

## 福島県福祉サービス第三者評価結果表

### ①施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 生愛ガーデン		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：理事長 本間 達也		定員（利用人数）：30名 （31名）	
所在地：福島県福島市大笹生字向平12番地			
TEL：024-555-5311		ホームページ： <a href="http://www.seiaikai.jp/">http://www.seiaikai.jp/</a>	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成14年10月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 生愛福祉事業団			
職員数	常勤職員：	16名	非常勤職員 2名
専門職員	介護福祉士	7名	介護支援専門員 1名
	社会福祉士	1名	管理栄養士 1名
	准看護師	2名	
施設・設備 の概要	（居室数）11室		（設備等）機械浴

### ②理念・基本方針

- 1、利用者の残存機能を活かし「活動と参加」を意識したケアを提供します。
- 2、地域交流を積極的に進め地域との絆を深めます。
- 3、資質向上に努め、明るく働きやすい職場環境づくりに努めます。

### ③施設・事業所の特徴的な取組

事業計画に基づき、利用者の外出の機会を多く設け、社会とのつながりを意識したケアを提供するよう心がけている。また、法人全体の施設内研修や内部研修など様々な研修を受講することができ、今年度の内部研修では実技研修に力を入れており、介護従事者が不安に思うことや興味のあることを研修に取り入れ、職員のスキルアップに取り組めるようにした。月ごとの行事担当制を設け、すべての職員が行事計画の立案に携わることができ、成長できた。

### ④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年1月4日（契約日） ～ 平成28年4月28日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	7回（平成26年度）

## ⑤ 第三者評価機関名

NPO法人福島県シルバーサービス振興会

## ⑥ 総評

### ◇特に評価の高い点

#### 1. 福祉サービスの質の向上への組織的な取り組みについて

福祉サービスの質を向上させるため、3つの委員会（「管理運営委員会」、「安全推進委員会」、「処遇改善委員会」）を組織し、全職員が何かの委員会に属し、組織的かつ計画的な取り組みを行っている。また、平成27年度は新たな取り組みとして、全ての利用者の家族に対し独自の満足度調査を行い、施設で提供している福祉サービスに対する評価や意見・要望等を的確に把握し、ケアに反映できるよう取り組んでいる。

#### 2. 人材育成について

人事考課基準を職員へ示し、職員一人ひとりが職務遂行やスキル向上に対する目標を策定し、年2回施設長が個人面談を行い、目標達成に向けた助言や指導を行っている。また、職員のスキル向上を図るため、外部研修や法人・事業所による内部研修を計画し個人のスキルに応じた教育・研修を実施し人材育成に取り組んでいる。

#### 3. 自立支援について

利用者一人ひとりの機能訓練計画を作成し、身体機能維持や介護予防訓練を行っている。介護、看護、口腔ケア、栄養面等の様々な角度から多職種連携し、利用者一人ひとりの状況に合った訓練を行い、残存機能の維持・向上に取り組んでいる。食事も協力歯科医や歯科衛生士の定期的なチェックを受けながら、食事形態や自助具を工夫し、口から美味しく食べられるよう取り組んでいる。

### ◇改善を求められる点

#### 1. 権利擁護に配慮した福祉サービスの提供について

利用者の尊厳を保持した福祉サービスの実施を目的として接遇や虐待防止等の権利擁護について研修会を開催し、職員の理解を図る取り組みがなされているが、高齢者虐待防止に関する規程が整備されていないので利用者の権利擁護に配慮した倫理綱領を作成し毎年職員から誓約書として署名・捺印をいただく等具体的な取り組みが望まれる。

#### 2. ホームページを活用した情報公開について

事業計画や苦情対応、第三者評価受審状況の情報公開については、施設内に留まっており、ホームページを活用したタイムリーな情報公開が望まれる。今後情報の管理体制を検討し、社会福祉法人として求められている運営の透明性確保に役立てていくことが望まれる。

#### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

私たちは第三者評価を受審することによって、その年の特徴を振り返ることができるよい機会だと思い、毎年受審させていただいております。日々忙しい業務に流され書類整理もおろそかになりがちですが、自分たちの取り組みを評価していただくためには、良いサービスを提供しただけでは伝わりません。日々提供しているサービスはもちろんですが、工夫している事、頑張っている事などを文字にして皆様に伝える努力もしないと理解していただけない、ということを経験を第三者評価を定期的を受審することによって学ぶことができました。

評価結果については自分たちだけではなかなか気づかないような良い点、悪い点、改善すべき点までの確にまとめていただいているので、それを基に次回の取り組みや事業計画につなげることができるので、大事に受け止めています。

調査員の方々は様々な視点から見てくださるので、時には厳しいご意見を頂戴することもあります。やさしさというか、思いやりを感じます。当施設にとって必ずプラスになるアドバイスをしてくさるので、その助言いただいたことをヒントに実現すると、少しずつではありますが、良い方向に向かっているのが実感できます。事前の書類提出などは職員に負担がかかることもありますが、今後も継続して受審していきたいと思っております。

#### ⑧ 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。

## 第三評価結果

※すべての評価細目（45項目）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> 法人・事業所の理念が明文化されている。理念の周知への取り組みは、職員に関しては朝の申し送り時に理念を唱和し、職員会議で再確認する取り組みが行われている。また、利用者や家族への周知は、入所時に事業所の理念や運営方針について説明を行い、理念を掲載した「ガーデン便り」を配布する他、施設内の目につきやすい壁面に掲示されている。		

#### 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> 法人内の各事業所責任者による定例会「グループ連絡協議会」を通じて、社会福祉事業全体の動向について把握している。また、月例の「経営会議」を通じて施設の収支状況を把握している。		
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。	a・Ⓑ・c
<コメント> 経営課題については、「空床の利用率の向上」をあげている。課題に対しては、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者と連携し取り組んでいるが、施設が提供できるショートステイは入院中の空きベッドの活用のため入所期間が不確定で長期利用を望む利用者のニーズと合致していない為、成果があまり出ていない。		

### 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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画については、管理者が福島県社会福祉協議会の研修を受講し、平成27年度当初に策定されているが、収支計画は入っておらず内容の面も不十分なものとなっている。内外の福祉環境の分析、経営理念やビジョン、中長期経営目標の設定や収支計画も含めた中・長期計画の策定が望まれる。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画が具体的な目標が設定されたものとなっておらず、内容を十分反映することが難しい。事業計画は、実施状況の評価が可能であることが必要となるため計画の達成状況を客観的に判断できるよう、出来る限り数値目標等を具体的に設定することが望まれる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員から事業計画に関するアンケート調査を行い、前年度の反省や今後取り組んでいきたい内容等を把握し、業務会議や各種委員会を通じて検討しながら原案を作成し、理事会を経て事業計画の策定を行っている。策定された事業計画については、年度当初に業務会議で説明し全職員の理解を促している。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を施設内に掲示し利用者に対し周知を図っている。また、事業計画の中の行事情報については、施設内の掲示用ホワイトボードに記載し利用者への理解に努めている。今後は、利用者や家族の視点で分かり易い配布物の作成・配付・説明など、事業計画の理解を促す取り組みが望まれる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質を向上させるため、3つの委員会(「管理運営委員会」、「安全推進委員会」、</p>		

