

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

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成28年 9月26日(月)
---------------	----------------------

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：老人福祉施設	
代表者氏名： 渡辺昭二	定員（利用人数）：110名（110名）	
所在地： 愛知県稲沢市井堀野口町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： 77名	
専門職員	(施設長) 1名	(生活相談員) 2名
	(介護士) 51名	(看護師) 7名
	(管理栄養士) 1名	(機能訓練指導員) 3名
施設・設備の概要	(居室数) 71室	(設備等) 居室・食堂・浴室・
		医務室及び静養室・機能訓練室・
		相談室・ふれあいホール・
		喫茶コーナー

③理念・基本方針

◆理念

・法人 社会福祉法人薫風会は、日本国憲法第十三条（個人の尊重）「すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に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質の向上を図り、コンプライアンスの体制強化に努めます。私たち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ISO9001：2008の認証保持に努めます。

・施設 ゆったりと穏やかに対応しご利用者様からの言葉を待ちます。

◆施設・事業所基本方針

- (1)科学的介護の推進 ①5つのゼロ(おむつ、骨折、胃瘻、拘束、褥瘡)への取り組み
②4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安全・安心な介護環境の推進 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)職場環境の推進 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

外出の機会を増やす（周辺地域との交流）

ISO9001 認証取得事業所であること

歯科医師、又は歯科衛生士が介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言、及び指導を受けています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年 6月27日（契約日）～ 平成29年 3月23日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回 （平成27年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆取り組みの成果：職員の定着率の向上

慢性的な職員不足からの脱却を目的として、働きやすい職場作りに継続的に取り組んで来た。長い時間を要したが、その取り組みの成果として職員雇用の安定がもたらされた。施設運営に対する職員の参画意識の高揚、風通しの良い職場作り、利用者や家族の意見を尊重した施策等々、重点的に取り組んだ課題が見事に花開いた。

◆「職員要望事項」による職員の意識改革

職員は毎月1項目の「職員要望事項」を提出する。要望事項の「目的」と「改善案」を記載することから、一種の改善提案制度である。ただし、要望（提案）のテーマは“利用者のために”と“働きやすい職場にするために”の2点に限られる。要望（提案）の重要度や改善の難易度を考慮して「部署会議」「リーダー会議」「役職者会議」に振り分けて討議され、改善活動が実施される。この取り組みによって、職員の改善意識が大いに高まった。

◆インフルエンザの罹患者ゼロ

毎年、インフルエンザが猛威を振るう時期になると、当該事業所では嬉しくない大流行が起きていた。昨年度の第三者評価の受審を機に“インフルエンザ撲滅”に向けての対策を講じた。過去の大流行の原因を究明したところ、「全て、職員が外から持ち込んだ」ことが判明したため、防御体制を構築して職員に対する意識付けが行われた。その成果が表れ、昨年度（28年1～3月）のインフルエンザ罹患者（利用者）はゼロであった。

◇改善を求められる点

◆人事考課制度の多面的な活用を

法人主導で「目標管理シート」を使った人事考課が実施されているが、上司の査定のみで自己査定の仕組みがない。人事考課からのアウトプットを「夏季、冬季の賞与査定」に限定的に利用しており、職員個々の能力開発（教育ニーズの把握）に役立てていない。自己査定を実施し、上司の査定とのギャップを分析することによって職員個々の教育ニーズが明確となる。人事考課と教育体系の連動した仕組みづくりを期待したい。

◆フロア入口の施錠について

従来型、認知症対応型、ユニット型と、介護を必要とする状況や環境は異なるのに、これまでは大前提としてどこも施錠状態であった。その点の見直し（部分的な開錠）が実施され、施設全体の雰囲気が変わってきている。しかし、認知症対応型やユニット型特養では、現時点でも施錠状態が継続している。「安全」と「自由」の両面から考察を加え、施錠が常態化しない方策を見出してほしい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ・特に評価の高い点については、利用者や家族の意見を尊重し、働きやすい職場作りに向けた成果を評価して頂いた。今後も継続して課題に取り組み更なる高みを目指していきます。
- ・改善を求められる点については、職員の個々の教育ニーズとスキルアップを目指した人材育成の取り組みをしていきます。
- ・利用者の生活に安全、自由を重点に置いた環境整備を見直していきます。

