

福祉サービス第三者評価結果公表事項

① 第三者評価機関名

| |
|-------------------|
| 社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 |
|-------------------|

② 施設・事業所情報

| | |
|----------------------------|--|
| 名称：介護老人福祉施設きぼうの苑 | 種別：介護老人福祉施設 |
| 代表者氏名：施設長 筒井 孝昭 | 定員（利用人数）：120名（120名） |
| 所在地：新居浜市西の土居町二丁目8番12号 | |
| TEL：0897-33-4477 | ホームページ： //www.sankeikai.or.jp |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 昭和49年4月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 三恵会 | |
| 職員数 | 常勤職員：76名 非常勤職員：21名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 名 |
| | 社会福祉士 2名 介護福祉士 36名 |
| | 介護支援専門員 3名 看護師 4名 |
| | 准看護師 6名 作業療法士 4名 |
| | 管理栄養士 1名 栄養士 1名 |
| 調理師 5名 | |
| 施設・設備 の概要 | （居室数） |
| | 居室 22室（4人部屋）11室 （2人部屋）19室（個室）・食堂・ 医務室・静養室・機能訓練室・特 殊浴室・相談室・介護スタッフル ーム・宿泊室など |
| | （設備等） |
| | 鉄筋コンクリート造4階建て |

③ 理念・基本方針

三恵会理念

天の恵み 地の恵み 人の恵みに支えられ人の為に尽くして感謝しよう

一、誠実な福祉 一、確実な知識と技術 一、堅実な経営

三恵会行動指針

1. 利用者の指摘や苦情を真摯に受け止め、安全かつ適切なサービスの提供に努めます。
2. チームワークを大切に、感謝と謙虚な心を常に持ち、福祉のプロとして日々研鑽に努めます。
3. 基本的人権を尊重し、社会のルールを守ります。
4. 地域との対話を密にして、気軽に利用でき、信頼される施設を目指します。
5. コスト意識、スピード感覚、危機意識を持って、堅実な経営に努めます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

入所者の意思及び人格を尊重し、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、ボランティア活動や実習生の受け入れなどを積極的に行っている。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成28年8月26日(契約日) ~ 平成29年3月24日(評価結果確定日) |
| 受審回数(前回の受審時期) | 初回(平成28年度) |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

地域の各種活動に参加し、市の高齢者に関する事業へも協力することで、施設が人的・物的な地域資源として欠かせない存在となっている。

職員に対する教育・精神面の配慮など、働きやすくスキルアップできる環境を整えており、職員体制は看護職員を多く配置し夜勤に必ず一人入り、介護職員も通常より多い配置となっていることで、利用者のケアの充実と働きやすい職場づくりが進められていることは高く評価できる。

◇改善を求められる点

行動指針や中・長期計画は法人全体としてはあるが、施設の事業計画作成や、事業の実施・見直しなどにおいて、職員全員が参画するPDCAサイクルを十分に機能させることを期待したい。

情報公開や施設の地域住民への開放などを期待したい。

利用者の日々の過ごし方を工夫し、コミュニケーションをとる機会を持ち、利用者の意見を反映させることができるケア体制の構築を期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審しました。これまで監督官庁の指導監査により「ここはできているが、この部分は手直しが必要」との指摘はいただいていたが、施設の運営全体を客観的、専門的にみた評価がどのようなものになるのかわかりたい、というのが受審の動機でした。

受審により、職員が自分たちの施設やサービス提供の内容について意見を交わしながら自己評価表を作り上げるなかで、「できている、できてない」と自らを客観的に振り返り評価していた過程も非常に有意義なものであったと感じました。

評価調査者から最終評価結果のなかで、高く評価された項目は励みにも自信にもなりました。また、改善を求められた項目については、職員間で協議を重ねて、出来るところから見直しを図っていきたいと思います。

