

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名及び訪問調査日

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成27年9月11日(金)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 第二大和の里	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：渡辺 昭二	定員（利用人数）：110名	
所在地：愛知県稲沢市井掘野口町27番地		
TEL：0587-36-8011		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成12年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 薫風会		
職員数	常勤職員：64名	
専門職員	(施設長) 1名	(事務長) 1名
	(介護支援専門員) 3名	(介護士) 44名 内：介護福祉士22名
	(生活相談員) 2名	(機能訓練指導員) 3名
	(管理栄養士) 1名	(看護師) 6名
	(准看護師) 3名	
施設・設備の概要	(居室数) 71室	(設備等) 食堂、機能訓練室
		浴室、医務室及び静養室、相談室
		ふれあいホール、喫茶コーナー

③理念・基本方針

(法人)

日本国憲法第十三条（個人の尊重）「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に反しない限り対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」により、この法のもと生活の場における地域化、また福祉サービスを求めているすべての人に、「尊厳と自由」を尊重し、サービスの向上を図り、コンプライアンスの体制強化に努めます。私達は、要援護者に対するプロとして、S(スマイル)・H(ハート)・A(アクト)を法人のモットーとし、経営基盤の健全化を図るとともに、ISO90012008の保障保持に努めます。

(施設) ゆったりと穏やかに対応しご利用者の言葉を待ちます。

基本方針

- (1) 科学的介護の推進
 - ① 5つのゼロ（おむつ、骨折、胃瘻、拘束、褥瘡）への取り組み
 - ② 4つの自立支援（認知症ケア、看取りケア、リハビリテーション、口腔ケア）への取り組み
- (2) 介護環境整備の推進
 - ① 安心・安全な介護環境の推進
 - ② その人らしい生活環境の実現
- (3) 職員資質向上の推進
 - ① クレドカード実践を推進
 - ② モラルガイド遵守の徹底
 - ③ 接遇能力向上への取り組み
 - ④ 人間力（思考力・行動力・責任力）を高める取り組み
- (4) 職場環境整備の推進
 - ① 報・連・相を徹底し問題解決力を高める取り組み
 - ② チームワークを最大限に生かす業務改善の実施

④施設・事業所の特徴的な取組

ボランティアの有効活用
ISO9001 認証取得事業所であること

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年 6月 30日（契約日）～ 平成28年 3月 8日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回 （平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆動き出した改革・改善

慢性的な職員不足を原点から見つめ直し、働きやすい職場作りに取り組んでいる。職員意見を取り入れて風通しの良い職場とするために、各部署に副主任を配し、会議体系にも手を加えた。人事管理や財務・会計情報を職員が閲覧可能な社内ランに載せ、職員にも運営の透明性（見える化）をアピールしている。家族の意見を事業所運営に反映させるために、意見・要望を苦情処理委員会に諮り、貴重な意見や要望は事業所内に掲示して職員への周知を図っている。

◆三大介護（食事、入浴、排泄）の充実

原則として、昼食は毎日選択メニューである。食堂の入り口に2種類の献立展示があり、利用者は自らの嗜好でメニューを選択している。入浴は基本的に週2回の機会がある。職員が入浴係、脱着係、誘導係と役割分担を決めて対応しており、浴室の設備も清潔に保たれていて利用者の満足度は高い。排泄は、基本方針にも取り上げている「おむつゼロ」の取り組みを展開中である。職員は常時おむつの数を減らすことに関心を持って支援しており、実際におむつ外しに成功した例も多い。

◆事務職員が支援する「いっしょの日」

事務職員が、毎月11日を「いっしょの日」として、利用者と帯同して外出を支援している。「事務職員であっても、介護の現場に無関心であってはならない」との考えから出発した取り組みであるが、簡単には遠出ができる環境にない利用者にとっては嬉しい一日である。事務職員を束ねる事務長と言えども例外ではなく、第三者評価の訪問調査日（9月11日）には利用者と連れ立って県外の「なばなの里」へ出かけて行った。

◇改善を求められる点

◆健康に関する職員意識の醸成を

毎年インフルエンザの罹患者が出ている。職員は予防接種を受けることになっているが、一部に実施したかどうか把握できない職員がいる。そして、インフルエンザの発生が職員から始まっている点も見逃せない。支援対象のほとんどの利用者が、ウイルスや細菌に対する抵抗力の弱い高齢者であることを深慮し、職員自身による健康管理の充実を期待したい。

