

平成29年度

福祉サービス第三者評価報告書

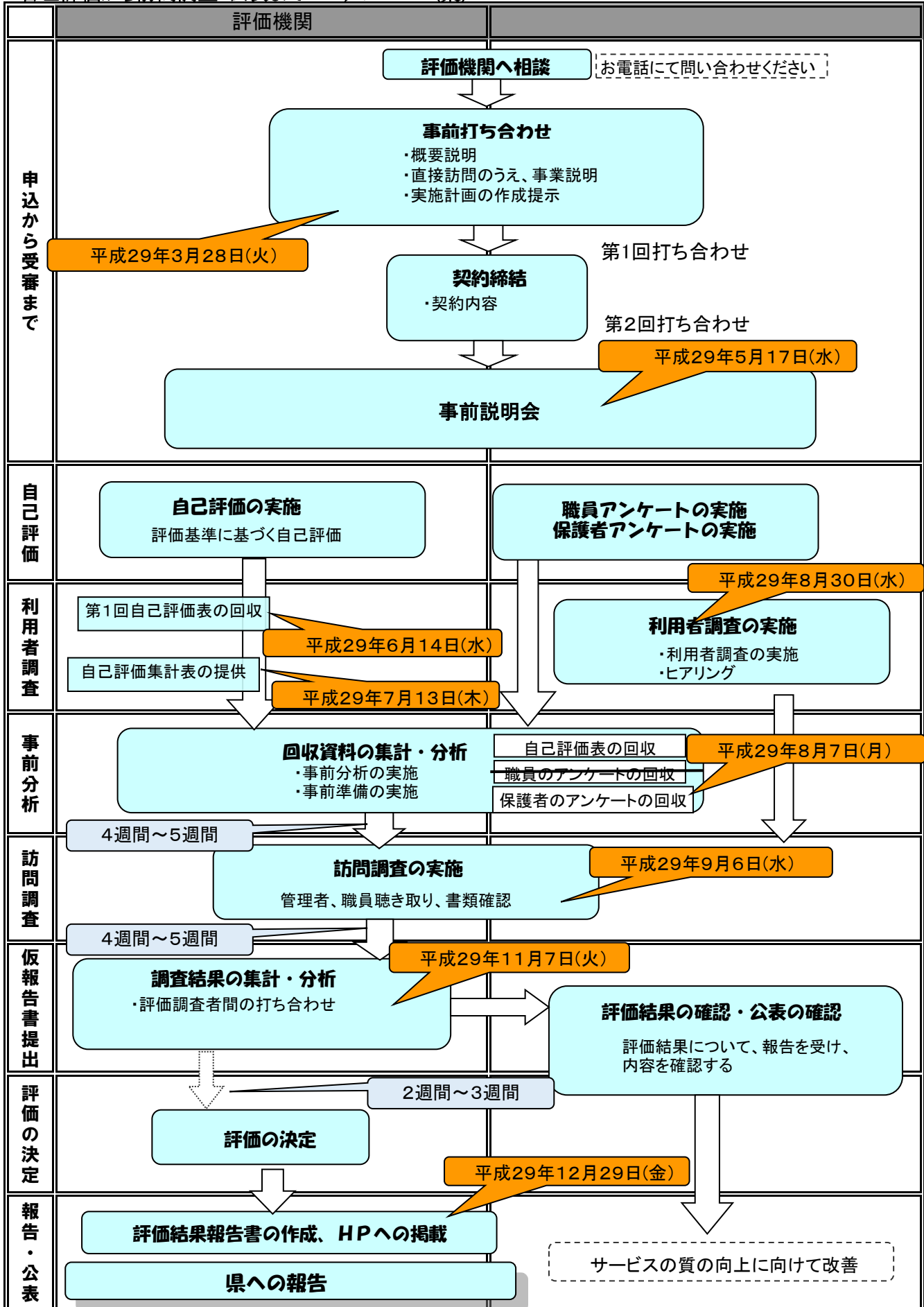
社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会  
なごみなの里地域福祉サービスセンター  
養護老人ホーム  
偕楽園

