

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：特別養護老人ホームみゆき東館 (施設名)	種別：地域密着型特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 中村 阿紀子 (管理者)	開設年月日：平成25年4月1日
設置主体：社会福祉法人 健成会 経営主体：社会福祉法人 健成会	定員：20名 (利用人数)20名
所在地：〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目6-71	
連絡先電話番号： 096-379-3666	FAX番号： 096-379-3366
ホームページアドレス	http://www.miyukinosato.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
介護サービスの日常生活支援	季節ごとの行事(夏祭り、花見、初詣等)
居室概要	居室以外の施設設備の概要
全室個室	トイレ(各ユニットごとに3か所)、フロア兼食堂(各ユニットごとに1つ)、浴室(各ユニットごとに1つ)

2 施設・事業所の特徴的な取組

入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その居室における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居室における生活と入居後の生活が連続したものになるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援している。

3 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>経営上の把握が的確に把握分析されて、中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定され、単年度の具体的な計画に反映し、職員・利用者等に周知を促しています。</p> <p>施設の利用状況については毎月法人内の事業経営等の実績報告によりデータ収集・分析を行い、その後の事業所業務推進会議等を利用し職員にも稼働率や収支の報告がされています。データは前年度と比較・分析がされ、2ヶ月毎に経営戦略会議を行い、課題があれば検討、課題解決への評価・振り返り・検討・取り組みの仕組みを整えています。中・長期計画を反映した単年度の計画は、単年度バランススコアカードとして細分化し策定しています。単年度事業計画は 財務・顧客・内部プロセス・学習と成長の4つの視点が戦略として挙げられ、現場に即した達成可能な事業計画の作成を行っています。</p> <p>法人は、利用者には毎年1月1日の新年挨拶で次年度の事業計画について触れ、利用者家族等</p>

には事業所内の掲示、毎月の広報誌でも取り上げています。また年度初めの地域運営推進会議で報告し、家族会でも説明する機会を設けています。

利用者本位の福祉サービスに真摯に取り組んでいます。

事業所だけでなくみゆきの里全体の「総合相談支援センター」で情報が共有化され、様々なサービスについて提供することで利用者の選択肢を広げ、施設の変更時にも生活の支援体制の共有化を図っています。昨年は在宅看取り支援があり、職員は週2回自宅訪問を行い現状確認と在宅ケアの相談に応じ、協力病院との連携支援で地域密着型施設ならではのサービスの継続に取り組みました。寝たきりであっても外出や一時帰宅が出来ることや、終の棲家と言われている特別養護老人ホームであっても望まれるならば自宅で終末期を迎えることが可能である支援のあり方についても取り組みをしています。

食生活を豊かにする支援に工夫しています。

利用者アンケートでも食事への満足度は非常に高く、家族会では同じ形態の食事を提供し家族からも好評を得ています。利用開始時にアレルギーや嗜好についての確認を行い、年2回嗜好調査を行っています。経口的な食事摂取を目指したケアでは、食事形態は6種類準備され、利用者それぞれに対する栄養ケアマネジメントに沿って、ADLに合った献立を個別で対応しています。食事は温かいものは温かく冷たい物は冷たく、また家庭的な雰囲気への配慮のため食器は利用者それぞれに好みの物を持参して使用されています。共有空間のリビングでは一般家庭で使用するようなテーブルが利用され、「家庭らしく」との考えを重視して支援しています。

改善を求められる点

福祉サービスの基本方針と理念について

法人としての取り組みや施設長等管理職員の取り組みは、的確な計画、運営、周知、振り返りが成されていますが職員の理解への工夫が望めます。簡単で見やすい表現や図解で「みゆきの里グランドデザイン」やバランススコアカードが職員にとっても身近に感じられるような取り組みに期待します。

福祉人材の確保・育成に課題があります。

年間を通じ、バランススコアカードに人材確保の体制づくりとしてアクションプランが策定されており、目標を数値化し、具体的プランを実行しています。また「人財開発推進委員会」では職員一人ひとりのスキルや一年間の成長、資格状況を把握する仕組みも出来ています。職員の定着率、離職率を鑑み、2年前から介護アシスタントやアルバイト生受入れを行っています。また、ラダー認定によるキャリアアップ等、介護職不足解消のため計画的な取り組みを行っています。しかし、職員の意見として研修による人材育成はされているものの人材確保と定着には不安を持つ意見がありました。ストレスチェック、有給休暇以外のリフレッシュ休暇、看護休暇・時短勤務、時間単位の年休等、に取り組まれています。職種によっては有給休暇が取れない・取りづらい、時間外労働が多い等の意見も見られました。総合的な取り組みの中で、取り組み状況の周知や理解の促進への検討も必要ではないかと思われま

認知症ケアに配慮した日常生活の支援に取り組まれることを望みます。

今回の訪問において利用者の安心・安全で落ち着ける環境作りは確認できましたが、利用者それぞれの「その人を感じる」支援として日常生活能力、残存能力を引き出す支援やその人らしい部屋作りへの更なる取り組みに期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H31.1.15)

みゆき園に続きまして、みゆき東館でも有難い評価を頂きました。感謝申し上げます。

今回ご懸念頂きました人財確保の件ですが、未だに心配しますが、施設見学時、施設での穏やかな風景を入職予定者は印象として持たれます。ご利用者お一人おひとりに時間を割いて関わられると感じられるようです。間違いではありません。が、その時、職員数が少ないために日勤者の数が少ないこと、重度化して二人介護も増えていることは事前にお伝えしていますが、実際入職して現実と見学時との距離があること、「こんなはずじゃあなかった...」という発言が面接時多く聞かれます。ユニットケアの壁を感じる場合があります。今後の課題です。

また、ご指摘頂きました記録には少し時間をかけて学習する必要があるように思います。利用者に対する記録の管理面では、定期的に事業所として廃棄する時期に対応しておりますが、全体の流れを見て見直しを致します。今後更に東館の基本理念に則って、諦めずにご利用者、ご家族の個別支援を強化して毎日の暮らしの大切さを感じて頂くケアを推進して参ります。

今回の評価を好機と捉えて前進しますこととお誓いいたします。

(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	N P O 法人九州評価機構
所 在 地	熊本市中央区神水2丁目5番22号
評価実施期間	H30年8月21日～H31年1月15日
評価調査者番号	12-004
	13-002
	13-003