◆マニュアル整備を

支援の現場での標準的な実施方法は文書化され、マニュアルに沿った支援が行われている。ところが、直接処遇ではない周辺環境に関する手順の文書化が遅れている。実際には積極的な活動を実施している「実習生の受け入れ」や、「ボランティアの受け入れ」等のマニュアルが確認できなかった。それぞれのマニュアルには、取り組みの持つ本来的な意義や目的を明記し、終了時に効果を評価・検証できる仕組みの構築が望まれる。既存のマニュアルには、作成日や改定日の記載のないものが散見された。「最新版管理」のルールからも、マニュアル類には日付けの記載を望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の結果で高い評価をいただいた点は、さらなる充実を目指し取り組んでいきます。また、改善が必要な点では、健康に関する職員自身の意識を高め、健康管理に努めていきます。マニュアル整備では、不足しているマニュアルを作成し、既存のマニュアルについても作成日・改訂日時等、日付けの記載を行い文書管理に努めます。

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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(特別養護老人ホーム)

※すべての評価細目(62項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。		
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。	高 1 a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
変則勤務を強いられる事業形態であり、職種、就労形態も様々であることから、職員全員に等しく理念の周知を図ることは容易ではない。そのため、ISO9001の取り組みの一環として、職員はクレドカード(理念カード)を携行し、いつでも理念に触れられる仕組みを構築して理念に沿った支援の実践を目指している。幹部職員によって、職員意識の向上を目的としたいくつかの試みが実施されているが、職員間の意識の格差は解消していない。		

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。		
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。	高 2 a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
この事業の業界全体を取り巻く慢性的な「人材不足」の状態が続いており、当事業所においても例外なく「欠員補充・安定雇用」が最重要課題となっている。状況の把握は的確であるが、有効な分析のプロセスに進めず、もどかしい状態が続いている。		
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。	高 3 a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
事業所の目指す支援を4点の基本方針としてまとめているが、それらの実現のためには、「職員の安定雇用」が前提となる。新たな会議体系を創ったり、看護師の配置を変更したりして改善・努力の跡は見えるが、まだ成果を見るには至っていない。今後に期待したい。		

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。		
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。	高 4 a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
中・長期計画の明文化がなく、ISO9001が本来的に持っている「継続的な改善」を手段として、品質方針、品質目標へのチャレンジをもって将来にわたるビジョンと考えている。設立30周年を機に、新たなビジョンの策定が検討されている。		
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。	高 5 a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
明確な中・長期計画がないことから、前年度の事業計画の見直しを行って、抽出した課題を次年度の事業計画に反映させている。中間期と年度末には「実績報告書」が作成され、部署ごとにまとめて事業計画の進捗チェックや達成の可否判定を行っている。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	高 6	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ISO9001の目標管理システムを活用しており、事業計画が職員個々の「目標管理シート」にまで連動している。目標の数値化も進んでおり、実施した支援や活動の達成度が明確になることから、職員にとっては理解しやすい仕組みと言える。		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	高 7	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
家族会はないが、年間4回発行される法人機関紙「薫風会だより」で、家族に事業の概要を知らせている。		

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。		
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。	高 8	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント		
職員全員で第三者評価の自己評価に取り組んでいるが、全職員一丸となって同じ目標に向かって行こうとする意識に温度差が感じられる。前年度の受審時に実施した職員アンケートでは、質の向上には直接結びつかない批判的な意見も出ていた。		
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。	高 9	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
ISO9001の内部監査や第三者評価の受審結果から課題を抽出し、その都度可能な案件から改善が実施されている。しかし、計画性を持った改善活動は実施されておらず、今後の改善活動においては、それぞれの改善課題ごとに「責任者」、「改善期限とスケジュール」、「改善方法」等を明確にした取り組みの実施を望みたい。		

