待の芽チェックリストによる自己評価を実施し、状況の把握を行い必要な対応を図っている。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 介護マニュアルの各項目にプライバシー保護について明示されている。高齢者虐待防止マニュアル・身体拘束廃止マニュアルを整備している。権利擁護研修の中で、虐待防止やプライバシー保護について研修を実施している。不適切な事案が発生した場合の対応方法について、就業規則の懲戒項目に明示されている。規程・マニュアルにもとづいたサービスの実施は、管理者層が確認している。居室は全室個室になっており、プライバシーに配慮されている。共用スペースは、机の他、ソファが設置されており、座席の配置は可能な限り、希望やその時の状況によって対応するよう配慮している。プライバシー保護と権利擁護に関する施設の取組を契約書や重要事項説明書に明記する等、利用者や家族に周知することが望まれます。		
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 ・ b ・ c
<コメント> 施設の利用希望者への情報提供は、パンフレット・ホームページで行っている。パンフレットやホームページは、言葉遣い・写真・イラスト等わかりやすいように配慮し、適宜見直しを実施している。随時見学に対応し、個別に丁寧な説明に努めている。体験入所については、ショートステイを利用して行っている。施設を紹介した資料等、利用希望者が情報を得やすい工夫を期待します。		

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>契約時には、契約書・重要事項説明書・同意書を用いて説明し文書で同意を得ている。利用料については、個別にシュミレーションして具体的にわかりやすく提示している。説明に際しては、専門用語を使わず理解しやすい説明を心がけている。契約内容に変更が生じた場合は、変更内容を説明した文書で同意を得ている。意思決定が困難な利用者には、家族や後見人を代理人として適正な説明、運用を図ることとしている。</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>契約内容に変更が生じた場合は、変更内容を説明した文書で同意を得ている。施設からの移行については、情報提供書・看護サマリー等により、移行先への情報提供を行うこととしている。利用が終了した後も、相談員を相談窓口として設置している。利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡すことが望まれます。</p>		
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>昨年度利用者満足に関するアンケート調査を行い、今年度も実施する予定である。運営推進会議に利用者・家族の参加があり、職員も出席して、意見・要望・満足の把握に努めている。会議での意見を、職員会議で共有し、運営やサービスに反映できるように取り組んでいる。利用者満足に関する調査の担当部署を評価委員会として設置している。把握した結果を職員で共有し改善に反映した経過を、委員会の議事録・職員会議録等に記録することが望まれます。</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>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。重要事項説明書に明記し、利用者・家族に説明して配布している。相談・苦情受付について、わかりやすい掲示物を玄関ホールに掲示している。投入箱・記入カードの設置、利用者アンケートの実施等、利用者・家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情内容・対応・家族へのフィードバック等を「苦情受付記録簿」に記録し、データ保存している。苦情内容・解決結果等を、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表することが望まれます。苦情内容や改善策を職員会議で共有し取り組んだ経過を、議事録に記載することが望まれます。</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>重要事項説明書に「相談・苦情の窓口」として、複数の相手・方法を記載し、利用者・家族に説明し、配布している。相談・苦情受付について、わかりやすい掲示物を玄関ホールに掲示している。相談しやすいスペースとして、相談室を用意している。</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>ユニットケアのコミュニケーションの中で傾聴に努め、利用者が相談・意見を話しやすいように配慮している。投入箱・記入カードの設置、利用者アンケートの実施等、利用者の意見を把握する取り組みを行っている。事例があればユニット内で共有し、迅速な対応に努めている。相談・意見対応マニュアルの整備と、定期的な検証と必要時の見直しが望まれます。意見・相談を受けた際の対応について、ケース記録・相談記録等に記録することが望まれます。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジャーを配置し、リスクマネジメント委員会を設置し体制を整備している。「事故予防・対応指針」「フローチャート」を整備している。事故事例については「事故報告書」を作成し、報告書をもとにリスクマネジメント委員会で検討し再発防止に努めている。報告書には、事故防止策を評価する欄があり、実効性についても委員会で検証している。安全確保・事故防止に関する研修を実施している。ヒヤリハット事例の収集のため、書式の見直し・投入箱のユニット配置・リスクマネジメント委員会での検討を計画している。ヒヤリハットメモを活用した取り組みが定着することが望まれます。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>「感染症・食中毒の予防及び蔓延防止のための指針」「感染症対応マニュアル」を整備している。感染症対策についての責任と役割を、指針と分掌表に明記している。感染症についての研修を年2回実施している。欠席者には資料回覧により周知を図り、嘔吐物処理法については看護師がユニットごとに実習する予定である。うがい・手洗い・次亜塩素酸消毒・加湿器等による温湿度管理等、感染症の予防策を講じている。感染症発生時は、保健所の指導の下、利用者の個室対応・職員のユニット単位での業務など、蔓延防止に努めている。マニュアルは、法人の看護師会が年に1回見直しを行っている。</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 行っている。	a · b · c
<コメント> 災害時の対応体制や対策を整備し、防災計画を策定している。利用者の安否確認は、避難後に居室にラベルを貼り、職員の安否確認は災害メールで行うこととしている。備蓄の管理は管理栄養士が担当している。1階の専用の倉庫で保管し、リストに品目、消費期限等を記載している。期限が迫っている品については、食事で提供したり、消防訓練時に炊き出しとして使用している。火災・地震・風水害の避難訓練を毎月実施し、年2回は総合訓練を行っている。訓練時には、計画書・起案書・実施記録を作成している。		