今後とも、よりよい施設運営、さらなるサービスの質の向上と地域との共存、職員の資質の向上に努めていきたいと考えています。

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。

第三者評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|---|-----------------------------------|----------------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 1 | I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>理念・基本方針を法人のパンフレットやホームページに掲載し、施設内にも掲示している。また、全体朝礼で行動指針を唱和している。</p> <p>入職時に法人主導で実施される2日間の研修で理念の教育がなされている。</p> <p>家族には家族会で年1回は周知しているが、今後は、機関誌等載せ3か月に1回は周知の機会を持つ予定である。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>福祉計画において市の状況や人口推移、労働人口などの内容を確認し、地域の特徴や周囲の福祉施設の情報を把握している。また、在宅介護支援センターの運営を市から委託され、地域ケアネットワークにも参加する中で情報収集を継続している。</p> <p>今後は、情報の分析と具体的な取組みの充実を期待したい。</p> | | |
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。 | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>マニュアルを作成し、業務の標準化を図り新人教育の統一化もできている。また、法人でプロジェクトチームを作り、リスクマネジメント、介護マニュアル、財務に関して検討をしている。</p> <p>今後は、施設独自の具体的な検討を期待したい。</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>法人として5年間の経営戦略計画を作成している。</p> <p>事業計画としてはあるが、施設独自の具体的内容の検討と計画策定を期待したい。</p> | | |

(老人福祉施設 (入所施設) 版)

| | | |
|--|---|----------------|
| 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> 中・長期計画が法人で作成されており、サービスの改革、組織・職員の改革、財務・コストの改革などが打ち出されている。 施設としての計画は少ないため、施設独自の中・長期計画を踏まえた単年度計画作成を期待したい。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 各部署からの意見を吸い上げて事業計画の作成を行っている。また、主任会で毎月稼働率を確認している。 今後は、半期終了時に見直しを行い、具体的な変更が行えるような努力を期待したい。</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> 行事計画は施設内に掲示され利用者等に周知されている。 今後は、家族会や郵送などの手段も活用し、事業計画全体の周知を図り、利用者等に理解してもらえよう工夫を期待したい。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 各部門における会議などで部門内の問題点を出して検討している。 今後は、会議で出たことを施設全体にも周知・検討し、PDCAサイクルを意識した実行と記録の充実を期待したい。</p> | | |
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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> 事故対策や感染対策等については各部門や部門間で実施できている。 今後は、各種委員会を統括する主任会議等で報告検討され、施設全体として取り組むことを期待したい。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 複合施設共通の「やすらぎの郷業務指針」で明記し、役割要件は法人で作成した役割要件書に明記され配布されている。 今後は、管理者不在時の権限委任や、役割に関する具体的内容の明文化を期待したい。</p> | | |

(老人福祉施設（入所施設）版)

| | | |
|---|---|----------------|
| 11 | II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 法令遵守規程を整備し、研修会などで周知している。 今後は、遵守すべき法令をリスト化し職員へ周知することを期待したい。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 施設長は各種委員会にはすべて出席し、統括長は各種部会に出席して課題の把握と助言・指導を行っている。 サービスの質向上に関しては、満足度アンケートを実施し、フロアー会で検討・改善を行っている。 今後は、接遇向上に関する職員教育や研修の充実を期待したい。</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 ・c |
| <p><コメント> 施設長や統括長は経営戦略プロジェクトチームなどで経営改善に努めている。 今後は、経営改善に関する具体的取組みの充実を期待したい。</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-(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> 事業計画を実現するため、必要とされる人員が多く確保されている。また、専門職の配置について具体的な計画を作成し、人員適正化計画も実施している。</p> | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a ・b・c |
| <p><コメント> 理念や基本方針を踏まえた人事考課制度が作成され、職員の能力開発や人材育成に取り組んでいる。</p> | | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 16 | II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 | a ・b・c |
| <p><コメント> 専門家によるカウンセリングの実施や職場の苦情相談窓口の設置など、職員の心身の健康を確保する取組みがなされている。また、より充実した健康に関する検査や予防接種の実施にも取り組んでいる。</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> 人事考課制度における年2回の面接で目標を確認し、取組み状況を確認している。 今後は、目標管理シートを活用し、記録に基づく育成面接の実施を期待したい。</p> | | |

