

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： (施設名) 特別養護老人ホーム照古苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 荒木美智子 施設長 中田 雄士	開設年月日： 昭和52年4月1日
設置主体： 経営主体： 社会福祉法人 白日会	定員： (利用人数) 110
所在地：〒869-0421 宇土市南段原町161-2	
連絡先電話番号：0964 22 4100	FAX番号：964 22 4101
ホームページアドレス	http://hakujiitsukai.jp/

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
特別養護老人ホーム	照古苑祭、花見、敬老会、クリスマス会 映画鑑賞、照古苑カフェ
居室概要	居室以外の施設設備の概要
一人部屋 1、二人部屋 7 三人部屋 7、四人部屋 23	食堂、医務室、調理室、面会室

2 施設・事業所の特徴的な取組

宇土の風土に培われてきた暮らし方に合った利用者の介護を、関係法令及び関係規程に従い、健康管理、衛生管理、安全管理、身体拘束の廃止、個人情報保護等に留意しながら質の高いサービスの提供に努め、利用者及び家族の満足及び地域社会の信頼が得られる照古苑を目指しています。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

* 美味しく楽しい食事の支援

毎年2回の嗜好調査に加え、栄養課職員は食堂を巡回し入所者と直接会話しながら嗜好や希望を聞いたり、摂食状況を観察して嗜好把握に努めている。毎月テーマを決めて用意される「重箱メニュー」、選べる楽しみを支援する「デザートバイキング」「パンの日バイキング」等、食事の楽しみを大切にされた支援が行われている。地産地消の食材で手作りにこだわり、食の安心安全に配慮した家庭的な料理が提供されている。

食事は利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせて提供し、経口摂取が継続できるように支援している。また、食事の際は必ず看護師が見回り食事時の事故に即時対応出来るように配慮している。

* 家族との連携

照古苑祭・敬老祝賀会・誕生日の行事の際は、家族に参加を呼びかけ入所者と家族が一緒に過ごす機会を大切に、家族との連携を図っている。サービス担当者会議の日程は家族の希望に合わせて開催することで87%の家族参加が得られている。今回の第三者評価受審に際して実施した家族アンケートには「感謝」「笑顔」「親切」「朗らかになった」「有難いです」「丁寧」「感じが良い」等の言葉が多く記載されており、日頃の職員の対応の様子を覗くことができると共に、家族と事業所との信頼関係が構築されていることも確認できた。

* 職員の質の向上を目指した研修

平成 30 年度の研修計画は研修目的を定め OJT を実施するチームの充実や、専門性や役割別・階層別に応じた OFF-JT、自己啓発支援制度（SDS）等の研修が計画され実施されている。外部研修は、本人の希望・上司の推薦を参考に受講者が決定され承認される。受講費用や旅費は施設負担であり、更に「資格取得支援制度」もあり、今年度は「介護職員初任者研修」の受講や「准看護師」を目指す職員を学費と勤務時間等で支援する等、職員の育成と質の向上を図っている。

改善を求められる点

* 中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定

施設老朽化に対応するため新築移転を想定した建築費や用地確保のための資金計画等の準備状況にあるが、中・長期計画としての明文化には至っていない。中・長期的なビジョンを明確にし、新築移転のみならず、福祉サービスの内容・組織体制・設備の整備・職員体制・人材育成等の課題を明確にし、ビジョン達成のための中・長期計画とそれに伴う収支計画の策定が望まれる。尚、中・長期計画は必要に応じて見直しを行うことも必要と思われる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 31 .1.11)

3段階評価のうち、a29、b33、c1 という結果は、判断に迷うところですが、もう少し頑張れば限りなく a 評価に近づくものと確信した。法人としても重点目標に掲げているサービスの質の向上については、高い評価を受けたと思う。入所者の生活の中で一番の楽しみである「美味しく楽しい食事の支援」は、調理業務の直営にこだわり、できるだけ地元産食材を使った食事の提供を、家族と事業所との信頼関係である「家族との連携」を、また、サービスの提供に欠かせない「職員の質の向上を目指した研修」による職員の育成などが評価されたことは、たいへん喜ばしく誇りに思う。

反面、C 評価を受けた項目である「中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定」を怠っていたことは反省しなければならない。

今回の受審により何が足りなかったのか明確になったことで、改善点を職員全員で共有し、サービスの向上に努めて行きたい。

(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	特定非営利活動法人 ワークショップ「いふ」
所在地	熊本市中央区水前寺6-41-5
評価実施期間	2018年7月6日～2019年1月22日
評価調査者番号	06-032
	09-002
	14-002
	17-016

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 特別養護老人ホーム照古苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 荒木美智子 施設長 中田 雄士	開設年月日： 昭和52年4月1日
設置主体： 経営主体：社会福祉法人 白日会	定員： (利用人数) 110
所在地：〒869-0421 宇土市南段原町161-2	
連絡先電話番号：0964 22 4100	FAX番号：964 22 4101
ホームページアドレス	http://hakujitsukai.jp/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
特別養護老人ホーム	照古苑祭、花見、敬老会、クリスマス会 映画鑑賞、照古苑カフェ					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
一人部屋 1、二人部屋 7 三人部屋 7、四人部屋 23	食堂、医務室、調理室、面会室					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者	1		社会福祉士	1	
	看護職員	5		介護福祉士	33	3
	介護職員	38	6	看護師	4	
	生活相談員	3		准看護師	2	
	栄養士	2		管理栄養士	2	
	機能訓練指導員	2		介護支援専門員	9	
				作業療法士	1	
	合 計	51	6	合 計	52	3

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

理念

みなさまが、安心して歳をかさねられる
地域づくりに貢献します

基本方針

1. ご利用者の意思と人格を尊重します
2. 信頼され満足していただけるサービスを提供します
3. すべての職員が自己研鑽に努め、互いが連携してみなさまを支えます
4. 地域との結びつきを大切にし、開かれた施設をめざします
5. 誇りを持って働ける職場づくりに努めます

