

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 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

### 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（107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： <a href="http://www.ans.co.jp/u/daiwanosato/2daiwa/index2.htm">http://www.ans.co.jp/u/daiwanosato/2daiwa/index2.htm</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
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：36名	非常勤職員：39名
専門職員	（施設長）1名	（事務長）1名（事務員）4名
	（介護士）57名 <small>介護福祉士・ヘルパー資格</small>	（看護師・准看護師）8名
	（相談員）2名 介護福祉士	（管理栄養士）2名
	（機能訓練士）2名 <small>理学療法士・作業療法士</small>	（施設ケアマネージャー）4名 <small>介護支援専門員</small>
施設・設備の概要	（居室数）68室	（設備等）居室、デイルーム、
		食堂、浴室、機能訓練室、相談室
		喫茶室、談話コーナー、事務室、
		介護士室、医務室、会議室、
		ふれあいホール、洗濯室

### 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、ISO9001：2015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。

★基本方針

・施設目標 振り返りを実践します。5S(整理・整頓・清掃・清潔・躰)について徹底します。

・事業方針

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

・介護職の腰痛予防と、ご利用者様が快適に移乗できるように移乗用リフトを導入しています。「持ち上げない介護」を完全に実現するにはもうしばらくかかりますが、徐々に浸透してきています。

また、移乗用リフトの他に、スライディングボードやスライディングシートも活用しています。

・ご利用者様の身体的・精神的負担を軽減することを目的に、座位保持の援助に「ポジショニング」という方法を用いています。

・ご利用者様の日々の時間の過ごし方として、ゆったり過ごして頂くことを目的に、午前中食堂にてコーヒーを飲みながらDVD(映画・ドラマ・時代劇等)鑑賞や、外出支援として喫茶店やショッピングへ出かけています。

資格取得制度について

・「介護職員初任者研修」「介護職員実務者研修」「介護福祉士」など、国家資格を含めた資格の取得を目指せます。

資格を取得して介護スタッフとしてスキルアップしていただくために、資格取得支援金を全額支給。費用面でも、資格取得に対してサポートしています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年10月 1日(契約日) ~ 令和 2年 4月 2日(評価決定日)  【令和元年12月 4日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	6回 (平成30年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆改善意識の高さ

管理者を中心に一般職員に至るまで、高い改善意識を持って事業が運営されている。前回の第三者評価受審やISO9001（品質マネジメントシステム）の認証審査、家族満足度アンケート等の結果から改善課題を抽出し、計画的に改善に努めている。「就業規則」を改訂しての有給休暇取得の推進、帳票統一（業務日誌）、事務職の現場支援、認知症利用者の分散支援、フルクレンジングの車イスの撤廃、「エコ無臭」の導入等々、多くの改善が果たされている。

#### ◆利用者とのつながりの支援

積極的なボランティアの受け入れをはじめ、地域の社会資源と交流・連携し、利用者の社会性や役割の維持・向上を目指している。地域の保育園との交流（合唱、鼓笛隊、敬老の日の肩もみ等）が継続しており、園児の来訪を心待ちにする利用者は多い。ボランティアの講師を招いて定期的に書道、絵画、工芸教室が開催され、大盛況である。シーツ交換や車いすのメンテナンス、裁縫、傾聴、草取り、掃除等の生活支援ボランティアから、カラオケ、歌、日舞、フラダンス等の演芸ボランティアまで、年間約1,000名のボランティアが事業所を訪れている。

#### ◆利用者の意思、意見の尊重

食事に関して、利用者の意思や意見を尊重した支援が実践されている。利用者参加の「厨房会議」を開催し、利用者の希望や好みを聞き取っている。保温保冷庫を使用し、適温で食事を提供している。食堂入り口に献立見本を置き、昼食は「肉」と「魚」のセレクトメニューである。席に座った利用者一人ひとりにその場で希望を聞き、利用者の選択したメニューを提供している。自助具を使用して、利用者が介助を受けずに自身で食事を摂っている。音楽をかけて食事時間が楽しめるように支援している。

