

## 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：養護老人ホーム香梅苑	種別：養護老人ホーム 一般型（介護予防）特定施設入居者生活介護
代表者氏名：理事長 小林 晃 施設長 松島 千恵里	定員（利用人数）：50名
所在地：島根県邑智郡邑南町矢上347番地	
TEL：0855-95-2777	ホームページ： <a href="http://iwamisakurakai.or.jp">http://iwamisakurakai.or.jp</a>
<b>【施設の概要】</b>	
開設年月日：2001年 4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人石見さくら会（理事長：小林 晃）	
職員数	常勤職員： 21名      非常勤職員 14名
専門職員	施設長 1名      介護支援員10名（内介護福祉士1名）
	介護支援専門員 1名      調理員4名（内調理師3名）
	生活相談員 1名
	介護支援員 9名 （内介護福祉士 5名）
	看護師 3名
	栄養士 1名
	調理師 4名
	事務職 1名
施設・設備 の概要	居室（個室－和室） 20室      食堂（梅花亭） 1室
	居室（個室－洋室） 26室      散髪室（とこやさん） 1室
	居室（2人用－和室） 1室      医務室 1室
	居室（2人用－洋室） 3室      静養室 1室
	談話室 1ヶ所      洗濯室 3室
	ラウンジ 1ヶ所      個浴 1ヶ所
	地域交流集会室 1ヶ所      大浴槽 1ヶ所
	介護ステーション 1ヶ所      トイレ27ヶ所      共同トイレ5ヶ所 （内車椅子対応2ヶ所）

### ③理念・基本方針

#### 法人理念

地域住民が多様な個性に基づいて自分らしく、生き生きと自立して暮らす事ができる「豊かで活力のある福祉コミュニティー」の実現に資する

#### 運営方針

- ・社会福祉事業の安定的、継続的経営に努め多様な生活課題や、福祉需要に柔軟かつ主体的に取り組み、地域に根ざした社会貢献に寄与する。

#### 基本理念

- ・利用様個々の尊厳を大切にする。
- ・生活の継続性、日常生活での自己決定を尊重し、残存能力の活用を図る。
- ・常に熱意と敬愛の心を持って接する。
- ・社会参加・地域交流を通じ、地域に根ざした楽しく安らぎのある施設づくりに努める。

#### 基本方針

1. 利用者個々の居住空間を尊重し、快適で生きがいの持てる文化的生活が送れるよう支援します。
2. 利用者個々に合った、自立生活に向けて生活意欲を高めるよう支援します。
3. 専門的な知識を研鑽すると共に利用者とのコミュニケーションを深め生きがいを支援します。

### ③ 施設の特徴的な取組

社会福祉法（分権一括施行）に伴う社会福祉施設（養護老人ホーム等）への入所措置等が自治事務へ平成12年に変更され、香梅苑は、町立運営（措置制度）として平成13年に事業が開始されました。平成16年に旧石見町より社会福祉法人石見さくら会が指定管理の委託を受け、平成18年に入所要件が変更になった事により特定施設入居者生活介護（外部サービス型）を開始され、利用型変遷を経て、平成26年民設民営化されました。平成29年より外部サービス型から一般型の特定入居者生活介護として再スタートされました。

施設は、地域の自然豊かな地に、平屋建て木造の明るく清潔感あふれる落ち着いた空間の建物や庭園が整備されています。

養護老人ホーム香梅苑は、地域住民の方々の多様な個性や要望を受け入れ、在宅で生活できない高齢者が個人の能力に応じ自立した日常生活（各種の機能訓練含む）を過ごしながらか社会復帰を目指すためのセーフティネットとして、利用者一人ひとりの処遇計画の策定に基づき、利用者が自立して暮らすための支援（援助）の取組みを役割、機能としています。

特に、利用者の健康管理や社会復帰を目指し生活相談のサービスや生きる目標を持つための楽しみや喜びを工夫したレクリエーション及び各種行事等を計画的に実施され、更に

は、利用者のADL並びにQOL向上の取組みとして、地域の医療機関及びグループ内の理学療法士や作業療法士等と連携し利用者の「生命の質、人生の質、人格の質」等、利用者の生活が快適で安心・安全に営まれることを留意すると共に、人格の尊厳を守り、利用者の意思を尊重するサービス提供（個別ケアの強化等）を目標に掲げた取組みが行われています。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年6月11日（契約日）～ 令和元年10月25日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

