

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔特別養護老人ホーム〕

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：特別養護老人ホーム 和風園 | 種別：特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名：伊勢 功 | 定員（利用人数）：200名 ：20名（短期入所生活介護） |
| 所在地：宮城県黒川郡大和町小野字前沢1 | |
| TEL：022-346-2229 | ホームページ： http://www.miyagi-sfk.net/nago |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 平成3年3月26日 | |
| 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： 101名 非常勤職員： 13名 |
| 専門職員 | 社会福祉士 10名 看護師・准看護師 11名 |
| | 介護福祉士 62名 作業療法士 3名 |
| | 介護支援専門員 10名 管理栄養士 2名 |
| 施設・設備 の概要 | （居室数） 91室 |
| | （設備等） 売店・理髪室 |

③ 理念・基本方針

〈運営理念〉

私たちは、利用者の皆様一人ひとりが過ごされて来たかけがえのない人生を、心の底より理解と共感に努め、ご家族と協同して、ご本人の生きがいと満足の得られる生活を保障しながら、安心して自立した生活が送られるように支援します。

（基本方針）

- （1） 利用者一人ひとりの生活を大切に、生活の質の向上が図られるよう支援します。
- （2） 認知症利用者の日常生活の行動を理解し、ありのままに受け入れることを基本に支援します。
- （3） 利用者が安心して快適に生活できる環境づくりを行います。
- （4） 福祉サービスを提供するプロとして、資質の向上と人材育成を図ります。
- （5） 施設機能を地域社会に積極的に提供し、地域に役立つ施設を目指し、併せて利用者の地域交流を推進します。
- （6） 健全な施設運営に努めます。
- （7） 環境への配慮を推進します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・各種クラブ活動や小グループ活動を通し、寄り添い支援を実施し、日中活動の充実に取り組んでいます。
- ・利用者の健康面の観察と身体状況に応じた介護機器（車椅子・ベッド・移乗用リフト等）の選定と対応を行っています。
- ・利用者、個人の尊厳と権利が守られ、安心・安全な生活が提供できるよう努めています。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | R3年5月25日（契約日） ～ R3年12月22日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 4回（平成29年度） |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○利用者の尊重

法人の理念や基本方針を基に、事業所としての理念・基本方針を策定し、更に具体的行動計画により利用者への支援の姿勢を具体的に明示し、毎月の職員会議では、読み合わせを行っている。また、職員への理解を深める取り組み、更に毎年の自己評価や、定期的な虐待防止セルフチェックの実施など、利用者を中心とした支援姿勢の徹底が行われている。

○地域との連携

現在は新型コロナウイルス感染症の影響もあり、中断されている部分もあるが、地域との連携が積極的に行われ、年間を通じて踊りや、傾聴、清掃等延べ1000人程の地域の各種ボランティアの方々が来園していた。また、小・中学生との交流、地区のイベントへの利用者の参加、防災訓練には地区の消防団や婦人防災クラブの方々の参加など、利用者と地域の方々との交流が積極的に取り組み、加えて地区の福祉避難拠点として地元の大和町や富谷市との協定が結ばれるなど地区への公益的な活動も積極的に行われている。

○職員の研修体系の整備

法人における階層別研修、職能別研修、新人研修への全職員の受講、事業所内における専門研修、資格取得への手厚い補助制度、職員による自己の研修計画の設定や上司によるアドバイス、更に全職員の研修記録や資格、スキルの情報等が記録され、必要に応じた研修が受講できるように取り組み、全体でのスキルアップが図られている。

◇改善を求められる点

○苦情体制の家族への伝達

苦情処理体系は整理され、マニュアルに基づき実施されているが、家族からのアンケートからは、外部の第三者委員への申し入れが可能なことが認知されていない面が伺える。入所時の説明で外部への申し入れが可能なことは伝達されているが、その後忘れられている面もあり、定期的に体制に関しての伝達を行っていくことも期待される。

○家族との懇談会

従来は家族会が組織されていたが、役員への就任希望者の減少により家族会は実質的に消滅、代わって家族懇談会が敬老会と並行して行われているが、集まりは芳しくない状態となっている。現在は特にコロナの影響もあり、開催できていないが、コロナ収束後は、積極的に懇談会への出席を促す工夫を行い、家族への事業所としての必要事項を理解してもらうような取り組みも期待される。