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ISO9001の認証を継続取得し、職員はクレドカード(理念カード)を携行して常に理念に触れられる取り組みがある。ここ数年、職員の不安定な雇用状況が続いていたが、現在では雇用の安定化が見られ、理念に忠実な支援を目指す職員の意識も変わってきた。機関紙「薫風会だより」や面会時を使って家族にも情報提供が行われており、家族アンケートにも感謝の言葉が増えてきた。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者(施設長)が業界団体の役員を務めることから、事業経営に必要な情報は早いタイミングで掴むことができる。収集した情報は、法人の理事会や施設長会を通じて法人経営にも役立てている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
慢性的な「人材不足」からの脱却に時間(年数)を費やしたが、光明が見えた。職員の足りないところを派遣社員の受け入れ等でしのいでいたが、現在は受け入れが0となっている。「職員の採用、定着」がこれまでの最重要課題であっただけに、大きな成果と評価したい。今後は「サービスの質の向上」を目指して進むことになる。			

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 ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
中・長期の計画は「事業概要」の中に読み取ることができるが、具体的な期限や数値目標を掲げるには至っていない。業界の変動の激しさゆえか、来るべき30年度の介護保険法改正を前にして様子見の状況とも取れる。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
中・長期の目指すべき目標数値等が明確に示されていないことから、事業計画の策定は前年度の事業計画を総括(事業報告)したうえで、それぞれの部門が単年度の「重点目標」掲げる形で行われている。一部に数値目標が設定されているものもあるが、ほとんどの重点目標に目標とすべき数値が設定されていない。			
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の取り組みとリンクさせ、それぞれの部門が協議を重ねて重点目標を設定し、目標管理シートにまで落とし込んで職員個々の取り組みにつなげている。各部門の重点目標は半期で見直しが行われ、部門長は目標管理シートの進捗を検証・把握するために職員との面接を実施している。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人や事業所の経営、運営に対して、家族の側の当事者意識に温度差がある。ほぼ毎日事業所を訪ねる家族もいれば、ほとんど足を運ばない家族もいる。利用者会や家族会が組織されていないことから、事業所が発する情報は一方通行になっていることも懸念され、相互の共通理解にはつながっていない。事業所イベントを家族に案内するが、参加率は向上してこない。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価の受審をサービスの質の向上のための手段と捉え、今回が4年連続4回目の受審である。今回の評価を前提とした家族アンケートでは、約4割の家族から返信がなかった。「サービスの質の向上」=「利用者、家族の満足度の上昇」と捉えると、無関心を装う家族が増えている現状を打破するための解決策を講じる必要がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
第三者評価受審での気づきを改善へとつなげている。前回、前々回での指摘事項の多くが改善されていた。完全とは言えないまでも、いたるところでPDCAのサイクルが機能し始めている。職員全員が毎月1項目の改善提案をする「職員要望事項」の制度が始まり、「利用者のために」と「働きやすい職場にするために」を目的として、計画的な改善活動が動き出した。			