・地域に密着した介護・保育の福祉サービスを一体的に行う法人組織の強み生かし、高齢者施設利用者、保育園児との合同交流運動会、養護学校、障がい者施設との交流、小学校等との交流等、世代間交流を行う他、入所される利用者の日常生活動作（機能訓練含む）の支援（援助）及び利用者の自己実現に向けた多様な行事や施策、出張販売のお買い物、外出（お花見・お出かけランチ・ふるさと巡り等）、調理実習（秋空ランチ、節分ランチ、おやつ作り等）、餅つき、及びボランティアによるお茶会等の取組みが行われています。

・特に、「人権の尊重」「サービスの質の向上」「地域との共生」「社会的ルールの順守（コンプライアンス）の徹底」「利害関係者との適切な関係」「行政との連携・協力の促進」「人材育成、適切な人事・労務管理の実践」「組織統括（ガバナンス）の確立」及び「財務基盤の安定化」等の方針に沿って高齢者福祉事業として、地域への密着した貢献意識とサービスの質の向上への意欲的な取組みが行われています。

・品質の維持・向上に向けた運営主体は人材にあることを踏まえ、人事考課制度（年2回の評価）が導入され、年度初めに職員への面談により、職種別（役割実績能力考課型）等の職務目標記述書（考課チャレンジ目標など）が職員一人ひとりから提出され、上長からの指導（アドバイス等）が行われ、施設長との目標・モニタリング面接は年4回行われています。又、業務運営の推進に連動した全国老人福祉施設協議会・社会福祉協議会等々の人材育成計画を基に福祉（介護）知識・技術習得の研修「新人者研修（基礎研修会）、中堅研修会、階層別研修会等の専門分野（リハビリ・認知症ケア等）」及び職員の要望による各種資格への支援の実施等に加え、人権研修、リスクマネジメント研修、行動規制最少化研修（身体拘束含む）、法令遵守研修等職員育成が体系化されています。

・接遇の強化目標を掲げて職員の質の向上に向け取り組まれています。

・職員が地域に出かけ認知症予防教室・運動教室・介護者家族の会で出前教室を行い、施

設の専門性と役割を伝えています。

- ・ 法人には互助会がありスポーツ大会や懇親会等を開催し、職員相互の交流の場を作るなど働きやすい職場に取り組まれています。

- ・ 法人の理念（クレド）を明記されたコンパクトカードを職員全員が携帯しており理念に沿った支援が行われるよう職員一人ひとりの育成に取り組まれています。

◇改善を求められる点

- ・ 質の向上に向けて各委員会やケース会議で事業計画の課題について話し合われています。業務改善計画は作成され評価表もあるので改善策について十分話し合う時間を設けられ質の向上に向けて取り組まれます。

◇改善を求められる点

- ・ 利用者（家族等）に対する養護老人ホームの役割・機能及び家庭生活が営まれるための自立への支援（目的や活動プログラム等及び機能訓練等）・援助等の理解への更なる取り組み及び地域社会からの福祉サービス事業としての信頼を得るためのホームの使命や活動内容や結果等の開示により地域の温かい見守りや事業運営への協力・支援の輪が広がる取り組みが望まれます。

- ・ 業務推進における人事考課制度が導入され、成績（成果と業績）・情意・能力考課（評価）シート等による業務の推進が行われ、職員の生き甲斐、働き甲斐の追求及び業務に対する積極性を引き出す制度としての取り組みがカギとなります。その結果として、職員が行う利用者への自立支援・援助等を通じて行う福祉サービスの価値の創造努力が地域社会への貢献としての信頼を高め、その信頼の集合体が養護老人ホーム香梅苑の組織への信用につながるものと考えます。

定量的な目標が難しい福祉サービス事業において、人事考課の目的や分かりやすい目標設定（職能別・役割別（仕事内容別）考課型）による「成果・業績目標」「目標とする知識・技能への習得」「成果を出す過程の行動や態度」等が明確に示され、人事考課制度による評価が公正（公平）と透明性が実施されているか等の検証やフィードバックの在り方等の評価する側の考課者研修等による人事考課エラーが発生しないための必要不可欠な取り組みが重要となっています。

利用者への更なる福祉サービスの質の向上を目指すために、福祉に携わる職員の健康管理や意識の醸成を図るためのハード・ソフト面での働き方改革や改善の実施及び就活者が働いてみたい職場になるよう各種施策等、社会から求められる福祉サービス事業への大いなる目標に向かって取り組まれること期待します。

### ⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

今まで積み上げてきたもの、また新たに取り組んできたこと、大切にしてきたことを高く評価して下さっている事は大変うれしく、自信になりました。今後も、更なる質の向上を図りたいと思います。又、ご指摘を受けた中でも自立支援に基づいたケア、地域社会への貢献事業、働きやすく、やりがいの持てる職場環境の整備等につきましては今後の重要な取り組み課題でもありますので強化、推進を図ってまいります。沢山の気付きを頂きましたことに感謝し、今後も全職員でサービスの質の向上に向けた取り組みを行い、法人のビジョンである“ご利用者の皆さん、地域住民の皆さん、そして職員が共に笑顔になれる”事業所を目指し精進してまいります。

### 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（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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人石見さくら会グループの経営理念及び施設の基本理念・基本方針に沿って、組織運営を行うために、明文化し、施設内への各セクションに掲示及び朝礼時の職員唱和による日々の事業運営が行われています。</p> <p>利用者、家族には利用者入所契約時にキメ細かい施設運営の説明が行われており、施設玄関にも「重要事項説明書」及び「各種の広報誌（さくらだより等）」が掲示されています。</p> <p>職員は、クレド（約束）カード（名刺型カードへ理念・基本方針の記載）を持っており、朝礼等での唱和による浸透が図られ、業務運営における羅針盤的な存在の意識確認（業務運営時、困った時に自らの役割の原点に立ち返るため再確認を行う）をするための取組みが行われています。</p> <p>地域の方に対しても、ホームページへの掲載及び広報誌等により周知が図られています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人本部による連絡会等による事業経営を取り巻く諸資料（経営指標（コスト分析含む）及びサービス利用者の推移や利用率等及び在宅高齢者等のデータ含む）が提供され、事業運営や財務状況の経営情報の把握・分析が行われています。</p> <p>また、高齢者事業部会による介護保険連絡会議での地域動向等についての情報収集や全国老人福祉施設協議会等からの各種情報（介護・福祉サービス制度改正等）及び基礎研修会、中堅研修会、階層別研修会の専門分野（リハビリ・認知症ケア等）の講習会への参加等社会動向及び環境変化に対応する取組みが行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人本部でグループ全体の事業運営における諸課題等がまとめられ、役員会（施設長が参加）において、経営状況及び事業運営等が報告共有され、提供する福祉サービス内容等の実施状況の成果や組織体制、施設の設備関係の改善・整備等、職員体制、人材育成、財務状況等の分析による課題・問題点の要因分析及び必要な具体的な対策等が検討され新たな取組み方針が決定されています。</p> <p>また、毎月行われている施設内職員会議を活用し、3ヶ月毎に事業計画に対する進捗管理表による事業運営状況が報告され、良かった点や改善が必要な点等の職員との共通認識を図るなどの取組みが行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期的な事業計画（中期計画3ヶ年）が計画され、4月の年度始めに職員への内部研修の際、事業計画資料に基づき説明が行われています。</p> <p>中・長期ビジョンは、財務状況、組織体制、利用者の経年別利用数（入所利用待機希望者数含む）、福祉サービス（内容や行事等）、施設設備修繕等、人材育成（中・長期計画）等は、現状の事業運営分析等を踏まえ、中・長期的（単年度含む）計画（文章化）が策定されています。</p> <p>特に「組織としてのあるべき姿」等の中・長期的ビジョンは、職員が常に意識できるように施設内に掲示した見える化が実施されています。</p> <p>計画については、必要に応じ、見直しも行われることに期待します。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画を反映した事業計画が策定されており、数値目標も設定されています。</p> <p>進捗管理表により数値目標も分析され、単年度の事業計画の進捗状況も把握されながら進められています。</p> <p>毎年度報告書としてまとめられ、次年度の事業計画が策定されています。</p> <p>行事計画は月毎や担当者が決められステーション内に掲示されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の策定は係長以上が策定に携わっており、係長は、年度末に部門サービスごとに職員と話し合い評価、見直しを行ない、部門としての計画策定が行われています。</p> <p>策定された施設の事業計画は、年度始めの職員会議で職員に配布され周知されています。ただ十分に理解出来ておられない職員もおられるようですので、周知方法について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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者には年度初めの全体常会で配布、説明され周知が図られています。また、月1回利用者自治会も開催されており、周知が図られていますが、利用者の中には理解力が低下されている方もありますので工夫される事を望みます。</p> <p>家族には家族会等で説明されています。欠席の家族には郵送でお知らせされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>P D C Aサイクルに基づくプランが作成され、評価、見直しを行いながら福祉サービスの質の向上に向けた取組みが行われています。</p> <p>プランの詳細な部分については、職員に対して丁寧な説明と周知の工夫が望まれます。