「処遇改善委員会」を組織し、全職員が何らかの委員会に属し、組織的かつ計画的な取り組みを行っている。また、今年度は新たな取り組みとして、全ての利用者の家族に対し満足度調査を行い、施設で提供している福祉サービスの評価や意見・要望などの把握に努めている。		
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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員で取り組んでいる自己評価、定期的に受審している第三者評価、今年度新たに実施した家族満足度調査などにもとづき、今後取り組むべき課題を明確にし、各種委員会が中心となり課題解決に取り組んでいる。利用者の視点での評価については、今年度「利用者満足度調査」を実施する予定であり、利用者目線での課題把握が期待できる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人・事業所の業務の分掌で、管理者の役割及び責任が明文化されている。管理者は事業所の理念や運営方針、事業計画などについて業務会議や委員会の中で説明を行い、職員の理解に努めている。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、経営会議（法人）や介護保険制度改正に伴う外部研修に参加し、取得した情報は業務会議を通じて職員へ周知している。遵守すべき法令については介護保険制度以外にも労働基準法や社会福祉関連に関する法律、個人情報保護法など幅広い分野での知識が必要であるため、今後、施設を管理運営する上で不可欠な遵守すべき法令をリスト化し、法令内容の把握及び職員への周知に取り組んでほしい。</p>		
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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質を向上させるため、3つの委員会（「管理運営委員会」、「安全推進委員会」、「処遇改善委員会」）を構築し、各委員会の活動にオブザーバーとして関与することで委員会の活性化を図っている。また、内部研修の一部においては、管理者が自ら講師を担当し福祉サービスの質の向上に向けリーダーシップを発揮している。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・ <b>b</b> ・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は経営会議（法人）、業務会議、各種委員会へ積極的に関与し、経営課題（人事/労務・財務）や業務運用上の現状の分析を行い、経営の改善や福祉サービスの質の向上を図る取り組みに組織の中心的立場で指導力を発揮している。今後は財務等についても理解をさらに深めることを期待したい。</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-(を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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設を運営していく上で必要な人員計画にもとづいて、ハローワークや就職説明会へ参加し求人活動を行っているが、介護人材不足から確保は難しくなっている。今後、法人として効果的に福祉人材を確保するため、人事管理、福利厚生などの取り組みを他事業所と差別化する工夫も望まれる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課基準を職員へ示し、年2回の人事考課を実施している。人事考課プロセスでは、まず自己評価を行い、職員の上職者である係長が評価を行い、その後、施設長が個人の職務遂行目標や保有能力について個別に面談を行い評価し、個人へフィードバックしている。</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組んでいる。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の就業状況について外部の社会保険労務士に分析を依頼し、評価結果にもとづいて環境の改善に取り組んでいる。特に介護職員においては、シフト勤務の見直しを行い就業時間の平準化が図られている。また、毎週水曜日を「ノー残業デー」とし、ライフワークバランスを配慮した取り組みも行っている。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回の評価面談の際、施設長が個人の職務遂行目標や保有能力について個別に面談を行い、年度目標の達成状況を確認しながら次年度の目標を設定し、職員一人ひとりの育成に向け助言をしながら継続的な取り組みを行っている。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>法人全体で教育方針にもとづき、教育計画を策定している。職員に対する教育については、事業計画にもとづき、職員の意見を反映させた施設内研修計画（年間12回開催）を策定し、計画にもとづいた教育・研修が実施されている。教育手法については、座学だけでなく、実技を交えた実践的なカリキュラムも採りいれている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部で開催している階層別・テーマ別・職種別研修、法人・事業所で開催する各種研修など、教育・研修の機会を確保し、職員を積極的に受講させている。特に「食事介助」については、職員のスキルにバラツキがあり、「職員の食事介助スキルの平準化」の課題解決に向け、個人のスキルに応じた個別の研修を実施している。</p>		
<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。</p>		
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・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れに関する基本方針、実習要項、実習手順などがマニュアルによって明文化されている。実習生に応じた実習プログラムが準備されており、受け入れ体制が整備されている。今後は、「社会福祉士」の実習生の受け入れができるよう受け入れ体制の準備を検討されている。実習生の受け入れの体制は十分整備されているが、受け入れ実績が少なく、今後は、県内の学校との関係性を強化し実習生受け入れを増やすことが課題である。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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・㉓・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の財務状況の情報公開については、ホームページ上での決算書の掲載や利用者の家族への配付、施設内への掲示などを通じて適切な取り組みを行っている。また、事業計画や苦情対応、第三者評価受審状況の情報公開については、施設内に留まっており、今後ホームページや広報誌などの媒体を活用し広く地域へ向けた情報公開が望まれる。