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：特別養護老人ホームみゆき東館 (施設名)	種別：地域密着型特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 中村 阿紀子 (管理者)	開設年月日：平成25年4月1日
設置主体：社会福祉法人 健成会 経営主体：社会福祉法人 健成会	定員：20名 (利用人数) 20名
所在地：〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目6-71	
連絡先電話番号： 096-379-3666	FAX番号： 096-379-3366
ホームページアドレス	http://www.miyukinosato.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
介護サービスの日常生活支援	季節ごとの行事(夏祭り、花見、初詣等)					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
全室個室	トイレ(各ユニットごとに3か所)、フロア兼食堂(各ユニットごとに1つ)、浴室(各ユニットごとに1つ)					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	看護師	1		正看護師	1	
	介護士	12		介護福祉士	12	
	相談員兼ケアマネ	1		介護支援専門員	1	
	管理栄養士	1		社会福祉士	1	
	機能訓練指導員(兼)	1		管理栄養士	1	
				理学療法士	1	
	合 計	16		合 計	17	

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

みゆきの里理念：私たちは、地域の人々・利用者のご家族の幸せを願い、保健医療福祉の総合力を発揮して、健康生活のベストパートナーとなることを目指します。

みゆき東館理念：人それぞれの想いを叶えるみゆき東館

3 施設・事業所の特徴的な取組

入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものになるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援している。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年8月21日（契約日）～ 平成31年1月15日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成27年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

経営上の把握が的確に把握分析されて、中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定され、単年度の具体的な計画に反映し、職員・利用者等に周知を促しています。

施設の利用状況については毎月法人内の事業経営等の実績報告によりデータ収集・分析を行い、その後の事業所業務推進会議等を利用し職員にも稼働率や収支の報告がされています。データは前年度と比較・分析がされ、2ヶ月毎に経営戦略会議を行い、課題があれば検討、課題解決への評価・振り返り・検討・取り組みの仕組みを整えています。中・長期計画を反映した単年度の計画は、単年度バランススコアカードとして細分化し策定しています。単年度事業計画は 財務・顧客・内部プロセス・学習と成長の4つの視点が戦略として挙げられ、現場に即した達成可能な事業計画の作成を行っています。

法人は、利用者には毎年1月1日の新年挨拶で次年度の事業計画について触れ、利用者家族等には事業所内の掲示、毎月の広報誌でも取り上げています。また年度初めの地域運営推進会議で報告し、家族会でも説明する機会を設けています。

利用者本位の福祉サービスに真摯に取り組んでいます。

事業所だけでなくみゆきの里全体の「総合相談支援センター」で情報が共有化され、様々なサービスについて提供することで利用者の選択肢を広げ、施設の変更時にも生活の支援体制の共有化を図っています。昨年は在宅看取り支援があり、職員は週2回自宅訪問を行い現状確認と在宅

ケアの相談に応じ、協力病院との連携支援で地域密着型施設ならではのサービスの継続に取組みました。寝たきりであっても外出や一時帰宅が出来ることや、終の棲家と言われている特別養護老人ホームであっても望まれるならば自宅で終末期を迎えることが可能である支援のあり方についても取組みをしています。

食生活を豊かにする支援に工夫しています。

利用者アンケートでも食事への満足度は非常に高く、家族会では同じ形態の食事を提供し家族からも好評を得ています。利用開始時にアレルギーや嗜好についての確認を行い、年2回嗜好調査を行っています。経口的な食事摂取を目指したケアでは、食事形態は6種類準備され、利用者それぞれに対する栄養ケアマネジメントに沿って、ADLに合った献立を個別で対応しています。食事は温かいものは温かく冷たい物は冷たく、また家庭的な雰囲気への配慮のため食器は利用者それぞれに好みの物を持参して使用されています。共有空間のリビングでは一般家庭で使用するようなテーブルが利用され、「家庭らしく」との考えを重視して支援しています。

改善を求められる点

福祉サービスの基本方針と理念について

法人としての取り組みや施設長等管理職員の取り組みは、的確な計画、運営、周知、振り返りが成されていますが職員の理解への工夫が望まれます。簡単で見やすい表現や図解で「みゆきの里グランドデザイン」やバランススコアカードが職員にとっても身近に感じられるような取り組みに期待します。

福祉人材の確保・育成に課題があります。

年間を通じ、バランススコアカードに人材確保の体制づくりとしてアクションプランが策定されており、目標を数値化し、具体的プランを実行しています。また「人財開発推進委員会」では職員一人ひとりのスキルや一年間の成長、資格状況を把握する仕組みも出来ています。職員の定着率、離職率を鑑み、2年前から介護アシスタントやアルバイト生受入れを行っています。また、ラダー認定によるキャリアアップ等、介護職不足解消のため計画的な取組みを行っています。しかし、職員の意見として研修による人材育成はされているものの人材確保と定着には不安を持つ意見がありました。ストレスチェック、有給休暇以外のリフレッシュ休暇、看護休暇・時短勤務、時間単位の年休等、に取り組まれています。職種によっては有給休暇が取れない・取りづらい、時間外労働が多い等の意見も見られました。総合的な取組みの中で、取組み状況の周知や理解の促進への検討も必要ではないかと思われま

認知症ケアに配慮した日常生活の支援に取り組まれることを望みます。

今回の訪問において利用者の安心・安全で落ち着ける環境作りは確認できましたが、利用者それぞれの「その人を感じる」支援として日常生活能力、残存能力を引き出す支援やその人らしい部屋作りへの更なる取り組みに期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H31.1.15)

みゆき園に続きまして、みゆき東館でも有難い評価を頂きました。感謝申し上げます。

今回ご懸念頂きました人財確保の件ですが、未だに心配しますが、施設見学時、施設での穏やかな風景を入職予定者は印象として持たれます。ご利用者お一人おひとりに時間を割いて関わられると感じられるようです。間違いではありません。が、その時、職員数が少ないために日勤者の数が少ないこと、重度化して二人介護も増えていることは事前にお伝えしていますが、実際入職して現実と見学時との距離があること、「こんなはずじゃあなかった...」という発言が面接時多く聞かれます。ユニットケアの壁を感じるがあります。今後の課題です。

また、ご指摘頂きました記録には少し時間をかけて学習する必要があるように思います。利用者に対する記録の管理面では、定期的に事業所として廃棄する時期に対応しておりますが、全体の流れを見て見直しを致します。今後更に東館の基本理念に則って、諦めずにご利用者、ご家族の個別支援を強化して毎日の暮らしの大切さを感じて頂くケアを推進して参ります。

今回の評価を好機と捉えて前進しますこととお誓いいたします。

(H . .)