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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、ISO9001のマネジメントシステムにおいて品質管理責任者を任じられており、その「経営管理規定」の中で「責任と権限及びコミュニケーション」の役割と範囲が明確に規定されている。不在時の権限委任のルール化もできている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
コンプライアンスはISO9001の要求事項でもあり、毎日の朝礼の中でも、特に「法令遵守」を説いている。定期的に職員の勉強会を実施するにとどまらず、勤務表に個々の職員が関与する法令を明記する等、コンプライアンスを重視する意識は高い。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「利用者のために」と「働きやすい職場にするために」の2項目に関し、職員それぞれが毎月1件の要望を提出している。委員会で検討し、提出された内容のレベルに合わせて、「部署会議」、「リーダー会議」、「役職者会議」での専決事項として振り分け、素早い改善活動へとつなげている。既に実効が出ているが、このシステムが継続的に機能していけば、サービスの質は飛躍的に向上することとなる。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
新たな制度を導入し、経営的な改善や業務改善が大きく進んでいる。働きやすい職場作りに取り組んだ成果として、職員雇用が安定したことがその最たるものである。具体的には、「職員要望事項」の取り組み、パート職員をも含んだ「老施協の教育導入」、「毎日外出制度」の施行、「研修フォローシート」の活用、「お菓子販売」の実施、事務職員が実施する「お出かけの日」の継続実施等々である。直接処遇の職員だけでなく、間接部門をも巻き込んだ利用者満足の向上策は高く評価できる。			

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。			
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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
派遣社員の受入れでしどいでいた介護現場から派遣社員の姿が消え、やっと職員の安定的な雇用が確保された。まだ現場には職員の不足感が漂うが、今後の課題は「定着対策」と「職員の育成」である。パート職員をも含んだ研修システムが導入されたり、「職員も事業所イベントを楽しむ」との方針が示されたりと、新たな方向に羅針盤の針を向けている。この成果を長い目で追ってみたい。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人主導で「目標管理シート」を使った人事考課が実施されているが、上司の査定のみで自己査定の仕組みがない。人事考課からのアウトプットを「夏季、冬季の賞与査定」に限定的に利用しており、職員個々の能力開発(教育ニーズの把握)に役立っていない。			

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り組んでいる。	高 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
働きやすい職場作りに取り組み、職員の定着率は向上した。しかし、有給休暇の取得率をみると、改善傾向にはあるものの、主任以上の役職者等には取りづらい状況が続いている。精神的なストレスの溜まりやすい事業分野であるだけに、相談窓口の設置やストレスチェックの実施等が望まれる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「目標管理シート」を活用した職員の能力開発の取り組みがあり、6ヶ月毎に進捗を検証・評価するために上司が面談を実施している。しかし、職種や階層別、経験年数別の職能要件が明文化されておらず、人事考課制度やキャリアパス制度と連動したシステム作りを期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
「研修フォローシート」が新たな様式として登場し、研修の履修後には「研修での気づき」と「具体的な職場での活用方法」の提出を求めている。研修で得た気づきを職員が職場で活用した「実施報告」があり、それに対する上司の評価（研修の必要性評価）も実施されていた。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
今年度より、パート職員をも含めて「老施協」が主催する研修に全員が参加することを規定している。事前に年間の研修計画が公表されているものもあり、研修の内容を考慮して職員は自らの意思で受講する研修を選んでいる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
看護実習生や介護福祉士実習生の受け入れを行っている。それぞれの依頼先教育機関（大学、専門学校等）が作成した研修プログラムをマニュアルとして使用しており、事業所としての「実習生受け入れマニュアル」は作成されていない。事業所として、実習生を受け入れる目的や意義を盛り込み、標準的な受け入れの手順を明確にしたマニュアルの作成を望みたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「社会福祉法」の改正に伴い、より一層の事業運営の透明化が求められる時代となった。サービス内容に関しても透明性が求められることから、苦情やクレームについても社会への公表が要求される。苦情を解決した後の申し出人へのフィードバックの後に、公表の手順を定める必要があり、早急に「苦情対応規程」の見直し・改訂を望みたい。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント 財務・会計の透明化に関しては、法人監事による内部監査、契約する会計事務所による実務指導と監査、行政機関による監査等が実施されている。上記監査によって財務・会計面の透明化・健全性は担保されていると思われるが、「社会福祉法」が求める精度の外部監査は実施されていない。法人収益額による受審義務化は先のことではあるが、中・長期計画に外部監査の受審を盛り込む等、予算措置を含めた検討を望みたい。			

