

福島県福祉サービス第三評価結果表

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：http://www.seiaikai.jp/	
【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：	14名	非常勤職員 3名
専門職員	介護福祉士	5（7）名	介護支援専門員 1（2）名
	社会福祉士	1（2）名	管理栄養士 1名
	准看護師	2（3）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

- 1、理念・基本方針に基づき、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掛けている。
- 2、今年度は、前年度の課題だった利用者の満足度調査を実施することができ、具体的な要望等をケアプランに反映できるよう取り組んでいる。
- 3、虐待予防にも力を入れ、虐待予防マニュアルの整備と並行し、各職員へ虐待の芽チェックリストを用いて面談を実施することにより、職員自らが気をつけるべきことを洗い出し、注意喚起することができた。
- 4、介護者の負担軽減を目的に、介護支援ロボット導入モデル事業に参加し前期・後期と活用することができた。また、機械浴槽の機種変更をしたことにより、腰痛予防対策も実施することができた。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年12月 7日（契約日） ～ 平成29年 4月24日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	8 回（平成 27 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に向けた組織的な取組みについて

職員が少数にもかかわらず委員会が組織化され、委員会の中に係と係の中に課題ごとに担当者を決め課題への取り組みや情報収集が行われており、その内容を委員会にあげてマニュアルや改善策として検討されている。結果は職員全員にフィードバックされ共有されている。職員は何らかの委員会に属し係や担当を担う中で成長できるとともに職員間の協力体制も深まっている。毎年受審している第三者評価結果を活かして改善に取り組むほかマニュアルの見直しも行われ、サービスの質の向上に活かされている。

2. 人材育成と風通しの良い職場環境づくりについて

毎月、法人グループ全体の研修が行われるほか、職員の要望、職員ヒアリングで把握した共通課題について、実技研修も取り入れた施設独自の研修を行い、支援現場で役立つ技術や知識を実践的に学ぶなど職員の資質向上に取り組んでいる。また、委員会活動、職員会議、個別面談を通し職員が自由に発言できる職場づくり、腰痛対策として介護ロボットの導入、産業医を活用した職員のストレス対策など働きやすい環境づくりに努めている。

3. 利用者一人ひとりに寄り添った支援について

平成28年度初めて利用者本人から聞き取り方式で満足度調査が行われ、本人の思いや生活歴、生活に対する要望、やりたいことや困っていることを丁寧に聞き取り、これまでに気づけなかった情報を把握し、ケアプラン（個別援助計画）に反映するなど利用者一人ひとりの個別性に配慮したケアに努めている。また、利用者毎ケア担当が配置され、本人の状態が細やかに把握され、記録や申し送りでも全職員に周知されることで利用者の問題行動等困難事例を生じさせないケアにつながっている。

◇改善を求められる点

1. 中・長期計画の内容の充実と中・長期収支計画の策定について

今年度、中・長期事業計画が策定されるなど改善が進みつつあるが、計画を推進するための中・長期収支計画が未整備であるので施設設備面のメンテナンス費などを考慮した収支計画の策定が望まれる。また、単年度の事業計画へ内容を反映させていくためには、中・長期計画の内容を人材確保等諸課題の改善につながる具体的なものとし数値目標なども含めて充実していくことが望まれる。

2. 個人情報利用の同意やケアプランの本人説明について

利用者の写真等個人情報を広報誌等に利用する際、その都度電話で家族の了解を得ているが、口頭では記録が残らない事や行き違いを防ぐ観点から利用開始の際、文書で同

意を得ておくことが望まれる。また、ケアプランの内容の配布、説明は家族には行なわれており、ケアを効果的なものとするために利用者本人へも可能な範囲で説明することが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

自分達が頑張った部分、また、弱みの部分を適切に評価していただき感謝しています。少人数でも努力すればきちんと良い評価を得られるのだという自信をもつことができるので、今後も継続して受審していきたいと思っております。