(H . .)

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	15	
	家族・保護者		
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>法人理念、施設理念、施設のミッション・ビジョン・バリューは玄関や職員通用口等施設内の利用者・家族・職員にも見やすい場所への掲示をはじめ、ホームページ、パンフレットにも記載されています。職員には入職時に理念等が記載された手帳が配布され、それぞれが身に着けています。理念は施設が実施する福祉サービスについての方向性を示し、複合施設として総合的な理念のもと、ミッション・ビジョン・バリューとして施設職員の行動規範となるよう具体的に示されています。これらは毎日の確認において職員の意識付けを行い、月例会時や必要時に見直し振り返りを行うことで周知、課題が提議された際にも理念に振り返ることを基本としています。利用者や家族に対してはホームページや毎月の広報誌を利用し周知を図っています。</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>施設の利用状況については毎月法人内の事業経営等の実績報告によりデータ収集・分析を行い、その後の事業所業務推進会議等を利用し職員にも稼働率や収支の報告がされています。データは前年度と比較・分析がされ、その結果は関連法人・施設全体で組織するサミット会議や経営会議、また経営戦略会議でも検討し、社会福祉事業全体、地域の福祉計画の策定動向を踏まえて分析しています。</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>法人では2ヶ月毎に経営戦略会議を行い、課題を事業所毎に持ち寄り現状を検討、課題解決への評価、振り返り、検討、取り組みの仕組みが整っています。法人の中長期計画に基づいて施設長が経営課題を明確にし、事業所では中・長期ビジョンをもとに、財務・利用者・内部プロセス(組織体制、業務等)・学習と成長の4つの視点から分析した課題を細分化し、それぞれの課題を明確にした目標値を表したバランススコアカードを明示することで具体的な取り組みを進めています。経営状況や改善すべき課題については各職種別会議にて現状を把握・評価し、全体会議で具体的な取組内容と進捗状況を報告し、業務推進会議やユニット会議にて職員への周知を図っています。</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>年度初めの経営戦略会議で「みゆきの里グランドデザイン」としてこの先10年間の指針(ビジョン)が作られ、この指針を基にして事業所の長期ビジョン・中期ビジョンが策定されています。これらは 財務・顧客・内部プロセス・学習と成長の4つの視点から戦略目標が定められ、財政面も把握した収支計画等が策定されています。</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>中・長期計画の内容を反映した単年度の計画は、単年度バランススコアカードとして細分化し策定されています。単年度事業計画は 財務・顧客・内部プロセス・学習と成長の4つの視点が戦略として挙げられ、各々について更に細分化し、現状値・目標値・アクションプラン・活動期間等が具体的に示されています。施設長・主任・リーダーは組織として職員の面接を通し、また職員への目標管理につなぐ説明をする機会を通じて、中長期にリンクし現場に即した達成可能な事業計画の作成を行っています。</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>事業計画は施設全体として創立記念日に取組みを表明、更に事業所では全職員に具体的に説明する機会を持っています。事業計画は毎月のユニット内ミーティングで施設長や介護主任を中心に組織的に計画・実行・評価・見直しを行い、その結果を踏まえて内容の見直し・更新が行われ、新たな事業計画が策定されています。年3回事業所報告会議を行うことで、全職員へ結果の振り返りも行っています。</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>利用者には毎年1月1日の新年挨拶で次年度の事業計画について触れています。利用者家族等には事業所内の掲示、毎月の広報誌で現状取組んでいることを掲載しています。また年度初めには地域住民も構成員である運営推進会議でパワーポイント等を用いて報告し、3ヶ月毎に開催している法人全体の家族会の後には事業所独自で家族会を行い周知、サービス担当者会議でも利用者等に直接説明する機会を設けているものの、職員のアンケートでは、周知はされているが理解するまでは至っていない旨の記述がありますので言葉やチャート図等のさらなる工夫が望まれます。</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>職員会議、多職種会議、法人での会議では経営的な視点でも報告され、また福祉サービスの質の向上のための具体的目標を立て、事業所の垣根を超え組織的に検討されています。計画・アクションプランを示したバランススコアカードに対して見直しを重ねることで進捗状</p>		

況を確認し、利用者の分析も行い、職員会議がチェックの役割を持つ等、体制が整備されています。職員は年2回「人事評価シート」を用いて自己評価を行い、リーダー・主任から年2回の面接や他者評価を受けることで福祉サービスの質の向上へ向けた組織的な取り組みが行われています。第三者評価の受審は2回目であり、受審の継続により質の向上に向けた取り組みが組織的に行われています。

9	- 4 - (1) -	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。	Ⓐ・b・c
---	---------------	---	-------

<コメント>
法人では第三者評価受審に向かい、組織として質の向上について具体的な目標を立てています。評価結果については公表するとともに問題・課題点を把握し、課題解決に向け、バランススコアカードに落とし込み課題を文書化・共有化を図り、実践に繋げています。事業所では、委員会や職員ミーティングで明確となった課題を共有、報告・検討・実践・振り返りを繰り返し継続的に実施する体制が整っています。

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。	Ⓐ・b・c
----	---------------	------------------------------------	-------

<コメント>
施設長は自ら、設立者の思いを代々受け継ぎ伝えることを役割ととらえ表明されています。具体的には利用者・利用者家族・職員に対しパンフレット、ホームページ、広報誌、運営推進会議、家族会や毎月の部署別会議、園内研修会等に参加し、方針やそれぞれの意見・要望や利用者の問題点等についても考えや講話を述べ、自らの役割と責務を表し、職務分掌でも文書化され全職員に周知しています。有事の時は即動くことで、現場優先を明確にしています。

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。	Ⓐ・b・c
----	---------------	------------------------------	-------

<コメント>
施設長は行政による集団指導をはじめ協力関係機関による各種研修や勉強会にも積極的に参加し、職員研修で職員に向け周知を行い、特に倫理・法令遵守、医療・介護保険制度や介護事故等については職員の理解を深めるための取組みも行っています。年間を通じ多種多様な教育計画が決められており、入職時研修をはじめ法令等に関わる事項においては特に全職員必須項目として定め、全職員が理解できるよう周知されています。