### ◇改善を求められる点

#### ◆伝達研修の仕組み作り

外部研修の受講者が講師となって内部研修（伝達研修）を行い、職員の介護力量の底上げに努めている。伝達研修の終了時には、研修効果を測定するための「研修受講報告書（職員アンケート）」を提出させているが、研修個々の有効性や職員の理解度を分析する仕組みがない。伝達研修の受講者が、研修の一つひとつに対して評価を加えたり、感想を述べられるように、「研修受講報告書」の内容を改善することが望ましい。

#### ◆成功事例の積み重ね

認知症に対する勉強会を行っているが、認知症の利用者一人ひとりの症状が違い、その対応の仕方は職員により違いがある。成功事例（こんな言葉を掛けたら反応が良かった等）を積み重ね、職員が共有することで、利用者一人ひとりの症状に合わせて対応することが可能となる。統一した支援によって、利用者の安心につなげる取り組みを期待したい。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

改善を求められる点の「伝達研修の仕組み作り」について、伝達研修に参加しなかった職員全員に対し、理解度を確認する報告書を提出してもらい、伝達したい内容の理解度や、評価・感想を分析できるよう改善しました。

「成功事例の積み重ね」について、ファミリー一人ひとりの状態や対応は、日々の業務日誌内で記載し、全ての職員が確認でき統一したケアができる仕組みに改善しました。

## 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
<b>評価機関のコメント</b> 法人のモットーは、「S(スマイル)・H(ハート)・A(アクト)」であり、事業所の理念「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。」につなぎ、さらに「科学的介護の推進」や「介護環境整備の推進」等、4項目の基本方針に展開している。これらの基本部分は、職員が携帯している「クレドカード」に記載されている。家族に対しては、利用契約時に詳しく説明している。			

### 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
<b>評価機関のコメント</b> 管理者が、県・老協(愛知県老人福祉施設協議会)の役員を務めることから、介護、福祉分野の全国レベルの最新情報に触れられる立場にある。それらの情報を得て、法人内の副主任以上が参加する合同企画調整会議に諮り、各事業所の事業運営の方針等を決定している。			
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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 大きな経営課題として、「利用者に対する良質な支援を実現するための職員の育成」を挙げ、支援の担い手である職員の安定雇用と研修の充実を目指している。職員の安定雇用は、介護業界のみならず福祉分野全体の課題であり、新規採用の困難さや既存職員の離職が止まらない現状がある。そのような中で、「事務部門の介護現場応援」等、働きやすい職場環境の実現を目指して様々な施策が打たれている。			

### 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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人の「事業概要」の中に、中・長期的なビジョンとして「事業方針」を記載している。その内容は、「科学的介護の推進」、「介護環境整備の推進」、「職員資質向上の推進」、「職場環境整備の推進」の4項目に集約されており、それぞれについて具体的な取り組みの概要を示し、各事業所の単年度事業計画策定の基礎としている。			

