

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29年12月6日（水）
---------------	---------------------

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（109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： 47名	
専門職員	(施設長) 1名	(生活相談員) 1名
	(介護士) 47名	(機能訓練指導員) 3名
	(看護師) 8名	(介護支援専門員) 3名
	(管理栄養士) 1名	(事務長・事務職員) 1・3名
施設・設備の概要	(居室数) 71室	(設備等) 居室、食堂、相談室、
		医務室及び静養室・機能訓練室
		浴室、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。
・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。

★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クレドカード実現を推進 ②モラルガイド遵守の徹底 ③接遇能力向上への取組み ④人間力(思考力・行動力・責任力)を高める取組み
(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
- ・5指針の委員会活動 (褥瘡発生予防委員会・事故発生防止委員会・高齢者虐待防止委員会 ・身体拘束廃止委員会・感染症食中毒対策委員会)

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 9月 7日(契約日) ~ 平成30年 3月29日(評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成28年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆サービスの質の向上への取組み

利用者に提供するサービスについて、質の向上に向けた取組みが継続的に行われている。様々な会議や各種専門委員会が設置されており、課題を解決するための話し合いを行う仕組みが構築され、機能している。第三者評価も、5年連続の受審である。

◆人材育成のための取組み

事業所の求める人材を育成するための取組みとして、職員一人ひとりに達成目標を設定し、目標管理シートを作成して進捗を管理するシステムがある。研修計画も作成されており、職員の経験や職種に合わせて研修が受けられるよう配慮している。次世代の介護人材の育成にも取り組んでおり、実習生を数多く受け入れている。

◆福祉サービス計画の適切な策定

計画的にアセスメントを実施し、利用者や家族の意見を取り入れて介護サービス計画、機能訓練計画、栄養ケア計画等を作成している。評価、見直しも定期的に行うシステムとなっている。利用者の様々な記録は規程、マニュアルに基づき、適切に取り扱われている。

◇改善を求められる点

◆人事考課制度について

自己評価のなかで、「一部評価に偏りがある」とある。一定の基準がある中で、評価者による差が出ることは好ましくないことである。人事考課を実施する上位職階の職員対象に、「考課者訓練」を充実される等、考課者によって偏りがでない査定が出来るよう、今後の課題とされたい。

◆情報の可視化

利用者の満足度調査や各種委員会の報告等、事業運営の拠り所とすべく様々なデータを集め、有益な情報とすべく集計や分析が行われている。その結果を、対象者にフィードバックしたり報告したりする際に、グラフや図表にして示すことで、受け取る側の理解度が向上する。可視化による周知方法を考慮されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

改善を求められる点に挙げられています「人事考課制度について」と「情報の可視化」について、今後計画的に改善に努めていきます。

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			
基本理念は明文化され、パンフレットやホームページに記載がある。朝礼時に唱和し、各種会議でも職員の理解を深めるために説明して周知に努めている。ISO9001(品質管理システム)の認証も継続しており、運営体制の維持・改善に向けた取り組みがなされている。			