(老人福祉施設（入所施設）版)

| | | |
|---|---|-------|
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 三恵会職員研修計画に基づき、階層別・リーダークラス研修・若手層のフォローアップ研修・新人研修・自主研修など多彩な研修体制が組まれている。また、外部研修への参加も可能な体制を敷いている。</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><コメント> 研修は同内容を2回実施することで全職員が参加しやすい状況を作っている。年間計画に加えて、外部研修の情報提供を職員に対して周知し、参加を促している。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 実習生受け入れに関するマニュアルを作成し、受け入れ担当者も多く存在する。介護福祉士養成校に限らず、看護、介護職員初任者研修、教員免許特例法による体験等多くの受け入れをしている。</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。 | a・㉑・c |
| <p><コメント> 施設のホームページで運営に関する情報を公開している。また、苦情・要望に関する改善を施設内に掲示している。 今後は、改善に関する提案と取組みなどの情報提供を分かりやすくする工夫を期待したい。</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・㉑・c |
| <p><コメント> 財務に関する不定期の内部監査に加えて税理士による外部監査を実施している。 今後は、内部監査の定期実施を期待したい。</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。 | a・㉑・c |
| <p><コメント> 各種クラブ活動や文化祭など地域に根ざした活動を行い、盆踊りなどの校区行事への参加も行っている。 今後は、地域の学校教育等への協力を積極的に行うことを期待したい。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> ボランティア受け入れマニュアルを作成し、市の介護支援ボランティア事業の受け入れや職場体験など多くのボランティア活動を受け入れている。</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。 | a・㉒・c |
| <p><コメント> 医療機関との連携強化のための地域独自のネットワークを利用し、地域ケアネットワーク推進会議を運営している。 今後は、職員間の情報共有を行い、施設全体としての取組みへ発展することを期待したい。</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・㉒・c |
| <p><コメント> 市の地域包括支援センター協力機関業務の委託を受けて、認知症サポーター養成講座などにより専門知識を地域に還元している。また、文化祭などで街づくりへの協力もしている。 今後は、施設の建物を活用してさらに地域への貢献を期待したい。</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・㉒・c |
| <p><コメント> 健康長寿地域拠点づくり業務の実施やサロン活動を行い、民生委員と定期的な会議を実施することで、地域公益活動に協力している。 今後は、地域の福祉ニーズに基づいた活動を積極的に実施することを期待したい。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 三恵会行動指針に基づき利用者の人権尊重の姿勢が貫かれ、身体拘束廃止や虐待防止に関する委員会の取組みも積極的に行われている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> プライバシー保護に関するマニュアルを作成し、職員に対して定期的な研修が実施され、周知が図られている。また、居室はパーテーションで区切られプライバシーは保たれている。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> パンフレットを協力医療機関に置き、ホームページでも公表することで積極的に情報提供を行っている。また、希望者には丁寧な説明を心がけ、見学等にも随時応じている。</p> | | |

(老人福祉施設（入所施設）版)

