

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：特別養護老人ホーム博愛苑	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 竹下 篤史	定員（利用人数）： 84名
所在地：鳥取県米子市一部555番地	
TEL：0859-37-1100	ホームページ： https://hakuikai-smile.jp/
【施設の概要】	
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 博愛会 理事長 安田 明文	
職員数	常勤職員 53名 非常勤職員 12名
専門職員	施設長 1名 医師 1名
	生活相談員 2名 介護職員 11名
	介護職員 39名
	看護師 7名
	管理栄養士 1名
	理学療法士 1名
	介護支援専門員 1名
	歯科衛生士 1名
施設・設備 の概要	1人部屋 84室 （うち便所設置個室 35室） 浴室 8か所 （うち個浴 7か所）
	男女共用便所 14か所 （うち車椅子対応 14か所） （個浴のうち1ヶ所はADL訓練用） （うち特殊浴槽 2ヶ所） （リフト浴付浴槽 3ヶ所）
	食堂 8室 集会室 2ヶ所
	機能訓練室 1室 医務室 1室

③ 理念・基本方針

◎法人理念

利用者・家族・地域に「笑顔と安心」の輪を広げます

◎理念～博愛会の3つの輪～

“地域に「笑顔と安心」の輪を広げるために”

地域社会の一員として社会福祉事業を営み、地域社会に貢献します。

そのために我々が使用する施設を地域社会の利用に供すると共に、地域社会の発展に寄与する活動に参画します。

“利用者の「笑顔と安心」のために”

利用者一人ひとりを個人として尊重し、利用者に適した、より質の高い介護サービスの実現を目指します。

そのためにわれわれは常に介護サービスに関する知識と技能の研鑽に、普段の努力を重ねます。

“職員の「笑顔と安心」のために”

職員一人ひとりを個人として尊重し、安心して仕事に従事できる職場環境を整えます。そのため、

- (1) 職員の意見や提案が自由闊達に行なえる環境づくりに不断に取り組めます。
- (2) 能力のある職員には雇用、能力開発及び、昇進の機会を平等に創ります。
- (3) 公平性・透明性・納得性に配慮した人事評価制度を構築し、運用します。

◎施設方針

博愛会の合言葉 「♡（ハート）にはぐくむ、笑顔と安心！」

これは、博愛苑という屋根の下で、サービスをひとつの媒体として、利用者の皆様と職員が幸せ感を共有していこうという想いを表現したものです。

博愛苑では、利用者の皆様自らが「自分らしさ」を見つけだし、感じ取っていただけるように心がけております。

そのことによって、職員は、利用者の皆様から、自身の「自分らしさ」を発見することの大切さを教わっております。

この「自分らしさ」を探し求めることが、いつも幸せ感を共有し、笑顔と安心を醸し出す極意ではないでしょうか。

これからも、「♡（ハート）にはぐくむ、笑顔と安心！」を合言葉に、「自分らしさ」の発見に汗をかき、いつまでも笑顔と安心にあふれた博愛苑であり続けたいと思います。

④ 施設の特徴的な取組

米子市近郊の田園の広がる地位にあり、全ユニットケアをいち早く採用した施設です。栄養制限をしっかりと配慮した食事提供がなされており、木目調を基準にした落ち着いた広々とした施設となっています。

利用者の状況を面会に来た家族に分かりやすく伝える等の配慮がなされ、本人・家族等の望む最後が迎えられるよう、適宜意向を伺い、それに添えるよう医師・看護師・介護職等の多職種チームで取り組まれています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和1年7月23日（契約日）～ 令和2年2月6日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ユニットでの支援の取り組みが多職種連携でなされています。
- ・栄養や制限食、食事の形態等への配慮がなされています。
- ・帰宅できる環境や状況が整う限り、外出も可能な限り、年に一度は自宅へ帰れるよう家族へ働きかけがなされています。
- ・生活環境にも気を付けられ、高齢者施設特有な臭いや、排泄後の臭いは感じられなかった。感染症予防対策につながる加湿も行われていました。