○自己評価の評価

第三者評価が3年ごとに行われ、間の2年間も事業所内での自己評価が行われており、事業所における支援の質、および毎年の経過が確認されている。現在、自己評価を「a・b・c」による自己採点で確認しているが、やや不明瞭になってしまう面もあり、数値面での評価も取り入れ、より具体的に改善度などが把握できるようにしていくことも期待される。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設は、平成23年度より第三者機関による評価を受審しており、今回が4回目になります。今回、客観的な視点から調査・評価を頂き、サービスの質の成果、サービスの具体的な改善点が明確化され、とても良い機会になりました。また、利用者の方々のご意見や要望、またご家族の思いや意向なども知ることができました。

今回の評価結果と総評でご指摘を受けました課題につきましては、改善に向け取り組みを実施します。また、高評価をいただいた点につきましても、なお一層の充実を図る所存です。これからも利用者様、ご家族、そして地域の皆様から信頼される施設運営に尽力して参ります。

最後に、福祉工房様には、コロナ禍の大変な状況の中にも関わらず、丁寧な調査や評価のまとめを実施して頂きましたことに、心より感謝申し上げます。

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。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の理念、基本方針をもとに事業所としての理念、基本方針を策定し、事業計画書やパンフレット等に記載し毎月の職員会議で読み合わせを行い、職員への周知を高める取り組みが行われている。利用者や家族に対しても必要な部分を抜粋し、家族との懇談会などを利用し説明され、常に閲覧できるように事業所内にファイルされ置かれている。更に、具体的行動計画として職員の取り組むべき支援姿勢を明記した資料を毎月1項目ずつポスターとして事業所内の各棟に掲示するなど、理念や基本方針を具体的に理解できるような取り組みが積極的に行われている。</p> | | |

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・c |
| <p><コメント></p> <p>法人における施設長会議や老人施設協議会の地域部会などから、社会における福祉状況や地域における福祉環境などの情報を把握、更に、敷地内にある地域支援センターから地区における高齢者などに関する情報を得ており、得られた情報は事業所内の経営会議などを通じて職員への伝達が行われている。</p> | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <p>事業所としての重点課題として「安定経営のための利用率の向上」が掲げられ、事業計画内の重要項目として、具体的な改善のための取り組みが明記されている。取り組みは経営会議やスタッフ会議で職員に伝達され、改善への意識付けを促している。</p> | | |