平成30年2月1日

株式会社 福祉工房

## 報告書内容

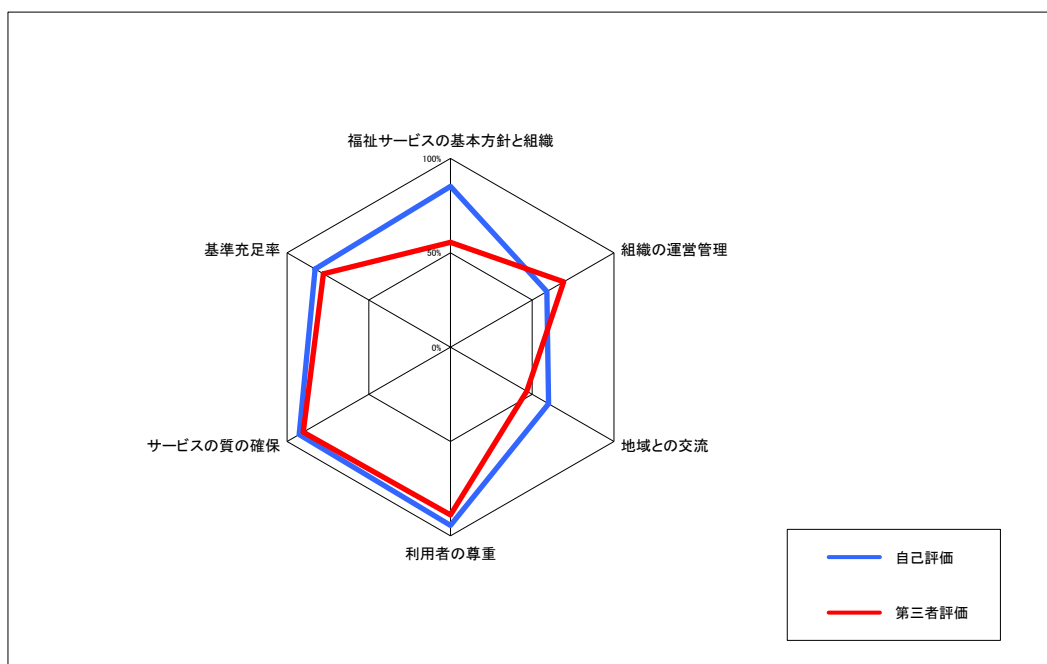
1. 評価の流れ
2. 事業評価表
3. 福祉サービス第三者評価結果総評
4. 福祉サービス第三者評価結果票



# 事業評価

## 養護老人ホーム借楽園

	福祉サービスの基本方針と組織	組織の運営管理	地域との交流	利用者の尊重	サービスの質の確保	基準充足率	総評
自己評価	85%	59%	60%	94%	93%	83%	Bb
第三者評価	56%	69%	47%	89%	90%	78%	B



基準充足率	総合評価	サービスの質の向上に向けた取り組み状況
100%～96%	AAA	最も優れている。
95%～91%	Aa	大変優れている。
90%～86%	A	優れている。
85%～81%	Bb	良好である。
80%～76%	B	やや良好である。
75%以下	C	努力を要する。

株式会社 福祉工房

( 付 - 1 )

(様式1－第三者評価機関公表用)

宮城県福祉サービス第三評価結果

1 第三者評価機関名

株式会社福祉工房

2 施設・事業所情報

名称：養護老人ホーム 偕楽園	種別：養護老人ホーム	
代表者氏名：佐藤 雄一	定員（利用人数）：80名	
所在地：宮城県黒川郡大和町小野字前沢3-1-1		
TEL：022-346-2221	ホームページ： <a href="http://www.miyagi-sfk.net/nago">http://www.miyagi-sfk.net/nago</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日昭和27年3月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会		
職員数	常勤職員：17名 非常勤職員 0名	
専門職員	（専門職の名称）名	
	看護師 1名	
	介護福祉士 5名	
	管理栄養士 1名	
	ホームヘルパー2級 6名	
施設・設備の概要	（居室数） 40室 2室（短期用）	（設備等）