- 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。	Ⓐ・b・c
----	---------------	------------------------------------	-------

<コメント>
施設長は行政・協力関係機関の動向を職員にも伝え、理解を得て事業計画に反映させています。また研修・各委員会・施設内各部署の会議には積極的に参加することで課題を早急に把握し、問題発生時には自ら足を運んでいます。施設長は職員の育成にも力を入れており、職員研修においては内部研修を充実させ、職員が職員を育成する「次の職員の育成」の仕組み作り等、組織全体を考えた福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。

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>施設長は法人の経営戦略会議・サミット会議に意見を持ち出席し、事業所での効率的な業務運営を行っています。</p> <p>職員の離職を防ぐために施設長も含め関連事業所・法人全体で人事管理・人員配置・労務管理に取組み、職員による年度末の「自己申告書」にて、より働きやすい環境作りに繋がっています。特に人材育成には「介護ネットワークミーティング」を組織し、資格取得のための試験のサポートも行っていきます。</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>年間を通じ、バランススコアカードに人材確保の体制づくりとしてアクションプランが策定されており、目標を数値化し、具体的プランを実行しています。また関連事業所・法人の管理者クラスで構成する「人財開発推進委員会」では職員一人ひとりのスキルや一年間の成長、資格状況を把握しており、職員それぞれを把握することでサービスの質の向上、そして定着率の向上へと繋がっています。法人では職員の離職率を鑑み、目標の実現に向け検討した求人人数を確保するために、2年前から介護アシスタントの導入、今年度からは人員不足解消に向けたアルバイト生受入れを行っています。働く立場としてもステップアップとなるようラダー認定によるキャリアアップ等段階的な仕事の見直しを始め、介護職不足解消のため計画的な取組みを行っています。しかし、職員の意見として研修による人材育成はされているものの人材確保と定着には不安を持つ意見がありました。現場の状況について更に検討さ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>関連事業所・法人で組織する「人財開発推進委員会」で総合的に取り組んできた人事管理も5年目を迎え、全体を見通した人材確保・交流・異動を図り、キャリアラダーの定着により職員自らが将来を描き、委員会で個々の成長も含めた管理が行われています。年1回の自己申告書では、職員自らが現在の職務への適正度、職務に関する希望、職能・スキルアップに関する事項等を申告することができ、これを基にした個別面談で、様々な要件を考慮した上で必要に応じ人事異動を行う体制がとられています。人事規程により職員には処遇等が示され、職員への周知に取組まれていることは窺えましたが、職員の自己評価においては人手が足りていない、離職の高さや人材確保と定着等についての意見もみられましたので、取組み状況の周知や理解の促進への検討も必要ではないかと思われまます。</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>職員定着の観点から毎年職員に対しストレスチェックを行い、結果によって産業医・保健師により対応を行っています。有給休暇以外の年3日のリフレッシュ休暇の取得率は昨年100%を達成し、看護休暇・時短勤務、また今年度からは時間単位の年休を取り入れる等、ワーク・ライフ・バランスにも配慮した職員の働きやすい職場づくりに取組んでいます。職員には年1回意向調査、面談等を利用した就業状況・希望の把握を行い、この数年で体制も</p>		

できましたが、職種によっては有給休暇が取れない・取りづらい、時間外労働が多い等の意見も見られました。総合的な取組みの中で更に働きやすい環境づくりのため、職員の要望が届いているかどうかの確認を行う組織内の工夫も望まれます。

- 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>

職員それぞれのキャリアの質アップのため年1回のラダー申請を導入、システム化されており、資格取得へ向けた組織的なフォロー体制、年間の内部・外部研修も充実し、育成に向けた取組みが見られます。職員には「自己申告書」や年2回の上司との面談を利用した目標達成度や進捗状況の確認等、個々の目標管理のための仕組みも構築されており、向上心の維持、また面談結果による一人ひとりへのフォロー等が行われ、「人財開発委員会」との連携にて育成に向けた取組を行っています。中途入職の職員に対しては、関連事業所・法人で組織する「介護ネットワーク」でも制度の説明を行い、全体でフォローし、職員の育成に向けての体制が整えられています。

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>

年間事業計画であるバランススコアカードの「学習と成長の視点」において「専門職としてのスキルアップ」が挙げられ、目標値・アクションプランが設定されています。年間教育計画では職員の受講必須項目も設定されており、全体的なスキルアップに向けた体制が整っています。職員それぞれに定めた年間計画はそれぞれ自分で評価も行っていきます。受講必須の研修の一部にはS - Q u e (インターネット)研修を利用した受講も取入れられ、ラダー認定要件や加算要件に伴う研修も明記され、職員に分かりやすい計画が策定されています。

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>

職員全員が研修を受講できる環境が整っており、新人研修をはじめ、階層別、職務別また年間を通じての理念・事業計画に沿った研修計画が予定されています。職員一人ひとりの研修受講状況や資格の状況等は個々に把握されており、資格取得については「介護ネットワーク」を通じて支援する体制も整えられています。外部研修に関しては施設長が内容を確認し、職員の意向も汲み参加できるよう配慮され、職員一人ひとりが研修に参加できるよう体制が整えられています。

- 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>

実習生等の受入れ、教育・育成については「実習生受入れマニュアル」「実習手引き」で明文化され、「社福実習プログラム」も併せて整備されています。実習生は医学部生や看護学生、福祉系専門学校生と多岐に渡り、実習の受入れは断らないことを基本として計画的な体制を前年度から調整し、関連事業所全体で年間80名程をそれぞれの職種・職務によりプログラムに沿って受入れています。受入れにあたっては実習指導者3名で担当しており、計画表は職員にも周知されています。実習生は毎日研修記録を記載し、指導担当職員がアドバイスをを行うことで専門職の育成にあっており、また学校側への報告等で連携に取組んでいます。また、夏祭り開催時には高校生ボランティア(ワークキャンプ)の受入れ、地域中学校からの職場体験(ナイストライ)受入れを行っており、福祉事業への関わりの機会としています。