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			
経営状況は利用実績等のデータを収集・分析し、職員に説明されている。法人全体として地域の福祉ニーズの把握に努めており、法人設立時より事業展開している。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人全体として経営状況の把握に努めており、各事業所の課題を明確にする取り組みがある。様々な会議が設けられており、その中で改善すべき課題の周知・共有のための取り組みがある。改善策についてはいろいろな制約がある中で実施することになるが、変化していく環境の中でも継続した取り組みに期待したい。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
基本理念や方針の実現に向けた計画になっている。目標管理シートが作成されており、具体的な改善活動に向けた取り組みがある。また、必要に応じた計画の見直しもを行っている。			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
単年度の事業計画は中長期に対するビジョンを踏まえており、具体的な内容となっている。前年度の実績を評価し、次年度の計画に反映していく仕組みも構築されている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
事業計画について、職員には委員会や会議で説明しており、周知に努めている。全職員に十分な理解が得られているかは把握出来ていない。全職員に対して、如何にして周知徹底を図るか、を今後の課題とされたい。			
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			
事業計画は利用者や家族に随時説明を行っており、理解を深めるための取り組みがある。必要な資料は配布・掲示され、確認は容易に出来る状態となっている。利用者会や家族会の設置予定はないとのことであるが、周知・理解を促すための手段の一つと考えられたい。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人全体での会議や各種委員会が設置され、様々な課題について検討するための仕組みが構築されている。サービス内容が検討され、評価した上で改善に向けた取り組みがなされている。事業所に求められるニーズの変化に対し、適切に対応していくためには継続的な取り組みが必要であろう。			
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			
第三者評価での気づきや様々な課題に対し、改善に向けた取り組みや改善のための仕組みが構築されてはいる。しかし、職員全員に改善策を周知徹底させていくには工夫が必要であり、今後の課題となっている。			

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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は、自身の責任や役割についてよく理解しており、「運営管理規程」に責任や権限について明確に掲げられている。職員に対して会議や研修を通して明確にしている。有事の際の役割等については、明確ではない部分が残っており、今後の課題と考えられる。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法令に関しては年に2回の勉強会が開催され、職員会議でも法令の改定等について報告している。必要な法令について把握しており、職員に対して周知するための取り組みもある。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>管理者は提供するサービスの質の向上に努めており、職員の育成、指導に努めている。職員への研修や勉強会の開催等、事業所としての組織的な取り組みもある。</p>			
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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人が設置した各種委員会や会議等があり、管理者はそれらを通し改善のために取り組んでいる。人員配置や働きやすい職場づくりに努めている。人員配置に余裕がない職場があり、安定的な雇用の実現を今後の改善課題とされたい。</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。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人として、必要な人材育成のための基本的な考え方や方針は明確である。研修計画や人事考課等の仕組みは整備されており、職員に何を期待しているかを明確にして周知にも努めている。</p>			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>人事考課制度があり、職員との話し合いの機会も設けられている。職員には法人が求めている職員像を伝えており、研修等に反映させている。職員を評価するときの公正さを担保するための取り組みは、今後の課題の一つと考えられる。</p>			

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 ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の就業状況の把握に努めている。職員との話し合いの場は設けられており、意向を把握するための仕組みがある。業務に対する考え方や余暇の過ごし方等、職員一人ひとりで相違があり、すべてを満足させることは難しいが、安定的な職員雇用の実現を目指して今後も前向きに取り組んで頂きたい。</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。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員一人ひとりに達成目標を設定し、目標管理シートを用いて進捗を管理している。職員に求められていることは明確にしており、研修計画にも反映させ、職員育成に向けた取り組みとなっている。</p>			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>法人・事業所は職員に対して求められる職員像を明確にしており、職員に周知するように努めている。研修計画が作成され、必要に応じた研修が受けられるよう配慮している。研修後は研修フォローシートを作成し、1ヶ月後に取り組みの報告を行うという仕組みも構築されている。</p>			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の経験や職種に合わせて研修を受けられるよう配慮している。職員の個別の研修履歴の把握もしており、研修計画に反映させている。</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。			
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			
<p>実習生の受け入れに関しての方針や法人としての姿勢は明確にしており、マニュアルも整備され受け入れの実績もある。実習生の担当者は固定されていないことから、均一な対応をするための施策が必要と考えられる。</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。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>ホームページやパンフレット等を使用し、法人の理念や方針を発信している。また、提供出来るサービスや事業計画・予算・決算等も公開している。毎年第三者評価を受審しており、事業運営の透明性を担保するとともに運営体制の改善に努めている。</p>			

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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
内部監査や外部監査を行い、運営が適切に行われるよう努めている。監査結果を基に課題を明確にし、経営改善のための取り組みにつなげている。			