3 理念・基本方針

理念  
宮城県社会福祉協議会は、本県における地域福祉推進の中核機関として、市（区）町村社会福祉協議会はじめ、福祉諸団体、NPO法人、ボランティア等の幅広い関係者との連携・協働のもと、高い公益性とともに民間法人としての自主性、創造性を発揮して、『誰もが身近な地域で安心していきいきと暮らせる地域づくり』に取り組み、豊かな福祉社会の実現を目指します。

また、東日本大震災による被災地域の再生と被災住民等の自立・生活再建を早期に実現するため、引き続き、市町社協との連携・協働により支援を行います。

基本方針  
利用者一人ひとりの権利を尊重し、心身ともに健康で活力にあふれた生活を目指し、利用者皆さんが利用者自身でできることはなるべくご自分で行うことを基本に支援します。

なお、本会設置・運営により、責任を持った経営を基本とし経営分析や必要な検証・改善を行い、業務の効率化と経営の安定化を図ります。

#### 4 施設・事業所の特徴的な取組

・利用者の加齢に伴う身体機能の低下がみられるため、介護予防レクリエーション等様々な活動メニューを用意し選択の機会を多く設け、自分から興味のもてる活動に楽しく参加できる様支援を行っています。また、認知症の予防として学習療法や音楽療法の取り組みも実施しています。なごみなのデイサービス利用による、身体機能の維持や、なごみなの訪問介護利用による身体介護や生活支援により、身体や生活環境の清潔に務め過ごしやすい環境づくりにも努めています。

・措置施設であり、安定した利用人員の確保は難しい面もあるが、市町村訪問や施設の状況を随時公表することで、適正管理に努めている。また、長期利用の空き室を活用し、虐待や災害等の緊急的に利用を必要とする方の受け入れを行っています。全額自費負担での利用も開始し、緊急保護先としての市町村の選択肢が増え利用にも繋がっています。

・利用の問い合わせについては、受け入れる事を基本とし、生活管理指導短期宿泊事業の利用から長期入所利用へ移行する利用者も多くなっています。

#### 5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 11 日（契約日）～平成 29 年 12 月 20 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

##### ・利用者満足への取組み

利用者自治会が組織され、定期的な事業所との会議により、利用者からの要望や相談等が聞き取られ、又、アンケートによる利用者ニーズの調査等も行なわれ、それぞれの利用者のニーズに沿った支援が行なわれている。

##### ・地域との連携

事業所が位置する地域福祉サービスセンター「なごみなの里」とともに地域との積極的な関係作りが取り組まれており、事業所の畑を利用したの保育園児との交流、地区の公民館での料理教室への参加、地区の小学生や保育園児との七夕交流、大和町、富谷市との災害協定など、地区との連携を強める取組みが行なわれている。

##### ◇改善を求められる点

##### ・食事への配慮

嗜好調査、喫食状況調査を定期的に行ない、利用者の状態に合わせた食事提供が行なわれる仕組みとなっているが、利用者からの声では、必ずしも芳しいものではない。食事の味つけなどに更に工夫を行なって行くことが期待される。

##### ・職員との連携

事業計画の職員への周知、質の改善に向けた取組みなど、組織的に対応していく体制は整えられ、実施されているが、管理者の意識と職員の意識には多少差異が見られる。事業所の運営に関して、より積極的に職員も関与し管理者と連携を深めていく取組みが期待される。

## 7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は第三者評価を実施していただきありがとうございました。当園といたしましては、3年に一度の第三者評価を受審するにあたり、あらゆる分野において再点検をする良い機会をいただきました。

評価総評の改善を求める点で、「職員との連携」について、管理者と職員との意識の違いをご指摘いただきましたが、まさしくご指摘のとおりであり、今後改善すべき大きな課題だと認識しております。