3 施設・事業所の特徴的な取組

宇土の風土に培われてきた暮らし方に合った利用者の介護を、関係法令及び関係規程に従い、健康管理、衛生管理、安全管理、身体拘束の廃止、個人情報保護等に留意しながら質の高いサービスの提供に努め、利用者及び家族の満足及び地域社会の信頼が得られる照古苑を目指しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年7月6日（契約日）～ 平成 31年 1月 22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	回（平成 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

* 美味しく楽しい食事の支援

毎年2回の嗜好調査に加え、栄養課職員は食堂を巡回し入所者と直接会話しながら嗜好や希望を聞いたり、摂食状況を観察して嗜好把握に努めている。毎月テーマを決めて用意される「重箱メニュー」、選べる楽しみを支援する「デザートバイキング」「パンの日バイキング」等、食事の楽しみを大切にしたい支援が行われている。地産地消の食材で手作りにこだわり、食の安心安全に配慮した家庭的な料理が提供されている。

食事は利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせて提供し、経口摂取が継続できるように支援している。また、食事の際は必ず看護師が見回り食事中の事故に即時対応出来るように配慮している。

* 家族との連携

照古苑祭・敬老祝賀会・誕生日の行事の際は、家族に参加を呼びかけ入所者と家族が一緒に過ごす機会を大切に、家族との連携を図っている。サービス担当者会議の日程は家族の希望に合わせて開催することで87%の家族参加が得られている。今回の第三者評価受審に際して実施した家族アンケートには「感謝」「笑顔」「親切」「朗らかになった」「有難いです」「丁寧」「感じが良い」等の言葉が多く記載されており、日頃の職員の対応の様子を覗くことができると共に、家族と事業所との信頼関係が構築されていることも確認できた。

* 職員の質の向上を目指した研修

平成30年度の研修計画は研修目的を定めOJTを実施するチームの充実や、専門性や役割別・階層別に応じたOFF-JT、自己啓発支援制度(SDS)等の研修が計画され実施されている。外部研修は、本人の希望・上司の推薦を参考に受講者が決定され承認される。受講費用や旅費は施設負担であり、更に「資格取得支援制度」もあり、今年度は「介護職員初任者研修」の受講や「准看護師」を目指す職員を学費と勤務時間等で支援する等、職員の育成と質の向上を図っている。

改善を求められる点

* 中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定

施設老朽化に対応するため新築移転を想定した建築費や用地確保のための資金計画等の準備状況にあるが、中・長期計画としての明文化には至っていない。中・長期的なビジョンを明確にし、新築移転のみならず、福祉サービスの内容・組織体制・設備の整備・職員体制・人材育成等の課題を明確にし、ビジョン達成のための中・長期計画とそれに伴う収支計画の策定が望まれる。尚、中・長期計画は必要に応じて見直しを行うことも必要と思われる。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H31.1.11)

3段階評価のうち、a29、b33、c1という結果は、判断に迷うところですが、もう少し頑張れば限りなくa評価に近づくものと確信した。法人としても重点目標に掲げているサービスの質の向上については、高い評価を受けたと思う。入所者の生活の中での一番の楽しみである「美味しく楽しい食事の支援」は、調理業務の直営にこだわり、できるだけ地元産食材を使った食事の提供を、家族と事業所との信頼関係である「家族との連携」を、また、サービスの提供に欠かせない「職員の質の向上を目指した研修」による職員の育成などが評価されたことは、たいへん喜ばしく誇りに思う。

反面、C評価を受けた項目である「中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定」を怠っていたことは反省しなければならない。

今回の受審により何が足りなかったのか明確になったことで、改善点を職員全員で共有し、サービスの向上に努めて行きたい。

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	59	
	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 特別養護老人ホーム