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
<コメント> 「介護マニュアル」に、サービスの標準的な実施方法を文書化している。排泄・入浴など項目別に記載し、利用者尊重・プライバシーの保護について明示している。各ユニットでOJTによる個別の指導を行っている。人事考課票に項目を設け、自己評価・上位者評価により実施を確認する仕組みがある。		
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
<コメント> 介護マニュアルについて、定期的な検証を行っていない。マニュアルは時期を決め定期的に検証し見直すこと、また、見直す際には、職員や利用者等の意見・提案を反映する仕組みづくりが望まれます。		
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。	a · b · c
<コメント> 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。面接記録・ケアチェック表をもとにアセスメントを行い、管理者層・介護支援専門員・看護師・介護士・栄養士が参加してケース会議を開催し、アセスメント・計画策定についての協議を実施している。サービス計画書に、利用者個々のニーズが明示されている。3ヶ月毎にケース会議を実施してモニタリングを行い、計画どおりにサービスが実施されていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースがあれば、ケース会議で検討し、経過はケース記録や議事録に記録している。利用者個々の生活歴や趣味・嗜好などを共有し、支援や計画策定に活用できるアセスメントシートの工夫が望まれます。		

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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>サービス計画の見直しについて、3ヶ月毎に、管理者層・介護支援専門員・看護師・介護士・栄養士が参加してケース会議を開催している。ケース会議では、ユニットの介護職員が事前に作成した評価表をもとにモニタリングを行い見直しを行っている。議事録には本人・家族の希望、多職種からの見解が記録されている。ケース会議録・サービス計画書をユニット内で回覧し、関係職員に計画内容の周知を図っている。緊急に変更する場合も、ケース会議を開催して検討している。</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 • b • c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、ケアチェック表・ケース記録によって把握し記録している。実施したサービスについては、各種チェック表とケース記録に記録している。記録の書き方マニュアルを作成して入職時に説明して配布し、また、管理者層が記録を確認して必要時に個別に指導し、記録内容に差異が生じないように取り組んでいる。システムの「業務日誌」・ユニット内の申し送りノートにより、情報共有する仕組みがある。職員会議を月に1回開催し、管理者層・多職種が参加し情報共有を行い、各ユニットに議事録を配布して回覧している。回覧印など、回覧により職員間の情報の共有が行われたことが、確認できる仕組み作りが望まれます。</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 • b • c
<p><コメント></p> <p>個人情報の管理について、個人情報保護規定・文書取り扱い規程・就業規則に定めている。記録管理の責任者を管理者としている。入職時に個人情報保護について説明し、守秘義務に関する誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に重要事項説明書で、個人情報の取扱いについて説明し同意を得ている。個人情報保護の観点から記録の管理について、職員に研修が行うことが望まれます。</p>		

A 内容評価基準

A-1 生活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		
A①	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。(特養)	a • b • c
A①	A-1-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。(養護、軽費)	a • b • c
A②	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。	a • b • c

特記事項

面談記録・ケアチェック表・ケース会議等で、心身の状況と暮らしの意向等を把握し、利用者個々に応じた生活となるよう支援に努めている。サービス計画書に、自立支援・日常生活の中で役割・レクリエーションへの参加等を取り入れ、支援に取り組んでいる。24時間シートを活用し、利用者個々の心身の状況に合わせた生活のリズムが整えられるよう努めている。3ヶ月に1回、ユニット内での評価・ケース会議・モニタリングを行い、利用者個々に応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が行われている。利用者個々の生活歴・趣味・関心事に努め、多様な日中活動や社会参加に向けたプログラムに反映し、さらに生活の楽しみが持てる機会づくりに取り組まれることが望まれます。