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 ①・c |
| <p><コメント></p> <p>法人での「地域福祉推進計画」が策定されており、これをもとに現在、事業所を含む「なごみなの里」としての「あり方検討委員会」が組織され、中・長期的に事業所としての方向性を検討している。現状においては、法人の「地域福祉推進計画」をもととした各年度の事業計画が立案され、実行されている。「あり方検討委員会」での早期の立案が期待される。</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。 | ②・b・c |
| <p><コメント></p> <p>現在は法人の「地域福祉推進計画」および「あり方検討委員会」において課題とされている項目をもとに単年度における事業計画が立てられている。事業計画には、各職場や委員会等での取り組みが具体的に記載され、各職員が取り組むべき内容が明確化されている。</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。 | a ①・c |
| <p><コメント></p> <p>前年の事業計画に対する実績や進捗が四半期ごとに作成されており、これをもとに、法人で決められた日程に従い、数回に分けた翌年度の事業計画が策定されている。計画は各係や委員会ごとに検討され事業所としての計画が策定されている。事業計画は一冊のファイルにまとめられ、全職員への配布、スタッフ会議等での説明が行われ、全体としての計画の理解を促す取り組みが行われている。事業計画策定の日程に関しては、法人の規定に従い行われているが、翌年の計画が当年の9月から開始されており、その後見直しが行われているとはいえ、十分に結果の反映がされない恐れもあり、全体としての日程の見直しも期待される。</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 ②・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画書の必要な部分に関しては、拡大した資料を作成する等、利用者の理解しやすい工夫を加え、事業所内に掲示し、利用者懇談会での説明も行われている。また、家族には従来は敬老会後の家族懇談会で説明がされていたが、現在はコロナ感染症の影響もあり、取り組みは行われていない。家族には利用者の状況や行事に関する情報を電話や手紙等で伝えており、同時に必要な事業計画等についても伝え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・c |
| <p><コメント></p> <p>3年ごとに第三者評価の受審、間の2年間に関しては事業所内での自己評価が行われている。サービス評価委員会が組織され、評価における課題の把握や改善のための取り組みが提議され、各職場での取り組みが促されている。また、課題改善への取り組みに対する経過も把握されているが、「a・b・c」の評価で行われており、具体的にどの程度改善されているかの把握が難しい面もあり、数値で比較する等、よりきめ細かく把握していくことも望まれる。</p> | | |
| 9 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>同上</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・c |
| <p><コメント></p> <p>事業所内の職務分掌が作成され、事業計画書への記載、全職員への配布、スタッフ会議等での説明が行われている。管理者は年度の初めの広報誌に管理者としての目標や運営に関する方針などを記載し家族や職員に対し明示している。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は法人等で行われるコンプライアンスに関わる研修に参加し、職員に対し会議等での伝達を行っている。また、法人での懲罰委員会が作られ、職員による不法行為に対する法人内の罰則が定められている。内容は具体的な事例をあげ、それぞれの不法行為に対する懲罰の度合いが定められ、職員の法令遵守の姿勢を促している。</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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス評価委員会を設置し、毎年の職員の自己評価より施設における課題を検討し、改善への取り組みを指導している。また、必要に応じて職員研修のテーマを設定するなど、支援の質の改善への指導力を発揮している。</p> | | |
| 13 | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>年度における重点課題の設定と、それに対する取り組みを経営会議で話し合い、具体的改善策を検討し実施している。重点課題である稼働率の改善の為の取り組みとして、従来3か月単位で行われていた入所検討委員会を毎月開催し稼働率を向上させる取り組み等、具体的な改善の取り組みが指示されている。同時に、業務の改善のための取り組みとして、事業所内に業務改善のQCサークルを順次立ち上げ、現在は3つのサークルが活動している。</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。 | a・㉔・c |
| <p><コメント></p> <p>年度における人員配置に関しての計画は策定され、これに基づく手配が行われているが、退職等に伴う補充が現在の社会的な介護人材不足もあり、十分には行えない状態となっている。事業所としての募集を常に行っているが、充足できる状態とはなっていない。今後も充足のための取り組みを継続的に行っていくことが期待される。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の制度に基づき人事考課が年二回行われており、上司による面接と考課、更に考課後のフィードバックが行われている。また、管理者による全職員との個別面談が行われ、各職員の意向などが聞き取られており、それに沿ったアドバイスなどが行われている。</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。 | ㉓・b・c |

| | | |
|--|---|-------|
| <p><コメント></p> <p>勤務状態に関しては事務部門で管理され、必要に応じて管理者への報告が行われている。シフトや特別休暇の関係で、有給休暇の未消化が発生している面もあり、取得のための検討を行っていくことも期待される。職員のメンタル面におけるチェックは法人の規定に従い行われており、チェックリストによる自己確認と産業医による相談が行われる仕組みとなっている。福利厚生制度は県の制度が利用でき、施設などの優待使用が行える制度となっている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>全職員による研修計画が期初に提出され、提出時、中間、期末と年三回の上司との面接が行われている。目標とする研修の実施や進捗状況の確認、必要に応じたアドバイスが行われている。また、期初における研修計画の設定時には、職員の業務や技量を考慮したアドバイスも行われている。</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「期待する職員像」は法人の研修規定に記載され、入職時等に配布説明されている。研修は法人における新人研修、階層別研修、職能別研修が行われ、事業所では研修委員会が組織され内部での介護技術などの専門研修が年間で計画が立てられ実施されている。</p> | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人における階層別研修は、原則として全職員が受講し、事業所内研修と合わせ、個々の職員の受講が資格やスキルとともに記録されている。新任職員に対しては、法人での研修が4次に渡って行われ、事業所内では指導者によるOJTが行われている。外部からの研修案内は全職員に紹介され、希望する職員に対しては原則として勤務上の配慮が行われている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 20 | Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>実習に対するマニュアルが策定され、指導者研修を受けた指導者が実習生に対する指導に当たることとなっている。現在はコロナ感染症の影響により実習生の受け入れは行われていないが、従来は教員免許取得のための実習生の受け入れが行われていた。介護関連の実習生を含めコロナ後の積極的な受け入れが期待される。</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。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>法人のホームページに事業内容、事業実績等が詳細に記載され、事業所のホームページには事業所の概要や活動状況等が記載され、それぞれの情報に関して開示が行われている。年4回広報誌が作成され、関係する機関や地区の婦人会などへの配布が行われている。更に地域の自治会などへ配布し、事業所の活動について理解をしてもらう取り組みも期待される。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>事業所の事務処理や経理処理は法人の規定に基づき行われている。法人による監査は年2回、会計監査法人による監査は毎年行われている。</p> | | |