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>「照古苑」という名は、開設者である当時の理事長の思い「古きを照らす」いわば「老人に光を当てることが福祉の第一の仕事なのである」から命名されている。7年程前、法人理念を見直し、開設者の考えと当時の職員の意見等を反映して「みなさまが、安心して歳をかさねられる地域づくりに貢献します」と文章化しており、理念を実現するために5つの基本方針を定めている。理念・基本方針は玄関や掲示板に表示し、利用者には重要事項説明書に記載して契約時に説明している。また、ホームページ・パンフレットにも記載し広く周知を図っている。理事長・施設長は、敬老祝賀会・家族会等で法人が大切にしている考えを伝えている。しかし、理念の職員への周知・浸透への取り組みは、部署単位で行われており、毎朝唱和して意識を確認している部、理念の意味や意義等について話し合う機会等が少ない部など、職員への浸透が不十分と見られる。理念や基本方針は、施設の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示し、職員の行動規範となるものであり、職員への十分な周知と理解を促すための更なる取組みが望まれる。</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>老人福祉施設協議会・社会福祉法人経営者協議会等の会議・研修会に参加したり、インターネットを通して情報収集し、社会福祉事業全体の動向把握が行われている。また、地域の福祉ニーズや潜在的利用者等に関しては、苑内の居宅介護支援課・デイサービス課等の在宅部から情報を得ている。尚、課長以上が出席して毎月開催される「事業運営会議」では、各委員会・各部署から状況報告が行われ、苑内の現状把握・課題の共有が行われている。「労働時間設定改善委員会」では時間外勤務の状況を分析して業務内容を見直し、職員の負担軽減・人件費削減に繋げている。</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>時間外業務の見直し、各種手当の見直し、消耗品費の見直し等の課題に取り組んでいる。尚、経営状況の把握は「事業運営会議」で行われており、各部署から提出された資料に基づいて課題検討が行われる仕組みとなっている。しかし、会議録が作成されておらず、検討事項や改善事項への取組、進捗状況や経緯の把握等が全体の姿として把握しづらい状態となっている。会議録を作成し、改善すべき課題について職員にも周知し、組織的な取組みとすることが望まれる。</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>施設長は、施設老朽化に対応するために新築移転を想定し、建築費・用地確保のために資金計画を準備している状況にあるが、中・長期計画として明文化されているものは見られなかった。中・長期的なビジョンを明確にし、新築移転のみならず、福祉サービスの内容・組織体制・設備の整備・職員体制・人材育成等の課題に取り組むための中・長期計画と、それに伴う収支計画の策定が望まれる。尚、中・長期計画は必要に応じて見直しを行うことも必要と思われる。</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>事業所の中・長期計画は策定されていないが、法人が示す長期的ビジョン・重点項目に沿った平成 30 年度事業計画が策定されている。しかし、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容、数値目標、成果等を評価できる計画とはいえない。事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析に基づき、経営課題を明確にし、取り組むための事業計画の策定が望まれる。</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>「事業運営会議」では、各部署の年間目標と現況報告等が記載された資料が配布され、報告が行われている。しかし、各部署での年間目標と事業所としての平成 30 年度事業計画との繋がりが見えにくい。事業計画策定には各部からの意見を聞き、計画に反映しているとされているが、十分とは見られなかった。事業計画は、パソコン内に記載されているが、パソコンを複数の職員で共有している職場では、常に情報にアクセスできないこともあり、職員への周知の方法に工夫が必要と思われる。事業計画を職員が良く理解することは、計画達成のために欠かすことが出来ない要件であり、理解を促進するための取組を期待したい。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画はホームページに記載し広く公表している。施設長は家族会等で、今年度の重点項目の一つとして「サービスの質の向上」を目指し、第三者評価を受審することを口頭で伝え、広報誌にも掲載している。しかし、利用者を意識した事業計画の周知は十分とは見られなかった。事業計画の主な内容、特に利用者に関わる計画等は分かりやすく工夫した資料を作成し、利用者へ周知する取組が望まれる。</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>利用者アンケートを実施し、意見や要望には担当部署の責任者が家族会で説明・回答をしている。家族会への不参加者には回答を郵送している。アンケート結果は集計・分析して改善のヒントとしてサービスの質の向上に努めている。また、平成 30 年度事業計画の重点事項の一つである「サービスの質の向上」を実践するために第三者評価の受審となり、PDCA サイクルにもとづく質の向上への取組が始められている。今後、定期的に自己評価を実施し、PDCA サイクルを活用してサービスの質の向上に向けた取組が継続的に実施されることを期待したい。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者アンケートの結果見直しは実施されているが、定期的な自己評価等は導入されておらず、日常的なサービスの質に関しては、各委員会等で検討し改善する体制となっている。今後は、自己評価・第三者評価を計画的に実施し、結果の分析、分析内容について検討等が、組織として定められ、計画的に改善策が実施されることを期待したい。</p>		

評価対象 組織の運営管理
- 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	- 1 - (1) - 施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は法人理事長の専決事項の中から「法人業務・人事管理・財務管理・事業運営管理」についての委任を受けており、特別養護老人ホーム照古苑の施設長であると共に、法人が運営する全ての事業所の苑長としての役割と責任を担っている。施設長の職務分掌は文書化されており、不在時は、副苑長であり、法人内の地域密着型介護老人福祉施設「照古苑ひまわりホーム」管理者への権限委任が文書化されている。施設長として自らの事業所の経営・管理に関する方針や、役割・責任を職員に対して明らかにすることは職員との信頼関係構築に大切であり、事業運営会議等で考えを表明している。しかし、会議に参加しない職員にも施設長の声が伝わるための工夫を期待したい。</p>		
11	- 1 - (1) - 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は老人福祉協議会・社会福祉法人経営者協議会等の研修会や会議への参加、インターネット・新聞等からの情報等を参考に、遵守すべき法令等の理解に努めている。また、全職員を対象として「対人援助職における職業倫理・法令遵守」の内部研修を実施して職員の法令遵守に関する意識向上を図っている。</p>		
- 1 - (2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 - (2) - 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月開催される「事業運営会議」で各部署からの報告を受け、現状把握を行っている。県内で起きたグループホームでの高齢者虐待等の事例を取り上げ、自施設について振り返る機会を設け指導している。尚、職員の専門性を磨き、サービスの質の向上を図るため、研修制度の充実を図っている。業務改善に向けた職員の提案等は意見箱に多く寄せられ運営に反映されている。しかし、職員の意見を把握するために設置されている施設長への直行メールの活用は少ない状況にある。サービスの質に関する課題把握が速やかに行われるためには、職員が話しやすいコミュニケーション環境の改善も望まれる。</p>		
13	- 1 - (2) - 経営の改善や業務の実効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>施設老朽化のため将来の新築移転を想定し、財務面での見直し・分析を行っている。時間外労働の要因を分析し、職員の負担軽減・コスト削減に努めている。職員に必要な育児・介護・看護休暇や、リフレッシュ休暇を取りやすく配慮し、インフルエンザ罹患時は5日間の特別休暇としている。また、夜勤手当をアップするなど処遇改善も実施している。しかし、人事の透明性や上層部による現場の理解について疑問を持つ職員の声も複数あり、現場の課題等を検証し働きやすい職場環境の整備、信頼関係の構築に更なる指導力が発揮されることが望まれる。</p>		