ユニットケアのコミュニケーションの中で傾聴に努め、利用者の思いや希望の把握に努めている。把握した内容はケース記録や評価表に記録し、支援やサービス計画に反映できるように取り組んでいる。接し方や言葉づかいについて、職員会議や研修の中で継続的に意識付けを行っている。ケアチェック表でコミュニケーション能力を把握し、ホワイトボードの使用等、個別の方法でコミュニケーションを行っている。個別支援の時間帯等を活用し、会話が少ない利用者も意向や希望を話せるように配慮している。ケアチェック表を活用して再アセスメントを行い、コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しを定期的に行うことが望まれます。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a ・ b ・ c

特記事項

契約時に、身体拘束廃止のため具体的な内容・事例を説明し周知を図っている。チェックリストによる自己評価を定期的に行い、権利侵害の防止と早期発見に向け取り組んでいる。身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際は、具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。リスクマネジメント委員会・人権擁護委員会の中で、権利侵害防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。権利侵害が発生した場合は、法人・市へ報告のうえ、リスクマネジメント委員会・職員会議で再発防止策等で検討する仕組みがある。マニュアルや指針の中に、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にすることが望まれます。

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		
A④	A-2-(1)-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

特記事項

館内はエアコンが完備されており、各所に温度計、湿度計を設置し、冬季には加湿器も設置し、温湿度管理を行っている。清掃と整理が行き届き、明るい環境になっている。契約時やカンファレンス時に本人や家族の意向を確認し、居室内に馴染みの物の持ち込みを勧めている。家族の写真やアルバム、賞状、活動で作成した作品の掲示をし、テレビや冷蔵庫の持ち込みも希望に応じて行っている。

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		
A⑤	A-3-(1)-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
A⑥	A-3-(1)-② 排泄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
A⑦	A-3-(1)-③ 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
A⑧	A-3-(1)-④ 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。	○a・b・c
A⑨	A-3-(1)-⑤ 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。	○a・b・c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	○a・b・c

特記事項

*入浴支援

心身の状況、意向等を確認し、入浴についての個別の対応方法はアセスメントシート、ケアプラン、入浴表に明記している。入浴マニュアルも整備されており、手順に沿って対応している。対応方法はケース会議で定期的に検討・見直しを行い、緊急に変更が必要時には、専門職が集まりユニット会議を開催し、検討・見直しを行っている。浴槽は状態に合わせ、個浴と2種類の特殊浴(座位式・臥立式)を用意している。浴室には必ず入浴介助者を配置し、自力の利用者に対しても見守りができる配置としている。温度計での浴槽の湯温の確認、滑り止めマット、一人ずつの入浴対応等、安全面や羞恥心に配慮されている。入浴を拒否する利用者には、時間を変更したり、シャワー浴や清拭で対応している。入浴前にバイタル測定を行っている。入浴の判断基準を設定しており、基準値を超える場合は看護師に相談し、利用者の状態も併せて判断し、不可の場合はシャワー浴や清拭の対応をしている。入浴日は週2回を基本としているが、外出予定の前日や散髪日に変更する配慮を行っている。浴槽の湯はひとりずつ交換し、清潔面でも配慮されている。

*排泄支援

排泄の支援について、契約時に心身の状況、意向等を確認している。個別の対応方法はアセスメントシート、ケアプランに明記し、ケース会議での定期的な検討・見直しを行っている。随時の変更の必要がある場合は、専門職でユニット会議を開催し、検討・見直しを行っている。排泄表で個々の排泄パターンの把握と行動パターンから声かけし対応している。また、利用者からの訴え時は、その都度対応している。オムツ使用者についても日中はトイレで対応する等、自立のための働きかけをしている。トイレは、廊下の壁沿いから少し窪んだ場所に設置されていることと、個室になっているため羞恥心等に配慮されている。また、声かけのトーンやトイレ使用時は職員は外で待機し、ナースコールを鳴らしてもらおう等、羞恥心に配慮している。トイレ内は車イスでも十分なスペースが確保され、ナースコール・手すりが設置されている。状態に応じて、2名介助で対応したり、トイレによって手すりの設置箇所を変えており、状態に応じたトイレへ案内し、安全面に配慮している。整腸効果のある乳酸飲料の提供や水分補給も午前・午後で職員から声をかけ促すことで、自然な排泄ができるよう支援している。排泄の状態は、排泄表に記入し、必要に応じてケア記録や看護記録に記入し、様子観察を行っている。