◇改善を求められる点

- ・人事考課制度も整っており、定期的に職員への個人面談が実施されています。
上司の面談の際、課題を伝え、解決に繋がるアドバイスを行い、前向きに取り組まれています。職員のやる気を引き出すまでには至っていないように思われますので工夫に期待します。
スモールステップでのスキルアップを積み重ね、自信につながるような研修や資格取得の研修・人事考課がなされると、もっと職員の意欲の向上に繋がると思われます。
- ・定期的に現場職員へも自己評価へ参加して頂き日々の業務の振り返りを期待します。
利用者・家族等、また、今後利用をお考えの方が、何を求め、何を必要としているのか、理解頂き、支援する上で、ケアへの気付き、意識の向上・統一に繋げて行かれることに期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

前回受審から期間も経過しており、新たに多くの課題が見つかりました。
この評価結果を受けて、評価の高い点については今後さらに推進し、また改善を求められた点の付いては十分検討を行った上で、役職員一体となり福祉サービスの質の向上に努め、より良い施設を目指して努力していきたいと考えています。

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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三評価結果（特別養護老人ホーム）

共通評価基準（45項目）

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
<p><コメント></p> <p>パンフレットやホームページに明文化されたものが掲示されています。</p> <p>利用者や家族等への周知は、不十分な面が見られますので取組まれることに期待します。</p> <p>理念はケアの現場で考え方や迷いが生じた時に、どのような姿勢で何を指すのかを示す指針としますので、法人の目指すケアの原点であるため、職員や家族等への周知・わかりやすい説明する工夫が必要と思われる。</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
<p><コメント></p> <p>事業経営を取り巻く環境や経営状況の把握・分析されており、毎月の収支状況と前年度との比較もなされていますが、福祉事業界の情報や流れについての情報収集、把握に関しては課題を感じます。また、福祉ニーズ地域のニーズ、潜在的な利用者のニーズについての情報収集・データの集積についても工夫されることに期待します。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p><コメント></p> <p>中長期事業計画策定委員会で、経営課題の分析・把握がなされていますが、具体的な取組みや課題が職員への周知まで至っていないようですので工夫されることに期待します。</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。	c
<p><コメント></p> <p>中長期事業計画策定委員会を中心に現在策定中です。</p> <p>早期に中・長期のビジョンの取りまとめをされ明確にされた計画発表されることを望みます。</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。	c
<p><コメント></p> <p>単年度の計画は策定されていますが、中・長期計画を踏まえたものになっていません。</p> <p>単年度事業計画、収支計画の内容については、具体的な数値目標等が設定されています。</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
<p><コメント></p> <p>事業計画の策定については、ユニット単位からの意見も聞きながら、経営層で策定されています。実施状況の把握は、3ヶ月毎に進捗状況を確認し、実績が記録されています。評価・見直しその結果については、各会議等で話し合われていますが、現場職員の理解の面では不十分さが見えますので工夫されることに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設内で利用者に対しての周知の機会はありません。</p> <p>家族等に対しては、法人ホームページに載せて広く周知されています。</p> <p>今後、なお一層の周知や理解を促す為の取組みに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>介護技術向上員会や業務改善委員会等でサービス向上に取り組んでおられ、コミュニケーションチェックを実施されています。</p> <p>定期的な質の向上に向けた振り返りがあまり出来ていませんので、第三者評価の受審を契機に内部での振り返りの機会を持たれることに期待します。</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。	c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス向上へ向けた課題の取り上げがあるものの、具合的な取組みや計画策定には至っていないのが現状です。</p> <p>計画的な改善策として、利用者に関わるサービス面の小さな事からスモールステップで取組まれていくことに期待します。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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。	b
<p><コメント></p> <p>役職員規定で、役割や責務を明文化されていますが、管理者自ら職員へ表明し、職員へ理解・周知を図る手段や方法が具現化されていません。</p> <p>職務分掌表の配布等、再度、全職員に周知徹底されることに期待します。</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