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 2 -(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	- 2 -(1)- 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画に人材確保に向けた取組みの強化として、多様な人材登用・快適な職場環境づくりの推進・処遇改善・資格取得支援等が明示されている。各部の副主任以上で構成した「OJT委員会」を設置し、新入職員には職員がマンツーマンで指導・育成する体制が整備されている。現職員の質を高めるために、OJTに加え、様々な「時間外職場内研修」「時間内研修」「外部派遣研修」等、年間を通して多くの研修への参加を推奨している。高校新卒者には介護職員初任者研修の受講を支援し、定着に向けた取組みが実施されている。今後は、人材確保の具体的な計画の確立が望まれる。</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>就業規則の中に給与規則が明記されている。年に2回、人事評価を行なって、評価結果が昇給に反映される制度となっている。評価する立場になる副主任以上の職員は2回にわたる評価者訓練を受け、公平・公正な評価となるように取り組んでいる。しかし、人事管理に関して公平・公正であるという職員の声は少なく十分に機能している様には覗えない。評価制度を明確にし、職員に十分説明し理解を得るための取組が必要と思われる。また、施設が目指す理念を実現するために「期待する職員像」を現職員に明示することも望まれる。</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り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>2018年10月に熊本県から「ブライト企業」として認定されており、日頃から働きやすい職場・地域に貢献する事業所として認められている。</p> <p>毎年、職員は個人の現況報告を提出することになっており、個人の状況・要望等が記載されている。有給休暇の取得状況や時間外労働のデータは事務部が把握し必要な分析をしている。また、有給休暇・リフレッシュ休暇が取得しやすい環境整備に取り組んでいる。</p> <p>法人の事業計画(4)の人材確保に向けた取組みの強化に、「セクシャルハラスメント・パワーハラスメント・マタニティハラスメントには厳しい対応策を講じる」と示されており、メンタルヘルスケア・ストレスチェック等も実施されている。しかし、職員の中には悩み・相談窓口・職員間の出来事を話す場を求める声が複数見られた。24時間のシフトで働く職員が一堂に会することは容易ではない為、コミュニケーション環境への配慮が大切と思われる。施設内の情報共有は、主にパソコン内の共有システムを通して行われており、職員が向かい合ってコミュニケーションをとる機会が少なく、相談しやすい体制が十分とは言えないように覗える。職員が相談しやすい・意見を言いやすい顔の見えるコミュニケーション環境を整備し、更に働きやすい職場づくりを期待したい。</p>		
17	- 2 -(3)- 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年提出される職員の現況報告書には「1年間の反省」「本年の目標」が記載されており、目標は職員其々が自分で設定し、1年後に反省する仕組みとなっている。組織の目標や方針を徹底して職員一人ひとりの目標に落とす仕組みとはなっていない。また、「1年間の反省」は、目標に対しての達成度を確認することが大切であるが、個々人の目標は、達成度が評価できるような具体的な目標となっていない例も多く見られた。法人として・施設として現職員に「期待する職員像」を明確に示し、具体的な目標設定となることが望まれ、個別の目標管理で育成することを期待したい。</p>		

18	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・c
<p><コメント> 「事業計画に専門性・組織性・社会性・倫理性等バランスを考慮した研修計画を策定する」としている。平成 30 年度の研修計画は、研修目的を定め、OJT を実施するチームの充実や、専門性や役割別・階層別に応じた OFF-JT、自己啓発支援制度 (SDS) 等の教育・研修が計画され実施されている。また、各部署から選出された職員によって構成されている研修委員会は、苑内研修の計画・実施を担当している。それぞれの受講者は、研修終了後、研修報告を作成して学びを確認し、関係者に回覧し共有を図っている。</p>		
19	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・b・c
<p><コメント> 外部研修の案内は、事務部から各部署に通知され、本人の希望・上司の推薦等を参考にして受講者が決定・承認される。受講費用や旅費は施設負担で、更に「資格取得支援制度」があり、今年度は「介護職員初任者研修」を 2 人が受講し、准看護師を目指す職員は学費と勤務時間で支援されており、一人ひとりに育成・研修の機会が確保されている。尚、個人の取得済みの資格・受講済み研修等は個人別に記録されている。</p>		
- 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
<p><コメント> 事業計画に「積極的に実習生やボランティアを受け入れ、人材確保に繋げる」と明示しており、実習生の受け入れマニュアルを整備し、実習指導者研修受講済み職員の配置もある。しかし、実際の受入れ件数は伸びておらず、積極的な取組とは言えない。計画に沿った受け入れによって人材確保に繋げることが期待される。</p>		