</p> <p>各種サービスの外部研修への参加を積極的に行うと共に内部研修は年8回実施されサービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>施設長は年4回人事考課の面談が行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>質の向上に向けて各委員会やケース会議で事業計画の課題について話し合われています。業務改善計画は作成され評価表もあるので改善策について十分話し合う時間を設けられ取り組まれることに期待します。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長の役割は職務分掌に明記されており、年度始めの研修で職務分掌を職員に配布、説明され責任を明確にされ周知されています。</p> <p>接遇の強化目標を掲げて職員の質の向上に向け取り組まれています。</p> <p>職務分掌内には災害、有事の際の施設長の役割や職務、不在時の担当についても明示されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>遵守すべき法令等の研修には係長以上が参加され、受講後、職員に内部研修等で法令等の周知、理解を促すよう取組まれています。</p> <p>施設長も同様に、施設運営上必要な遵守すべき法令等を正しく理解するための会議や研修の参加や、関係機関との連携や情報共有を行いながら、施設内会議や研修等を利用し、遵守すべき法令等の周知が図られています。必要に応じて、規定やマニュアルの見直しも図られています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に内部研修を開催し福祉サービスの質の向上に取り組まれ指導されています。特に法人全体で接遇に力を注いでおられ、日常的に言葉かけ等指導助言をされています。</p> <p>より細かな指導等の工夫に期待します。</p> <p>施設長はラウンドしながら利用者と話し、利用者の声も聴いておられます。その結果を施設運営に活かすようにされています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>労務や人事より業務を職種別に分担し仕事量の配分を行い人員配置や職員の育成に取り組まれています。係長以上は職員に対し、感謝の気持ちを、サンクスカードを書いて渡す活動も行う等、職員の意識向上に努められています。</p> <p>職員は施設の必要のないところの電気を消す等省力化に努めています。</p> <p>業務改善について、職員の意見を汲み上げる仕組みの工夫を望みます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、人材募集が行なわれており、人材確保検討委員会を開催し法人全体で人材確保について検討が行われています。</p> <p>法人がハローワーク、就職セミナー、専門学校等へ出かけて人材確保に取り組まれています。</p> <p>施設側からは、次年度の職員体制の希望を法人に提出されます。</p> <p>研修の充実や働きやすい職場、処遇が良い、定着率が良い等を地域や外部に向けて発信されると良いと思います。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の就業規則に人事基準について明記されています。</p> <p>人事考課が導入されており、年4回個人面談が行われ職員の意向、意見を確認し、評価が行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>勤務表作成時に職種ごとに職員の希望休や有給休暇を確認し勤務体制の配分が行われています。</p> <p>年2回の健康診断、年1回のストレスチェックが実施され、インフルエンザの予防接種費用の補助もあります。</p> <p>法人には互助会がありスポーツ大会や懇親会を実施し、職員同士の交流を促進する等、働きやすい職場に取り組まれています。</p> <p>施設長による個別の面接も年4回実施され、職員の意見が言いやすい職場を目指しておられます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員全員が、クレド（目指すべき職員像）を明記したコンパクトカードを携帯しており、クレドに沿った支援が行える職員となれる様、職員一人ひとりの育成に取り組まれています。</p> <p>人事考課制度が導入され、考課者によって職員一人ひとりと面接が実施されています。</p> <p>職員一人ひとりの目標を明確に設定し、目標の達成ができるよう進捗上の確認も行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の研修計画を基に年間研修計画が設定されています。</p> <p>職員は、法人研修、接遇研修、職種に沿った研修等に参加されています。</p> <p>また、研修受講後、他の職員に向けた伝達講習が行われ質の向上に向けた教育・研修が実施されています。</p> <p>研修終了後に内容やカリキュラムの評価、見直しも行われることを望みます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職能シートに基づいて、職員一人ひとりの研修進捗状況を把握しながら、職員一人ひとりに合わせた研修が受けられるようにされています。外部研修、法人研修や事業所内研修参加されています。</p> <p>新人研修については主任が担当されOJTで指導されています。</p> <p>各職種別や階層別研修にも参加され職員一人ひとりの教育・研修の機会が設けられています。</p> <p>内外部研修参加後に報告書等で、職員間で情報提供や共有が図られています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生等の受け入れマニュアルを作成されており、実習先の学校と連携され実習生に合わせたプログラムに沿って実習指導が行われる体制は確保されています。</p> <p>養護学校・中学校の職場体験を受け入れられています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念、基本方針、事業運営の施設概要、香梅苑のサービス内容をホームページや法人広報誌「さくらだより」等で情報公開をされています。