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
<p>評価機関のコメント</p> <p>法人が示す中・長期ビジョン(「事業方針」)に沿って、事業所では各部門が「職場目標」を策定し、これを集めて事業所の事業計画としている。「職場目標」は、ISO9001(品質マネジメントシステム)の仕組みの中で、数値目標を設定して取り組んでいる。</p>		
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
<p>評価機関のコメント</p> <p>事業計画は、各部門で作成された「職場目標」を集約して策定され、ISO9001(品質マネジメントシステム)の仕組みの乗せて、半期の見直し(中間評価)と期末の最終評価が行われている。また、「職場目標」を個人目標に展開して取り組んでおり、個人目標は毎月進捗の評価が実施されている。</p>		
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
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者に関しては、積極的な事業計画の説明機会は持たれていない。家族に関しては、年間4回発行される機関誌「薫風会だより」が、事業所と家族とを結ぶ最も有効な情報伝達の手段であり、その新年度の初号に事業計画等の情報を載せている。しかし、家族会が組織されていないこともあり、双方向の意思伝達機能は弱い。</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。		
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	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>ISO9001(品質マネジメントシステム)の認証を継続して取得し、事業所を挙げてサービスの質の向上に取り組んでいる。サービスの質の向上の指標を顧客満足度と捉え、毎年「家族満足度アンケート」を実施して、取り組みの成果を検証している。さらに、第三者評価を毎年受審することによって、新たな改善の気づきを得ようとしている。</p>		
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
<p>評価機関のコメント</p> <p>家族満足度アンケートや第三者評価の結果から課題を抽出し、計画的な改善につなげている。この1年間に、「就業規則」を改訂して有給休暇を取りやすくしたり、帳票の統一を実施して事務の効率化を図ったりした。支援の現場では、フルリクライニングの車いすを撤廃し、利用者個々に合った車イスを使うこととした。「エコ無臭」も、職場環境の改善に効果を発揮している。</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。			
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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 毎年更新される「クレドカード」に、管理者の所信が表明されている。管理者としての役割、責任は、事業所の「運営規程」に定められている。各種会議の議事録や研修の報告書にも、管理者の基本的な考え方や、職員周知の状況が記載されている。			
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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法令遵守は、法人の基本理念の中に、「コンプライアンスの体制強化に努める」と明記されており、ISO9001(品質マネジメントシステム)の「品質方針」の中でも謳われている。事業所内でコンプライアンス研修を年に2回開催しており、講師は管理者もしくは事務長が務めている。消費税の増税による利用料等の変更について、管理者がその詳細を職員に対して説明し、家族に対しては文書で協力をお願いを出している。			
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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 支援の現場にてもサービスの質の向上に取り組み、利用者主体の介護の実践として、フルリクライニング仕様の車いすを撤廃した。職場環境の整備として、おむつ等の臭気を無くす「エコ無臭」を導入した。			
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
<b>評価機関のコメント</b> 業務効率を高めるための取り組みとして、帳票の統一を試みた。これまで、部署ごとに記入項目等が違っていたが、これを統一した様式に一本化し、パソコン入力を基本とした。これによって業務水準の平準化が担保され、また職員の情報共有の面でも大きな前進が果たされた。			

### 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 ・ ㉠ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 職員の確保や資質向上は喫緊の課題として、法人の中・長期ビジョンである「事業方針」にも大きく取り上げている。それを受け、事業所の各部門においても「職場目標」として取り上げ、部門ごとに具体的な取り組みに展開している。しかし、人材確保・定着の面では慢性的な職員不足の感があり、配置基準を充たすために派遣職員の受け入れに頼らざるを得ない状況である。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> キャリアパスを構築し、それに準拠した人事考課制度の運用があり、「目標管理シート」を使った目標管理制度を運用して職員育成を図っている。キャリアパスと人事考課制度、目標管理制度の3制度が一体的に運用されており、それぞれが十分な効果を上げている。			

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り組んでいる。	高 16	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 職員の定着・安定雇用の根本は、働きやすい職場づくりの実践であるとし、理想とする職場の実現を目指して取り組んでいる。国策でもある「働き方改革」に呼応し、「就業規則」を改訂して有給休暇の計画的取得を試みている。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、子育て中の職員には柔軟な短時間勤務体制をとっている。職員のメンタルチェックを行い、本人から申し出があれば専門医への取り次ぎを行っており、現在メンタル面での休職者はいない。			
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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 職員は、所属する部門の「職場目標」を反映させた「個人目標」を設定して取り組んでいる。「目標管理シート」や職員個々の「品質目標管理表」が有効に活用されており、直属の上司との年間2回の育成面談も実施されている。ISO9001(品質マネジメントシステム)の定期受審の際に指摘事項があって、「職場目標」等が変更される場合には、「目標管理シート」に変更点が「青字」で加筆されている。			
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 ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 職員研修に関する基本的な考え方が、「事業概要」の事務室部門の「職場目標」の中に明示されている。外部研修の受講者が講師となって内部研修(伝達研修)を行い、職員の介護力量の底上げに努めている。伝達研修の終了時には、研修効果を測定するための「研修受講報告書(職員アンケート)」を提出させているが、研修個々の有効性や職員の理解度を分析する仕組みがなく、「研修受講報告書」の内容に改善の余地がある。			
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
<b>評価機関のコメント</b> 外部研修に参加した際には、履修後に「研修フォローシート」を使い、管理者が受講1ヶ月後の研修効果を測定・検証している。外部研修の履修者が講師となって伝達研修を定期的実施しており、多くの職員の研修機会が確保され、相応の履修効果がみられる。職員の履修実績は、教育委員会が管理している。			
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 ・ ① ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 実務者研修の実習事業所となっており、年間2回の開催にそれぞれ2名の受け入れをしている。地域の高等学校の体験実習の受け入れがあり、年間10名を超える高校生を受け入れている。しかし、受け入れの手順を定めた規程・マニュアル類はなく、実習の専門性を考慮したプログラムやカリキュラムも整備されていない。			