</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・㉓・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における経理規程が定められ、内部監査や税理士（法人理事）の指導や助言を受け等、内部統制の仕組みが確立しており適正な経営・運営のための取り組みが実践されている。今後は、社会福祉法人審査基準で求められている5年に1回程度、外部の公認会計士・税理士等の専門家による外部監査を行い、より透明性を高める取り組みが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>町内会へ加入し、町内運動会や敬老会に利用者と職員が一緒に参加したり、施設内の行事である夏祭りやひな祭りに地域の住民を招く等、地域との交流を深めている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れに関する基本方針や受け入れ要項、受け入れ手順などがマニュアルによって明文化されており、受け入れの体制が整備されている。音楽や民謡、傾聴、将棋などのボランティアを受け入れているが、数が少ないのが現状であり、今後更なる受け入れを増やすため外部へ情報発信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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に必要な社会資源（行政機関、病院、保健・福祉機関、地元商店、集会所、福祉タクシー、福祉用具貸与事業所など）をリスト化し、施設内に掲示することで職員との情報共有を図っている。同敷地内にある地域包括支援センターとは定期的な情報交換会等を通じて連携強化に努めている。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の要援護者を受け入れるための福祉避難所として福島市と協定を締結し、事業所が有する機能を地域に還元している。また、事業所内の会議室を地域へ開放しているが、ほとんど利用実績がない。今後、利用促進に向けた取り組みが望まれる。</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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域包括支援センターとの交流を通じて把握しているニーズを活かし、事業所のスペースや専門的機能を活用し、地域福祉向上に資する講演会や勉強会、相談会などの公益的な活動が望まれる。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念に基づき基本方針に利用者を尊重した質の高いサービスの提供について明示している。倫理規程を策定し、職員が共通の意識を持って実践できるよう基本的人権への配慮や接遇について研修会や業務会議等で理解を深めている。施設内に理念が掲示され、名札の裏面には理念が印刷してありいつでも確認ができるようになっている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが整備されており、入浴や排泄等においても個別に注意事項が記載されている。法人内でも利用者の尊厳を保持した福祉サービスの実施を目的として接遇や虐待防止等の権利擁護について研修会を開催し、職員の理解を図る取り組みがなされている。身体拘束防止についての規程は策定されているが、高齢者虐待防止の規程等がないため明文化が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体のパンフレットを作成しており、地域を支える生活医療とリハビリと介護連携を掲げ各事業所の特性を紹介している。主に利用希望者に配布しているが、毎年参加している福祉作品展の会場等にも置いて多数の方に入手できるようにしている。ホームページも情報発信として活用しており、法人の考え方や施設の概要を掲載し、利用希望者の選択に役立つ情報を提供している。第三者評価受審結果については、県のホームページ等に公表されている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書、重要事項説明書、法人のパンフレット、グループ内の資料を使い、わかりやすく説明するようにしている。福祉サービスの利用開始や変更時には事業所の定めた様式に基づき利用者や家族の理解しやすい言葉で説明を行い、相談を受けてから同意を得るまで書面にて確認できるようにしている。以前に成年後見制度を利用されていた方もおり、意思決定の困難な利用者への援助方法について実績を踏み取り組みされている。</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。	Ⓐ・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族の事情により自宅へ戻られる方や事業所変更等の際には、必要な福祉サービスが途切れなくスムーズな移行が行えるよう心身の状況や生活状況等を引継ぎしている。入退所に関する窓口は生活相談員が担っており、サービスの利用終了後も利用者や家族が相談できる支援体制が整っている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価により利用者家族アンケートは毎年実施していたが、今年度は満足度把握のため質問項目を職員で検討し事業所独自に家族アンケートを行った。集計結果をもとに直接処遇へ反映できるものは実行している段階である。今後は、利用者アンケートも計画中であり利用者本位の実践、よりよいサービスの提供へつながることが期待できる。</p>		
<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。</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制が整備されており、委員会は半期に1回開催し年度末には苦情対応の状況把握のため、受付状況や対応策等を取りまとめ報告している。苦情があった場合の受付や対応策について手順が明確であり、軽微な行為に関する苦情、重大な不当行為に関する苦情に分かれ、それぞれフローチャートがあり迅速な対応ができるようにしている。利用者や家族の同意を得たものを公表し、併せて他の苦情相談内容から学び再発防止に取り組んでいる。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に介護相談員や傾聴ボランティアの受入れをし、事業所内にご意見箱を設置し、第三者委員の説明を掲示する等、利用者が意見を出しやすいような環境づくりに心がけている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族から問い合わせや意見等を受けた場合には、受付記録用紙に記入し、その内容により要望なのか苦情にあたるのか具体化し申し送りや業務会議等で情報共有するとともに迅速な対応に努めている。記録用紙を工夫し、一目で意見なのか苦情であるのかわかりやすい表示にしている。</p>		
<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。</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント委員会を設置し、毎月の業務会議にて事故発生状況と改善策について一覧表で確認している。年度毎に利用者一人ひとりに事故報告を集計し、発生要因の分析、</p>		