- 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> 理念・基本方針・事業計画・事業報告・決算報告はホームページで公表している。事業所の主な活動内容や、地域福祉向上のための公益的な取組については広報誌やホームページで広く情報を公開している。また、苦情・相談体制については玄関等に掲示している。</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> 経理規程・事務局規程や事務部職員の職務分掌が整備され、役割の分担が明確に示されている。日々の伝票等は、事務職員が起票し、事務次長・事務部長が確認することになっている。これまで外部監査は受けていないが、義務化される 2020 年度から外部監査を受けることとしている。今後、内部監査の定期的な実施も望まれる。</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>施設の基本方針に「地域との結びつきを大切にし、開かれた施設をめざします」と地域との関わりについて姿勢を明らかにしている。保育園児や小学生の訪問による利用者との世代間のふれあい交流や中学生の福祉体験学習を通じた地域との交流を行っており、職員は地域の祭りにボランティアとして参加して地域住民との交流に努めている。施設主催のイベント「照古苑祭」には保育園児、家族、和太鼓演奏等のボランティアや地域住民が参加し、利用者との交流が図られている。「生花」や「おじゃめの会」など定期的にボランティアを受入れ地域との交流の機会が設けられている。</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>平成 30 年度事業計画に「積極的に実習生やボランティアを受入れ人材確保につなげます」とボランティア等の受入れ姿勢を明らかにしている。広報誌を活用し、ボランティアの随時募集とボランティアの活動状況を紹介し、ボランティアの受入れを広げる取組を行っている。中学生の体験学習や大学の実習生を受入れる等、学校教育・学習への協力を行っている。また、「ボランティア受付マニュアル」を作成し、ボランティアの受入れに当たっては受付から事前説明や留意事項の周知等、マニュアルに沿って受入れている。</p>		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の協力医療機関である「くまもと心療病院」との連絡会議に生活相談員等が毎月参加し、小規模多機能事業所など他の関係機関と情報交換等を行い、円滑なコミュニケーションを図ることに努めている。医療機関とは常に連絡を密接にし、緊急時の対応を含め連携が図られている。施設長は宇土市社会福祉協議会の理事として会議等に参加するとともに、年 1 回行政の福祉関係部署と会合を開き、福祉の課題等について情報交換を行う等連携を図っている。</p>		
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - (3) - 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設主催のイベント「照古苑祭」では施設のスペースを開放し、家族や地域住民が参加しており、利用者との交流の場として地域に還元している。また、地域の自治会の会議等に会議室を開放している。宇土市主催の「認知症等サポーター養成講座」に生活相談員を講師として派遣する等して福祉行政に協力している。広報誌等で困りごとの相談を呼びかけ、地域住民から介護等福祉に関する相談があった際は、必要に応じて地域包括支援センターを紹介するなど、個別な対応が実施されている。</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></p> <p>法人事業の公益的取組として「生計困難者レスキュー事業」を行い、社会福祉協議会や地域包括支援センターからの情報に基づき生活相談員が生計困難者と面談し、必要な資金や食材を提供するなど地域への貢献に取り組んでいる。併設の地域包括支援センターと生活相談員が連絡を密接にし、地域の福祉ニーズの把握に努めている。今後は把握した地域の福祉ニーズに基づき施設独自の公益的事業活動の展開を期待したい。</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
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 1 - (1) - 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の基本方針に「ご利用者の意思と人格を尊重します」と利用者尊重の姿勢を明らかにしている。外部から講師を招き全職員対象に「対人援助職における倫理・法令等順守研修」や「接遇意識の高め方研修」を実施し、利用者の人権尊重、法令やルールの順守、接遇の在り方等について学習し、利用者尊重のサービス提供に努めている。今後、人権や権利擁護について職員による「自己チェック」を行うことが予定されており、基本方針に沿った人権意識の更なる浸透が期待される。</p>		
29	- 1 - (1) - 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシーの保護マニュアルが作成されており、入浴や排泄等日常生活場面の介助マニュアルに利用者のプライバシーに配慮した留意事項が記載されている。ホームページや広報誌等に掲載する利用者の写真の取扱いについても入所時に説明し、利用者や家族から同意を得て掲載している。介助マニュアルは入職時研修で職員に周知し、介護士室に配備されているが、マニュアルの内容が十分伝わっていないとの職員の声もあるので、勉強会やOJT等により職員周知の徹底が望まれる。「身体拘束の廃止を検討する委員会」が定期的に開催され利用者の権利擁護等について検討されており、県が主催する権利擁護に関する研修には、毎回複数の職員が参加している。</p>		
- 1 - (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	- 1 - (2) - 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の理念やサービス内容、施設の概要等を紹介したホームページやパンフレットの作成、パンフレットの玄関への配備など情報提供に努めている。施設見学は生活相談員が窓口となり施設を案内し、パンフレットや料金表を配布して分かりやすく丁寧な説明に心がけ対応している。ホームページは必要に応じて更新し、情報の最新化に配慮している。</p>		
31	- 1 - (2) - 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの利用開始に際しては生活相談員がパンフレットや「重要事項説明書」、「利用契約書」で施設の概要、サービスの内容、利用料金や個人情報取扱いの留意事項等を利用者や家族に分かりやすく丁寧に説明し利用者や家族から同意を得ている。料金の改定等サービスの内容を変更する際も、生活相談員が利用者や家族に分かりやすく詳しく説明し、同意を得ている。</p>		
32	- 1 - (2) - 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>他施設への移行に際してはサービスの継続性に配慮し、家族の意向も踏まえ、事前に移行先と連絡・調整して利用者や家族の同意を得て必要に応じ介護、看護や医師の意見書等の情報提供書を作成して引き継ぐこととしている。在宅への移行時は生活相談員が相談窓口となって利用者や家族の不安解消に努め、必要に応じ居宅介護支援事業所を紹介し、引き継ぐこととしている。他の施設等への移行の場合、引継ぎや申し送りの手順を定めているが、職員間の情報共有を図るためにも文書化しておくことが望まれる。</p>		

- 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>職員の言葉遣いや態度、サービス内容、プライバシーの保護等、利用者満足に関するアンケート調査を年1回実施し、調査結果を集計・分析して取りまとめ、改善に取り組んでいる。家族会総会において、結果をグラフ化した集計表を配布・説明してフィードバックしている。欠席者には集計表を郵送して知らせている。また、年2回は嗜好調査を行い、食事の献立に反映させて利用者満足の上昇に取り組んでいる。</p> <p>しかし、アンケート調査の結果を踏まえた改善策等について、職員への周知が十分でないとの声も聞かれる。利用者の声や情報等は関係職員に十分に伝わり、職員の改善意欲が利用者満足度の更なる上昇に活かせる取組が期待される。</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>苦情解決規程を定め、苦情解決責任者の施設長のもと苦情受付担当者（生活相談員）第三者委員2名を配置し、苦情受付から解決までの手続きを整え対応している。重要事項説明書に苦情の受付窓口、苦情の対応方法等を記載し、利用者や家族に説明している。また、「苦情・要望」申出窓口の等を記載した貼り紙を玄関掲示板等に掲示し、周知を図っている。苦情申告に関しては苦情受付書に苦情の内容等が記録されており、年1回開催の「第三者委員への報告会」で報告されている。苦情の解決状況については現況報告書に実績を掲載しているが、苦情解決規程に沿って事業報告書や広報誌等にも実績を掲載し公表することが期待される。</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>玄関や各面会室に意見箱を設置し、傍らにボールペンや記入用紙や老眼鏡を備え、意見を出しやすいように配慮している。生活上の困りごとや相談は日常的に接する担当職員以外にも生活相談員等相手を選んで伝えることが出来、直接言いづらい場合は第三者委員等を通して申し出ることが出来ることを重要事項説明書に明示して利用者や家族に周知している。</p>		
36	- 1 - (4) - 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見、要望は担当の介護職員が対応し、内容に応じて生活相談員、次長、施設長に報告し速やかに対応する体制が構築されている。</p> <p>職員の共通理解を図るため利用者等からの相談や意見、要望を受けた際の上司への報告手順や対応方法等を示したマニュアルを整備し、職員に周知することが望まれる。</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>利用者と家族に安全なサービスを提供するため「事故発生の防止のための指針」、「危機管理マニュアル」を定め事故防止や発生時の対応、再発防止策等安全対策に関する事項を明示している。事故が発生した場合は応急措置、医療機関や家族への対応等「事故発生時のフローチャート」に基づいて対応することとしている。発生した事故やヒヤリハットは報告書に記録して回覧し、職員間で情報共有を図り、再発防止等に努めている。事故やヒヤリハットの事例は介護・看護職等がメンバーの「安全対策委員会」やその上部組織の「安全管理委員会」で再発防止策等を検討・協議し事故等の減少に向け取り組んでいる。しかし、29年度の事業報告では事故の減少が見られず、一層の未然防止に向けての対策が期待される。</p>		