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。		
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。	高 10	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者に着任して6年が経過した。大型複合施設の施設長として、大きな職員集団の先頭に立って組織を牽引している。		
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。	高 11	② ・ b ・ c
評価機関のコメント		
コンプライアンスの重要性を認識し、年間2回の職員研修を実施して周知を図っている。勤務表に、それぞれの職員が関与する法令を明記し、法令遵守の意識付けを行っている。		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	高 12	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001の取り組みを行い、継続して認証を取得している。しかし、職員の入れ替わりが激しく、職員間の意識格差もあって、管理者が目指すサービスの質の向上は実現していない。			
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。	高 13	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001の認証取得や第三者評価の継続受審を通して明確となった課題に対し、様々な改善を実施している。各部署に副主任を配置し、風通しの良い雰囲気作りのために会議体系を整備した。家族意見の吸い上げの仕組みを作り、貴重な意見は職員周知のために掲示してある。事務職員が現場を知る必要性を重んじ、毎月1回(11日)には事務職員と利用者が帯同して外出している。人事管理の見える化、ユニフォームの私服化、会議の効率化等は、今後の効果に期待したい。			

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。			
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。	高 14	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
慢性的な人員不足が解消しておらず、ISO9001の力量基準に沿った職員の育成が難しい状況である。当面の人事政策は、大きな課題である「職員採用」に甘んじているが、早い時期に本来目的である「人材育成」への政策の転換を待ちたい。			
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
法人の「人事考課規程」に沿って、「目標管理シート」を使った人事考課が実施されている。人事考課から得られた情報によって適材適所の職員配置を目指しているが、「資格優先」、「欠員補充」の人事異動となっている。			
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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。	高 16	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
職員雇用の安定した働きやすい職場を目指し、意見を言いやすい会議システムの導入や風通しの良い雰囲気づくりに取り組んでいる。職員を3班に分けて実施されている職員の1泊旅行には、ほぼ全員の職員が参加している。しかし、職員の離職は止まっておらず、職種・階層によっては有給休暇の取りにくさがある。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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。	高 17	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
「目標管理シート」を活用して職員の力量を向上させようとの取り組みがある。6ヶ月毎に進捗を管理し、希望する職員には上司が面談を実施している。			
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。	高 18	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
法人の研修委員会があり、基本方針に沿った研修計画を策定している。毎月の職員会議の中で30分ほどの時間を割いて勉強会を行っており、その時々タイムリーな研修課題が設定されていることから、実効の高い勉強会となっている。研修実施後には「報告書」や「復命書」が作成されているが、研修効果を検証するシステムが機能していない。			

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。	高 19	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
法人の研修委員会が計画した研修、毎月の職員会議での勉強会、現場支援のための技術講習会、専門性の高い外部研修会への参加等、職員の研修機会は多い。目標管理シートを活用し、人事考課制度と連動させた研修制度の運用を期待したい。		
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。		
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。	高 20	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
実習生の受け入れを積極的に実施しており、看護師実習生を中心に年間延べ受け入れ数は400人(平成26年度実績)を超える。円滑な運用を図るための「実習生受け入れマニュアル」が存在しないことから、早期の作成を望みたい。		

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。		
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。	高 21	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
第三者評価を毎年受審し、ホームページや法人機関紙(「薫風会だより」)等を使って情報提供に努めている。家族からの意見を事業所運営に活かすべく、貴重な意見は事業所内に掲示して職員への周知を図っている。しかし、苦情・クレームの類を公表するには至っていない。		
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。	高 22	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント		
公認会計士事務所の監査を受け、監査報告の中から抜粋して稼働率等を職員に周知している。監査内容を施設長で構成する「企画会議」で検討し、適切な事業所運営のための材料として活用している。この監査結果(財務・会計情報)は社内ランで公開されており、職員に対する「経営の見える化」の一環としても位置付けられる。		

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。		
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。	高 23	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
事業所は濃尾平野の田園地帯に立地し、周辺には民家がないことから地域住民が日常的に施設に出入りすることは極めて稀である。それを払拭するため、ボランティアの訪問を積極的に受け入れ、利用者の生活に潤いを持たせている。事業計画において、地域との係わりの方針や方向性を示すことが望まれる。		
II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	高 24	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント		
ボランティアの受け入れを積極的に行い、利用者の生活を充実させようとの姿勢は見られるが、対応するマニュアルが整備されておらず、事業計画等の基準文書にも基本的な考え方の明示がなかった。ボランティア受け入れの意義や目的を明確にしたマニュアルの作成が待たれる。		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	高 25	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
独立した事務部門があり、関係する行政機関や医療機関との窓口となっている。関連する社会資源は管理(リスト化)された状態であって、緊急事態の発生にも即座に対応できる体制を取っている。			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	高 26	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
地域と独自の防災協定を結び、災害時の福祉避難所としても市に登録している。施設内に地域交流スペースがあり、「長寿を祝う会」や「給食会議」、「ライオンズクラブの例会」、利用者と家族、地域を対象とした「居酒屋」等の催しが開かれている。しかし、開催頻度や来場者数が少なく、有効活用されているとは言い難い状況である。			
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。	高 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
地域のニーズに対応すべく、各種の介護サービスを取りそろえた複合施設として機能している。敬老の日には利用者の家族を呼んで意見や要望を聞いており、毎年1回、約300名の待機者の現況調査を行ってニーズを確認している。法人の事業として地域包括支援センターを持つことから、そこを経由することによって利用者に最も適したサービスを提供することも可能となっている。			