また、今年度は調査票（自己評価票）も記入の方法が変わり、着眼点をあげてもらったことで、どのポイントについて答えればよいか、わかりやすくなったと思います。

様々なアドバイスもいただいたので、それを基に、少しずつ改善できるように努力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
<p><コメント></p> <p>理念、基本方針は明文化され、年度当初の職員会議で全職員に文書で配布している。また、グループ全体の理念は、朝礼時に唱和するなど職員への浸透を図る取り組みを行っている。</p> <p>理念や基本方針は、利用者のカンファレンスでサービスの基本やケアを考える際の拠りどころとなっており、個々の福祉サービス実施計画の策定に活かされている。</p> <p>さらに、ホームページやパンフレットにも理念や基本方針が掲載されると地域や利用希望者等への周知が広がると思われる。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、毎月グループの経営会議に出席し経営状況を把握している。さらに、毎週開催されるグループ連絡協議会を通して社会福祉行政の動向など事業経営を取り巻く環境の把握に努めている。</p> <p>また、地域包括支援センター等を通して、地域のニーズや利用対象者に関する情報を把握している。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は経営会議で明確になった課題を職員会議で職員に伝達し、周知している。また、理事会に報告するとともに、地域包括支援センターなど関係機関と連携して具体的な取り組みを進めている。現在、入院等で生じた空床を有効に活用したショートステイに取り組み在宅高齢者の利用につながっている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>前回評価時は中長期計画が作成されていなかったが、今回中長期の事業計画を作成するなど改善が進みつつある。</p> <p>なお、計画には数値目標などが設定がされていないので、計画の進行管理を図る観点から具体的な目標を入れるなど内容の充実が望まれる。また財政的裏付けとなる収支計画の策定も望まれる。</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 ・c
<p><コメント></p> <p>中・長期の事業計画は数値目標や具体的な成果までは入っていないため単年度の事業計画に具体的に反映することが難しく、重点事業などの項目のみ取り入れている。今後持続的な事業経営を推進するためにも、中・長期計画の内容に課題に対応した方向性や具体的な数値目標などを入れ、その視点を単年度計画に反映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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、職員からアンケートにより意見集約を行い、職員で構成する「管理運営委員会」「安全推進委員会」「処遇改善委員会」の各委員会での検討を経て原案を作成している。年度末の職員会議において、当該年度計画の評価・見直しと併せて次年度の事業計画案を協議し、理事会の検討を経て決定している。職員へは、年度当初の職員会議において、文書で配布し周知を図っている。</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 ・c
<p><コメント></p> <p>利用者に対しては、毎月、月間行事予定をホワイトボードに掲示し周知を図っている。家族には生愛ガーデンだよりに同封し、周知している。また、施設の敬老会終了後に開催している懇親会で事業計画を説明している。</p> <p>なお、利用者への周知は、月間行事の周知に留まっているため、文字を拡大したり分かりやすい表現で言い換える等の工夫を行い、事業計画全体の周知が望まれる。</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。	③・b・c

<p><コメント></p> <p>毎年、第三者評価を受審し、その結果を職員や理事に周知し、問題意識を共有しながら課題解決に向けた取り組みを実施している。また、家族を対象とした満足度調査に加え、今年度から利用者へも満足度調査を実施し、課題の把握に努めている。把握した課題は、内容により各委員会で検討のうえ改善策を策定し、職員会議で周知し実践に結びつけている。</p>		
9	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、第三者評価を受審し、評価内容を職員に報告し、職員間での課題の共有化を図っている。また、併せて各委員会で検討し、改善策を策定し共有しながら取り組みを実践している。その結果を年度末に評価分析し見直しをするなどPDCAサイクルによる継続的な取り組みを行っている。</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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
10	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は事務分掌を職員会議で配布し、自らの役割と責任を周知している。また、家族へは生愛ガーデンだよりや施設の敬老会終了後の懇親会などにおいて、法人の理念や基本方針とともに、管理者としての責任や役割を表明し周知している。</p>		
11	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、社会福祉協議会などの外部の研修会や経営セミナーに積極的に参加し、制度改正や福祉行政の動向など施設を取り巻く社会情勢の情報収集に努めている。また、知り得た情報は職員会議等を通じて職員に周知し、共有を図っている。特に、コンプライアンスに関しては、日頃より職員会議等で職員へ意義と内容を説明し理解を図っている。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、各委員会へ出席し、課題の把握や改善策の検討に当たり職員と意見交換を行うとともに、福祉サービス向上に向け、アドバイスや指示を行うなど指導力を発揮している。</p>		
13	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p>		