- 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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針・運営の方向性は新年の挨拶・広報誌・ホームページ等で表明され、事業計画、事業報告等は運営推進会議や家族会でも報告しホームページにも掲載しています。また事業計画・事業報告も家族会や広報誌に掲載するだけでなく事業所内にも掲示し、職員に対しても毎月の会議にて収支等含め運営状況の報告会が開催されています。第三者評価の内容も公表しており、家族アンケートの結果は掲示・郵送し可視化、運営推進会議においても報告し意見交換を行っています。利用者・家族等からの苦情や要望が出された際には、内容とそれに対する回答及び改善に向けての対応を事業所内に掲示しています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため職務（業務）分担表、各種規程を整備しています。理事会・評議委員会を随時開催し、制度に則った運営の透明性を表出し、経理面に関しては毎月公認会計士による監査でアドバイスを受け、経営・財務の改善課題の発見と解決に向け取組みを行っています。職員に対しては毎月の会議で各部署職員へ伝達され、自部署の現状を伝えています。</p>		

- 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
<p><コメント></p> <p>法人・関連事業所で組織する「みゆきの里」全体でMHL P（みゆきホリスティックライフプロモーション）事業を地域に展開し、職員は地域の運動会や夏祭り、防災訓練への参加や老人会への出前講座等、職員の積極的な参加が見られます。地域との交流は職員も参加することで地域のニーズ把握にも繋がっています。地域住民にはホールの貸し出しを行ったり、認知症カフェの開催、夏祭り等での来所の機会を持ち、これらは毎月の広報誌や地域への広報で呼び掛けを行っています。事業所では、バランススコアカードにおいても地域に開かれた施設としての取組みとして「地域連携の促進」の目標を掲げ、活動や皿洗い等生活支援面で地域住民参画のボランティア受入れ等数値目標を持って取り組んでいます。法人では「福祉法人としての地域支援」を、また新たに今年度からは「健康ファームリハ」を掲げ、組織として「健康寿命のまちづくり」に継続して取り組むことで地域の参加者も増えており、地域住民と職員との交流が深まっています。利用者は職員・利用者家族と近隣の量販店で買い物を楽しむ等、地域資源も活用し日常的な活動に繋がっています。</p>		
24	- 4 -(1)- 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) b・c
<p><コメント></p> <p>熊本市ボランティアサポーター制度の利用、地域住民参画のボランティア等、多種に渡るボランティアの受入れや対応には「ボランティアマニュアル」が整備されており、ボランティアコーディネーターを配置しています。ボランティアは積極的に受入れ、「みゆきの里」全体でボランティア委員会を設置し、定期的に会議も開催されています。ボランティア受入</p>		

<p>れの際はマニュアルや「しおり」を用いてオリエンテーションを行い、守秘義務等必要な支援が行われています。ボランティア後のお茶会や交流会等、地域からの参加も多いボランティア同士の交流も深まっています。地域の学校教育への協力として中学生の職場体験「ナイストライ」の受入れや「ワークキャンプ」の高校生ボランティア受入れもあり、多様な対応が確立しています。</p>		
<p>- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	- 4 - (2) - 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
<p><コメント> 協力病院、関係機関・団体、地域包括支援センター等はネットワークに掲示することで職員にも周知され、地域の病院との協力体制も整えています。老人福祉協議会・社会福祉協議会等との関わりを常に持ち、法人では地域包括支援センターの運営委員として情報交換を重ね連携を深めています。「みゆきの里」内で持つ介護ネットワークの活用もされ、管理者は近隣の特別養護老人ホームの職員と意見交換の場を持ち課題の共有化を行う等、新たな取り組みも初めています。</p>		
<p>- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
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> 社会資源の活用として一覧表を作成、広報にて地域にも情報提供しています。地域行事や防災活動、老人会等には専門職の立場を活かした参加も行い、また校区のS O S機能も通常化しています。施設内のホールを地域住民に開放し、地域の会議やイベント等様々な用途に利用され、地域の交流拠点ともされています。「みゆきの里」内には、地域における研修の企画・実施、研修講師を担う事業所もあり、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な健康推進のための支援活動を行っています。災害時には福祉避難所としての役割を持ち、地域住民の受入れも行っています。「みゆきの里」では総合相談支援センターが中心となって地域の窓口となり、関連事業所と連携を取りながら共生社会としての立場を持っています。</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> ボランティア交流会・グループ全体として認知症カフェの開催や地域役員も参加する運営推進会議・運営協議会・地域ケア会議等に積極的に出向き参加することで、地域の方と話す機会を持ち、地域のニーズを把握しています。把握した事項や地域からの依頼により施設全体で講演や研修会開催に取組み、多様な相談に応じる機会ともされています。福祉法人としての地域支援を現在も継承しており、定着を見せています。</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
<p>- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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> 利用者の尊厳・人権を尊重したサービスは法人理念、ミッション・ビジョン・バリューを</p>		

意識した事業計画にも掲げられています。年間研修計画では高齢者虐待・権利擁護に関する研修が全職員必須受講と位置付けられており、周知されています。また、理念、ミッション・バリューを意識し今年度の事業計画に基づいた自立支援、重度化防止をキーワードに広報誌にも新年の挨拶として施設長が伝えています。		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護等については、法人で「個人情報に関する基本規則」「特定個人情報等の適正な取り扱いに関する基本方針」「特定個人情報等取扱規程」「情報漏洩事案等対応に関する手続き」が整備され、職員には研修を行い理解を図っています。マニュアルは各ステーションに設置し職員・利用者・家族ともに見ることができ、周知しています。居室は全室個室であることから、それぞれの利用者にとって生活の場にふさわしい快適な環境を提供しています。法人で毎月開催される身体拘束検討委員会にも担当職員が出席し、結果は全職員へ周知されています。また利用者それぞれの情報開示許可一覧が作成されており、一人ひとりの利用者のプライバシー保護等に配慮した取組みを行っています。利用者・利用者家族からの意見や相談を受ける際には個室が用意されており、安心して相談できるよう整えられています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>関連施設全体のホームページ内で事業所の様子や特性を公開しています。また事業所のパンフレットは理念、基本方針、ミッション・ビジョン・バリューとともに施設長の思いが記載されています。見学希望者には随時個別にケアマネージャー・介護主任・リーダーが対応しており、重要事項内容の掲示や料金表等の定期的見直しを行っています。現状、体験入所の希望があれば検討する体制としていますが、ショートステイの利用等で事業所の特色や生活の様子を見て頂く機会としています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス開始・変更には利用者・利用者家族だけでなく、特に開始時には担当介護職員・リハビリスタッフも会議に参加した上で福祉サービスの内容に関して具体的内容を説明し、利用者の自己決定を尊重した上で同意を得ています。制度改正時等には利用者や家族に対し掲示で知らせるだけでなく、家族会や担当者会議を利用し書面による個別対応で同意を得、サービスの変更時には特に双方で内容の調整を行いケアの信頼性を確保できるよう努めています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所だけでなくみゆきの里全体の「総合相談支援センター」で情報が共有化され、様々なサービスについて提供することで利用者の選択肢を広げ、施設の変更時にも生活の支援体制の共有化を図っています。昨年在宅看取り支援があり、その際は多職種で週2回自宅訪問して現状確認と在宅ケアの相談に対応、職員は隣接する協力病院との連携を行い、福祉施設としての強味を活かした地域密着ならではのサービスの継続に取り組ましました。事業所では、寝たきりであっても外出や一時帰宅が出来ることや終の棲家と言われている特別養護老人ホームにおける取組みの現状を社会に伝え、利用者の意向・決定を第一とした家庭・地域・関係機関連携での生活の支援について必要性を感じ、新たな取組みへと繋げようと試みていま</p>		