***移動支援**

移動支援について、契約時に心身の状況、意向等を確認している。個別の対応方法はアセスメントシート、ケアプランに明記し、ケース会議での定期的な検討・見直しを行っている。随時の変更の必要がある場合は、専門職でユニット会議を開催し、検討・見直しを行っている。生活リハビリとして、職員見守りの中、車イスから手すりを持った立ち上がりや歩行を行ったり、車イスの自走、歩行補助器を使用する等、自立を促すよう配慮している。福祉用具として、車イス・リクライニング式車イス・杖・歩行補助器等を用意している。利用者の意向で杖は使い慣れた物を持ち込み、モジュール型車イス検討の際は家族・業者と相談し導入している。外部講師を招いての施設内研修を開催し、移動介助が安全に行える取り組みを行っている。共用スペース・居室等、館内は車イス等でも安全に移動できるスペースが確保されている。対応を速やかに行う取り組みとして、利用者の行動パターンの把握やコール時には待たせることのないように配慮している。

***衣服の選択**

契約時のアセスメントで好みを確認し把握している。意思確認可能な利用者には、入浴前に衣類を選んでもらっている。利用者から衣類購入の希望があれば、家族に連絡し持参してもらっている。また、職員も衣類を確認し、不足の物があれば本人や家族に確認している。洗濯は施設で行い、衣類に破損等あれば、家族に連絡している。

***理美容への支援**

理美容の業者が月1回訪問しており、訪問日の用紙を各ユニットに掲示し周知している。髪型は本人や家族に確認を行っている。また、希望する利用者には、馴染みの理美容室に出かけたり、施設に訪問してもらい対応している。整髪介助の必用な利用者は、起床後や入浴後に対応している。化粧品は馴染みの物を持ち込んでもらっている。

***安眠**

居室の明かりは、2種類の調光が可能で利用者の希望で対応している。居室は個室のため、光や音は個別に応じた配慮を可能としている。夜間対応マニュアルがあり、就寝時、不眠時、夜間のトイレ・オムツ交換等の対応手順を明記しており、それに基づいて対応している。寝具は施設で用意しているが、電気毛布等持ち込みも可能としている。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A⑫	A-3-(2)-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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A⑬	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

<p>*食事</p> <p>花見弁当、クリスマスプレート、正月弁当、ちらし寿司等の季節に合った内容や各地の郷土料理、外国の料理を献立に取り入れている。また、アンケートを実施し、利用者の希望する食事を献立に反映している。朝食はパン・ごはんで選択でき、昼食は月1回、選択メニューを取り入れている。厨房で調理した副食と各ユニットで調理した主食・汁物を各ユニットのキッチンで利用者の近くで盛り付け、視覚と嗅覚で感じてもらえるようにしたり、月1回調理員が利用者の前で食べたい物を調理する機会を設けている。衛生管理は大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいて対応している。</p> <p>状態に応じて、おかゆ・きざみ・ミキサー食等に対応している。また、病状に応じた補助食や糖尿病食等にも対応している。状態はアセスメントから把握し、ケアプランや管理栄養士が作成する栄養ケア計画書に明記し、利用者に合わせた食事の支援を行っている。支援方法の見直しは、ケア会議で定期的に行う他、専門職によるユニット会議で随時の検討・見直しを行っている。イス・車イス等、利用者の状態に合った姿勢や福祉用具を活用して食事の提供し、自立に向けた配慮をしている。食事前に口腔体操を実施したり、食事内容の見直しを行い、経口摂取継続に取り組んでいる。事故発生後の対応に関する指針を整備し、手順・方法が明記され、それに基づいたフローチャートも作成し、職員が確認しやすいよう各ユニットに掲示している。食事・水分量は一覧表で把握できるようにしている。</p>
<p>*口腔ケア</p> <p>毎食後に口腔ケアを行い、自力でできる利用者には居室の洗面台でもらっている。ブラッシングができない利用者には、うがいや濡らした布で拭きとる等、口腔内の清潔に配慮している。口腔ケア時と就寝時の義歯を外す際に口腔内の確認を行っている。ニーズのある利用者は、ケアプランにニーズ・目標・ケア内容を明記し、それに基づいた支援を行い、定期的に評価・見直しを実施している。年1回、施設内研修で口腔ケア勉強会を実施し、外部講師を招いて手順・方法について研修を受けている。研修に参加していない職員には、資料と議事録を配布し周知している。協力歯科と提携しており、訪問はないが必要な利用者は受診し、助言や指導も受けている。</p>