管理者は毎月1回開催される経営会議や毎週開催されるグループ連絡協議会に出席し、経営状況の把握や情報の収集を行っている。会議では経営や業務の改善に向けた提案や要望を行っている。

また、職員会議や各委員会では、経営会議やグループ連絡協議会から得た情報等を伝達するとともに、課題解決に向けた改善策の方向性を示すなど具体的に指導力を発揮するとともに職員の意見も汲み上げ業務改善に活かしている。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>人員体制の計画（国の基準+2名）や人材育成のプログラムを確立し、積極的に社会福祉協議会やハローワーク開催の求人説明会等に参加し求人活動を行っている。</p> <p>しかし、事業所で必要と考えている人数の介護職員を確保できておらず、さらなる取り組みが望まれる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回、定期的に人事考課を実施している。管理者が職員との面接を通して、職員の個別目標に対する自己評価と一緒にチェックし、課題や目標の見直しを行い新たな個別目標を策定している。次回の人事考課において、同様な手法で評価・見直しを行いながら、職員自らの気づきとスキルアップのための継続的な取り組みを促進している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員が上司や管理者に気軽に相談できるように、日頃から相談しやすい職場の雰囲気づくりに配慮している。職員会議、個別面接や日常業務の中で、職員が自由に発言できるように職場環境の整備に努めるほか腰痛対策として介護ロボットの導入も進めている。</p> <p>また、ストレスチェックの結果や内容を検証し、産業医を活用した心理面のケアにより意欲の維持、虐待のリスク防止に努めている。ケースによっては職員の組み合わせを考慮するなど働きやすい環境づくりに取組んでいる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年6月に、職員自ら目標を立て12月に管理者がヒアリングを行い、目標の達成度や成果を職員とともに検証している。さらに、検証の結果を踏まえ目標を見直し、半年間実践した後に再度検証を行うという半年サイクルのPDCAに取組んでいる。</p> <p>管理者は職員に対し、その都度アドバイスや指導を行い職員の継続的な取り組みを支援し</p>		

資質向上を図っている。また、職員共通の課題については、課題解決に向けた研修を実施するなど職員の育成に努めている。		
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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月、グループ全体の業務に関連する研修で学ぶとともに施設独自でもテーマを決めて研修を実施している。施設の研修は、毎年度末に職員会議や各委員会を通して希望や意見を集約し、次年度の研修計画を決定している。研修は座学だけでなく、ノロウイルスの処理技術などの実技研修も行い、介護技術水準の統一や向上を図っている。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>職員が、グループ全体や施設内の研修のほか福島県社会福祉協議会などの外部研修に参加する機会を設けている。外部研修を受けた職員は、直後の職員会議で伝達研修を行い、研修内容の共有化を図っている。</p> <p>新人職員への教育は、入職時のオリエンテーション等の指導や講習に加え、業務の中で先輩職員が指導（OJT）を重ねることで技術の向上に取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れマニュアルを策定し、高齢者介護実習、小・中・高校生の介護体験、教員免許取得志願者等の介護実習の受け入れ体制を整備している。</p> <p>しかし、公共交通機関や地理的な不便さなどの要因もあり、近年は実習等の申し込みがなく将来の介護人材獲得のためにも養成校などへの働きかけが望まれる。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページやパンフレットで、サービス内容、施設設備、財務状況を公開し、運営の透明性の確保に努めている。また、苦情については苦情解決委員会に諮り苦情解決を行い、その結果を施設内に掲示して周知している。家族へは、生愛ガーデンだよりに同封して報告している。</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・㉔・c
<p><コメント></p> <p>定期的な内部監査を実施している。また、毎月1回開催される経営会議には、税理士が参加しており専門的立場から会計に関するコンプライアンスや資金運用、設備更新時期について</p>		