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
<p><コメント></p> <p>年に1回、利用者家族に向け満足度のアンケート調査を行っており、回収・集計後は、意見に併せ対応策を講じ、家族会で報告し事業所内に掲示、郵送にて報告しています。3ヶ月毎に開催される家族会には施設長・ケアマネージャー・介護職員も必ず参加し懇親を深めるとともに、職員を配置したグループでのフリートークを利用し、情報・意見交換の場とされています。フロアには無記名で投書できる意見箱も設置し直接の相談が難しいケースにも対応し、結果は対応策と共に公表されています。</p>		
- 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>苦情等申出先・苦情処理体制は重要事項説明書に明記され、サービス利用開始時に利用者と利用者家族へ説明し、事業所玄関にも掲示されています。全施設みゆきの里で定期的に事業所の苦情等を集約し、対応については、申し出た利用者等への配慮を行い掲示、情報公開を行っています。苦情記入は匿名でも可能で、居室フロアに記載場所が設置されています。意見箱は毎週開錠され、発生した苦情に対しては関係者、職員へ報告・周知、毎月の会議で対応策の周知が図られています。苦情解決マニュアルにより手順に沿った対応がなされ、第三者委員会も設置されています。苦情受付対応書類については運営管理書類と位置付けられ、保存年限を永久とされています。</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>サービス利用開始時に、相談や意見はいつでも申し出て欲しい旨の説明を行い、重要事項説明書にも苦情箱の利用 電話や窓口で直接 書面を利用して等の複数の方法が明記され、意見箱もフロアに設置されています。利用者や家族からは、日常生活の中で職員が聞き取り意向を汲み取ることも多く、家族に対しては、面会時等に職員から声掛けを行っています。利用者・家族へ職員の出勤状況を伝えるため、職員の顔写真を各ユニット入口に掲示する等、意見を述べやすい環境整備も行っています。</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>相談や意見に対しては、管理者による週一回の意見箱の開錠、口頭による申し出の際にも書面化する等、マニュアル・フローチャートに沿って行われています。利用者・家族へはサービス利用開始時に重要事項説明書を用い説明を行っています。相談や意見は発覚後早期に対応策がなされ、書面にて周知が図られた上、職員には毎月のミーティングで再度周知が行われています。管理者は相談しやすい環境作りのため利用者への傾聴を心掛けており、内容によっては多職種で協議し、部署としての改善に努めています。</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>事故発生時の対応と安全確保については「事故発生時及び発生防止マニュアル」を整備し、</p>		

<p>フローチャートで示されています。法人全体各事業所毎に「事故対策検討委員会」を設置し、事業所でのヒヤリハット・事故報告書による発生状況・事例分析したものを法人の合同委員会で更に分析、議論の場を設け、全体の方向性・ケアの標準化を共有しています。事業所では業務推進会議を毎月行い、日頃からアクシデントを未然に防止できるようインシデント報告を多く上げること目標立てており、職員にも浸透し対策を共有認識できるようにされています。詳細な対応策の立案を図り、職員へ対応策の周知徹底を図る体制が整い、職員研修も年2回実施されています。今年度は、法人内各事業所での対処法を再確認・見直しを行い、統一した対応とするよう組織的に取組まれています。</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> 感染症予防と発生時の対応についてはマニュアルの整備、研修の実施で職員に周知徹底されています。「感染対策委員会」を組織し、事業所の事例を持ち寄り毎月1回法人で会議を実施し、組織的に取組んでいます。一昨年から隣接病院の「感染対策委員会」にも参加し関連施設全体でのサポート体制が整い、法人としての方向性を明確にすることで各事業所での情報の共有化が図られています。事業所では定期的に手洗い励行の研修を行い、ユニット会議でも看護師から手順の説明を行う等勉強会を開催しています。</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> みゆき園グループとして防災チームを立ち上げ、火災だけでなく風水害も想定したシュミレーションを継続しており、今では法人事業所間の相互支援も定着、振り返りによる課題もその都度解決に向け取組みを行っています。地域では二次避難所としての役割も持ち、高齢者の受入れ実績も確認できました。災害時の対応体制はマニュアルが整備され毎年9月に見直しを行っています。地域の防災訓練にも参加し、立地条件等から近隣地図上で危険地域の把握、水路の確認等、写真一覧表を用いて整備されています。法人では熊本地震発生後、職員への一斉連絡体制が整備され、連絡網（連絡順）の見直し、災害時の出勤基準等、都度見直しを行っています。災害に備え栄養課にて備蓄リストが作成されており、3日間分の食料備蓄が設置されています。事業所では家族会で「防災」をテーマとした研修会を行い、利用者に関しては看護師担当によりすぐ状況がわかる様まとめられています。訓練の実施には警備会社の立ち合い体制をもって実施しています。</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
<p><コメント> 標準的な実施方法は「高齢者の身体の特徴・変化・対応」にまとめられており、ケアマニュアル・各種手引きはフロアに設置しいつでも閲覧できます。利用者等には重要事項説明書や契約書への記載をもとに説明を行い、標準的な実施方法を基本として個別ケアプラン、24時間シートへと個別ケアに繋がっています。</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> 標準的な実施方法を定めた「高齢者の身体の特徴・変化・対応」は、介護・相談員・医務</p>			