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a • b • c

特記事項

<p>褥瘡予防指針を整備し、ポジショニング研修の中で、褥瘡予防についても学ぶ機会を設けている。褥瘡が発生した場合は、看護師がユニット内で褥瘡委員会を設置し、看護師の指導の下、介護職と連携して治癒に向けたケアが行われている。褥瘡を食事面から予防・対応するために、管理栄養士により総合的な栄養管理を行い、必要に応じて看護師、医師と連携している。</p>
--

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	A-3-(4)-① 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

特記事項

非該当

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	A-3-(5)-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 ・ b ・ c

特記事項

日常生活の中で、生活リハビリの実施や利用者の個人契約で理学療法士によるマッサージを受けている。生活リハビリの内容は、職員が見守りや支援を行い、歩行や立ち上がり等を実施している。退院時のサマリーで動作に関する事等の助言を専門職から受けている。必要な利用者には、ケアプランにニーズ・目標・サービス内容を明記し、それに基づいた訓練を実施し、定期的に評価・見直しを行っている。利用者の状態の変化時には、嘱託医に相談し、必要に応じて紹介状を記入してもらい専門医の受診を行っている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑰	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

アセスメントは介護支援専門員が行い、契約時や入居後定期的に見直しを行い、介護ソフトのアセスメントシートに記入している。個別ではケアプランに具体的なケア内容を明記し、全体では一覧表を作成し、各ケア場面における留意点を明記することで、周知し対応できるよう配慮している。ケアの対応中に不適切な対応があれば、その都度職員間で指摘を行い改善している。環境面では、共用スペースで座席の配置に配慮したり、ベッドから転落のリスクがある場合は、床にマットレスを敷く等の対応をしている。月1回、ボランティアによる絵手紙作成や音楽療法の活動を取り入れている。マニュアルとして、認知症対応の具体的方法を整備し、接し方の原則や対応例を明記している。外部研修を受講した職員が、施設内で研修発表や資料・議事録の回覧を行い、職員に周知を図っている。服薬や水分摂取等の各場面において、嘱託医や看護師からの指示により、支援内容を検討しケアプランや一覧表に反映させ、状況をケア記録に記載している。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	A-3-(7)-① 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

特記事項

利用者個々について主治医を把握し、急変時対応についてのフローチャートを各ユニットに掲示している。毎朝バイタルチェックを行い記録して、健康管理を行っている。健康状態は、必要に応じてケース記録に記録している。毎朝のバイタルチェック・看護師のラウンドなどにより、体調変化や異変の兆候に早く気づけるように努めている。看護師が服薬管理を、介護職が服薬確認を行い、チェック表で管理している。高齢者の健康管理や病気・薬に関する研修、体調変化時の対応について、研修の実施が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑲	A-3-(8)-① 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

特記事項

「看取りの指針」を整備し、終末期の対応について方針と手順を明示している。嘱託医師と連携体制を確立している。終末期に近づいた段階でケース会議を開催し、施設での対応・ケアについて説明し、家族の意向を確認し対応している。ケース会議で多職種で話し合うことにより、職員に対して精神的なケアに努めている。利用者・家族から希望があった場合に、嘱託医と施設の多職種が連携し、終末期のケアを行う体制を整備している。外部研修受講者による伝達研修を行う等、終末期に関する研修を実施することが望まれます。

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		
A⑳	A-4-(1)-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

特記事項

家族に対し、利用者の状況に変化があった場合は、主に電話で迅速に連絡している。定期的には、3ヶ月ごとのサービス計画の見直し時に、状況の報告・サービスの説明・要望の把握等を、面会時や電話で行っている。面会しやすい雰囲気・関係づくりに努めるとともに、ユニットの行事に招待するなど、利用者と家族がつながりをもてるよう取組んでいる。家族との相談について、内容や対応を記録することが望まれます。

A-5 その他

		第三者評価結果
A⑳	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A㉑	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A㉒	A-5-③ 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