対応策、検討を行い再発防止に努めている。福祉用具等の点検は防災設備委員会が主となり安全に使用できるかの確認等が定期的実施されている。		
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、取り組みを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症や食中毒予防の指針に基づきマニュアルが整備されている。委託である清掃とリネン業者と厨房の職員も含めた会議を定期に実施し、感染症予防や発生した場合の対応策について共通の理解と周知に努めている。安全推進委員会を中心に研修内容に実技を取り入れる等、具体的に理解を促すための取り組みがされている。インフルエンザについては全職員対象に法人内研修を実施し組織全体で予防に取り組んでいる。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の自主訓練は同敷地内の事業所と合同で地震や土砂災害等、さまざまな災害を想定した避難訓練を実施しており安全に避難誘導ができるよう取り組みがされている。また、地域の消防団も訓練に参加し協力体制を構築している。福祉関係である他施設と共同で噴火時に備えた訓練も実施し、利用者の安全確保のため避難誘導等について共通の意識確認を行っている。備蓄の食糧の取り扱いについても文書化されており、災害時に職員の誰が見てもわかるよう、利用者が何を食べるか明確になっている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法はマニュアル化されており、入浴や排泄等の業務手順に従いサービス提供している。接遇やプライバシーの保護等については研修会や職員へ個別の指導等により職員に周知徹底する対策を講じている。キャリア段位制度の活用について検討している。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務改善委員会は毎月開催され、利用者や家族、職員からの意見で気になる点は随時検討し見直しを行っている。虐待に関する研修を通しセルフチェックする機会があり、特に多かった項目はケア対応について見直すきっかけとなっている。今年度から個別ケアに重点を置いており、どの様な活動内容にするかを話し合い、利用者や家族の意向に沿った音楽やぬり絵等を取り入れ実施している。</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。	㉑・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の福祉サービス実施計画は、利用者本人や家族の意向を把握し、介護、看護、主治医、施設長、栄養士等さまざまな職種から意見を出し合い定期的に会議を開催し協議しながら介護支援専門員が策定している。多職種によるアセスメントの実施、サービス実施計画に対する評価法の手順が確立しており、計画内容に即したモニタリング記録と、具体的なサービス実施状況を明確にした日々の記録等から計画通りに実施されているかが確認でき、総合的な仕組みが構築されている。</p>		
43	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画は、定期的に受け持ち職員が計画実施状況に対するモニタリングを行い評価記録表に記入している。評価内容についても多職種でカンファレンスを開催して検討し介護支援専門員が総合的な意見を踏まえ見直しを行う業務体制が整っている。</p>		
<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。</p>		
44	<p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス計画書により提供されたサービスについて、介護と看護で統一された様式で記録している。全職員が共通の認識で記録することができるよう記録の書き方の研修も実施している。個人ファイルは緊急時に1冊持ち出せば良いように工夫され良くまとめられている。細分化されわかりやすく記録に残されているところは評価できる。</p>		
45	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時に守秘義務や個人情報保護等に関する重要性は説明されており、会議や研修会で振り返り理解する機会がある。記録は規程に基づき適切に管理されている。広報誌の写真掲載について施設長は写真データの責任者となっている。</p>		