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	利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	高 23	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント 直接処遇の現場職員だけでなく、事務職員をも含めた外出支援を実施し、地域との係わりを深めている。地域への積極的な外出に取り組んでおり、地域の合同防災訓練や地区の盆踊りには、職員と連れ立って利用者の有志が参加している。地域交流ルーム(ふれあいホール)の有効活用が図られておらず、今後の課題として残っている。			
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。	高 24	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント ボランティアの受入れが活発に行われている。書道や工芸、絵画、手芸クラブ等のボランティアが訪れ、利用者の暮らしに潤いを与えている。訪問調査日当日は、恒例となっている“ミス沖縄”の慰問があり、施設全体をくまなく回って利用者との写真撮影に納まっていた。地元中学生の体験学習や特別支援学校生の就労体験の受け入れ等も行われているが、様々なボランティアの受入れに対するそれぞれのマニュアルの整備を望みたい。			
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 利用者の健康管理には十分な配慮を持って臨んでおり、内科の嘱託医の他、精神科、歯科、眼科等の医療機関とも連携して往診の体制を構築している。外出支援に重点を置いていることから、地域の喫茶店やスーパー、商店等も新たな社会資源として関係が深まっている。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント ボランティアの来訪が多く、それらを組み込んだ事業所イベントが行われているが、地域住民への参加呼びかけはほとんど行われていない。地域交流ルーム(ふれあいホール)の有効活用についても、再考を期待したい。災害発生時の福祉避難所として、市との協定締結を予定している。			
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 地域の福祉ニーズの把握のために、毎年「申込者調査」を行って“待機者”の実態を把握している。現在、約180名の“待機者”を抱えており、複合施設内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、訪問介護事業所等とも連動して、地域の福祉を担って行こうとの姿勢が顕著である。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
各種委員会活動を核にして勉強会も行っている。参加できない職員も、後から学ぶ機会を得てレポートを提出する等、理解の徹底に取り組んでいる。拘束廃止や虐待防止の意義を十分理解し、一部施設環境を改善したところも認められた。改善例を検証し、「本当にそれは必要だったのか」や「ほかに改善点はないのか」等へと、より深い取り組みへの進化が期待される。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者の話を聞く場所や職員の役割を各職員が把握している。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」との記述もあった。特に注意を持って接してほしい利用者の場合、個別のケアプランの中に課題として設けられていた。			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
パンフレット、広報誌等は自由に求め、持ち帰ることができ、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。施設のホームページは、利用者家族が相談に来る前に見ていることが多い。適時内容を更新して情報提供を進め、記事の魅力を高めていきたい。			
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	① ・ b ・ 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ののっとして説明し、交付している。遅滞もない。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
別法人の事業所へ移行したり家庭に復帰したりする場合に、サービスの継続性を担保することは現実的には難易度が高い。法人内では、「従来型の特養施設でショートステイをしていた利用者がユニットに入所する」という例において、サービスの継続性に配慮して対応している。サービス終了時には、「今後の相談先」といった形で案内をする方法を検討されたい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	高 33	a ・ ⑥ ・ 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。要望に対する対応方針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改善したりする、その後の検証が十分ではない。アンケートの内容も年々練り直していくことを期待したい。利用者満足度の把握を目的として、利用者と直接懇談する計画を立てている段階であり、今後を期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
規程は整備されているが、定められた方法に則って処理されていない。苦情要望連絡票を作り、苦情の内容、原因、対応、解決という項目が記入されているが、苦情申立者と施設の当事者だけでなく、解決に医師や弁護士等の外部の資源を必要とした場合、連絡票では記入できない内容が生じている。再発予防策の妥当性確認や公表の仕組みを、苦情解決のシステムに組み込むことが求められる。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
相談場所や受け付ける職員等は、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生かして実施されている。利用者と直接懇談する機会を定期的(2~3ヶ月に1回)に設ける計画を立てており、実現に向けて進めてもらいたい。			
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 ・ ⑥ ・ 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否かの確認が不十分なところがある。PDCAサイクルを意識した利用者満足を得る活動になることを期待したい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
昨年度の第三者評価では、ヒヤリハットより事故のほうが多いという逆転状態を指摘した。その後、何かあった時は各職員がその場で付箋に書き、後からノートに貼りつける方法でヒヤリハットが多く出るようにして、気づきを大きく増やした。その中から重要度の高いものを正式なヒヤリハット報告書にあげている。集めたデータの分析と事故予防啓発をさらに進めたい。			