でのアドバイスや指導を受けている。

また、会計事務の決裁区分を明確にし、印鑑と通帳の管理を分離するなど会計処理の基本原則を厳守し、厳密な管理を行うなど内部牽制体制が出来ている。

なお、外部監査は小規模の為実施されていないが、外部の公認会計士や税理士などの相談・助言を受けられる体制の検討が望まれる。

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>地域の町内会に加入し、地域の敬老会や運動会に参加している。また、地域の小学生の訪問を受け、利用者と一緒に「だんご刺し」を作るなどの世代間交流を行っている。さらに地域の婦人会を定期的に施設の行事に招き、利用者との継続的な交流を図っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアル、ボランティア活動マニュアルを策定し、受入れの基本方針や手順を明確にして体制を整備している。受入れるボランティアには法人が保険に加入し、安心して活動できるよう配慮している。受入れに際して、利用者の特徴、注意事項、守秘義務等について事前レクチャーを実施している。なかには、毎月同じ人が民謡教室や傾聴ボランティアなどで訪問しており、利用者との馴染みの関係が築かれ交流が深まっている。</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><コメント></p> <p>地域の社会資源のリストをまとめた冊子を作成し、利用者等が自由に閲覧できるように食堂の本棚に置いている。管理者や職員は、グループ連絡協議会や地域ケア会議、県北地方の施設長会議など外部の会議等に積極的に参加し、関係機関等との連携を図っている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>地域住民や利用者家族向けに施設の見学会を企画し、施設設備や介護内容を紹介し介護機器や技術の広報や普及に努めている。また、地域の花見や神社の祭りに利用者とともに参加するほか、地域の敬老会のアトラクションに職員が出演するなど地域との交流を図り、地域の一員として身近な施設づくりに取り組んでいる。</p> <p>なお、会議室などを地域に開放しているが利用が進んでおらず、地域住民に事業所を良く知っていただくよう施設見学会等を継続的に行なうことが望まれる。</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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携を図り、地域ニーズの把握に努めている。地域住民を対象とした介護予防教室に職員を派遣し、予防体操、口腔ケアの方法などの介護知識や技術の普及にも取り組んでいる。</p> <p>なお、民生委員など地域の関係者と協力しながら地域の福祉ニーズの把握に努め、そのニーズに対応した具体的な公益的的事业に結び付けていくことが望まれる。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の行動規範として倫理規程を策定し、採用時に内容を説明したうえで配布し周知を図っている。身体拘束・虐待防止マニュアルを策定し職員に周知し取り組んでいる。これまで、身体拘束と虐待防止をまとめて一つのマニュアルとしていたが、より実効あるものとするため福島市の研修資料を参考に虐待防止マニュアルを別に策定中である。</p> <p>また、毎年、身体拘束や虐待防止の研修を実施し周知を図っているが、さらに外部研修にも積極的に職員を参加させている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>プライバシーの保護に関するマニュアルを策定し、初任者オリエンテーション、職員会議、研修を通して周知を図るとともに、日常業務の中でその都度、確認するようにしている。</p> <p>また、「虐待の芽チェックリスト」を作成し、年2回、全職員に実施し、職員の傾向やリスクを事前に把握し指導に活かしている。</p> <p>居室は2人部屋や4人部屋等従来型の多床棟となっているが、利用者の専用スペースの間に低層のタンスを置き、さらに周囲をカーテンで仕切ることでプライバシーが保てるよう配慮している。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者には個別に対応し、パンフレット等による説明に加え施設内を案内するなど丁寧に対応している。</p> <p>なお、パンフレットがグループ全体のものであり、施設単独のパンフレットや資料がない</p>		