昨年度から、法人の自主運営施設等あり方検討委員会を設置し、今後の方向性等を協議しているところでもあります。偕楽園もその中の1施設であり、今後の中・長期計画を作成して検討会で議論しているところでもあります。現状分析を行い課題を明確にし、今後の方向性を示すものであり、施設長や監督職員がメインとなるのではなく、一般職員の意見・考え・想いを抽出して進めるものと捉えて進めています。今後も事業計画の作成等に全職員に関わっていただけるような取組みを行なっていきます。

また、利用者様に対するサービスの向上と人材育成に関しては、現在も実践している福祉QCサークル活動を、今後さらに充実を図り取り組んでいきます。業務全般において、疑問や気付きの意識を高め、より多くの職員がこれに携わり改善に向けた取組みを実践することで、サービスの向上と人材育成、さらには職場のチームワーク向上に結びつくものと考えます。

今回の第三者評価の結果を真摯に受け止め、改善に向けた取組みを実践していきます。

## 8 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）

(別紙)

## 福祉サービス第三評価結果（養護・軽費老人ホーム版）

### 偕楽園

※すべての評価細目（66項目）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>b</b> ・c
＜コメント＞ 法人としての理念、基本方針はパンフレット、事業計画書等に記載され、又、別途資料を作成し職員には4月に配布説明を行なっている。事業所としての理念も掲げられているが、事業計画書等に記載し、職員に周知させていくこと、利用者に対しては懇親会で説明を行なっているが、より理解しやすい資料を作成する等の工夫を行い理解を促す取組みも期待される。		

#### 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。		
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。	<b>a</b> ・b・c
＜コメント＞ 老人施設協議会の養護老人部会での情報や法人本部から社会全体の福祉環境の変化、地域における状況などの情報を得ている。又、施設における利用率などは四半期ごとに整理し、コスト分析が行われている。		
3	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。	<b>a</b> ・b・c
＜コメント＞ 月1回行われている職員会議で職員に現状の施設の課題を説明し、解決のための方策等を話し合っている。具体的な利用率の減少に対し、ショートステイの利用者の確保等に関し、関係する自治体に、職員を順番に同行するなど、より現状を職員に理解してもらう取組みが行われている。		