と多種で話し合い、グループ内での業務推進会議や事例対策協議を重ね職員の意見を取り入れて見直しされています。		
- 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
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画はケアマネージャーを責任者とし、利用開始時には利用者等との面談、関係事業所等からの情報等で多職種参加にて作成しています。福祉サービス実施計画は利用者一人ひとりの具体的なニーズを聞き取り24時間シートと連動してケアが行われており、毎月モニタリング表にて評価を実施、状態変更時には都度アセスメントを行い、必要に応じ又は半年毎に見直しを行っています。福祉サービスの実施においては毎日の申し送りについて確認されています。</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></p> <p>福祉サービス実施計画は、毎月多職種のアセスメントを基に利用者一人ひとりに対するモニタリングを行っています。カンファレンスは定期的に行い、見直しが必要であれば計画の変更と手順が定められています。3ヶ月毎に短期目標についての見直し、状態が安定していても半年毎にサービス担当者会議を開催し、家族も交えて意見交換を行い支援体制を整えています。変化が生じた際には都度、多職種での協議を深め、評価・見直し・実施へとつなげ、利用者の状況に応じた福祉サービス実施計画になるようにしています。</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、職員間で共有化している。	a (b) c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画はそれぞれの一日の生活の流れとして24時間シートに連動されており、利用者の身体・生活状況を統一した様式によって把握ができます。利用者に関する伝達事項は朝夕多職種参加による申し送り、申し送りノート等で情報共有されていますが、一部職員の自己評価で、記録の書き方の勉強会を行っているが周知が出来ていないとの意見も見られました。勤務に入る前の記録確認の促進等、取組みも行われていますが、記録要領作成の共有も求められます。</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>運営に関する記録の管理は法人の規定により「備え付け帳簿と保存年限」で定められています。特に利用者に関する記録は個人情報と併せプライバシー管理を強化し保管され、それぞれの保管場所が定められています。個人情報保護法についての研修は職員研修の中でも受講必須項目とされ、利用者等には重要事項説明書の記載にて説明を行っています。今回、書面により保存年限の設定は確認できましたが、今後、責任者、保存期間終了後廃棄方法等、書面の見直しも望まれます。</p>		

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>利用者等に対しては契約書等で個人として尊重する取組みについて明示され、身体拘束、介護技術に関するマニュアルが常時目にふれる所に設置されています。法人では一昨年よりユマニチュードの視点でのケアを推進しており、パーソンドケアを連動する内容としています。ユマニチュードに関しては一昨年・昨年と勉強会を行い、職員が同じ方向性を持ち取り組んでいます。入職時の新人研修においてはユマニチュードとユニットケアの推進についてを第一の事項としており、職員通用口にこれらの具体例等を掲示することにより、全職員が意識の徹底を行っています。</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>利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方、心身の状況、生活習慣、要望等の把握から作成された福祉サービス実施計画、生活の目安となる24時間シートを基本とし、利用者の一日の全体像を職員間で共有した上で、それぞれに合わせたケアを推進しています。事業所ではフラワー教室やハーモニカ等の活動も多種用意されており、クラブ活動として生活の楽しみを提供しています。ユニットケアであることから利用者一人ひとりに応じた生活が基本であり、その時の状態にあわせて上で自立に配慮した援助を行っています。</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>利用者一人ひとりへのコミュニケーションは、それぞれの身体状況に考慮し応じています。一日の生活の中では、食事・入浴時間には特に会話をたくさんすることが浸透しており、ジェスチャーや筆談・ホワイトボードを利用した触れ合いの中で得た意向や情報は職員間で共有しています。言葉遣いや接遇については研修も行われていますが、ケアの基本としてユマニチュードを取り入れ、実践されています。</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>入浴については、標準的手順を示した「ケアマニュアル」を基本とした入浴個人データ表が作成されており、好みの洗髪剤や入浴後の化粧水、湯温や入浴時間等も利用者の意向を把握し、それぞれにあわせ対応しています。利用者の入浴の際は安全で快適な環境作りも行い、一人ひとりの状態に応じ、また自力で入浴できる場合でも安全のための見守りを徹底しています。入浴日には看護師が体調を確認・判断し、体調不良の場合、状況に併せて入浴日以外での対応も行っています。</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>排泄においては利用者個人を大切に、入居前のからの生活を守ることを基本としていま</p>		

<p>す。ケアにおいては画一的ではなく、それぞれの入居前の生活に重点を置き環境に応じた支援に取組み、利用者にあった誘導・声掛け・熟睡状態に応じたパットの使用等を心掛けています。特に羞恥心・プライバシーには配慮しており、交換したオムツの持ち運びやトイレ誘導時の声掛け（言葉）等、事業所としての工夫を行っています。できるだけ自立に向けた取組みを行いながらも利用者の心身の状況や意向を踏まえ、それぞれの状況を見ながら介助しています。</p>		
A - 2 -	<p>移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>ほとんどの利用者において車椅子の利用が見られますが、利用者の心身の状況・意向を踏まえながらも、出来るだけ歩いてもらえるよう機会を見ながらケアを行っています。毎日理学療法士の来訪もあり、ミーティングには機能訓練指導員が参加し、アドバイス等を含め、自立支援を意識したケアの推進が浸透しています。利用者一人ひとりにあった介助方法は機能訓練指導員を含めて検討し、定期的に身体能力に合わせて移動手段等の評価・検討を行っています。車椅子は利用者それぞれの担当者が点検を行っており、車椅子に身体状況への不具合が見られた際には、車椅子の変更等を多職種で評価し検討しています。</p>		
A - 2 -	<p>褥瘡の発生予防を行っている。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>排せつ、オムツ・パット交換時や入浴等、日々のケアの中で皮膚の状況を確認し、「褥瘡を作らない様に」を第一とした予防に力を入れたケアを行っています。褥瘡の研修には積極的に参加し、協力医との連携・栄養相談・除圧マットの利用等、多職種合同で取り組んでいます。事業所の褥瘡予防検討会では、看護師・ケアマネージャー・相談員・介護士・栄養士で毎月話し合いを行い、栄養状態の確認、状況・程度に応じた補助食品の提供、体位交換や寝具の整え方まで話し合い、その後職員に共有しケアの統一を行っています。</p>		