<p>ため、分かりにくいものとなっている。写真や図を使用し生活内容や利用料なども含め分かり易く表現した施設単独のパンフレットや資料の提供が望まれる。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>入所時やサービス変更時には、重要事項説明書や利用契約書等に基づき説明を行っており、できるだけ分かりやすい言葉を使用し、理解が得られるよう配慮している。</p> <p>また、サービス開始・変更時は文書により家族の同意も得ている。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行にあたっては、口頭によるほか連絡票や医療情報提供書等の文書による引継ぎを実施している。家族や利用者に相談員がいつでも相談に応じる旨を伝えている。</p> <p>またショートステイや外泊時にも、ADLや服薬等の生活状況に関する情報を家族へ伝え継続性に配慮している。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>これまでアンケート方式により家族へ満足度調査を実施してきた。それに加え今年度から生活全般にわたる要望を利用者一人ひとりから聞き取る利用者満足度調査も実施している。満足度調査の結果は、個別ケアの見直しに活用している。</p> <p>また、施設の敬老会終了後に開催している家族懇親会で要望を聞き、それを受け施設見学会を開催するなど施設運営に家族の意見を反映している。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決については、担当者及び責任者、外部の第三者委員を重要事項説明書に明記し、サービス開始時に利用者や家族へ説明を加えて周知している。さらに、家族懇親会等においても苦情解決の仕組みを説明し、浸透を図っている。</p> <p>また、満足度調査に虐待に関連する項目を設けて利用者や保護者が表明しやすいように工夫している。苦情やその解決内容は施設内に掲示し、保護者へは生愛ガーデンだよりに同封して周知している。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内に御意見箱を設置しているが、投函の例はなくむしろ面会に来た時に、職員に直接要望や苦情を申し出ている。また、毎月、傾聴ボランティアが来訪し、利用者の話を聞いて</p>		

<p>いただくほか、年4回程度、派遣相談員の訪問があり、利用者と面接して要望や苦情を聞いていただき、内容によっては報告を受け問題解決やサービス改善に繋げている。</p>			
36	Ⅲ-1-(4)-③	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見で緊急を要するものは即対応し、問題の解決を図っている。それ以外の要望や意見は、担当する委員会で検討し改善策を策定している。改善策は、職員会議等で職員に周知し、全員で改善に取り組んでいる。</p> <p>また、利用者個別の課題については、カンファレンスで検討し、個別ケアの見直しに反映している。</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	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「事故発生の防止及び発生の対応の指針」を策定しており、リスクマネジメント委員会を中心とした対応手順が定められ、事故発生防止と事故発生時の体制が整備されている。事故が発生した場合、「事故カンファレンス」を開催し、防止対策シートに基づき利用者要因、介護者要因、生活用具・設備要因など多面的に要因分析を行い再発防止策を策定している。</p> <p>さらに、事故防止に関する研修会を年2回グループ全体で実施し、職員への周知徹底を図っている。</p>			
38	Ⅲ-1-(5)-②	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染対策マニュアルを策定し、感染症ごとの対策を具体的に定めている。毎年2回グループ全体で感染対策の研修を実施している。さらに、施設内でノロウイルスの処理法などの実技研修を行っている。</p> <p>また、安全推進委員会で新たな疾病に対する対策などの医療情報を収集し、職員会議などで職員に周知している。</p>			
39	Ⅲ-1-(5)-③	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回消防署立会いで地域消防団の参加も得て、避難訓練を実施している。また、毎月、発生時間・発生場所なども含めあらゆる災害を想定した避難訓練を行っている。利用者の安否確認方法も統一し、職員に周知徹底している。避難訓練は、相互協力体制を取っている隣接のグループホームと合同で実施している。今後近隣の協力関係が深まることに期待したい。また、非常災害に備え、3日分を超える食糧・水・生活用品等を備蓄している。</p>			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴、排泄、苦情、感染症、看取り等各種マニュアルが作成されており、「処遇改善委員会」と協力しながら職員研修を通じて周知も図られている。これらのマニュアルにはプライバシーや利用者の尊重への配慮が含まれており、職員が常時閲覧できるようになっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴マニュアル等各種支援マニュアルは各委員会で見直しを行い、内容を職員に周知するなど見直しの仕組みが出来ている。現在食事支援、移乗支援についても利用者の視点を入れながら検証・見直しが行われている。サービス実施に関する確認はケアプランに基づくモニタリングを通じて利用者や職員の意見を入れながら行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントは、厚労省で示している標準項目を使用し行われている。また、昨年度は家族のみではなく、本人からも聞き取りの方法で満足度調査を行っており、カンファレンスで個別への取り組みを見直し福祉サービス実施計画へ反映している。福祉サービス実施計画の作成に関して、各専門職からの意見が取り入れられており、個別対応について職員全員が把握しているため、処遇困難事例などがみられていない点は評価できる。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス計画は多職種協働により、3か月毎に定期的に個別カンファレンスが開催され、評価、見直しが行われている。また、必要に応じて毎月行われるケースもある。見直されたサービス内容はモニタリングや評価表に落とし込まれ回覧などで全職員に周知されている。さらに、看護・介護記録が一体で管理されており、医療・介護の情報が一度に共有できるようになっており評価・見直しに活かされている。</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、職員間で共有化している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>全体的な状況・身体状況・医療状況の表が作成され、個別に記録がなされており、職員が回覧しサインする方法で周知されている。サービス実施状況は福祉サービス実施計画書に基づいたモニタリングが行われており、全職種が情報の提供と見直しを行っている。その経過から、職員間の共有がなされている。少人数の職員でサービスの提供が行われる小規模施設のメリッ</p>		