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><コメント></p> <p>コロナ感染症の影響より現在は地域の方々の受け入れは行われていない。従来は保育所の七夕行事等への利用者の参加や、近隣の小学生の事業所の行事への参加、防災訓練の地区の婦人会の参加、更に年間延べ1000人程のボランティアの方々の来園などが行われ、利用者との交流が活発に行われていた。コロナ後の再開が期待される。</p> | | |
| 24 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れマニュアルが策定され、従来は傾聴や踊り、歌、清掃等のボランティアが年間を通して来園し利用者との交流が行われ、利用者の楽しみとなっていた。また、地区の中学生の職場体験も行われ、毎年3～4名の生徒の受け入れが行われていた。</p> | | |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 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><コメント></p> <p>事業所の協力病院とは看護師による定期的な打ち合わせが行われている。また、地区の行政機関等とは必要に応じた連携が行われており、常に相談できる関係が築かれている。</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 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地区の行政機関との連携や、同一センター内にある地域支援センター「なごみな」、地区の自治会などとの交流を通して、地域における福祉ニーズの把握に努めている。更に、地区の民生委員などとの交流も行っていくことも期待される。</p> | | |
| 27 | 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地域の方々の福祉関連の相談は、同一センター内にある地域支援センター「なごみな」が業務を担当しており、事業所としては必要に応じて短期入所を行っている。また、災害時における福祉避難所として、大和町、富谷市などと福祉避難協定を結んでいる。</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><コメント></p> <p>事業所の倫理綱領や基本方針、具体的行動計画に利用者の尊重がうたわれ、職員は毎月読み合わせを行っている。更に、職員による虐待防止セルフチェックを年2回実施し、課題の把握や改善への取り組み、権利擁護に関する研修が定期的に行われるなど、利用者を尊重した支援の徹底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に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>具体的行動計画に、利用者のプライバシー保護がうたわれ、身体拘束廃止宣言のポスター掲示や、居室や浴室でのカーテンの設置等、支援の現場でも利用者のプライバシー確保が実践されている。虐待防止マニュアルや個人情報保護マニュアルと同様にプライバシー保護に関するマニュアルの策定も期待される。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページには事業所の概要や利用者の生活の様子などが紹介されている。また、パンフレットが作成され、居宅介護事業所や病院、地区の社会福祉協議会等に配布され、利用者への事業所の情報の提供が行われている。現在はコロナの影響で行われていないが、従来は利用希望者に対する事業所内の見学やショートステイを利用した一時体験等も行われていた。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの開始にあたり、利用者及び家族への重要事項説明書での説明と同時に、利用者が理解しやすいように工夫された「生活のしおり」を作成し、事業所での生活に関する注意点などが記入され、説明されている。生活のしおりは、大きな文字で記入され、高齢者が読みやすい工夫も行われている。更に、必要に応じてルビをふるなどの工夫も期待される。</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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設などの変更にあたり、利用者や家族からの相談は「なんでも相談窓口」が設置され、必要な情報の提供が行われている。移行先は病院が主となっており、移行に伴う事業所におけるケア記録などの情報が必要に応じて提供されている。また、提供にあたっての同意は入所時の契約書に記載され得ている。同様に、移行後の相談の受け付けも明記されている。</p> | | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | 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、取り組んでいる。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業所内の棟ごとに定期的に利用者懇談会が行われ、利用者の生活や支援などに関する意見を聞いている。更に、毎年利用者アンケートを行い、利用者の支援に対する意見を聞き、利用者の満足度を確認している。聞き取られた意見の中でも否定的な意見への検討も加えられ、より満足度を高めるための取り組みが行われている。</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。 | a・b・c |