<p><コメント></p> <p>各研修や勉強会にも出席し、経営に必要な法令順守事項等を把握され、法人内各種委員会等にも出席し、遵守すべき法令等を正しく理解できる様確認がなされています。マニュアル等への反映を行なわれることを望みます。</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
<p><コメント></p> <p>管理者は、日々気付いた事に関しては職員に指導を行ない、人事評価の面談等でも各自の課題を伝え、アドバイスが行なわれています。</p> <p>職員からの意見（ハード面、ソフト面）を聞き、業務改善にも活かされています。</p> <p>課題への具体的な取組み結果の評価方法の工夫に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>経営改善や業務の実行性を高める為、管理者会議、経営者会議が月2回行われ、検討行ない取組みが行なわれています。</p> <p>リーダーシップや指導力の発揮よりも、ユニットケアの良さであるチームケアの充実を目指されることに期待します。</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
<p><コメント></p> <p>人材確保の為の採用活動は法人として取組まれています。ハローワークへの求人募集や福祉サービスの就職フェアの参加も行われています。</p> <p>新人研修、資格取得助成制度や職員の身体的負担軽減にも努めておられます。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>人事基準は、就業規則で定められています。</p> <p>人事考課制度も整っており、定期的に職員への個人面談が実施されています。</p> <p>上司の面談の際、課題を伝え、解決に繋がるアドバイスを行い、前向きに取り組まれています。職員のやる気を引き出すまでには至っていないように思われますので工夫に期待します。</p> <p>スモールステップでのスキルアップを積み重ね、自信につながるような研修や資格取得の研修・人事考課がなされると、もっと職員の意欲の向上に繋がると思われます。</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り組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>有給消化や時間外労働等については定期的に確認され把握されており、休暇取得等推進されています。育児短時間勤務等も導入されています。</p> <p>年2回の健康診断やインフルエンザ予防接種の負担等も行われています。腰痛ベルト等の配慮も行われています。</p> <p>職員互助会もあります。</p> <p>人員不足の関係で、夜勤者の配慮等、十分でない面も見られますので、今後の改善に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>理念に始まり、事業計画、ユニット目標が立てられ、職員一人ひとりも個人目標が設定されています。</p> <p>個人目標に解いては3ヶ月毎に振り返りが行なわれていますが、職員自身の理解度のバラつきや設定した目標の達成時期の不明確さ等が具体的な取組みとなっていない面もありますので、工夫に期待します。</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
<p><コメント></p> <p>職員研修計画が作成されており、計画に沿って実施されていますが、人員不足により業務優先になり、受講予定職員全員が出席できない場合も見受けられます。</p> <p>また、期待される職員像の明確化が急がれます。</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
<p><コメント></p> <p>新人職員については、教育担当が入職から2週間程度指導されます。</p> <p>研修情報は、社内のグループウェアソフトを使用し随時案内されています。職員各々は、各自の能力と職制に応じた研修を選択し参加出来るようになっています。</p> <p>必要な研修については勤務として参加となっています。</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。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>実習生等の受入れは行われています。</p> <p>実習開始時の説明、中間の振り返り、最終の評価が実習生本人、指導者、教師で実施されています。</p> <p>指導者に対する研修や育成の実施等、プログラムの整備の工夫が求められます。</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
<p><コメント></p> <p>社会福祉法人全体で透明性格の為の情報公開の取組みが行なわれています。</p> <p>ホームページへの計画、決算報告書等の掲載を初め、ホーム内にも閲覧用の資料を用意し情報公開されています。</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