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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
法人は事業所の情報を地域に発信するとともに、地域の情報収集に努めている。利用者の心身の状況を考慮し、地域との交流機会を提供している。利用者の外出機会については、個々のニーズを把握した上で、地域との関係が保たれるよう継続した支援への取り組みに期待したい。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れは積極的に行っている。受け入れに関してのマニュアルが整備されており、実際に多くのボランティアグループを受け入れている。			
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	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
現状としては、主な関係機関・団体との連携は図られている。今後の利用者の状況やニーズの変化等に事業所が対応していくためにも、地域資源として何が必要か、またどのような体制が必要なのか検討の余地がある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人としての取り組みとして、事業所行事の開催があり、地域福祉の啓蒙のために取り組んでいる。市から大規模災害時の福祉避難所の指定を受けており、災害発生時には地域にとって大いに頼りになる存在である。			
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			
法人として、地域との関係機関との連携により福祉ニーズの把握に努めており、設立以来の事業展開を見てわかる通り重要な福祉拠点となっている。行政や関係機関との連携も良好で、今後の活動にも期待が持てる。			

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	㉖ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念を明確にし、注意啓発事項をポスターのように各所に掲示して徹底を図っている。研修は全員は参加できないが、伝達や別に勉強会をする等、機会を多く持つようになっている。「常時施設していて利用者を尊重しているといえるか」という問題提起について、しっかりと取り組まれ、ほとんど開放できたことは大きな収穫になったと考える。			
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	a ・ ㉗ ・ c
評価機関のコメント			
個別のケアプランに、特にプライバシー上での配慮が必要な場合はその旨明記されている。日中過ごすデイルームでは、たくさんの利用者が一つのテーブルを囲んでいる。親密になり意思疎通がしやすいと思われるが、自分でその場所を選べない、移動できない人への配慮も望みたい。			
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 ・ ㉘ ・ c
評価機関のコメント			
相談や見学に必要な資料は揃っており、相談員以外の職員でも対応できる体制になっている。最近の利用者・家族は施設情報を知るにはホームページを見ることが多いので、内容を充実させている色々な情報をつかむことができる体制の構築を望みたい。			
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	㉙ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入所にかかる手続きや契約、ケアプランの見直し等、計画的に実施され、同意も得ている。			
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	㉚ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所を変更したり、在宅復帰することは現実的には難しい。法人内で居宅のケアマネジャーから入所へ紹介とか、ショートから入所へ、といった場合に、サービスの継続性について「今後の相談先」として配慮されている。			
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 ・ ㉛ ・ c
評価機関のコメント			
家族への顧客満足調査は年1回行われている。そこで自由記述で書かれることは意見要望として取り上げられている。行事開催時にはその都度アンケートを実施し、その後の対応や改善に結びつけている。データとして過去と比較したり、グラフのような見て分かりやすい形にまとめて集計する等の方法も考慮されたい。			