#### 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。		
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>①</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中・長期計画（平成20年～28年度）に一部事業所の内容も含まれているが、具体的な事業所としての行動計画とはなっていない。会議で関係する部分を職員に配布説明されているが、園としての重点的な課題に関して、中・長期的な取り組みを作成していくことが望まれる。</p>		
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>①</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中・長期計画の中の事業所の部分が具体的なものとなっておらず、現状の事業計画とは、連動があまり見られない。事業所としての中・長期的な取り組みを明確にし、年度の事業計画を連動させていくことが望まれる。</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。	<b>③</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は四半期ごとに実施状況が分析され、法人への報告が行われている。この実績に基づき、10月から3月にかけて翌年度の事業計画が策定されている。実績は各部門、委員会ごとに職員により作成され、これを基に、翌年度の計画が作成されている。法人本部での承認後最終的な事業計画は職員に配布し説明されている。</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>③</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は利用者懇談会などにおいて、利用者に説明されているが、イベントが主であり、事業所としての取り組みについては説明があまり行われていない。重点的な取り組みに関して、わかりやすい資料を作成するなどの工夫を行い、説明していくことが望まれる。</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>①</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3年に1回第三者評価を受審しており、中間の年度には、第三者評価の自己評価表を参考にし、職員による自己評価が行われている。サービス委員会が組織され、自己評価の結果をまとめ、課題点の改善計画を策定している。職員による自己評価は行われているものの、目的に対する意識がやや薄い面が見られ、職員に対する自己評価の目的をより明確に周知させていくことが期待される。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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>⑥</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス委員会を中心に、自己評価における課題をまとめ改善計画を立てている。課題の確認や改善策の立案、改善策の実施などにより積極的に職員が参加していくことが期待される。</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。		
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>⑥</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務分掌は作成され、事業計画書などとともに配布、期初に職員への説明が行われている。又、園長は自らの年度の取り組みなどに関して、広報誌に記載している。又、職員へは期初の会議で園長の取り組みに関して説明を行い、議事録として回覧している。職員に対しても、園長の取り組みを記載した文章を配布するなど、より職員へ周知していく取り組みが期待される。</p>		
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。	<b>③</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>園長は法人で行われるコンプライアンス、権利擁護等の研修に参加、職員にも資料を基に職員会議で説明を行っている。なごみなの里として作成した高齢者虐待防止マニュアルに、高齢者支援に関する法令を記載、事業計画書に挿入し職員への周知を行なっている。</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。	<b>③</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所において、職員全員参加によるQC活動が行われ、又、サービス自己評価の取り組みにより、サービスの質を高める取り組みを指導している。更に、内容を充実させるために、職員や利用者からアンケートを取るなどの活動を行い、より高いサービスの充実を図る取り組みを行っている。</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>④</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会議や支援会議において、業務改善の打ち合わせも行い、又、QC活動においても業務改善についての話し合いが行われえている。職員間では経営や業務改善に対する意識が高いとは言えず、より積極的に職員への、経営や業務改善意識の浸透が期待される。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の規定に従い、事業所における人員計画が立てられ、配置されている。現状においては計画に基づく人員体制が整えられている。利用者の増減に伴う、職員の配置に関する対応も計画されている。転勤により新たに配属される職員に関しては、必要とされる資格に関する取得を支援している。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「期待する職員像」は法人の研修規定に記載され、事業所においてもこれを踏襲している。人事考課は法人の規定に従い行われ、年2回の考課が行われている。係長以上が職員の評価を行い、合議のもと園としての評価とし、法人への申請が行われている。結果を基に、園長との面談が行われ、職員の今後の目標などに関する話し合いも行われている。更に、職員の将来や目標等に関する話し合いが行われることが期待される。</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組んでいる。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>残業や有給取得状況などの就業状況に関しては、事務部門で管理され、園長は必要に応じて把握することができる仕組みとなっている。メンタル面に関する取り組みは、法人の様式に従い行われ、職員はチェックリストに従い自己評価を行い、法人の労働安全委員会に送付し、結果は個人あてに送られ、必要に応じて産業医への相談が行われる仕組みとなっている。福利厚生は法人の福利厚生制度に従い行われ、施設の優待などが行われている。</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・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全体としての階層別研修や専門研修は計画として策定され実施されている。職員との面談において、各個人の目標は聞かれ、それに対するアドバイスも行われている。各職員のスキルや専門性は把握され、それに伴うアドバイスも行われているが、個人別計画表までは作成されていない。職員一人ひとりに自己の研修計画を作ってもらうなど、より個別の育成を行っていくことが期待される。</p>		
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。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の研修計画に「期待する職員像」や研修に関する基本方針が記載され、これらに従い研修が実施されている。事業所においては、更に研修を効果的にするため、職員が順番に講師となり職員へ研修を行う取り組みも行われている。「期待する職員像」は示されてはいるもの</p>		

の、職員の理解は進んではいない面がうかがえる。事業所が職員に期待することなど、研修に関しての職員の理解を深める取り組みを行っていくことが期待される。

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。	a・b・c
----	--------------------------------------	-------

<コメント>

個別の職員の専門資格や技術水準などは把握されており、必要に応じた研修の指示や紹介が行われている。新人研修は法人の研修の後、事業所における、先輩指導者によるOJTが行われている。外部研修に関しては全職員へミーティング時での紹介や回覧による案内が行われ、出席者には勤務への考慮や参加費や交通費の支援が行われている。

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。

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。	a・b・c
----	--	-------

<コメント>

マニュアルは作成され、過去には実績もあるが、最近においては受入れは行われていない。実習は法人内の他の施設での受け入れとなっており、現在は本事業所においては行われていない。