<p><コメント></p> <p>事務、文書、公印、経理等の各種規定が明確にされており、それに従い、公平かつ透明性の高い経営・運営がなされています。職員への周知もなされています。</p> <p>年2回の内部監査が実施されており、定期的に外部の会計事務所によるチェックも実施されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>地域の祭りや保育園の運動会等へ参加されています。</p> <p>また博愛苑の感謝祭を開催し、地域の方にも案内し、交流を深めておられます。</p> <p>地域のニーズを題材とした講演や健康法などを通し、「見て、聞いて、出会って」を体験して頂く事を目的とした「みのかや笑顔の会」にて年4回交流がなされています。</p> <p>毎月、「よらいやカフェ」（認知症カフェ）、介護相談等も開催されています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れは行われています。</p> <p>基本姿勢の明確化は確立できていますが、受入れのマニュアルや事前説明用の資料等の整備は十分ではない面がありますので整備される事を望みます。</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 施設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。	c
<p><コメント></p> <p>施設として必要な社会資源の明確化は行われていますが、関係機関との連携は不十分な面が見受けられます。</p> <p>同一法人の併設建物内に地域包括支援センターが存在する事から、連携や情報の共有・関係機関とのネットワークづくりに要される間良いと思います。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 施設が有する機能を地域に還元している。	b
<p><コメント></p> <p>地域のニーズを題材とした講演や健康法などを通し、「見て、聞いて、出会って」を体験して頂く事を目的とした「みのかや笑顔の会」にて年4回交流がなされています。</p> <p>毎月、「よらいやカフェ」（認知症カフェ）、介護相談等も開催されています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>具体的な地域の福祉ニーズの把握については、十分ではないと感じられます。</p> <p>「みのかや笑顔の会」、「よらいやカフェ」等充実させて、地域のニーズ把握に努められると良いと思います。</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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>法令遵守規程（留意事項）に利用者本位の姿勢が明示されており、利用者の尊厳に対する姿勢が示されています。職員への周知も行われています。</p> <p>共有理解を図る為、法令遵守の研修等も実施されていますが、現実的に周知できているのか、共有理解の取組みに対する評価の実施を望みます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>入職時には、危険行為、禁止行為一覧等を使用し、プライバシーに関する研修が実施されています。</p> <p>虐待防止研修等でも、共通理解を図れる様取り組まれています。</p> <p>プライバシーへの配慮や権利擁護に配慮なされているが、職員個々の理解により、バラつきも見られます。更なる共通理解となるよう努められることに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>パンフレットやホームページ、フェイスブック等で事業所の情報を提供しておられ、事業所の特色等についてもわかりやすく得る事が出来ます。</p> <p>見学希望者にも都度対応されており、来苑時には、分かりやすく説明、対応されています</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント></p> <p>利用者・家族等には、利用開始時、契約書及び重要事項説明書を使用して、分かりやすく説明が行なわれ、同意頂いてからサービス開始されます。</p> <p>また、施設サービス計画書の内容についても説明を行い、同意を得られます。</p> <p>重要事項説明書、施設サービス計画書に変更があった場合には、改めて説明し、同意を得られます。</p> <p>内容が多く多岐にわたる為、十分な理解については検証をされていませんが、問い合わせにも対応されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者が、他の福祉施設・事業所、病院等に移られる場合には、情報提供や連携が行われています。</p> <p>家庭への移行はありませんが、家庭への移行も想定したサービス継続性に配慮した手順書や引き継ぎ書などの整備も必要と思われます。</p> <p>変更や家庭への移行があった場合でも、利用者・家族等が当事業所に対して、相談等が出来る事についても仕組みの整備が必要と思われます。</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、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>満足度調査は実施されており、結果についてホームページに公表されています。</p> <p>結果に対して分析・検討も行われていますが、向上に向けた取組みに関して、十分でない面も見られます。具体的な取組みに期待します。</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
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制（苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されています）が整備されており、苦情解決処理要綱で定められた手順で対応されます。</p> <p>苦情解決の体制については、重要事項説明書内にも記載されています。まし施設内にも掲示されています。</p> <p>法人以外にも、第三者機関に苦情等が述べられる事も記載されています。</p> <p>利用者からの苦情や相談は受付前にある苦情箱やホームページでも受け付けておられます。</p> <p>具体的な説明や対応策に関しても公表されています。</p>		