トを活かして申し送りが有効に機能している。カルテも介護・看護が同じファイルで綴られており情報の見逃しは少ないと考えられる。

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
----	----------------------------------	-------

<コメント>

記録を保管している部屋がありカルテ係が管理している。入職時に個人情報保護等に関する重要性が説明されている。また個人情報の取り扱いについて職員研修を行い周知している。

しかし、手順や決まりごとが文書化はされておらず、今後担当者が変更になることも考え文書化されることが望まれる。また、ご家族には個人情報使用について口頭で説明しているため、使用する度に連絡し了解をいただいている。今後、聞いていない等のトラブルが起こらないよう入所時に同意書など文書による確認を取っておくことが望まれる。

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><コメント></p> <p>今年度は、利用者から職員2人一組で聞き取る満足度調査を行ったことで、個々人の思いや生活歴、施設における生活状況等を把握することが出来、ケアプラン（個別援助計画）に反映し日々の個別支援に活かしている。また、婦人会、地域の敬老会、月1回の外出レクリエーションなど取り入れ、楽しみが持てるように工夫している。</p> <p>介護予防を意識し日常の動作について自分で行えることは職員が見守りで対応し自由に行動できているほか、食事は食堂で食べていただくなど離床の機会を意識的に作っている。自動販売機は自由に使用できるようになっているため、小銭は自己管理している方もいる。</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><コメント></p> <p>今年度は、利用者を対象にサービス満足度調査を行ったため、個別にゆっくりコミュニケーションをとることが出来、利用者一人ひとりの理解が深まった。このことをケアプランと日々のケアに反映している。日々の声掛けやコミュニケーションも、個人に合わせ、ジェスチャーや筆談を取り入れている。また、介護サービス相談員や傾聴ボランティア等施設外の方々を受け入れ、利用者の意向を自由に伝えられる機会を設け意見をいただき質の向上にも取り組んでいる。さらに、個別ケア担当者がおり、把握した情報を申し送りや会議で職員が共有しケアの充実を図っている。</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><コメント></p> <p>入浴は1対1の対応で行っているため、本人の意向の尊重や尊厳の保持、コミュニケーションの確保や状態の把握が行われている。入浴はバイタルの測定を行い、ADL、利用や意思等心身の状況に合わせて機械浴・個人浴など行っている。体調面から入浴が出来なかった場合は、翌日に入浴できるように配慮しているが、困難な時には清拭にて対応している。認知症の方や拒否のある方には、対応の仕方を工夫し入浴していただけるように配慮している。</p>		