### 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。

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・b・c
----	---------------------------------------	-------

<コメント>

事業内容等に関しては法人全体で、ホームページ等を利用し公開が行われている。事業所としても取り組み内容に関してホームページや広報誌を発行し行われている。苦情や相談に関してはマニュアルが作成され窓口や第三者委員が明記され、利用者への配布、説明が行われ、事業所内において掲示されている。ここ数年にわたり苦情などは出されてはいない。

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・b・c
----	---	-------

<コメント>

事業所における取引や経理、事務処理に関しては法人の規定に従い行われ、法人からは年二回監査が行われ確認されている。

### 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。

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・b・c
----	---------------------------------------	-------

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所で行なわれる防災訓練には、地区の町内会長はじめ消防団、婦人消防クラブ等が参加し利用者との交流の機会を得ている。利用者も地区の公民館での料理教室への参加や、理、美容院へ出かける等地域における施設の利用が行なわれている。事業所と地域との関わりに関する基本方針や、地域における社会資源をリスト化していくことも期待される。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>清掃や草取り、ホーム喫茶、語り部、歌、舞踊等のボランティアが定期的に来所、又、保育園や小学校の子どもたちとの七夕交流も行なわれ、利用者の楽しみとなっている。近隣の中学校の生徒による職場体験も行なわれ、今年度も7月と11月に2名ずつ行なわれている。</p>		
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政や大和町地域包括支援センターとの連携は日常より行なわれているが、更に、関連する関係機関や団体等のリスト化を行い、職員と情報の共有化を図っていくことが期待される。</p>		
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時における取組みとして、大和町、富谷市と災害協定を締結している。地域における講演会や研修は、隣接する相談支援センターでの対応となっている。事業所の畑の保育園への開放などが取り組まれているが、更に、地域への事業所設備（会議室等）の提供などより積極的な取組みが期待される。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域住民に対する、相談事業などの対応は、同一場所にある「なごみな相談センター」が担っている。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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。	a・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、基本方針は行動計画に明記され、職員には会議等で読み合せ、虐待防止対応マニュアルに基づくセルフチェックが行なわれ、入所時の生活のしおりに職員は倫理綱領を遵守して支援する事を明記する等により、職員への周知が取り組まれている。</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。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護についての規程やマニュアルは整備されている。環境面に関して、建物が古く、多床室であり、快適な環境とはいえない面もあり、利用者のプライバシーを守る設備等の工夫が望まれる</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ、パンフレットが作成されていて市町村などの相談窓口配置している。「かいらくらいふ」通信等も発行している。見学、体験入所、1日利用等の希望者には説明して受け入れている。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織が定めた様式に基づいて重要事項説明書、契約書を説明し、利用者の同意を得ている。生活のしおりは理解しやすく作成されている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の生活移行に向けた取り組みとして、地域の公民館の調理室を借用しての調理等の生活体験を実施している。通常の選挙、買い物、外食等は実施している。福祉サービスの利用が終了した後の地域家庭での生活支援に関して、相談する方法、担当者および行政関係機関などとのネットワーク体制の検討も望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回満足に関する調査を行っている。給食は嗜好調査、喫食調査を行い月末の金曜日には懇談会、自治会との話し合いを行っている。喫食状況調査の結果を分析、検討するための食事サービス委員会を設置しており、食事提供に活かしている。</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

<コメント>

なんでも相談（相談、苦情等）の規程にもとづいて体制が出来ている。窓口担当者、パンフレットと広報誌、掲示によって利用者、職員に周知している。又、意見箱を設置している。苦情解決第三者委員の委嘱、適切、迅速な対応と顧問弁護士との連携による解決等が明記されて実施している。ホームページに公表している。