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、子ども等に周知している。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページや意見箱等、意見を述べやすい環境の整備がなされています。</p> <p>複数の意見箱設置や文章で意見等を頂く以外にも、口頭でも意見や相談を述べやすい雰囲気作りにも配慮が必要と思われます。</p> <p>家族アンケートより、職員が忙しそうにしている為、問い合わせにくいとのコメントがありました。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者から頂いた相談や意見に対して、苦情解決処理要綱に基づき、迅速な対応は心掛けておられますが、不十分な面があります。</p> <p>グループウェア等の積極的活用を期待します。</p> <p>頂いた相談や意見等に基づき、サービス向上にかかわる取組みにも活かせる様期待します。</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。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会が設置されています。</p> <p>ヒヤリハット、事故報告書も作成され、速やかに報告されています。</p> <p>事故が起きた時は当日及び3日後にカンファレンスが行い、要因分析や対応策が検討されしっかりとした対策等が立てられています。</p> <p>施設の定期安全点検は、毎月行われています。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>安全衛生委員会が設置され、定期的に感染症予防研修が実施されています。</p> <p>嘔吐物処理道具を各所に設置し、手順も分かりやすく明示されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>防災委員会が設置されており、年2回の避難訓練及び総合訓練が実施されています。</p> <p>洪水を想定した訓練の実施、備蓄品の確保等も行われています。</p> <p>地元の住民や消防、自治会、関係機関と連携し、共同訓練の実施には至っていません。</p> <p>大規模災害等に備えたBCP計画（事業継承計画）の策定が望まれます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルは整備されています。</p> <p>職員個々のレベルの均一化が望まれます。また、利用者個人のケア対応マニュアルや連携ノート等の作成・整備する事で職員個々のレベルの均一化につながると考えられる為、検討され炉事を望みます。</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。	c
<p><コメント></p> <p>組織的にマニュアルの見直し仕組みが定められていない為、定期的な検証が行なわれていません。今後マニュアル類の定期的な見直し作業の実施を望みます。</p> <p>利用者個々に対しても、施設サービス計画の評価・見直し時に、ケアの留意点についても変更される場合には、情報共有される事を望みます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設利用開始前に、サービス実施計画策定に責任者である施設内の介護支援専門員より、定められた項目の細かなアセスメントが行なわれ、必要な多職種連携し、利用者・家族等の希望、意向を確認し、施設サービス計画は策定されています。</p> <p>3か月毎にアセスメントが実施され、モニタリング及び施設サービス計画の評価・見直しも行われています。</p> <p>アセスメントを実施する職員の力量に差が生じている場面も見られますので、実施方法や手技についての勉強や研修等の実施が必要と考えます。</p> <p>また、統一された手技の確立・マニュアルの整備が求められます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>3か月毎にアセスメントが実施され、モニタリング及び施設サービス計画の評価・見直しも行われています。専門職も参加されます。</p> <p>職員の力量の差により、ニーズの洗い出し記録の書き方や内容の把握に差異が生じないように、記録要綱やアセスメント・モニタリングの手技・作成について指導できる仕組みの構築が急がれます。</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、職員間で共有化している。	b
<p><コメント></p> <p>個人ケア記録表を活用されています。</p> <p>各専門職の記録はパソコン内に記録されており、印刷後利用者個々の綴りに綴られていきますが、漏れのある場合も見受けられます。</p> <p>現場職員が全ての記録を閲覧することが難しい状況です。また、パソコンを覗くことがない職員もいる状況下では、連携したケア記録・共有した仕組みとは言えない為、職員間の共有化、連携への取り組みについて再度見直しが必要と思われれます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者・家族等には、契約時、重要事項説明書により個人情報の取扱いについて、説明が行なわれています。</p> <p>個人ファイル等、個人情報の関する書類等は、鍵の掛かる書庫等に保管されています。介護ソフト内のデータアクセスについては、パスワード管理が行なわれています。</p> <p>職員は、入職時に、個人情報の守秘義務が課され、誓約されています。</p>		