<p>また、安全・快適な環境での入浴に関してのマニュアルも作成している。</p> <p>危険を予防するために用具の活用や湯温計を使用し安全の確保を図っている。また、リスク管理のために利用者毎に個別票を作成し利用者の希望や、入浴の負担を軽減するように努めている。感染症対策では、入浴の順番や掃除などで蔓延防止に努めている。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>基本的にポータブルトイレは使用せず、トイレへ行ける状況の利用者には排泄のリズムなども把握しながら誘導している。本人の希望や状況に応じ、すぐ介助できる体制をとりながら、ドアの外で見守るなど尊厳の保持と転倒防止に対応している。夜間は睡眠を妨げないように無理に起こすということはず、生活状況に合わせオムツ交換やトイレ誘導を行い体調の維持に配慮している。おむつ交換の際は清潔保持や皮膚状態に留意し、利用者からの訴えにはタイムリーな対応を心がけている。またパットも個人毎に工夫している。排泄マニュアルが作成されており研修も行いながら対応の周知が図られている。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>個別状況が把握され、研修で骨折の予防について学んでおりアプローチの仕方など職員に周知されおり、今年度は骨折など大きな事故もなく経過している。介護予防の視点から利用者の意思を尊重し出来ることは行っていただき、見守り・介助がなされている。また、移動に関して入所時から補助具などを検討し、必要に応じ本人に合ったものが選定されている。車いすは施設所有のものを利用いただくことが多いが、シルバーカーは個人所有のものが多く、これらの点検も行われるなど安全に配慮されている。</p>		
6	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>マニュアルが作成されており、用具の適切な利用と、適切な体位交換に努めている。委員会で褥瘡のある方についての検討が行われ、各専門職の意見も取り入れながら改善に取り組んでいる。また、褥瘡をつくらないケアが行われ離床・栄養・清潔などに留意している。現在2名褥瘡のある利用者さんがおり、対応に関して検討され職員に周知されている。医師による診察、指示などの連携も円滑に行われている。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>調理業務は委託で行われているが、管理栄養士は職員であり連携しながら利用者一人ひとりに応じた対応がされている。定期的に嗜好調査が行われ選択メニューも取り入れ、一人ひとりに応じた食事形態のメニューが提供されている。好みについてはチェックシートを活用し、リスクに関しては食札（食事情報を記載したプレート）を活用している。座席は固定であり、そのメンバーに関しては職員が配慮している。食事の際は、随所で職員が見守りや食事介助を行っている。原則食堂での食事とし、自前の厨房で提供されているため温かいうちに食することが可能な環境である。</p>		

マニュアル等は委員会で検討され、職員への周知も行われている。誕生会では手作りケーキの提供なども行われている。利用者からは美味しいとの声も聞かれている。		
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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>医師との連携もあり利用者一人ひとりに合わせた食事形態への配慮がされている。自力摂取を行っていただくように自助具の活用や声掛け・見守りが行われている。月1回嚥下の評価を行い職員に周知している。職員が随所で見守り・確認しながら食事しやすいように姿勢の補正や介助も適宜行われている。水分や食事量の記録も行われており、窒息など緊急時のマニュアルも作成され、研修による周知が図られている。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>嚥下が保たれるように口腔ケアにも医師が付き、定期的に嚥下に関するチェックが行われ、週1回歯科衛生士による口腔チェックと指導が行われている。施設の職員全員で、口腔ケア、嚥下に取り組み、1日3回の口腔ケアが行われており、自分で出来る方には行っていたき、出来ない部分を職員がフォローしている。食後の歯磨きなどの口腔ケアは利用者の習慣になっており、自ら洗面スペースで行うなど定着している。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>出来るだけ施設で看取りを行う方針で、終末期が近づいた場合、家族と密に連携し医師とも連携しながら説明し対応している。看取り期は、医務室に隣接した個室で対応できるように環境も整えている。</p> <p>しかし、本人・家族の希望に応じて隣接する医療機関で看取る場合もある。看取りに関するマニュアルも作成し職員研修、周知も法人グループ全体で取り組んでいる。また、職員の精神面のフォローは上司が行っている。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>長谷川式簡易スケールを使い介護支援専門員が認知症検査を実施し、ケアプラン（個別援助計画）へ反映させている。周辺症状の悪化している利用者は現在見られておらず落ち着いている。個別ケア担当者があり利用者の能力や好みに応じた手作業や集団レクリエーションなど興味のある活動を準備し支援している。外部の認知症の研修へ職員が参加し、内部でも研修を行うなど職員間で情報を共有している。精神科の嘱託医の診察もあり適切な対応に努められている。</p> <p>今年度は安全管理マニュアルとは別に身体拘束防止のマニュアルを作成している。抑制・</p>		