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。			
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。	高 28	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
身体拘束廃止、介護力向上など9つの委員会活動を核にして取り組んでいる。勉強会も行っているが、参加できない職員の参加機会を増やしたり、委員会から発信したことが理解され実践されているか確認していくことを期待したい。			
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。	高 29	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
各種業務手順書の中に、「その場面でのプライバシーに配慮するように」という記述がある。利用者が守りたいと思うことは人によって違うので、ケアプランで個別な課題として設けられていた例もあった。設備の工夫に取り組んでいるが、部屋の仕切り方や過ごす場所など、さらに検討していけることもあると考える。			
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。			
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。	高 30	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
パンフレット、広報誌などは自由に求め、持ち帰ることことができ、費用の案内もそろっている。相談員以外の職員でも対応できる体制になっている。			
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。	高 31	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
入所にかかる契約や手続き、入所後の生活援助のためのケアプランを定められた形式に則って説明し、交付している。遅滞もない。利用中の予想される出来事や変化の内容、その対応方法等を利用者側によく理解してもらうために、文章だけでなく表現方法を取り入れる取り組みを期待したい。			

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。	高 32	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
従来型タイプでショートステイをしていた利用者がユニットタイプに入所するという例において、サービスの継続性に配慮した対応が見られる。同じ法人の同じ敷地内での移動であり、連絡や情報共有はしやすい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	高 33	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
家族へのアンケートが年1回行われている。意見のまとめを行い、要望に対してどのように対処していくかという姿勢は、上層部への報告書にも記入されているが、意見の出た原因を探ったり、その後の検証が十分ではない。アンケートの実施間隔や内容も、その時々介護環境の変化や関心によって、より有効な改善につながるものに見直しすることを期待したい。			
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。			
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。	高 34	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
規程は整備され体制は設けられているが、定められた方法に従って処理されていない例があった。解決の方法が利用者側の意見に振り回されて、後手後手の対応になって対処を誤る恐れがないように、これを契機に適切な解決対策を確立し、担当者や責任者が冷静に処理できるような体制作りを期待したい。			
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。	高 35	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
相談場所や、受け付ける職員などは利用者に配慮して設けられている。利用者等への周知は日頃からの交流や面会等の機会を活かして実施している。			
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。	高 36	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
利用者からの相談や意見を広い意味でとらえ、苦情処理委員会での検討事項にしている。相談や意見に関する利用者への回答、対応が最後まで進んだかの確認が不十分などところがある。P-D-C-Aのサイクルが機能し、利用者満足が得られたかの検証につながっていくことを期待したい。			
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。			
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。	高 37	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
事故とヒヤリハットの基準を改め、新しい基準を導入したら事故のほうが多くなっていった。ピラミッド型に重大な事故こそが頂点に来るように、事故より多いはずのヒヤリハットの数、さらに多く気づきとして出てくるようにしたい。ヒヤリハットの取り組みが有効に機能し、予防処置が充実することを期待したい。			
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。	高 38	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
毎年インフルエンザの罹患者が出ている。職員は予防接種を受けることになっているが、一部に実施したかどうか把握できない職員がいる。そして、インフルエンザの発生が職員から始まっている点も見逃せない。出勤打刻時、事務所で健康について申告させる等の取り組みがあるが、事務がない早朝に出勤する職員がそのまま現場に行ってもわからないのが現状である。自己管理と健康不安時の対策について、職員教育の充実を期待したい。			
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。	高 39	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
非常時の対応手順、施設長に連絡がつかない場合の対策などが考えられ、訓練を実施して食料の備蓄を行っている。地域との協定を結び協力してもらえるように努めている。大きな施設ゆえ、助けてもらうより、地域住民が助けを求めてやってくることも考えられるので、災害の種類、大きさなど細かい想定に基づく対策を今後も練っていただきたい。			