### 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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人のホームページに様々な情報を公開し、法人経営や事業所運営の透明性を確保している。ISO9001(品質マネジメントシステム)の認証を継続して取得し、さらに第三者評価を毎年継続して受審することによって、外部機関による客観的な立場からの事業運営の透明性・健全性を検証しようとの思いも強い。苦情情報については、事業所内の掲示板を活用して公表している。			

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
<b>評価機関のコメント</b> 事業所における事務、経理、契約、取引等は、法人の諸規程と、それを補完する事業所作成の規程やマニュアルに沿って執行されており、内部牽制も十分に発揮されている。法人監事による内部監査や行政の監査において、特段の指摘事項はない。今後の課題として、会計監査人の選定、もしくは外部監査の受審によって、法人経営と事業運営の適正を証明されたい。			

## 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	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	高 23	① a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「事業概要」の事務室の「職場目標」に地域との取り組みの基本姿勢を記載している。具体的には、積極的なボランティアの受け入れをはじめ地域の社会資源と交流・連携し、利用者の社会性や役割の維持・向上を目指している。地域の保育園との交流(合唱、鼓笛隊、敬老の日の肩もみ等)が継続しており、園児の来訪を心待ちにする利用者が多い。			
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 ・ ⑥ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 積極的なボランティアの受け入れを行い、定期的開催される書道、絵画、工芸教室は大盛況である。シーツ交換や車いすのメンテナンス、裁縫、傾聴、草取り、掃除等の生活支援ボランティアから、カラオケ、歌、日舞、フラダンス等の演芸ボランティアまで、年間約1,000名のボランティアが事業所を訪れている。受け入れの基本的な部分を集約した受け入れマニュアルの整備が望まれる。			
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 a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 主要な社会資源や関係先を網羅した「連絡先名簿」が事業所1階の事務室にあり、必要時にはいつでも活用できる状態となっている。各医療機関とも密な連携関係を築き、利用者の健康的な生活の維持・継続に努めている。			
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	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	高 26	① a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人内の事業所だけでなく、医療機関や他法人の事業所等とも情報を交換し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。既存の待機者約80名に対して定期的に状況の確認を行い、事業所から情報を提供するとともに、待機者情報を最新のものに更新している。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	高 27	① a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 同じ建物内のケアハウスの入居者や待機者等に対して、併設のデイサービスの利用可能日(契約者の利用が比較的少ない土・日・月曜日)を紹介して、法人としての利用拡大に努めている。市と契約を交わし、大規模災害時の福祉避難所として登録しており、防災無線の地域活用も視野に入れている。			



## 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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人理念の記載されたクルドカードを職員は携帯し、理念に基づいた行動ができるように意識付けを行っている。委員会の勉強会には、職員が参加して報告書を提出している。参加できない職員は伝達研修を受けて報告書を提出し、全職員が統一したサービスを提供できるように努めている。			
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保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
<b>評価機関のコメント</b> プライバシー保護の勉強会を年2回実施し、全職員が利用者一人ひとりの尊厳と権利を守るために、継続的な研修体制を構築している。虐待委員会では、具体的なチェックリストを用いて不適切な支援の防止を検討しており、プライバシーへの配慮も行っている。			
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
<b>評価機関のコメント</b> 法人や事業所を紹介するパンフレット類は、多くの外来者が出入りする場所に設置されており、誰でも自由に手にすることができる。相談や見学には、相談員以外でも対応可能な体制があり、不意の利用希望者の来訪にも対応している。パンフレットは、4年に一度見直して更新している。			
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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 入所に関わる手続きは、「重要事項説明書」等を用いて説明し、生活支援方法(「介護支援計画書」)を書面で説明して同意を得ており、書面で残している。生活支援方法の変更時には、意向を把握した介護支援計画書を用いて、利用者・家族(成年後見人等を含む)に説明を行い、同意を得ている。			
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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 当事業所から家庭への移行事例はないが、法人内の他事業所への移行事例がある。移行に当たり、「連絡シート」を用いて情報を提供する仕組みがあり、関係機関と連携を図りつつ、継続した生活ができるように支援する体制がある。			
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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 家族への「満足度アンケート」が、年1回継続して行われている。アンケートで出た意見は、苦情処理委員会で検討し、評価を行っている。日常生活の中では相談員や介護支援専門員が中心となり、利用者、来訪する家族の聞き取りを行う取り組みがあり、いつでも相談に応じたり、意見要望が言える環境作りに取り組んでいる。			