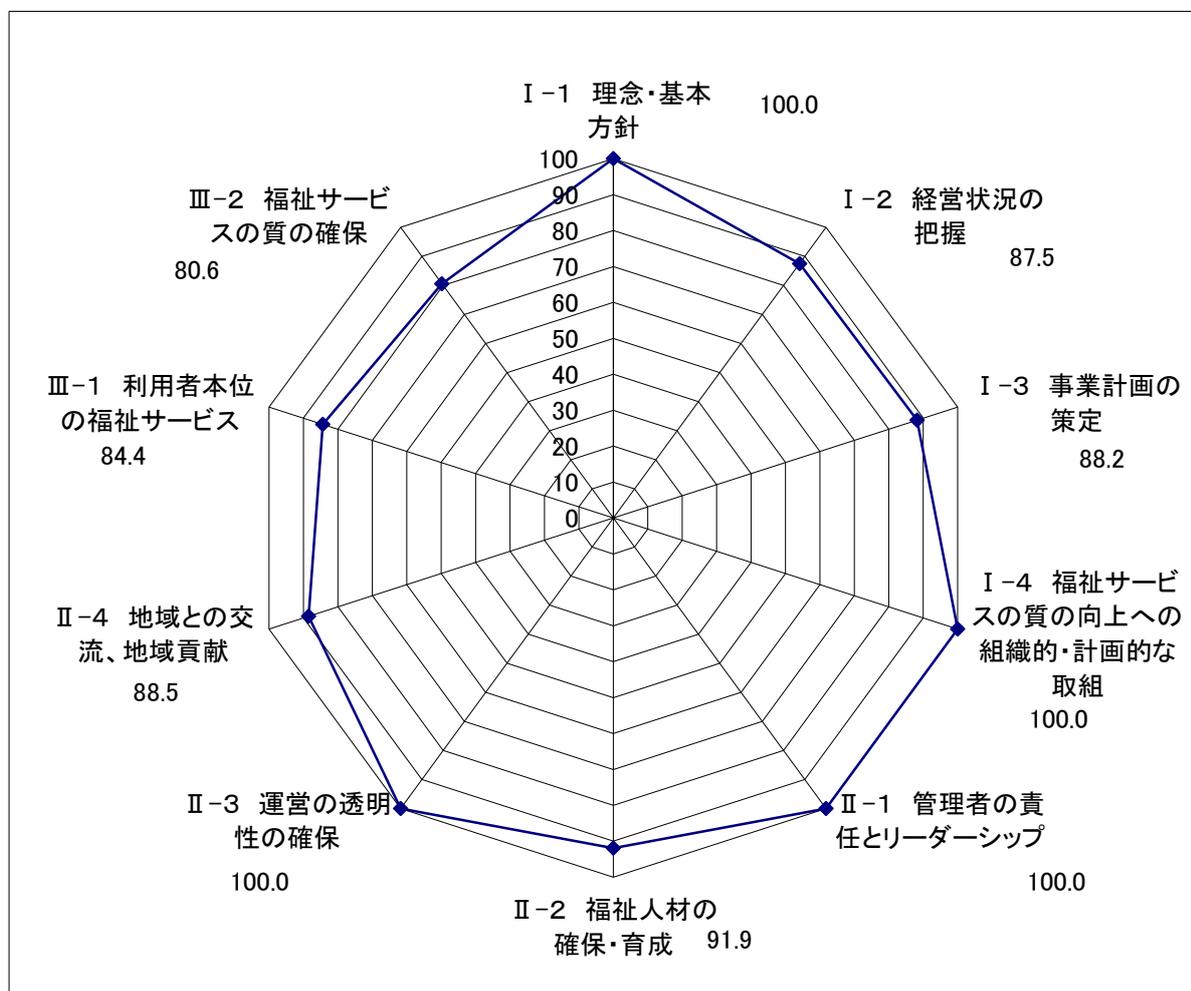
個別での外出支援を行っており、職員がマンツーマンで対応し、安全確保・不測の事態に備えている。地域の祭り等の情報は、広報紙から得ており、各ユニットで情報共有している。

電話はスタッフルームの電話を使用してもらっている。スタッフルームは、共用スペースとは隔離されており、プライバシーに配慮されている。郵便物は届いた物は個人に渡し、居室で保管している。発送については、現在希望する利用者はいないが、希望がある場合は対応可能としている。

新聞は個人で購買対応している。雑誌は現在購買者はいないが、希望があれば対応可能としている。テレビも居室に持ち込み可能としている。共用スペースのテレビのチャンネルは、職員が間に入り調整をしている。

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	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	15	88.2
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	9	100.0
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	37	34	91.9
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	23	88.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	54	84.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	25	80.6
合計	226	201	88.9



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	21	17	81.0
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	87	84	96.6
A-4 家族等との連携	5	4	80.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	125	117	93.6

合計(I~III+A)	351	318	90.6
-------------	-----	-----	------