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者に毎年インフルエンザの罹患者がいたが、平成27年度の冬期には一人もいなかった。例年より早く予防活動を始め、体調の悪い職員を早く休ませる等の対策で効果があったと考えられる。職員が感染経路になることを確実に防げるよう、自己管理と健康不安時の対策を進め、下痢便、吐瀉物、飛沫等の感染の機会にさらされた場合の対応について、より一層の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 ・ ⑥ ・ 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等が考えられ、そのための訓練や備蓄を行っている。地域と協定を結び、協力してもらえるように努めている。実際に施設の訓練に地域の人が参加する場合も検討されたい。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。災害の種類や大きさ等、細かい想定に基づく対策を今後も練って行ってほしい。関連事項として、新たに防犯意識や対策も今後は必要になると考えたい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
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。マニュアルのあるものに対しては、それに基づいて実施されている。「他に標準的に考えられる概念はないか」を、考えていくことを期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
従来型、認知症対応型、ユニット型と、介護を必要とする状況や環境は異なるのに、これまでは大前提としてどこも施設状態であった。その点の見直し(部分的な開錠)が実施され、施設全体の雰囲気が変わってきている。ユニット型特養では、現時点でも施設状態が継続しており、「利用者の意思でユニット内から出られない」ことを、ぜひ広く議論していただきたい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
包括的自立支援プログラムのアセスメントに基づき、利用者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。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
入所時のケアプランは1ヶ月後に見直し、以降の通常のケアプランは6ヶ月毎に見直している。利用者の状態変化による随時の変更も、他職種の職員や利用者家族の関りをもって行っている。		
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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
利用者に関わる記録は、援助の場面に応じていくつもある。それぞれの場面で記録され、確認することができており、必要な一定の水準を満たしている。さらにその上を目指すならば、記録の一元化や確認のしやすさ等、業務の効率化をも視野に入れてほしい。例えば、パソコンで記録そのものが作成できたり、確認できたりするシステム等もあり、将来の参考にできると考える。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
規程に基づき、記録物を作成、保管、廃棄している。情報保護と情報開示も規定に基づき行われている。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
多数のボランティアが入り、日によっての過ごし方もバリエーションに富んでいる。入浴の方法、時間等も可能な範囲で柔軟に取り組んでいる。車いすからいすやソファーに移る際も、利用者によって異なる方法を取っており、その人に最適な方法を考えている。利用者との直接懇談の機会が、今後有効に活用されることを期待したい。		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
直接処遇職員以外の事務部門の職員も、終日利用者と接する日が設けられる等、多彩なコミュニケーションの機会を用意している。表面的に不満を発したり意思表示したりはしないが、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。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
全利用者が週2回の入浴機会を確保している。 入浴の頻度や時間、入浴方法など現状で利用者の満足は得られている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
おむつの数を減らすことに努力している施設である。パッドやおむつの種類は、利用者の状態に合わせて選択し、適切な時期に誘導や介助、交換を実施している。ただし、職員の手袋着用状況が清潔・不潔の場面に合っているか、利用者が手洗いをする機会が確保されているか等、排泄上の清潔への意識については一度振り返る機会を持つことを期待する。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
自らの意思で移乗・移動できる利用者は、食事時には自由にフロアを移動している。自由に動けない利用者は、いすやソファー等に移っ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も使う等、離床と安静のバランスが取れるようにしている。		
Ⅲ-3-(2)-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	高 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
褥瘡のできた人は毎日写真を撮って申し送る等、意識を高めている。褥瘡の発見と治療対応は援助にあたる全職員が取り組んでいる。医療や栄養面も考え、他職種が集まる褥瘡防止委員会では、ぜひ、治療計画→実際のケア→状態の評価→ケア方法見直し、のPDCA4場面で、それぞれ適切に機能しているか、否かを総合的に見てもらいたい。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
ほぼ毎日、昼食は選択可能な食事を提供している。食堂入口に献立見本を提示し、季節に合わせた行事食の提供等、利用者の希望に合わせて適温で提供をしている。嗜好調査も行い、献立に反映させている。		
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
食事形態の変更では、他職種の職員とも連携の下、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行い、職員の都合にならないように配慮している。利用者の急な状態の変化や予定の変更等に合わせ、柔軟な変更や選択が細やかにできるようになっている。		
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 ・ ⑥ ・ 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。自分でできる利用者についても、職員が確認をして、磨き残しや磨き忘れを防止するためのチェックの仕組みが欲しい。		