拘束の実態はなく見守りで対応ができている。		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>慣れた環境を保ち落ち着いて生活できるようタンスや慣れ親しんだ物を居室へ持参いただくなどの配慮を行っている。受け持ち担当者が利用者個々人の状況を把握し居室の移動や異食のある方については安全が保たれるように危険なものは置かないなどの対応を行っている。</p> <p>また、見守りで、トイレや居室への誘導なども適切に行われている。</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><コメント></p> <p>機能訓練については、カンファレンス時に計画や見直しを行っている。訓練は日常生活の中で6領域に分類した重点項目（上肢・下肢・口腔・上下肢等）を意識して行っている。他に入浴の時間を利用し看護師や介護士がROM訓練（関節可動域訓練）を行なっている。心身ともに重度の方が多いため、自主的に運動を行うことは少ないが自分で出来る行為は行っていただくように見守りや声掛けを行っている。記録は看護・介護記録が一緒になっており職員が両方閲覧でき、リスク管理が行いやすくなっている。</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><コメント></p> <p>対応マニュアルが作成されており、職員に周知されている。緊急時には管理者へ報告し指示がだされ、看護と介護、主治医との連携が即座にできるようになっている。利用者の状況変化は申し送りでも周知されている。特別管理が必要な項目（バイタルや水分、食事の摂取量、体重等の管理）がある利用者に関しては、個別ファイルに目立つように黄色い用紙を使い記録し、誰でも確認しやすいように工夫されよく管理されている。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメント係が中心となりマニュアルを作成し、法人全体でも一緒に研修を行い職員に周知している。嘔吐があった際には念のためノロ対策の手順で行っている。インフルエンザの対策は利用者・職員とも個別に予防接種を行い体調の変化に留意しており近年施設内での流行は見られていない。うがい薬や手指消毒薬が設置されており、外部からの感染源の持ち込みを防ぐ対策も取られている。</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

<コメント>

最初の配薬時に、複数人で配薬するダブルチェックの体制が人員の関係でとれてはいないが薬に関して職員が情報を共有し、配薬時に顔写真を添付し薬袋に書いてある投薬適時と氏名・顔を確認し誤薬を防いでいる。管理は医務室で行っており、服薬に関しての事故予防のマニュアルと発生時のマニュアルが作成されている。

また、服薬内容・方法などを利用者への個別対応について職員が理解できるように一覧表にし、介護室へ備えて置き職員が随時確認できるようにも工夫している。薬は利用者それぞれ1回分ごとに仕分けし間違えて持参しないようにしている。医師とは必要時連携が取れる体制がある。

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。	a (b) c
<コメント>		
生活環境としては、テレビや新聞、雑誌などが置かれており利用者の楽しみにつながっていると思われる。また、各所に動物などの大きなぬいぐるみを置き利用者の癒しになっている。		
なお、施設管理は隣接している施設の職員が兼務となっているため、その都度何かあれば連絡し対応している。緊急時に備え職員も対応ができるよう施設管理についてのポイントについて記載した文書やマニュアルを備えておくことが望まれる。消火器や消火栓等の配置や使用方法についても同様に備えておくことが望まれる。		

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。	(a) b・c
<コメント>		
家族へは広報誌で生活の様子、行事日程のお知らせを行い参加できるように配慮している。個別の変化時には電話等で連絡・相談を行っている。また、ご家族の面会時に状況説明を行うなど工夫している。敬老会や夏祭りなどご家族も参加出来る行事も開催し同時に家族懇親会も実施してコミュニケーションを図っている。その他、本人・家族へ満足度調査を実施しその結果や苦情も公表するなど家族との信頼関係作りを行っている。		