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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>苦情を苦情処理委員会で検討し、評価を行って改善していく取り組みがある。全体の利用者に関する苦情は、改善方法を玄関の掲示板に貼りだして周知を図っている。利用者個人に関する改善に関しては、家族に説明を行って協力を求め、内容を書面で残している。苦情解決に向けた仕組みが確立しており、職員が迅速に対応できるよう取り組んでいる。</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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>利用者の食事に関する意見を聞くために、「厨房会議」を利用者参加の下に行い、2ヶ月に1度開催している。会議で出た意見の検討結果は、さらに全体会議に付議・検討され、決定する仕組みがある。各フロアの目に付くところに「意見箱」が設置されている。しかし、日常的な言葉かけをして、「意見箱」に頼らずに、利用者や家族と何でも話し合える関係づくりを目指している。</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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>利用者からの相談や意見は苦情処理委員会で検討し、利用者の個別な意見に対しては迅速に対応している。また、全体的な意見は玄関の掲示板を使って公表している。それらの意見に対して、対応した記録を残している。対策案は職員に周知され、サービス改善に活かしている。</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。			
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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>毎日の「介護日誌」にヒアリの気づきを記入し、1ヶ月毎に集計して、事故防止委員会で分析、検討して対策案を提示し、1ヶ月実施して妥当性を確認する仕組みがあり、再発防止を図っている。記録を各部署に配付して周知を図り、組織的かつ継続的に再発防止に取り組んでいる。</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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>「感染症マニュアル」に従い、感染症予防や発生時の対策を行っている。感染症予防委員会の設置があり、全職員は年2回の勉強会に参加し、報告書を提出している。繰り返しの勉強会で職員全員の周知を図っており、職員教育が充実している。職員は予防接種を受け、感染予防に努めている。</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行っている。	高 39	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>事業所と地域とは、災害時の福祉避難所として協定を結んでいる。防災対策委員会が中心となって防災訓練を年3回実施し、「夜間非常呼集」も実施している。様々な自然災害を設定して、災害ごとの訓練も行っており、いざという時に備えている。福祉避難所としての利用者分を含めた備蓄を用意している。</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	㉠ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>介護場面での標準的な実施方法は文書化されている。文書化されたマニュアルの活用は、介護場面で実施され、新人教育や職員勉強会、委員会活動等で活用し、報告書を用いて職員は共通意識を持って行っている。</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
<b>評価機関のコメント</b> <p>標準的な実施方法を見直すため、介護の現場で月1回「ケアチェックシート」を用いて確認しており、会議で検討・見直しをする体制がある。</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
<b>評価機関のコメント</b> <p>介護計画を作成する手順は整っており、入居時には、包括的なアセスメントを行っている。介護計画の原案作成時には、利用者・家族の意見や機能訓練士、栄養士等の意見も取り入れている。定期的に、また状況変化等の場合には、利用者・家族からの意見、他職種の意見を取り入れて介護計画を作成している。</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
<b>評価機関のコメント</b> <p>利用者の担当職員が、月1回「チェックシート」を使用して実施状況を確認し、ケアマネジャーが1ヶ月毎にモニタリングを行い、サービス担当者会議では多職種が集まって見直しをしている。利用者・家族にも意見を聞き、個別的かつ具体的な介護計画を作成している。PDCAサイクルに則った一連の取り組みが適切に行われている。</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	㉑ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>日々の支援の記録は、パソコン共有ホルダーを使用して作成・保存されている。利用者の一日の生活に必要な支援を、役割分担を行って、それぞれの担当者が記入している。共有ホルダーは自由に閲覧でき、職員は共有しており、責任者は必要に応じて指導を行っている。</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
<b>評価機関のコメント</b> <p>「個人情報保護規程」等により、個人情報の保管場所や取り扱い、保存期間、廃棄、情報開示に関する事項等が決められている。職員は年2回法令順守の勉強会を行い、個人情報の取り扱いを学び、周知を図っている。</p>		