| | | |
|--|---|-------|
| <p><コメント></p> <p>苦情対応マニュアルが策定され、入所時に重要事項説明書に苦情に関する対応が説明され、苦情受付窓口、解決責任者、第三者委員を記載した体制図が各棟及びホールに掲示されている。苦情に対するフィードバックが定められ、解決後の公表に関しても規定されている。第三者委員への申し出が可能であることに関して、家族からのアンケートではやや知られていない（忘れられている）面も伺えたことから、再度、家族懇談会などでの説明を行っていくことも期待される。</p> | | |
| 35 | <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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「なんでも相談窓口」が設置され、各部署での相談担当者が配置され、利用者からの相談を常時受け付ける体制がとられている。各階には意見箱が設置され、相談室が用意されている。家族の面会票に意見や要望を記入する欄が設けられ、家族が意見を述べやすい工夫が行われている。家族会は以前組織されていたが、役員のなり手がいないこともあり、現在は組織されていない。敬老会後の懇談会に事業所から情報の伝達が行われているが、参加者は少ない。コロナの影響もあり、現在懇談会は中断されているが、コロナ後は懇談会の再開と、家族の集まりやすい工夫を行っていくことも期待される。</p> | | |
| 36 | <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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>意見箱の設置や、懇談会、アンケートの実施などで利用者からの意見を聞く機会が設けられ、何でも相談マニュアルが作られ、相談に対する対応が決められている。受けた相談は、相談受付記録がとられ、必要な対応が速やかに行われる体制が作られている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 37 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事故防止対策委員会が組織され、リスクマネジメントに関する責任者が定められている。ヒヤリハットや事故が発生した際には、速やかな対応と記録が取られ、棟ごとに毎月対応が検討され、園としても四半期ごとに検討を行い、再発防止に取り組んでいる。</p> | | |
| 38 | <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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>感染症マニュアルが策定され、感染症に関する詳細な予防や対応資料が作成され、これに基づく対策が取られている。毎月感染症対策委員会が開催され、感染症に関しての対策が検討されていたが、コロナ感染症発生の昨年より毎週の開催となり、状況に応じた対策が話し合われている。</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>危機管理計画マニュアルが策定され、これに基づく防災訓練が行われている。防災委員会が組織され、総合訓練を毎年6月と9月に実施している。訓練には通常は地区の消防団、婦人防災クラブの方が参加されている。また、総合訓練時以外の月では、夜間想定避難訓練・土砂災害対応訓練、スロープ避難訓練、通信訓練等ほぼ毎月の訓練が行われている。食料などの備蓄も現在5日分行われ、栄養士による管理が行われている。</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。 | | |
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>支援に関するマニュアル類は詳細に策定され、利用者の尊重を基本として作られている。支援に関するマニュアルは、職員が常に参考として活用できるように一冊にまとめてファイルされており、研修などを通じて職員への理解を促している。</p> | | |
| 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。 | a・㉔・c |
| <p><コメント></p> <p>必要に応じて見直しが行われているが、資料によっては制定日が記載されていないものや、制定以来見直しの記録がないものもあり、支援マニュアル等の管理に関して検討していくことが期待される。</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。 | | |
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>統一された様式に従い、介護支援専門員によるアセスメントが行われ、他の職員も参加しての協議の上、個別支援計画が策定されている。</p> | | |
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>半年に一度見直しが行われており、介護支援専門員が生活相談員と担当職員、看護師や栄養士、作業療法士を交え協議し、見直しが行われている。見直された支援計画は、コロナ感染症の影響もあり、家族に電話で説明し、承諾を得ている。</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。 | | |
| 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、職員間で共有化されている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービス実施の記録は介護ソフトを使用してPCに入力され、事業所内のネットワークを利用し職員間での共有が行われている。入力に関しては指導者による確認が行われ、統一した入力が行われるよう取り組まれている。</p> | | |
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>個人情報、法人の個人情報管理規定に基づき管理され、事業所内でのファイルは棟ごとに鍵のかかるロッカーに保管され、各係長が保管責任者となっている。事業所内のPCは記録媒体の使用が制限され、ネットワークへの接続も限定され、データの漏洩を防いでいる。利用者や家族には個人情報の扱いに関して入所時に重要事項説明書による説明が行われている。</p> | | |

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 生活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 | | |
| 46 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の生活状況や意向を確認し、それぞれに合った過ごし方が出来るよう支援しており、ボランティアの支援を受けながら歌や手芸等のクラブ活動も行われ、日々の生活に潤いが持てるような支援が行われている。</p> | | |
| 47 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の状況に応じて、絵やジェスチャー、筆談などを通じて、利用者とのコミュニケーションが行われている。更に、利用者に対する言葉遣いに関しても、権利擁護などの研修で職員への理解を促している。</p> | | |
| A-1-(2) 権利擁護 | | |

| | | |
|--|---------------------------------------|-------|
| 48 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>虐待防止マニュアルが策定され、定期的な権利擁護に関する研修や、倫理綱領、具体的行動計画の毎月の読み合わせ、虐待防止セルフチェック等が行われており、権利擁護に対する取り組みが積極的に行われている。</p> | | |