38	- 1 - (5) - 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルを作成し、感染症の予防や発生時の対応等の対応策が定められている。感染管理委員会を中心に感染症の予防策として、うがいや手洗いの励行、玄関や各居室への消毒液の配備、インフルエンザの発生が懸念される時期の職員へのワクチンの予防接種等マニュアルに沿った感染症対策を行っている。全職員対象に「食中毒予防研修」、「感染症予防研修」を実施し、職員の感染症等に対する知識や意識の向上を図るなど食中毒や感染症の防止に取り組んでいる。インフルエンザ発生時には家族の面会制限、関係職員を含めた入所者全員にタミフル剤の投与等を行い感染の拡大防止に努めている。</p>		
39	- 1 - (5) - 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>火災や地震などの災害に備え、緊急時の対応等について「防災マニュアル」を作成している。非常時における避難経路図を目につきやすい場所に掲示して注意を喚起している。消防訓練実施計画により年2回、日中と夜間を想定した利用者参加の避難訓練を行い、1回は消防署の協力のもと消火活動を含めた避難訓練を実施し、防災意識を高め利用者の安全確保に努めている。避難誘導訓練等の課題や問題点は評価を行ない反省の上、次の訓練に活かすことにしている。</p> <p>災害に備え、食料や水など3食2日分の非常食をリスト化し備蓄しているが、防災マニュアルに記載されている備品や日用品の備蓄リストは作成されておらず、今後作成し職員間で情報共有することが望まれる。</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></p> <p>基本処遇マニュアルが作成されており、食事、排泄、入浴等提供するサービスやプライバシーの保護等サービス提供時における留意事項等を項目別に文書化している。入職時に基本処遇マニュアルを配布して研修するとともに日常のOJTの実践により職員のスキルアップに努めている。マニュアルは介護士室に配備され職員がいつでも閲覧できるようにしている。しかし、マニュアルに基づくサービスが十分ではないとの職員の声もあり、検証の仕組みを整備し、改善を図ることが望まれる。</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></p> <p>食事・排泄・入浴等提供するサービスについて、毎週開催されるケア会議や課内検討会で評価・見直しが検討・協議されている。しかし、見直しに基づいてマニュアルに反映されていない部分もあり、標準的な実施方法について、検証・見直しの方法や仕組みづくりを組織的に確立することが望まれる。</p>		
- 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>アセスメントは、ADL調査表やフェイスシート、ケアチェック表により利用者の身体や生活の状況等を詳細に把握し適切に行っている。介護サービス実施計画は、利用者や家族の意向を踏まえアセスメントに基づきケアマネジャーが原案を作成し、担当介護職員や生活相談員、看護師、家族等関係者等の参加を得て「サービス担当者会議」を開催し決定している。介護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や課題が記載され適切に策定されている。</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> 介護サービス実施計画の評価・見直しは毎月、担当介護職員が短期目標のモニタリングを行い3か月に1回ケアマネジャーが担当介護職員や看護師等から情報を収集してモニタリングを実施し、半年に1回評価を行っている。評価結果に基づき、必要に応じて介護サービス実施計画の見直しを行い、利用者と家族の同意を得ておりPDCAサイクルを活用して実施している。体調の変化等状況が変わった場合は、その都度サービス実施計画を見直し、家族の同意を得ている。</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> 介護サービス実施計画に基づく介護の実施状況や、利用者の生活状況等の情報は介護日誌等に記録されている。利用者の状態変化等による申し送り・引継事項は連絡ノートに記録して情報が適切に伝わるようにしている。記録は介護ソフトを使用したパソコン上で管理され、職員は必要な記録をいつでも確認してサービスに活かすことができるよう情報の共有化が図られている。</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> 利用者の記録や個人データの適正管理、情報の提供等については、運営規程、特定個人情報等取扱規程に定められている。個人情報の保護等について重要事項説明書や利用契約書で説明し、利用者・家族の同意を得ている。事業所内ネットワークによる情報の共有体制が整備されており、データの内容は職種・職責によるアクセス制限を設け個人情報保護の責任体制が構築されている。職員は入職時に個人情報の取扱いに関する「誓約書」を提出している。 なお、紙媒体の個人情報は施錠設備のあるキャビネット等に適切に保管されている。</p>		

評価対象

A - 1 支援の基本

		第三者評価結果
1	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> 平成30年度事業計画の基本方針5項目の一つに、「ご利用者の意志と人格を尊重します」と掲げ、重要事項説明書に明記し、理念・基本方針を苑内の各所に掲示している。全職員を対象に外部講師による接遇マナーの研修を毎年実施し、利用者を尊重する意識の浸透に努めている。しかし、職員の自己評価に「接遇マナーの研修がケアの向上に繋がっていない」「言葉使いが悪い職員もいる」等という記載があることも踏まえて、今後は、職員一人ひとりが利用者尊重について理解を深めるための取組が必要と思われる。</p>		
2	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> 一日の生活にメリハリをつけるために、身だしなみを整え「離床」することを基本としており、利用者一人ひとりの状況にあった離床時間や方法で支援している。一部の利用者は「生花クラブ」や「おじゃめ会」、毎月2回実施される「カフェ」に参加したり、家族が持参した好きな音楽を聴くなどの過ごし方も見られる。しかし、離床してホールに居る利用者の状況から過ごし方の工夫が必要と思われた。レクレーションの外部研修に参加した職員の報告書から、「一日の過ごし方に変化を持たせるための参考にしたい」という思いが感じとれ、今後、利用者の過ごし方に選択肢が広がることが期待される。</p>		