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。			
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。	高 40	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>入浴援助の仕方、排泄援助の仕方といった介護の場面での標準的な方法はマニュアル化してある。マニュアルがあるものに対しては、それに基づいての実施は行われている。整備された既存のマニュアルの他に、標準的に考えられる概念はないか考えていくことを期待したい。</p>			
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。	高 41	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>標準的な実施方法としてマニュアル化されているものを見直すために、大前提になっている介護環境にも目を向けてほしい。フロアの出入口が常時施錠状態であり、これをどう受け止めるかは利用者の尊厳と向き合う上で重要な課題である。ユニット特養では特にそれが顕著である。</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。			
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。	高 42	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>包括的自立支援プログラムのアセスメントに基づき、それぞれのケアプランが作成されている。原案作成時に利用者家族の意見も取り入れ、会議を経て各職位の承認を受け、同意を得て実施に移している。ケアプランの変更時も、同様の手順を踏んで行っている。</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。	高 43	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>入所時のプランは1か月後に見直し、通常のプランは6か月に1回、随時の変更も、他職種と利用者家族の関りをもって行っている。</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。			
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。	高 44	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の気づきの多い少ないや、文章作成能力の差によって記録の量、質が変わることは、観察力や記録の書き方を含めて教育・研修の課題である。プランで示したサービス内容を実施した、あるいは未実施だった、という記録をつけると、サービス提供の証拠になり、さらにモニタリング結果の根拠にもなる。</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。	高 45	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>規程に基づき、記録を作成、保管、廃棄している。情報保護と情報開示も規定に基づいて行われている。</p>			

Ⅲ-3 高齢者福祉サービス(特養)の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 支援の基本			
Ⅲ-3-(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。	高 46	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>多数のボランティアが入り、日によつての過ごし方もいろいろになるよう、日課や行事を行っている。車いすから、いすやソファーへの移乗なども、利用者によつて異なる方法として個別に行っている。「どこで何をして過ごすか」について、フロア以外でのアイデアがふくらむことを期待したい。</p>			
Ⅲ-3-(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。	高 47	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>コミュニケーションの実施自体や、直接処遇職員以外でもしっかり接する日が設けられるなど、その機会はよく用意している。表面的に不満を発しない利用者に対しても、意思表示しないが、生活の場面の何かに希望や不安を持っていないか確認し、検討することも期待したい。</p>			
Ⅲ-3-(2) 身体介護			
Ⅲ-3-(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。	高 48	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>全利用者が週2回の入浴機会を確保している。大規模な事業所特有の入浴係、脱着係、誘導係と役割分担を決めて対応しており、現状で利用者の満足は得られている。 (参考までに)職員配置との兼ね合いになるが、一人の職員が利用者の入浴にかかる全てを実施し、利用者へのより細やかな支援を提供できないか、一考を期待したい。</p>			
Ⅲ-3-(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。	高 49	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>トイレ誘導、選択する下着の種類、パットの使用、おむつ等、利用者の状態に合わせて衛生に配慮し、適切な時期に、誘導や介助、交換を実施している。「テープ式おむつをリハビリパンツに替えたらおむつが取れた」という評価の記載があった。常時おむつの数を減らすことに関心を持って取り組んでおり、実際の成功例も多い。</p>			
Ⅲ-3-(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。	高 50	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>自らの意思で移乗・移動できる利用者は食事時にフロアを移動している。自由に動けない利用者は、いすやソファーなどに移つて安楽に過ごす等の配慮がある。安全と職員の負担を考慮してリフトを使うなど、離床と安静のバランスが取れるようにしている。</p>			
Ⅲ-3-(2)-④	褥瘡の発生予防を行っている。	高 51	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>褥瘡のできた人は毎日写真を撮って申し送るなど、治癒に向けての意識を高めている。褥瘡発生リスクの発見は以前より広がっているが、スクリーニングの根拠をより明確にしたい。科学的介護を推進するためには、どのような状態だからリスクが高いのか示すことで、対策が立てやすくなる。優先して栄養アプローチを重視するとか、圧力分散を追及するとか、対応や予防がさらに進むことを期待したい。</p>			
Ⅲ-3-(3) 食生活			
Ⅲ-3-(3)-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高 52	㉠ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>ほぼ毎日、昼食は選択可能な食事を提供している。食堂の入り口に献立見本を提示し、折々の季節には行事食を提供するなど、利用者の希望や嗜好に合わせて適温での食事を提供をしている。</p>			
Ⅲ-3-(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。	高 53	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
<p>食事形態の変更では他職種との連携の下、適切な判断をしている。食事介助は利用者の状態に合わせており、職員の都合にならないように配慮している。急な状態の変化、予定の変化等に合わせ、柔軟な変更や選択ができることを期待したい。</p>			