## A-1 生活の支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A1A-1-(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
<b>評価機関のコメント</b> <p>ボランティアによる書道教室や工芸教室、絵画教室などがあり、職員は利用者一人ひとりの意向や趣味、興味を把握して活動参加へ促している。職員による日常的な外出や季節ごとの外出、「お出かけの日」を設けて出掛けており、利用者によって個別の取り組みをしている。施設内でも喫茶コーナーなどが充実しており、利用者が自由に楽しむ工夫がある。生活場面の役割を増やす取り組みを期待したい。</p>		

	A②A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	高 47	非該当
評価機関のコメント			
	A③A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	高 48	非該当
評価機関のコメント			
	A④A-1-(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 49	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者一人ひとりに合わせたコミュニケーションの取り方を会議で検討し、職員は共有を図っている。利用者の尊厳に配慮し、意思疎通の困難な利用者は表情から汲み取り、アセスメントからの情報を把握して支援を行っている。意思疎通の困難な利用者へのアプローチに対する反応を積み重ねて記録し、接する職員が利用者個々の思いを汲み取る支援に繋げていくことを期待したい。</p>			
A-1-(2) 権利擁護			
	A⑤A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	高 50	⑦ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>直接的な身体拘束の例はなく、利用者は自由に施設内を移動することができ、組織的に拘束を行わないケアを実践している。月に1回チェックリストで評価し、スピーチロツクについても年2回の勉強会にて職員の意識統一を図っている。虐待防止委員会や身体拘束防止委員会で検討、実施に取り組んでおり、職員の意識は高い。</p>			

## A-2 環境の整備

			第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
	A⑥A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	高 51	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>家族からの「事業所内の臭いが気になる」との意見から事業所内の臭いに着目し、排泄援助の時の汚物処理方法に「エコ無臭」を使用し、全館アロマも取り入れ、臭いが減少し快適な環境になるように取り組んでいる。利用者の居室は飾り気のないシンプルな環境である。利用者・家族と相談しながら、利用者が安心して過ごしやすい雰囲気のある環境作りに取り組むことを期待する。</p>			
A-3 生活支援			
			第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
	A⑦A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高 52	⑧ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>原則、週2回の入浴を基本としているが、入りたい利用者の希望を取り入れることもあり、利用者の楽しみにも対応している。拒否する利用者には無理強いせず、職員を代える、日を代えるなど柔軟に対応している。利用者一人ひとりの入浴状況を把握し、福祉用具などを使用して、安心して入浴できるように取り組んでいる。</p>			