## 第三者評価結果（特別養護老人ホーム）

※すべての評価細目（18項目）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。

### A-1 支援の基本

		第三者評価結果
1	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>クラブ活動運営委員会で月間スケジュールを計画し、その日の気分で自由に参加できるレクリエーション活動を毎日日替わりで実施している。ボランティアによる音楽や将棋の相手、書道や手芸や園芸等の多様なジャンルから選択できる活動を利用者の趣味が活かせるよう企画している。土日は特にクラブ活動内容を設定せず、利用者の好みを募り人数の多かった活動を取り入れる等、利用者の希望に沿ったものとなるよう働きかけている。</p>		
2	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が理解しやすいよう筆談やジェスチャー等も取り入れコミュニケーションを図っている。またコミュニケーションの重要性を理解し、日常生活の入浴時やレクリエーション等を通し意思決定できる場面を設定し支援している。生活相談員と介護支援専門員も食事介助を行い利用者とのコミュニケーションを心がけている。接遇に関する研修会を毎年開催し、馴れ合いに陥らない言葉かけや自尊心に配慮して日々の対応に留意するとともに、気になる言動があった場合にはその都度注意を促し必要性があれば検討する体制となっている。</p>		

### A-2 身体介護

		第三者評価結果
3	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴検討係が中心となり利用者一人ひとりに入浴リスクカードを作成し、入浴の際に注意すべき点を確認しながら安全に入浴介助が実施できるような取り組みをしている。内容はカンファレンス等で定期的に確認・見直しをしている。入浴の誘導や介助において、タオルをかけたり、パーテーションを使用したり、同性による介助を希望されている方への対応等、利用者の羞恥心や尊厳に配慮し実施している。入浴者の脱衣所と浴室の温度差がないよう室温管理にも気をつけている。</p>		

4	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一人ひとりの排泄リズムを把握し、利用者の状態により排泄時の介助方法に工夫を行ったり、時間を考慮しタイミングよくトイレ誘導の声かけを行っている。居室にポータブルトイレを設置することなく、できるだけトイレで排泄できるような支援に取り組んでいる。排泄用品の検討は随時行い、個々の状況に応じた準備のもと排泄ケアをしている。</p>		
5	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のできる力を活かせるように自立に向けた移乗、移動動作ができるよう話し合いを行い支援に努めている。安楽で安全な姿勢の確保についても協議されており、座位アプローチ係を中心とし状況確認を行い、カンファレンスにおいて多職種で検討し心身の状況に合った介助法と移動しやすい福祉用具を選定するとともに環境整備に取り組んでいる。福祉用具の点検は月に1度実施し安全性に配慮している。</p>		
6	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>褥瘡予防の支援が必要な利用者には、体圧分散マット等を使用し、個別にチェック表を作成して定時で体位変換を行い予防に努めている。褥瘡対策委員会は対象となる利用者の注意する点を一覧表にまとめ全職員が周知できるようにしており、看護師、栄養士、介護の各分野で皮膚状況の観察から栄養スクリーニング、介助法において情報共有しながら対応している。外部の研修会で学習したことを職員に伝達し、身体拘束にならないポジショニング法を実践している。</p>		

### A-3 食生活

		第三者評価結果
7	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理栄養士による栄養管理指導を実施している。利用者の嗜好調査から好みのものを献立やおやつに取り入れ苦手なものは代替えを準備する等、希望を反映できるよう工夫している。誕生月には季節の果物を使用した手作りケーキを全員準備し、誕生日の日には対象となる方の好みの副食を提供しバースデーカードを添えてお祝いの気持ちを伝えている。食事の時間にはテレビを消し音楽を流す等、おいしく食べられる環境づくりに心配りされている。</p>		
8	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1度は医師を含めた多職種による食事の観察や嚥下状態の確認を行っており、利用者に</p>		

<p>合わせた食事形態で提供を行い、経口摂取の維持への取り組みがされている。自分のペースで食べることができるよう必要な方に自助具等の活用により自力で食べられるよう食支援している。食事をする姿勢に気を配り、テーブルの高さや床に足がついているか等を検討し身体に負担がかからないよう配慮している。</p>		
9	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歯科衛生士による口腔状態のチェックが月4回実施され、利用者一人ひとりに合った口腔ケアについての助言や指導のもと実施している。法人内に歯科受診できる体制が整っており、協力歯科医と連携し状況に応じ内視鏡検査や歯科治療の受診ができる。口腔ケアの計画が作成され定期的に見直しを行い清潔保持と疾病予防の支援に取り組んでいる。義歯は定期的に消毒し、利用者の意向に沿いながら衛生面に配慮した管理がなされている</p>		