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。	㉓・b・c
----	--	-------

<コメント>

相談に関して、会議室が相談室として確保されている。利用者にも周知している。

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。	㉓・b・c
----	---	-------

<コメント>

意見箱は設置され、なんでも相談のパンフレット等も設置されている。迅速に解決するための対応マニュアルを策定しており、職員にも周知している。

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。	㉓・b・c
----	---	-------

<コメント>

リスク管理委員会が整備されている。転倒による骨折事故の防止については施設内の危険個所のチェックの実施が行なわれている。個別支援計画書に基づく支援での、ヒヤリハットや事故に関しては要因の分析と改善策の立案が行なわれ、法人の定める様式で報告している。

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。	㉓・b・c
----	--	-------

<コメント>

感染症対策委員会が年4回行なわれ、食中毒予防、各種感染症対策の研修等を実施しており、予防と発生等の対応マニュアルをもとに職員に周知している。常に玄関には消毒装置が整備され、洗面所には手洗いを促すために手洗い方法を掲示している。

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行っている。	㉓・b・c
----	--	-------

<コメント>

防災体制は整備されている。毎月ライフラインの点検の実施。避難経路の自主点検、防災器具の設備の点検、備蓄の点検が行なわれている。防災訓練は年3回実施、緊急時を想定しての通信訓練等を実施している。災害発生時における要援護者の受け入れ等に関し、町村、県老協との支援協定を結んでいる。

### 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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者一人ひとりの状態に応じた個別支援計画書に基づいて支援を実施している。利用者の尊重と生活場面に応じた課題と多様なニーズはケア会議で検討して、業務マニュアルとして作成されている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> ケア会議で利用者の身体機能の変化と支援計画変更時に行っている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 福祉サービス実施計画書作成の責任者は支援課長であり、法人で定めた様式を使用してアセスメントが実施され、生活面での課題、ニーズ、利用者の希望等は他の職種の職員等とのケア会議で実施計画書が作成されている。個別契約による介護サービス（訪問介護による身体介護、生活援助の掃除、整理等）、通所介護も提供されるように作成している。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 6か月毎に支援会議に於いて評価、見直しを実施している。個別契約による支援サービス担当者等も参加している。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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、職員間で共有化している。	㉠・b・c
<コメント> 日常生活のサービス実施状況は引継ぎ簿を利用して職員間で共有している。新人研修で「記録要領の作成」により記録方法が共有されている。サービス実施計画の記録はパソコンのネットワークを利用して事業所内で情報を共有する体制が整備されている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 管理体制は確立している。ケース記録は支援室で管理され、園長が責任者となっている。職員には個人情報保護規程（マニュアル）によって研修等で周知している。又、利用者にも重要事項説明書等に明記して周知している。		



## 評価対象IV 適切な処遇の確保

### IV-1 個別サービスの提供

		第三者評価結果
IV-1-(1) 利用者に対する食事の提供		
46	IV-1-(1)-① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	a・b・c
<コメント> 嗜好調査、喫食状況調査を年2回行って、嗜好に合わせた食事、利用者の状態に合わせた食事や選択食を提供している。また、月1回委託業者と栄養士等による話し合いを実施しており、食事サービスの向上に向けた取り組みが行われている。喫食時間は食堂が狭く二部制でゆっくり食事ができない。また味つけにムラがあり、美味しいとは言えない（ヒアリングより）という意見がある。		
47	IV-1-(1)-② 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a・b・c
<コメント> サービス支援計画書に基づいて利用者の心身状態に合わせた食事（ソフト食、極刻み食、刻み食、制限食等）が提供されている。		
IV-1-(2) 利用者に対する入浴の提供		
48	IV-1-(2)-① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a・b・c
<コメント> 毎日入浴は可能で希望で行われている。		
49	IV-1-(2)-② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。	a・b・c
<コメント> 男女交代制（曜日、時間等）でプライバシーには配慮している。		
IV-1-(3) 利用者の適切な排泄管理		
50	IV-1-(3)-① 排泄の自立に向けて、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a・b・c
<コメント> ポータブルトイレの使用者、オムツ使用者等もいる。		
51	IV-1-(3)-② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。	a・b・c
<コメント> ポータブルトイレ使用後は速やかに片づけている、利用者の意向を尊重して支援している。		