| | | |
|--|---|-------|
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 契約書・重要事項説明書は字体を大きくするなどの工夫で分かりやすく表現され、説明の上で同意を得ている。</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。 | a・㉑・c |
| <p><コメント> 施設の変更については相談窓口を作り情報を伝えるなど対応をしている。 今後は、移行に関する手順・引き継ぎ書の作成を期待したい。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 利用者満足度調査を実施し、結果分析と検討を行い改善策を掲示の形で公表している。改善・要望に関する意見は多く出ており、言いやすい環境が整っている。</p> | | |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| 34 | Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 苦情申し出に関する案内チラシを張り出し、利用者及び家族等への周知と理解に努めている。また、苦情に対して検討した結果を施設内に掲示している。</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。 | a・㉑・c |
| <p><コメント> ご意見箱を置き、苦情申し出に関する案内チラシは目につく場所に設置している。また、苦情に対して検討した結果も同様に施設内に掲示し、周知を図っている。</p> | | |
| 36 | Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | a・㉑・c |
| <p><コメント> 苦情解決に関する仕組みがあり、苦情に対して報告や検討・対応した結果を報告書として出す仕組みが機能している。</p> | | |
| Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | |
| 37 | Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 事故発生防止に関する指針の作成と委員会を設置し、分析・改善・再発防止につなげる流れができている。また、年2回研修を実施することで事故発生防止に努めている。</p> | | |
| 38 | Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント> 感染防止マニュアルを作成し、定期的な研修を行うことで職員の意識の向上や対策の確認をしている。</p> | | |

| | | |
|--|---|----------------|
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 防災マニュアルの作成及び防災委員会の設置が行われており、近隣施設との防災協定を締結し定期的な訓練を実施している。また、食料や備品の備蓄もできている。 今後は、関係組織と調整し、災害時の避難方法などを整備することを期待したい。</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。 | a ・b・c |
| <p><コメント> 介護に関するマニュアルを各種作成し、月に1回、マニュアルに基づいて業務が行われているか確認している。また、定期的に介護技術講習も実施しており、業務の標準化への取り組みがしっかりと行われている。</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。 | a・ b ・c |
| <p><コメント> 経営戦略プロジェクトチームで各種サービス提供マニュアル及び業務マニュアルの検証・見直しを行っている。 今後は、見直しの際に職員や利用者の声を幅広く得るような工夫・努力を期待したい。</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。 | a ・b・c |
| <p><コメント> 「施設ケアマネ業務マニュアル」で業務の流れを明確にし、必要なプロセスを踏んで実施されている。アセスメント表で利用者個別の状況を把握し、多職種でケアプランを作成している。</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。 | a ・b・c |
| <p><コメント> 6か月に1回、サービス実施に関するモニタリングを行った上でカンファレンスを実施している。カンファレンスの際には利用者や家族に参加を求め、利用者本位のケアになるよう努めている。</p> | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 44 | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | a ・b・c |
| <p><コメント> 日々の記録や生活健康表に加えて、申し送りノートによる情報共有化や、パソコンの共有ファイルによりサービス提供に関わる各種職員間の情報共有がなされている。</p> | | |
| 45 | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a ・b・c |
| <p><コメント> 個人情報保護規程で記録の管理に関しての取り決めがあり、記録物は整理整頓され適切に管理ができている。</p> | | |

1 支援の基本

| | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------|----------------|
| 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。 | a・ b ・c |
| 1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | a・ b ・c |

所見欄

| |
|--|
| <p>利用者一人ひとりの心身の状況やADL（日常生活動作）状況等を把握し、記録に留めて検討している。</p> <p>日々の観察の中で会話をを行い、会話に関する記録を留める対応が行われている。また、接遇委員会で接遇面の向上を協議し、定期的な巡回や朝の唱和などで職員に対する意識付けに取り組むなど力を入れ、職員同士が注意し合う運動がなされている。</p> <p>今後は、意向や要望をあわらせない方へのさらなる取組みを期待したい。</p> |
|--|

2 身体介護

| | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|---------------|
| 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。 | a ・b・c |
| 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 |
| 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 |
| 2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | a ・b・c |