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 ① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>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、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。遺族が感謝してくれたり、職員が振り返りの言葉を発したりすることで、お互いが死に向き合ったストレスを癒す機会になっている。</p>		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>認知症の利用者が暮らすフロアは活気に乏しかった。認知症の利用者の生活が、ただ座っていたり、居眠りをしていたりすることで過ぎていけないよう、体を使うことや脳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、個別ケアの充実を期待したい。</p>		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>危険物等の放置等の心配はなく、安全面では十分注意しているが、椅子に座っている場合、眠っていて頭が下がり、バランスを崩して頭から前に落ちていけないかというヒヤリ場面はあった。安心・安全な生活場所がいくつも作れることを今後も期待したい。</p>		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>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、家事等の日常生活の中で、意図的に機能訓練を実施している例は少ない。</p>		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>看護師が配置されているので、体調変化の際はまず看護師に連絡する体制になっており、夜間はオンコール、救急車を呼ぶ判断も、相談の上で看護師がするようになっている。医療行為までは実施しないものの、介護職員が基本的な医療知識を持って予防的な対応や予測をすることも必要なので、研修や教育の後、実際にできるかを検証し、把握しておくことが望まれる。</p>		
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>職員には発症者がいたものの、インフルエンザには十分な注意を持って、昨年度は利用者発症ゼロを実現した。「感染症対策をしています」というステッカーの貼られた汚物処理室や、清潔不潔の区別について啓発する掲示も各所に見られたが、実際に、その汚物処理室内で具体的に何をどう対策しているのかが不明だった。室内に入る者に対し、誰でも具体的な対処ができるような明確な案内を求めたい。</p>		

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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>1階のメインホールは主として利用者の食堂として使用されているが、利用者のクラブ活動や職員の研修の場としても使われ、舞台を備えていることからイベント会場としても利用されている。1階には喫茶コーナーもあり、利用者や家族がくつろいで談笑している。利用者の居住スペースの入口ドアが施錠されている。安全性に配慮しての施策ではあるが、全フロアの入口ドアの施錠が一律に恒常化することのないよう、状況や時間帯を区切って施錠を解く試みを期待したい。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>3ヶ月に1回発行される「薫風会だより」が家族の許に届けられている。ほぼ毎日利用者に会いに来る家族もいれば、足の遠のいている家族もいる。面会時の機会をとらえ、職員は家族に利用者の近況や様子を伝えているが、面会が少ない家族に対しては情報の共有が難しくなっている。面会に来ない家族は、定期的を実施している家族アンケートにも返信は少ない。このような家族に対しての対応が今後の課題となっている。</p>			