A⑧A-3-(1)-㉔排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高 53	㉔ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>安易におむつに頼らない「おむつゼロ」を、事業所全体で取り組んでいる。 Bristol スケール値をとり、一人ひとりの排便の状況を共有ホルダーに記載しており、医務室が定期的に確認して健康状態を把握している。1日に1,500ccの飲水量を取ることで、自然な排便を促す支援を行っている。</p>		
A⑨A-3-(1)-㉕移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高 54	㉕ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>移動が自立している利用者は、施設内を自由に移動している。車いすでも動きやすい環境が整備され、フルリクライニングの車いすを撤廃し、利用者に合わせた車いすを使用している。利用者が安全にベットから車いすに移動できるよう、利用者の状況に合わせてリフトが使用されている。機能訓練士(理学療法士、作業療法士等)に意見を聞きながら、最も適した福祉用具への変更を行っている。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩A-3-(2)-①食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高 55	㉖ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者参加の「厨房会議」を開催し、利用者の希望や好みを聞き取っている。保温保冷庫を使用し、適温で食事を提供している。食堂入り口に献立見本を置き、昼食は「肉」と「魚」のセレクトメニューである。席に座った利用者一人ひとりにその場で希望を聞き、利用者の選択したメニューを提供している。食事を美味しく食べ、音楽をかけて食事時間が楽しめるように支援している。</p>		
A⑪A-3-(2)-㉖食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高 56	㉖ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者の栄養ケア計画を作成し、3ヶ月ごとにモニタリングをして、利用者の心身の状況に合わせた食事形態にして提供している。利用者の嚥下や咀嚼の能力を見極め、その時の状態に最も適切な食事形態に変更して提供している。食事が楽しめるように自助具を使用し、自分のペースで食べられるように支援している。食事介助時には、利用者に食材や食事内容を伝えながら介助している。</p>		
A⑫A-3-(2)-㉗利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高 57	㉗ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>毎食後に口腔ケアを行っている。歯科衛生士による注意事項や助言・指導を受け、口腔ケアマネジメント計画書に従って、朝・夕の介護職員による磨き残しなど、口腔内のチェックをしている。歯科衛生士の週3回の確認があり、密な連携を図っている。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬A-3-(3)-①褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高 58	㉘ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>現在5名の褥瘡治療者があり、褥瘡部を毎日写真に撮り、1ヶ月ごとに分析・検討・評価をしている。褥瘡の完治後も、予防として毎日チェックをして、月1回写真に撮り、検討・評価する仕組みが確立されている。それらを介護計画に取り上げて記載し、介護士・医務室(看護師等)・栄養士が連携して取り組んでいる。年2回褥瘡の勉強会があり、褥瘡対策職員は周知を行って早期発見に繋げている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭A-3-(4)-①介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	高 59	㉙ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>喀痰吸引・経管栄養に関しては、介護職員への研修や指導等を行っているが、安全性を考慮して、医師の指示に従って看護職8名での対応としている。</p>		

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮A-3-(5)-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 60 (a) ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> PT(理学療法士)やOT(作業療法士)によって個別機能訓練計画書が作成されている。それに沿った訓練が実施されており、3ヶ月毎に見直しをしている。日々の生活の中で、集団体操やゲームで体を動かす取り組みがあり、身体状況の変化や認知症の変化を把握し、医務室などと連携を図って支援している。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯A-3-(6)-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高 61 a ・ (b) ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 認知症に対する勉強会を行っているが、認知症の利用者一人ひとりの症状が違い、その対応の仕方は職員により違いがある。成功事例(こんな言葉を掛けたら反応が良かった等)を積み重ね、職員が共有することで、利用者一人ひとりの症状に合わせて対応し、利用者の安心につなげる取り組みを期待したい。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰A-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を確立し、取組を行っている。	高 62 (a) ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 日勤帯、夜間帯の緊急時の対応が「特養運用規程」に記載されており、夜間は2名の看護職員とオンコールの体制を組んでいる。利用者の服薬管理は医務室で担当しており、近年、誤薬の記録はない。健康管理に関する職員研修を定期的に行っており、感染症に関する研修は看護師が講師を務め、食中毒に関する研修は栄養士が担当している。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱A-3-(8)-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応を手順を確立し、取組を行っている。	高 63 (a) ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用者・家族の要望があれば、看取りプランを作成して看取りを行い、年間10件ほどの看取り事例がある。利用者の最期に立ち会いたい家族のために、居室に泊まる用意をしたり、併設のケアハウスのゲストルームを提供することもある。看取り委員会があり、看取りが終わった時点で「看取りカンファレンス」を実施して、家族意見も含んだ評価・反省を行っている。		
A-4 家族等との連携		
		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑲A-4-(1)-①	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	高 64 (a) ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 家族との連携や理解を進める取り組みを、事務室、看護師、栄養士の3部門が「職場目標」に取り上げている。毎月設定される「特別行事食の日」への参加を家族にアピールし、毎回20～30名の家族が集まる。年に2回、リフト付きの観光バスを利用して日帰り旅行を実施しており、10組ほどの利用者と家族が参加している。法人の機関紙「薫風会だより」は、年間4回の発行である。		
A-5 サービス提供体制		
		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A⑳A-5-(1)-①	安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	高 65 非該当
<b>評価機関のコメント</b>  非該当		