所見欄

| |
|--|
| <p>入浴については、カンファレンス等で検討し、利用者の心身の状況に応じた介助を行っている。また、声掛けや同性介助などへの工夫を重ねている。</p> <p>排泄については、カンファレンス等で利用者個人の状況に応じた排泄を検討し、水分量や薬、運動に関する工夫がなされている。</p> <p>移乗・移動については、日常場面やリハビリ検討会議で福祉用具表を活用し、利用者の状況に応じた用具や移動方法について検討をしている。また、車いすなどの点検についてチェック表を導入する予定である。</p> <p>褥瘡（床ずれ）予防については、褥瘡に対する指針や褥瘡防止マニュアルが作成され、毎月評価・検討がなされている。用具や姿勢保持、栄養面も含めた総合的な検討がなされている。</p> |
|--|

3 食生活

| | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|----------------|
| 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 |
| 3-② 食事提供、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 |
| 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 |

所見欄

食事については、利用者の希望などを取り入れ、利用者の満足が得られる工夫に努めている。テーブルの席配置についても、利用者の状況を配慮して気の合う人が近くになるような工夫をしている。また、ムース食への取組みも検討されている。

毎月栄養ケアマネジメント委員会や介護会議などで食事形態や内容などについて見直しを行っている。

食事介助マニュアルに基づき利用者の状況に応じた食事介助を提供し、食事姿勢についてもリハビリスタッフと共同で検討している。

口腔ケアについては、歯科衛生士によるブラッシングの指導を受け、口腔ケアは毎食実施している。

今後は、施設全体としての口腔ケアに加えて、利用者個別の評価に取り組むことを期待したい。

4 終末期の対応

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|----------------|
| 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・ ② ・c |

所見欄

入所時に看取りに関する指針を説明し同意を得ている。また、ターミナルケアに関する研修を実施し職員への周知を行っている。

今後は、看取りに関する知識の向上と共に意識付けの機会を持ち、看取りに向けた手順書の作成を期待したい。

5 認知症ケア

| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|----------------|
| 5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a・ ② ・c |
| 5-② 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。 | ① ・b・c |

所見欄

認知症ケアについては、カンファレンスやリハビリ検討会で日常生活能力や残存機能を評価し、役割を持ってもらう取組みがなされている。

環境面の配慮では、部屋に家族の写真を置く、廊下に生活や季節感を感じさせる物を置くなどの工夫をしている。また、異食への対応としてテーブル上の物に関する配慮もなされている。

今後は、認知症の方に関する背景の分析について個別の検討を重ねるよう期待したい。

6 機能訓練・介護予防

| | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|---------------|
| 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。 | ① ・b・c |

所見欄

機能訓練は毎月リハビリ検討会で介護・看護・相談員・栄養士・介護支援専門員とも協力し利用者の機能訓練の実施状況や評価を行っている。
作業療法士による専門的な訓練を個別に実施し、集団での体操などと組み合わせて行っている。

7 健康管理・衛生予防

| | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|----------------|
| 7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立している。 | a・ b ・c |
| 7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | a ・b・c |

所見欄

健康管理・衛生予防については、生活健康表を用いて把握管理し、看護職員が中心となり医師の指示確認や処置、健康管理を実施している。
服薬管理については、看護・介護職員が共同して適切に服薬管理を行っている。
感染対策委員会、食中毒防止委員会を設置し検討を重ね感染防止等に勤めている。また、感染防止マニュアルを作成し、感染予防や感染時の対応についてもきめ細かく定められている。
今後は、高齢者の病気や薬に関する研修の機会確保を期待したい。

8 建物・設備

| | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|----------------|
| 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 |

所見欄

営繕担当者が巡回し定期的に設備・備品のチェックを行っている。
利用者や家族がくつろげるスペースは居室、廊下、食堂などにあるが、共有部分がよりくつろげるような空間となることを期待したい。

9 家族との連携

| | 第三者評価結果 |
|--------------------------|----------------|
| 9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | a・ b ・c |

所見欄

家族との連携については、定期的に家族に利用者の状況を報告し、要望を聞き取りしている。また、家族の面会時にも状況報告をしている。
家族会などのお知らせを送り、家族とのつながりを大切にしている。