#### A-4 終末期の対応

		第三者評価結果
10	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が主体となり職員を対象に研修を実施し、終末期に関する対応手順や職員の心構え等について理解を深めている。入所契約時に終末期・看取りの指針を説明し意向の確認を行っている。医療機関との連携が密であり、状態変化の際にはその都度家族の意向を確認し、各職種間で連携を図り、本人や家族の希望があれば看取りのできる体制が整っている。</p>		

#### A-5 認知症ケア

		第三者評価結果
11	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の入所前からの趣味等を把握するとともに行動パターンを理解し、エプロンたたみ等のお手伝いを通した役割意識に配慮し個別ケアに努めている。興味のある活動を毎日のクラブ活動やレクリエーションに反映させ、生きがいを持って過ごせるよう支援している。認知症について法人内研修が行われ対応法を学び、一人ひとりの状況に合わせ統一したケアができるよう取り組んでいる。</p>		
12	A-5-② 認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>安全な移動や活動が行えるよう生活上の動線にある家具等の配置に気を配っている。危険物等を含め、備品は責任者を明確にして安全管理を行っている。ベッドサイドには馴染みの家具や家族の写真等を持ち込み自由に飾っており、毛布等の寝具類も希望のものを使用し落ち着いて過ごせるような環境作りに心がけている。</p>		



### A-6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
13	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別に機能訓練計画を作成し身体機能維持や介護予防訓練を実施し定期的に見直しを行っている。日常生活動作のなかで介護、看護、口腔ケア、栄養面等のさまざまな角度から専門職の特性を活かして検討し、個人の状態に合わせた機能訓練を実施している。症状の変化を早期に発見し、医療機関と連携を図りながら残存機能の活用に取り組んでいる。特に口腔ケアによる機能維持については積極的に取り組んでいる。</p>		

### A-7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
14	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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の暮らしのなかで職員の気づきを大切にし、いつもと違う症状があれば小さなことでもその日のうちにリーダーに伝え、看護師と情報共有するとともに主治医の指示や医療機関を受診する連携体制が確立している。急変時や体調変化時の対応についても内部研修を行い、全職員が適切に対応できるよう周知している。</p>		
15	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症や食中毒の予防と発生した場合の対応方法が確立しており、インフルエンザ等の発生する時期に合わせて研修会を実施し全職員に周知を図っている。職員のインフルエンザ予防接種は費用の一部を法人が負担し感染予防に取り組んでいる。今年度はマニュアルの見直しを行い職員が感染症に罹った場合について明文化された。年間を通じて玄関口に洗面台を設置し、家族や訪問者にはうがいと手洗い消毒を励行している。</p>		
16	A-7-③ 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師が服薬回数別に仕分けして薬の管理を行っている。利用者一人ひとりの内服薬に顔写真を貼付して配薬時には顔と名前を確認する等、複数職員により数回確認するチェック体制に変えたことにより誤薬に関する事故報告はほとんどなくなっている。</p>		

### A-8 建物・設備

		第三者評価結果
17	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。	㉠・b・c

<コメント>

備品の管理責任者を明確にし、不具合のないよう点検を実施している。トイレや居室内は1日2回委託業者により掃除が実施され、清潔保持に努めているとともに問題点があれば改善に向けて話し合いを行って安全や快適性に考慮している。数種類の新聞や本が自由に読めるように準備しており、畳敷きの談話スペースや玄関フロアにソファを設置する等、思い思いの場所で快適に過ごせるよう配慮している。

## A-9 家族との連携

		第三者評価結果
18	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設のお便りを毎月作成し送付している。そこへ担当職員から利用者の生活の様子を記入し伝えており、面会時に話すきっかけともなっている。敬老会等の行事に家族へ参加をお願いし、家族懇親会を開催する等、面会時だけではなく要望を聞く機会を設けている。相談や意見があった場合には、受付記録用紙に内容を記録している。</p>		