内容評価基準（特別養護老人ホーム17項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-(1) 生活支援の基本		
A①	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。	b
<p><コメント></p> <p>24時間シートに過ごし方を落とし込んでおられますが、本人・家族様の意向や希望の引き出しと施設の業務との兼ね合いがあり、意向に沿える範囲が限られているのが現状です。自立や心身の状況に配慮した支援内容や援助方法及び楽しみが持てるような役割やプログラム参加が出来る取組みを期待します。</p>		
A②	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。	b
<p><コメント></p> <p>年2回、職員のコミュニケーションのチェック・評価が行なわれています。</p> <p>尊厳に配慮した接し方や言葉遣い等、接遇面に課題があると考えられます。</p> <p>意思表示が困難になっていく中で個別のコミュニケーション方法の手技が確立できる工夫に期待します。</p>		

1- (2) 権利擁護		
A⑤	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。	b
<p><コメント></p> <p>施設では権利侵害につながるような行為は行われていません。</p> <p>入職時には、危険行為、禁止行為一覧等を使用し研修が行なわれています。</p> <p>身体拘束に関する取扱い・方針も整備されています。</p> <p>虐待や身体拘束等の研修や委員会等の設置も行われており、体制整備はなされています。</p> <p>現場サイドの各場面において、具体的な内容や事例を収集し、事例検討や研修会で掲示し、職員や利用者にも周知出来る取り組みが必要と考えます。</p>		

A-2 環境の整備

2- (1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	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。	b
<p><コメント></p> <p>施設内の環境は整備されており、清掃も行き届いていました。</p> <p>季節感のある適温となっていました。また、感染症予防となるよう大型の加湿器を導入される等の工夫が行なわれていました。</p> <p>共有空間は移動動線上に障害となる物もなく整備されていますが、閑散としおり、くつろげる空間が少ないように見えました。木造で広々としたユニットを家庭の居間として上手く活かして頂けるよう工夫を望みます。</p> <p>生活環境にも気を付けられ、高齢者施設特有な臭いや、排泄後の臭いは感じられなかった。</p> <p>また、ご本人様の居室もこれまでの生活を尊重した過ごし方が出来る様、環境整備されるよう心掛けられることに期待します。</p>		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の尊厳やプライバシーに配慮された入浴を心がけておられ、個浴、リフト浴、特殊浴槽を使用している特浴と利用者に合わせて入浴方法が選択されています。</p> <p>入浴前のバイタル始め、方法や用具等についても、実施・検討されています。</p> <p>同性介助の配慮も行われています。</p> <p>入浴回数や時間については、利用者個々の意向に沿えない場合もあります。</p>		

A⑧	A-3-(1)-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。	b
<p><コメント></p> <p>排泄方法やリズムについて把握し、状態に合わせた介助・支援方法が取られています。必要な利用者には残尿量の把握にも努められています。</p> <p>排泄介助においても、同性介助を心掛けておられます。</p> <p>自立に向けた排泄支援の取組み、自然な排泄を促す働きかけについても、積極的に取組まれることを望みます。</p>		
A⑨	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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に合わせた移動支援が行なわれています。</p> <p>福祉用具が必要な利用者については、理学療法士と協議の基、利用者の状況に合った福祉用具の選定支援が行なわれています。</p> <p>自立に向けた移動方法や、残存能力を活かした支援が引き続き行われることに期待します。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
<p><コメント></p> <p>一番の楽しみである食事について、自助具の選定・活用始め、食事の形態の変更や選択メニュー、バイキング等の配慮がなされています。</p> <p>衛生管理マニュアルも整備されています。</p> <p>管理栄養士により、カロリーの管理等も適切に行われています。</p> <p>おいしく食べられるように配慮されていますが、形態変更等について利用者へ説明されることや利用者の方の意向の把握等の取組みに期待します。</p>		
A⑪	A-3-(2)-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。	b
<p><コメント></p> <p>毎月、経口維持会議が開催されており、利用者個々の状況を把握し、経口摂取の継続に取り組んでおられます。</p> <p>嗅覚や視覚への配慮は不足しているよう感じるので、五感に訴える工夫がなされるよう配慮を期待します。</p> <p>また、ペースト状に食事が何か利用者に分かりにくい状況、同系色の食器では更に厳しい環境の為、食事介助時に、メニューの説明や味等についてしっかり、利用者に伝えて頂けること、利用者のペースを考えた食事介助を望みます。</p>		