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			
<p>行事やアンケートで利用者・家族から得た意見・感想は、すべて苦情処理委員会で把握して職員に周知している。入浴中の事故に対して苦情が出ており、原因や再発防止策が考えられていたが、再発防止のために考え方ややり方を変えるにあたっては、手順書の変更やチェックポイントの明確化等も確実にやっていくことを希望する。</p>			
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			
<p>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。要望を聞く機会が計画的に持てるので、ユニットの場合は一度に直接話せる機会として、例えば利用者会を設けることも検討されたい。</p>			
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			
<p>意見・要望が苦情処理委員会で検討されている。書式は1枚共通だが、苦情なのか意見・要望で済んでいるのか区別が明確にされていない。利用者満足に向けたPDCAサイクルが、常に確実に実行されるよう注意していただきたい。</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。			
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			
<p>ヒヤリハットは多く出ており分析も行われている。集計データはより視覚的に見やすくなれば、さらに理解しやすくなると思われる。分析の結果から注意喚起をするのみならず、施設内研修としてのKYT(危険予知トレーニング)へ結び付けていただきたい。</p>			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>施設方針として、利用者との円滑なコミュニケーションのために、ただ漠然とマスクをつけることはしないという。感染症対策、アレルギー、その他によりマスクをつける、という自己申告を事務所でやっている。早い時期での職員の休養・加療に努め、感染症の流行に際しては、保健所に早いうちから連絡して情報を公開し、早期終結に向けて努力している。</p>			
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やっている。	高 39	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>非常事態に備え訓練や備蓄を行っている。地域との協定も結んでいる。さらに、一層の地域の協力が得られるように、今後訓練の公開、共同実施等を災害ごとの想定で実施することを検討されたい。</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。			
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			
<p>入浴援助の仕方、排泄援助の仕方といった介護の各場面でのマニュアルはあり、注意事項として理解するのに適している。総合的で一次的な説明書として考え、内容としては変化がないとのことだが、事故や苦情の折には内容を見直すところがないか、再考する仕組みづくりが求められる。</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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
従来型、ユニット型等の違いに関係なく、当然のように施設がされていた環境について、数年かけて施設は努力を重ね、昨年一部、今年ほぼすべてで施設していない環境となった。利用者の尊重という施設の理念の根本に関わる点であり、「はずしてみても、困ったことはなかった」という固定観念を打破した施設側の発言は印象深かった。			
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			
計画的にアセスメントを実施し、介護サービス計画、機能訓練計画、栄養ケア計画を作成している。利用者・家族の意見も取り入れて各種の計画につなげている。			
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	㉑ ・ 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、通常のプランは6ヶ月に1回見直している。随時の変更も、他職種と利用者・家族の関わ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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
記録は援助の場面に応じてたくさんある。それぞれの場面で記録され確認することができている。記録は事実を客観的に記すものだが、認知症への取り組み等は、職員の働きかけとそれに対する反応(成功例・失敗例)を共有することも有意義なので、そういう記録形式も検討されたい。データの集計や分析がスムーズにできるような仕組みを構築し、さらに記録を活かすことを望みたい。			
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			
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程に基づいている。			

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 ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用者によって排泄援助の時間を変えたり、体調によって起きたりベッドに行ったりすることを援助するのも個別の対応として行っている。ユニット特養では、デイルームに出てくることだけでは物足りない。椅子に座っている利用者の、「今の時間はこうしたい」という気持ちを把握し、個別の生活ができるように努めていただきたい。			

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			
<p>利用者の身体・精神の状況に応じ、軽い口調でもいい人、丁寧な物言いに心がける人、時と場合を選ぶ等、利用者一人ひとりに合わせて接するのが望ましく、コミュニケーションのさらなる向上を望みたい。直接処遇職員以外の事務部門の職員も、利用者のことをよく知るように接する機会を設け、施設全体で取り組んでいる。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>全利用者が週2回は入浴できるよう機会を確保している。入浴の頻度や時間に関しては現状で利用者の満足は得られている。入浴中の事故が1件あったが、体調の急変で意識を失った結果のものだった。起こりうる危険に関し、予測と回避について考えられていたが、その効果の検証をしっかりと行い、再発防止に努めていただきたい。</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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>介助時の手袋着用ルールが、昨年よりさらに徹底された。状況に応じてトイレ、おむつ、定時、随時の援助をしている。おむつゼロを掲げている。これは「おむつ内で排便をすることがゼロ」という意味であり、言葉の問題としては誤解を招く可能性を感じた。目標として何年も掲げているので、これを機にこれまでの総括を行い、今後の活動の是非を検討されるのも一考かと考える。</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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>自分で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車いすで、なるべくその人に合ったものを使用できるように努めている。椅子やソファに移って過ごす配慮もある。リフトも使用して安全と負担軽減も行うようにしている。移動できる範囲は増えた。</p>			
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			
<p>褥瘡ゼロを掲げている。褥瘡防止委員会を中心にしつつ、各職員の年間個別目標で、そのために自分がすることを挙げる等、職員個人レベルでも浸透している。発生予想、危険度、対策など考えられているが、集計・分析においては可視化、数値化等を検討されたい。また、いつどのようになっていれば目標達成できたのか、はっきりわかる基準を定めることを望みたい。</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	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>ほぼ毎日、選択可能な昼食を提供している。食堂入口に見本も展示し、食事中は音楽をかけたりしている。食べ物に興味を持てるようなコミュニケーションが多く取れるように期待したい。</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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>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注意している。利用者の急な状態の変化や、予定の変更に柔軟に合わせられるようになっている。</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 ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>歯科の指導も入っている。普段の口腔ケアは、毎日夕食後は必ず行っており、自分で行う利用者もいる。利用者の状態によっては、「毎食後必ず」といったことも必要になってくるので、それが確実にできるように把握と実施の仕組みを検討していただきたい。</p>			