Ⅲ-3-(3)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高 54	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
夕食後の口腔ケアは毎日行っている。自分のできる利用者についても、口腔内の状態を確認して、磨き残しや磨き忘れがないようなチェックの仕組みを整えてもらいたい。			
Ⅲ-3-(4) 終末期の対応			
Ⅲ-3-(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。	高 55	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
終末期の判断、看取り介護計画の作成、援助の実施が手順に沿って行われている。施設で永眠された後、グリーフケアの実践として遺族を招き、看取り介護はどうであったかの評価、感想を述べ合い、次に活かす取り組みをしている。職員の死と向き合うストレスを緩和するために、「よくやった」と言う職員をほめることも取り入れ、利用者・家族の望む看取り介護に職員がさらに前向きに取り組めるよう期待したい。			
Ⅲ-3-(5) 認知症ケア			
Ⅲ-3-(5)-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高 56	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
認知症の利用者が多いフロアでは活気が乏しい。認知症の利用者の生活がただ座っている、居眠りをしていることで過ぎていけないように、体を使うことや頭に刺激になることをケアプランに盛り込み、1日の中で、その人なりに楽しく過ごせた時間が少しずつでも増えるように、個別ケアの充実を期待したい。			
Ⅲ-3-(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。	高 57	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
危険物等の放置などの心配はなく、安全面では十分注意している。フロアの中にいることにおいては問題はない。フロア外へは自分の意思では出られないが、フロアから出ても利用者が安心・安全に暮らせる生活場所作りに期待したい。			
Ⅲ-3-(6) 機能訓練、介護予防			
Ⅲ-3-(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。	高 58	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
ケアプランに従って、利用者個々に機能訓練が行われている。一斉にラジオ体操をする取り組みはあるが、家事等の日常生活活動の中で意図的に機能訓練を実施している例は少ない。			
Ⅲ-3-(7) 健康管理、衛生管理			
Ⅲ-3-(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。	高 59	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
看護師が配置されていることから、体調に異変を見つけた時には迅速に看護師に連絡して指示を受ける体制がある。職員に対しても初期の基礎的、基本的な対応を研修を通して学ばせているが、介護現場での実践に関しては職員間の格差が大きい。			
Ⅲ-3-(7)-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	高 60	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント			
毎年、施設内でインフルエンザの罹患者が発生することから、「感染症・食中毒の予防、蔓延防止の基本的な考え方」を備え、各種の疾病に対する対応マニュアルを収録している。インフルエンザの発生源が職員であるという事実もあり、健康管理・衛生教育の徹底と関連するマニュアルの点検が必要と思われる。なお、収録されている個々のマニュアルについて、作成日や改定日の記載されていないものが散見された。最新版管理のルールからも、日付けの記載を望みたい。			

Ⅲ-3-(8) 建物・設備		
Ⅲ-3-(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。	高 61	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
<p>ユニット型特養では、利用者自らが好みの居場所を見つけて自由度の高い生活をしている。反面、従来型特養では、特に認知症の利用者が多いフロアでは、ホールに集まって漫然と椅子に座っていたり、眠っていたりと、職員の管理のしやすさが優先されている感もある。利用者が快適に過ごせるために居場所を増やす取り組みもあるが、自らの思いや意向を表出できない利用者の真の思いを把握する取り組みが必要となろう。</p>		
Ⅲ-3-(9) 家族との連携		
Ⅲ-3-(9)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	高 62	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
<p>家族会がないこともあって、年間4回発行される法人の機関紙「薫風会だより」が、事業所と家族とをつなぐ貴重な手段の一つとなっている。毎月の請求書送付時にも行事案内を添えているが、行事への家族参加は少ない。利用者への面会訪問は家族間で差があり、訪問家族が固定化する傾向がある。</p>		