A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>歯科衛生士が常駐されており、口腔ケアや機能維持に努められており、職員にも口腔ケアの指導方法等が伝えられています。</p> <p>咀嚼の速度や状況について、利用者個々に合わせた、食事介助マニュアルの作成と職員への周知が必要と考えます。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>褥瘡発生予防マニュアルの整備が行なわれており、マニュアルに沿った支援が実施されています。また、研修も実施されています。</p> <p>3ヶ月毎のケアカンファレンスでOHスケールを計測し記録され、マットの選定も行われています。</p> <p>日々のケアの中で発生の予防の為に配慮や利用者の状況に合った支援方法や気づき等の配慮ができる力が必要と考えます。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	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。	b
<p><コメント></p> <p>職員へ喀痰吸入の指導や研修受講が業務としていけるよう配慮がなされています。また、4か月に技術チェックが行なわれています。</p> <p>現場は看護職員や一部の介護職員より、喀痰吸引・経管栄養が実施されています。</p> <p>現場の状況や職員の力量の関係で、職員全員が研修受講できる状況ありません。</p> <p>法人側より促すのではなく、職員が自己研磨にいそしむ事が出来る様配慮が必要と考えます。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮	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。	b
<p><コメント></p> <p>理学療法士による個別機能訓練が定期的に行なわれています。</p> <p>施設サービス計画に機能訓練内容や目標等の設置も盛り込まれ、ケアを実施され、記録、モニタリングが行なわれています。</p> <p>専門職によるリハビリも必要であるが、日常生活の中でできる生活リハビリにも配慮された取り組みに努められる事に期待します。</p> <p>職員の都合での移動・移乗等、再検討の余地があると考えられます。</p>		

A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>認知症の研修は年3回実施されています。</p> <p>認知度や行動・心理症状（BPSD）の分析等も実施されています。</p> <p>支援方法の統一化が出来る様取組んでおられます。</p> <p>職員や利用者により異なる。個別の支援方法や職員による統一された支援が全職員で出来る様取組まれる事に期待します。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	A-3-(6)-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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の緊急時の対応は、医師との連携を確立し取組まれています。</p> <p>服薬管理にておいても、服薬管理マニュアルに沿って、都度確認を行いながら適切に服薬介助が実施されています。</p> <p>必要な情報や対応方法について確保されています。</p> <p>職員の力量により異なりが出ないように、周知徹底が必要と考えます。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	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。	b
<p><コメント></p> <p>終末期・看取りの指針が整備されており、手順、対応についての研修や勉強会が定期的に実施されています。主治医や医療機関との連携体制も確立できています。</p> <p>看取り期間に、家族の方が泊りを希望される場合には、都度対応されます。</p> <p>家族への対応や説明等はじめ、見取り実施に参加した職員への精神ケアの支援にも配慮が必要と考えます。</p>		

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
A⑲	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。	b
<p><コメント></p> <p>面会時や家族訪問時に日々の過ごし方（24Hシート）やエピソードについて職員より伝えられています。</p> <p>家族会もあり、定期的に終末期についての勉強会も実施されています。</p> <p>面会や訪問が出来ない又は頻回に出来ない家族への定期・適宜の報告も行われています。</p> <p>複数の報告方法や連携方法を確立されることに期待します。（電子メール等、時代や家族の状況にあった報告方向の検討）</p>		