A - 3 食生活

		第三者評価結果
A - 3 -	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりに対しては利用開始時にアレルギーや嗜好についての確認を行っています。利用者アンケートでも食事への満足度は非常に高く、家族会では同じ形態の食事を提供し家族からも好評を得ています。事業所では年2回嗜好調査を行っており、グループ全体で立てられた基本の献立を活かし、場合によって利用者の状況・嗜好にあわせて対応しています。経口的な食事摂取を目指したケアでは、食事形態は6種類準備され、利用者それぞれに対する栄養ケアマネジメントに沿って、ADLに合った献立を個別で対応しています。食事は温かいものは温かく冷たい物は冷たく、また家庭的な雰囲気への配慮のため食器は利用者それぞれに好みの物が持ち込まれています。リビングでは家庭で使用するようなテーブルが利用され、「家庭らしく」との考えを重視しています。</p>		
A - 3 -	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>食事の提供・介助については、嚥下状態を栄養サポートチームで分析、協議を重ねてそれぞれのポジショニング、食事形態の状況に応じた職員の立ち位置、器具の選定等を行って自力摂取を促しています。中でも摂取困難な利用者に対しては多職種で検討し、ケア方法を決定しています。嚥下状況によりペースト食となった場合にも、彩や味を感じて頂けるよう食材・一品毎に盛り付け、職員の声掛け・介助方法にも配慮しています。毎月医師・管理栄養</p>		

士・リハビリ担当者・看護師・介護士によるカンファレンスを行っています。	
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>口腔ケアの重要性が経口摂取の大きなポイントとなることは職員への周知が徹底しています。基本的に24時間シート、介護サービス計画により行われていますが、異常があれば相談の上見直しを行っています。訪問歯科診療で歯科医・歯科衛生士から口腔ケア及び口腔内のチェックと共に指導もあり、医師から助言をもらう機会も持ち、医師からの研修も行われています。</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た場合の対応についてはマニュアル・指針が整備されています。実際にその時を迎えた際には現状と今後の方向性を家族と話し合いを重ね、デスカンファレンスを行い、家族の同意を得ながら多職種連携の基でケアを行っており、事業所独自での振り返りも行っています。職員研修では看取り看護をテーマに行っており、家族会でも看取り・体制についての情報提供を継続しています。協力病院との連携も定着し、より充実した終末期ケアに向け実践しています。</p>		

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></p> <p>認知症対策室とボランティアの協力を得て、利用者に対し認知症予防を目的とした学習塾を毎月2回開催し、認知症の進行予防に取り組んでいます。日々のケアの場面では認知症の種類による様々なケースもあり、「無理やりの介護をしない」よう、職員体制を整えたりケアにあたる職員を替えたりと、時にはユニット間で協力体制を取りながら症状に合わせたケアや生活上の配慮の上、援助を行っています。日頃のケアにはユマニチュードが取り入れられていることから、利用者の生活の場面場面で「その人らしい」生活を送ることができるよう支援されています。</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></p> <p>24時間シートによる情報、日々の様子、状態の変化等、情報の共有を優先し、利用者にとって安心・安全で落ち着ける生活環境となるように整備しています。それぞれの居室は個室であることから家具の配置等動線にも留意しながらも、環境に工夫されています。今回の訪問において利用者の安心・安全で落ち着ける環境作りは確認できましたが、利用者それぞれの「その人を感じる」部屋作りへの更なる取組みに期待します。</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></p> <p>ユマニチュード、武内理論の取入れにより、自立支援を目標とするケアを実践しています。機能訓練指導員により一人ひとりに対する福祉サービス実施計画に組み込まれ、理学療法士が常駐することで日頃の様子に変化がある場合は随時、移乗・介助方法、食事介助方法にアドバイスがなされています。機能訓練指導員による個別機能訓練も行われ、生活リハビリの中にも取入れられています。</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></p> <p>利用者の健康管理については、毎日の体調観察から、変化が見られた際には医務・協力病院との連携により行われています。状態変化においては巡視やバイタルチェックの回数を増やし、変化に迅速に対応しています。服薬管理は医務が行っており、仕分けは看護師、服薬は介護担当のダブルチェックとマニュアルに沿った手順が確立されています。</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></p> <p>関連事業所・法人で組織する「感染委員会」のもと事業所の「感染委員会」が組織されています。毎月全体の委員会会議には各事業所からの問題点も集められており、年間を通して教育計画も実施しています。事業所内では予防第一という考えの上、時期的感染症に対しては、早期掲示・手洗い・含嗽を利用者・家族・職員へ指導徹底することで発生予防に努めています。今年度からは隣接病院の感染症対策担当看護師が事業所を巡回し、各事業所の状況が一括して情報管理されています。職員が感染症にかかった場合の出勤基準等はマニュアルに記載されており、健康診断チェック表により熱発等のチェックを行い、状況によっては医師の判断を仰ぐことが決められています。冬期には加湿器を居室に1台ずつ、リビングに3台稼働させ、温・湿度管理も行っています。</p>		

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></p> <p>施設・設備の点検は職員の毎日の巡回で行われており、都度快適性や安全性を維持しています。利用者には、面会スペースや談話室前スペース等、利用者が思い思いに過ごすことのできる場所が作られています。事業所内は毎日業者による清掃が行われていますが、職員もトイレや手すりの消毒を行う等、24時間を通じて利用者の快適・安全性確保のため関わりを持っています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>3ヶ月毎の家族会では利用者家族との情報交換や意見要望の収集等も行い、開催が定例化しています。家族等には毎月広報誌を発行し、担当職員からの近況報告も行われ、体調変化や受診等は必ず都度連絡を行っています。利用者それぞれに担当者がついており、当日の両ユニットの出勤者を入口に顔写真で掲示することで家族へ安心感を与え、コミュニケーション作りに努めています。福祉サービス実施計画見直し時の担当者会議では家族の同席も行われており、来訪時の声掛け等で連携を密にしています。</p> <p>事業所ではパブリックスペースを利用してそうめん流しや忘年会を兼ねた鍋会等、家族の集まる機会を作り、家族同士の交流も行っています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ～ ）	39	6	0
内容評価基準（評価対象A）	17	1	0
合 計	56	7	0