IV-1 -(4) 利用者の離床、移動の支援		
52	IV-1-(4)-① 利用者の意思に基づいた離床や移動のための支援を行っている。	㉓・b・c
<コメント> 移動しやすいように環境を整えている。		
III-1 -(5) 利用者の整容の確保		
53	IV-1-(5)-① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	㉓・b・c
<コメント> 月1回、移動美容室並びに地域の理髪店が来園するので利用している。また、地域の理美容店を利用している方もいる。		
III-1 -(6) 個々の生活、障害に合わせた介護		
54	IV-1-(6)-① 個々の生活、障害に合わせたケアプランに基づき適切な介護を行っている。	㉓・b・c
<コメント> 個別支援計画書に基づいて職員間で情報を共有して支援会議等で検討して支援を実施している。		
IV-1 -(7) 利用者の健康管理		
55	IV-1-(7)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	㉓・b・c
<コメント> 毎日血圧、検温、健康観察を行って健康管理データを記録している。定期健康診断も実施され、緊急時、休日、夜間等には協力病院（6医療機関）と連携ができる体制である。口腔ケアは毎食後職員が促し、支援している。		
56	IV-1-(7)-② 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a・㉔・c
<コメント> レクリエーションは曜日によって行事によって実施されている。認知症予防のための学習療法や音楽療法、毎朝のラジオ体操、趣味活動、畑作り、ドライブ、散歩が計画実施されている。メニューは多いが利用者が希望するレクリエーション等は利用者の意向調査等や、自治会での検討が望まれる。		
57	IV-1-(7)-③ 服薬の誤りがないように対策を講じている。	㉓・b・c
<コメント> 誤薬に対する対策はマニュアルが作成されている。ダブルチェックとして職員2人で確認している。誤薬時は協力医と連携して対応体制も整備している。		
IV-1 -(8) 利用者に対する機能訓練または生活の活性化（アクティビティ ア）の実施		

58	IV-1-(8)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎日のラジオ体操、輪投げ、風船バレー、塗り絵のメニューは希望で行なわれているが、計画的な機能訓練等のプログラムとしての検討が望まれる。</p>		
IV-1-(9) 利用者の主体性の尊重		
59	IV-1-(9)-① 利用者の主体的な生活や活動を尊重している。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が自治会を整備して行事や「生活のしおり」の制作に提案している。利用者の要望や意見を聞く場として話し合いが実施されている。又、ホーム喫茶の運営や施設の各種行事の企画へも参画している。</p>		
60	IV-1-(9)-② 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通帳、預かり金は規程に従って管理している。</p>		
61	IV-1-(9)-③ 生活に継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時は自分の馴染みの物を持ってきて、自分らしい生活をしていけるように支援している。</p>		
IV-1-(10) 認知症の正しい理解と適切な対応		
62	IV-1-(10)-① 認知症を理解し、利用者に対して適切に対応している。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員には研修で認知症の理解、支援方法等を周知している。認知症の兆候が見られた時の専門医への早期受診、認知症高齢者ケアマネジメントでセンター方式等に基づく考え方、手法を取り入れた介護等も期待される。</p>		

#### IV-2 家族との交流の確保

		第三者評価結果
IV-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保		
63	IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流、施設と家族の連携を図っている。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>広報誌「かいらくらいふ」の発行と配送を年4回実施している。ホームページでの情報発信(行事、近況等)もしている。</p>		

#### IV-3 利用者の人権の擁護

		第三者評価結果
IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止		
64	IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	㉠・b・c
<コメント> 倫理綱領、自己セルフチェックで自己管理し、身体拘束廃止のマニュアルが作成されている。		
65	IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	㉠・b・c
<コメント> 倫理綱領、虐待防止対応マニュアルでの職員のセルフチェック（年2回）で防止している。		
66	IV-3-(1)-③ 利用者に成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供などの支援を行っている。	㉠・b・c
<コメント> 制度的には説明しており、現在3名の方が利用されている。		