3	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>職員は毎年行われる接遇セミナーの学びからコミュニケーションの重要性を認識している。利用者の特性にあった方法で積極的にコミュニケーションを図り、利用者の思いや意志を確認している。意思表示できない利用者にはスキンシップで安心感を与え、表情やわずかな動きなどから思いを汲み取る努力を行っており、異常の早期発見に結びついた例もある。職員が利用者と視線を合わせ笑顔で会話している光景が見られた。</p>		

A - 2 身体介護

		第三者評価結果
4	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>入浴は週2回を基本とし、入浴前のバイタルチェックによって体調を確認し判断基準に沿って実施している。利用者の心身の状況によっては、入浴の可否を医師、看護師が判断している。入浴日当日に体調不良の場合は、時間や曜日を変更し、柔軟に対応している。機械浴と2種類の個浴があり、利用者の心身の状況に応じて使用している。滑り止めマットやシャワーチェアといった福祉用具を準備するなど、安心・安全な入浴を心がけている。脱衣室のドアの前にかけてあった暖簾が古くなり取りはずしたままになっているため、ドアの開閉時に、廊下から脱衣場と浴室が見える。プライバシー確保の観点から早急な対応が求められる。また、入浴後の水分補給がおやつとの時間とされており、各自、入浴後に適切に水分補給が行われることが望まれる。</p>		
5	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>排泄マニュアルを整備し誘導や介助においても声の大きさや適切な声掛けに配慮するなど、さりげない対応でプライバシーの確保に努めている。排せつ用品は、昼・夜の時間帯、夏・冬などの季節を考慮して利用者の心身の状態に応じた適切な排泄用品を検討し、おむつ交換や、トイレ・ポータブルトイレの介助を行っている。皮膚・尿や便を観察し健康状態を記録して「尿・便」など異常が見られた際は直接、排泄物を看護師が確認している。利用者からの訴えやしぐさ、動きから排泄サインをキャッチし声をかけトイレに誘導している。おむつ交換は定時の排泄介助が行われていた。臭気対策が必要であると思われるフロアもあり、今後、検討を重ねることが望まれる。</p>		
6	A - 2 - 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理学療法士、作業療法士、看護師は利用者の心身の機能や生活状況を把握・評価して適切な車椅子や歩行器、移動バーを選択し、利用者の状況にあっているか定期的に確認している。福祉機器・福祉用具の使用に当たっては安全性を重視し、定期的に整備・点検を行い、利用者・職員に使用方法や介助方法について専門的立場から助言・指導を行いケアの統一に努めている。職員は移乗、移動の際は残存機能を生かすこまめな声掛けを行い、二人介助で打撲防止のレッグ・アームカバーなどを使用する等、安心安全な移乗、移動の支援に努めている。</p>		
7	A - 2 - 褥瘡の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡予防についてマニュアルを整備し、研修会を実施しており、早期発見・早期治療に努めている。看護師・介護士・栄養士・機能訓練担当など、多様な職種が参加する褥瘡委員会を毎月開催している。委員会では、現状と経過を報告し、看護・介護・機能訓練、栄養面など多角的に支援を検討し対応している。エアマットやクッションの使用、定期的な体位変換、おむつ交換時の皮膚の観察とマッサージ、栄養補助食品の活用など、各職種が連携して褥瘡の予防・改善に取り組んでいる。</p>		

A - 3 食生活

		第三者評価結果
8	A - 3 - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。	a・b・c
<p><コメント> 栄養課は食事のアンケート調査を年 2 回実施している。また、管理栄養士を初め調理員が食堂を巡回し、直接利用者と会話しながら嗜好や希望を聞き取る他、摂食状況からも嗜好を把握するよう努めている。毎月 1 回テーマを決めた「重箱メニュー」は彩り豊かで季節感がある。「デザートバイキング」「パンの日バイキング」など選んで食べる楽しみもあり、多様な取り組みで食事に変化を持たせ、食事が楽しくなる工夫が見られた。食材は地産地消で、だしの取り方や「あんこ」づくりなど、手作りにこだわり、食の安心安全に配慮した家庭的な料理が提供されている。</p>		
9	A - 3 - 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<p><コメント> 食事は、おかゆ・刻み食・ミキサー食等、個々の利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせて提供し、経口摂取が継続できるよう配慮している。食事形態の変更に関しては複数の食形態を数日間試し観察や介助しながら介護職・看護職・栄養課などの関係職員で検討し変更している。離床し、座って食事する事を基本としており、利用者の心身状況によってクッション等で安楽な姿勢の保持や、車いすから椅子に移り食事しやすい姿勢に配慮し、介護食器を使用して、利用者自身の力でゆっくり食事できるよう支援している。食事の際は必ず看護師が巡回し、各課に吸引器を準備して、食事中の事故にも即時対応が可能な体制となっている。</p>		
10	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> 介護職を対象に歯科医師、歯科衛生士による口腔ケアの研修を実施している。口腔ケアの意義や重要性を理解し、職員が患者と介助者の役になって口腔ケアの実践研修も行われている。うがい、歯磨き、義歯の手入れ等、利用者個々の状況に応じたケアが行われている。誤嚥の危険性が高い利用者は看護師による口腔ケアが行われている。利用者一人ひとりのコップ・歯ブラシを準備して、洗口スペースに移動し個々にあった方法で食後に口腔ケアが行われていた。口腔ケアで異常が見られた際は必要に応じて歯科医師の受診につなげており、個々の利用者について専門的な指導・助言を受け個別口腔ケア計画を作成している。</p>		