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 · 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、永眠後の遺族との交流によって、看取り介護の質を高くする働きがしっかり行われている。遺族からの感謝の言葉をもらったり、職員が振り返りを行うことで、死亡に向き合ったストレスを癒し、人間の尊厳等を考える機会になっている。</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 · b · c
評価機関のコメント		
<p>一人ひとりの認知症利用者が落ち着いて過ごすために、今後職員を固定する等の試みの構想を持っている。有効な手段の一つと考えられるが、その分職員にもストレスがかかるので、専門的な研修をより充実させることを望みたい。</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 · b · c
評価機関のコメント		
<p>危険物の放置等はなく、安全面での配慮は十分している。「施設の臭いが気になる」との家族の意見があり、認知症フロアはその可能性が高いため清潔に注意している。おむつ交換の際、おむつを入れる交換車が廊下に停まっているだけで臭いは出る。個別処遇を追及すると定時一斉交換のスタイルにも問題提起があるかもしれない、いろいろな目線での見直しが期待される。</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 · b · c
評価機関のコメント		
<p>介護サービス計画に沿って機能訓練の計画があり、実施されている。ラジオ体操がかかる時間がある。日常生活やレクリエーションを通して、リハビリテーションが自然に行えるような活動を期待したい。</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 · b · c
評価機関のコメント		
<p>体調変化の際は、まず看護師に連絡することとしている。夜間はオンコール、救急車を呼ぶか否かの判断も相談の上、看護師が連絡するようになっている。看護師配置があるので、最も適した手順である。その上で、さらに介護職員も利用者の病気、薬、予後等について熟知し、救急処置や予防対策をする必要もあること、その意識を高めてもらいたい。</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 · b · c
評価機関のコメント		
<p>過去に施設内でインフルエンザの流行があったので、発生予防、蔓延防止に力を入れ、一昨年、昨年と施設内感染を防ぐことができています。「感染対策をしています」という掲示が随所に見られ、清潔と不潔を分けているという意味は理解できるが、不潔物をどう取り扱うか、職員すべてが戸惑いなく間違いなくできるように、明確な手順、方法の案内を求めたい。</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>「快適な環境が施錠されているのはどうか」という疑問に向き合い、行動障害の強い認知症利用者がいる場合を除いて、ほぼ開放できていた。自由な環境に大幅な進歩がみられる。「施設の臭いが気になる」との家族の意見がある。排泄援助時には一定の時間その臭いがすることはやむを得ないところはある。換気の頻度、汚染物の取り扱い方法、設備改善等、多面的に調査し、家族の満足度向上につなげてもらいたい。</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>面会時に話をする、アンケートを実施する、広報誌の送付等を通じて連携を図っている。請求書や領収書を送る機会に、一緒に写真と文章で近況報告を作り、担当職員が一言メッセージを添える等すると喜ばれることが多く、今後そのような方法をとっていく構想があり、実現できるように努めてもらいたい。</p>			