評価対象 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 | | |
| 49 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>居室は4人部屋が主となっているが、必要に応じて2人部屋や個室が使用されている。建屋は全体にゆとりをもって立てられており、広いホールや娯楽室、売店などが設置され、室内は明るく清潔に保たれている。利用者の希望に応じて、各部屋にはTVやラジオが置かれ、携帯電話も使用できるようになっており、利用者からも室内環境についての満足感が聞かれている。</p> | | |

評価対象 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 | | |
| 50 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>入浴は原則週2回行われ、必要に応じて追加の入浴やシャワー浴が行われている。特殊浴槽が3種類用意され、利用者の状況に応じて使用されている。入浴を嫌がる利用者には、様子を見ながら、他の曜日に変更するなど、無理をしない支援を行っている。</p> | | |
| 51 | A-3-(1)-② 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の状況に応じた排泄支援が行われ、排せつ記録を基に、利用者の健康状態を確認し、必要に応じて看護師や作業療法士との打ち合わせが行われている。</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 52 | A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント> 作業療法士による個別機能訓練評価・計画書に基づき、利用者の自立に向けた支援が行われている。利用者の状況に応じた移乗用リフトなどが活用され利用者の安全が図られている。</p> | | |
| A-3-(2) 食生活 | | |
| 53 | A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント> 衛生管理マニュアルが策定され、これに基づき安全な食事が提供されている。月2回の選択メニューや毎月の行事食、誕生日でのリクエストメニュー等、利用者の希望を取り入れた食事が提供され、楽しく食事がとれるような取り組みが行われている。</p> | | |
| 54 | A-3-(2)-② 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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント> 利用者、家族、介護支援専門員、看護師、管理栄養士等が介護方法の検討を行い、利用者の心身の状態に合わせた食事支援を行っている。また、管理栄養士による職員への嚥下や誤嚥に関する研修が行われている。</p> | | |
| 55 | A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント> 現在はコロナの為、中断しているが、従来は歯科医及び歯科衛生士が定期的に訪問し、口腔ケアが行われていた。現在は職員による一日3回の口腔ケアが行われ、治療が必要な利用者は協力歯科医院に通院し治療が行われている。コロナ後の再開が期待される。</p> | | |
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| 56 | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント> 作業療法士による褥瘡予防のための研修や、管理栄養士による栄養状態の確認が行われ、体位変換や栄養補給が行われる等、褥瘡予防のための取り組みが行われている。</p> | | |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| 57 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント> 喀痰吸引等の研修を受講し、有資格の職員の増員が図られ、看護師による実地指導を受け、嘱託医の指導の下職員による喀痰吸引等が行われている。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| 58 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>作業療法士3名が配置され、利用者ごとに個別機能訓練評価・計画書を作成、これに沿ってリハビリ訓練を実施、評価、見直しを行っている。</p> | | |
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| 59 | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>認知症ケアの外部研修を受講し、認知症に関する理解を深め、利用者に配慮を行いながらの支援が行われている。利用者が落ち着けるように、居室には絵や写真を飾り、余暇時間には利用者が好きな絵などを描く環境を作っている。</p> | | |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| 60 | A-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。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>毎日3回のバイタルチェックを行い、異常時や緊急時には緊急時対応マニュアルに基づき、看護師が医療機関と連携し対応にあたる体制を作っている。</p> | | |
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| 61 | A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>入所時に看取りに関する意向を確認し、重度化した際にも、利用者、家族、医師を交えて再度確認している。また、看取りに関しての研修を年内に行う予定としている。</p> | | |

評価対象 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 | | |
| 62 | A-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。 | a ㉓・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の家族には年4回の広報誌やふれあい通信としてハガキを4ヶ月に一度送り、利用者の近況を報告している。現在はコロナ感染症の影響もあり、面会を制限し、オンラインでの面会が行われているが、定期的に電話での連絡や棟ごとに便りを発信し、利用者の状況の報告や要望を伝えている。家族懇談会も開催することが出来ていないが、コロナ収束後は家族会の再構築や、懇談会への積極的な参加を促す取り組みを行っていくことが期待される。</p> | | |