A - 4 終末期の対応

		第三者評価結果
11	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> 終末期の対応について、看取りの指針やマニュアルを整備しており、「看取り」の外部研修にも参加している。また、多様な職員による看取り委員会を毎月開催し、最後までその人らしい生活が送れるよう支援することを基本としており、看護師・介護士などが連携し日頃のケアを大切にすることを確認している。看取り室は宿泊が可能で、利用者のなじみの写真や好きな花を飾るなど、家族と穏やかに過ごせる環境を整えている。看護師のオンコール体制がとられており、夜勤職員は小さなことや不安なことをいつでも電話で相談し指導助言が受けられる手順が確立している。また、夜勤を先輩職員と組み合わせることで精神的な不安の軽減に配慮している。</p>		

A - 5 認知症ケア

		第三者評価結果
12	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> 認知症対応ケアについては、認知症実践者研修やリーダー研修の受講を計画的に進めている。母体法人は精神科病院であり研修の機会に恵まれている。安易に薬を使用せず、ケアの面を重視し、言動を理解し受容する態度で接することを心がけている。帰宅願望や異食行為、放尿等の周辺症状のある利用者に対して、看護師・介護職などが対応について検討し、身体拘束や抑制のないケアに努めている。塗り絵やおしぼりたたみなどに加え、利用者が役割を果たせるような活動について、多様なアイデアを提案し検討することも期待したい。</p>		

13	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> 苑内の随所に椅子やソファが配置され、好きな場所で過ごす事が出来る。同室者との相性に配慮し、箆笥の上に家族の写真や花を飾る、ぬいぐるみをそばに置くなど、利用者が安心できる環境整備に心掛けている。トイレや自分の部屋が分かり易いよう、見えやすい位置に大きな文字で名前や「トイレ」などと表示している。私語を慎み声の大きさに配慮する等、利用者に混乱が生じないように心掛けている。予期せぬことが起こりうることも念頭に置き、危険物を適切に管理し整理整頓に努め安全に配慮している。</p>		

A - 6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
14	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> 作業療法士、理学療法士、看護師は利用者一人ひとりの個別機能訓練計画を作成し、機能訓練を実施し評価見直しを行い機能低下防止に努めている。日常生活での機能訓練を重視し、車椅子の自走や自力の食事摂取など、可能な限り本人の残存機能を活かした自立支援に努めている。寝たきりの利用者にはベッドサイド訓練も実施されている。介護予防の視点から、塗り絵・おしぼりたたみ・おじゃめ・積み木での訓練も行われている。しかし、日々の生活動作の中で利用者がより主体的に楽しみながら取り組める活動メニューを広げる工夫が必要と思われた。</p>		

A - 7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
15	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> 体調変化時の対応手順や服薬管理のマニュアルを整備し、内部研修を実施している。夜間は看護職員によるオンコール体制により利用者、職員の安心につなげている。利用者の体調は、毎日のバイタルチェックの他、顔色・表情・行動等を詳細に観察し小さな変化を察知して適切に対応するよう努めている。異変に気づいた際は看護師に報告し、必要に応じて医療機関と連携をとり、迅速かつ適切な対応に努めている。服薬について内部研修を2回実施し、誤薬防止に努めているが誤薬の減少は見られず、誤薬防止への取り組みは必須と思われる。改善策をまとめるとともにマニュアルの見直しが必要と思われる。</p>		
16	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> インフルエンザ・ノロウイルス等、感染症の予防や対応方法についてマニュアルを整備し、研修を年間計画に組み入れ行っている。職員は施設の費用負担でインフルエンザ予防接種を受け、感染の媒体にならないよう配慮している。玄関に消毒液とマスクを常備し、面会者・来苑者に感染予防の協力を呼び掛けている。感染症が発生した際は来苑者にポスターで注意喚起し、家族へ電話や手紙で面会の制限を伝えるなどして、感染拡大の防止に努めている。感染委員会で職員の日常的な健康管理について検討中であり、ウイルスの持ち込み拡散を未然に防止するためのチェック体制導入が予定されている。</p>		

A - 8 建物・設備

		第三者評価結果
17	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> 玄関を入ると観葉植物や生花を飾り温かい雰囲気がある。面会簿のそばに眼鏡とカレンダーを置き、子供用のスリッパを用意する等、面会者への配慮が見られた。玄関ホールに掲示された苑内の案内図(避難経路)は見やすく、各課にも課内の案内図が掲示されていた。くつろいで面会できるよう各課に面会室が用意されているが利用者が思い思いに気分転換できる共有空間作りへの更なる工夫も期待したい。また、各居室の入り口の高い位置になじみのあるある花の写真とその名前が紹介されているが利用者には見えにくくその主旨が伝わりにくいと思われた。中庭が利用者・来訪者にとって身近に季節を味わえる心和む空間になるとさらに良いと思われる。</p>		
A - 9 家族との連携		第三者評価結果
18	A - 9 - 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・b・c
<p><コメント> 年1回開催される家族会は、家族アンケート結果を報告し、家族の質疑に対して担当者が回答し、家族の意見も聞き取る機会となっている。照古苑祭、敬老祝賀会・誕生日の行事等への参加を家族に呼びかけ、家族との連携を図る機会を多く設けている。サービス担当者会議は家族の希望に合わせて開催し87%の家族の参加を得ており、その機会を捉え各職種の専門的な視点から利用者の状況について説明し、家族の安心に繋げている。家族の面会時に、職員は利用者の状況を細目に伝えている。利用者の状態に変化が見られた際は、随時電話で家族に状況を説明することで、信頼関係の構築に努めている。家族アンケートには職員が笑顔で挨拶しこまめに近況を報告していることに対して感謝の言葉が多く記載されていた。</p>		

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準(評価対象 ~)	19	25	1
内容評価基準(評価対象A)	10	8	0
合計	29	33	1