法人の事業計画、事業報告、予算、決算等も開示されています。</p> <p>家族会や施設見学に来られた方にも資料を配布し説明されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務分掌より事業所内の権限と責任が明確にされており、事務・経理等は施設長が権限を持っています。</p> <p>内部監査、外部監査が行われ監査員、監事指導記録もあります。公認会計士を利用され指導があり適正な経営・運営のため取組まれています。</p> <p>経営・運営の取組みついて、職員への周知については工夫が必要と思われます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設としては、今年から職員が地域に出向かれる活動が行われています。地域交流記録表を作成され地域の文化や行事、公民館活動参加等を通じて交流を広げるため地域交流記録表を活用されています。</p> <p>利用者によっては、地域の敬老会に参加される方もおられます。</p> <p>ボランティアの受け入れ、お出かけランチ、ふるさと巡りなどで地域との交流を広げられる取り組みが行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア等の受入れマニュアルを作成されています。</p> <p>ボランティア規定を今年度作成され基本姿勢を明確にされました。</p> <p>養護学校や障害者施設と交流する機会も設けられています。</p> <p>地域からボランティアに伺いたいと申し出があった時は快く受け入れられています。</p> <p>写真撮影や名簿作成について検討されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉事務所、医療機関・邑智病院、矢上公民館職員派遣事業・認知症予防、社会福祉協議会、介護サービス事業所、警察、消防署等、ライフラインと連携が適切に行われています。</p> <p>地域貢献チラシも作成され、公民館に配布されています。</p> <p>関係機関のリスト作成も望みます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が地域に出かけ、事業所の専門性を活かした研修会や活動（認知症予防教室、運動教室、介護者家族の会等、地域に出向く出前教室）が行なわれています。</p> <p>邑智郡地域連携推進協議会にも参加され意見交換も行われています。</p> <p>地域貢献チラシを自治会などに配布され地域の福祉向上のための取組みが行なわれています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護保険連絡会議にも参加され意見交換されています。</p> <p>民生委員と連携され地域福祉ニーズの把握も行われており、ニーズに基づく事業や活動に取り組まれています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重したサービス提供について「倫理規程」があり基本姿勢が明示されており職員へ周知されています。</p> <p>理念・基本方針の理解、外部、内部研修参加、職員に資料配布、クレドコンパクトカード携帯等を利用しサービス提供について共通の理解をもつための取組みが行われています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護等についてマニュアルを作成されています。内部研修で排泄、入浴支援にプライバシー保護の理解と周知に努められています。</p> <p>居室のドアの窓ガラスには、居室内が見えない様にプライバシー保護の為テープを貼られています。また、居室内でポータブルトイレを使用されている方については、ドアを開けた時にポータブルトイレが直接見えない様に位置の工夫を行なう等、プライバシー保護に努められています。</p> <p>家族から電話があった時は、居室でゆっくり誰にも聞かれない様にするために、職員が内線として使用しているPHSを使用されプライバシー保護に努められています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページ、パンフレット、さくらだよりで福祉サービスの提供に関する説明が記載されています。</p> <p>事業所玄関にはパンフレットやさくらだよりを置かれており、随時の見学者にも対応されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの利用開始・変更について、契約書、重要事項説明書、パンフレットを用い利用者、家族に施設案内、利用時間、サービス内容等分かりやすい言葉で説明されています。</p> <p>また、本人、家族に介護計画や個別支援計画で福祉サービスを分かりやすく説明され同意を得られています。</p> <p>成年後見制度が必要な場合には家族に説明を行い、利用について同意を得ておられます。</p> <p>介護計画や個別支援計画の変更時にも同様に説明を行い、同意を得られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>他の福祉施設や事業所の変更や家庭への移行等があれば福祉サービスの継続に努めサービスの利用、変更についてアセスメント表や介護計画、個別支援計画等で情報提供が行われます。</p> <p>利用が終了する時には電話や自宅訪問を行い、利用者、家族にその後の相談方法や担当者について説明をされています。</p> <p>事業所移行の場合、移行先の事業所に情報提供が行われています。</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、取り組んでいる。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アンケート調査が行われていないが利用者、家族から意向や希望、思いは伺われ把握されています。</p> <p>月1回の利用者全体常会や年1回の家族会で要望、意見を伺うようにされていますが、全体常会や家族会では満足度について話されることが少ないので生活相談員などが、利用者や家族一人ひとりから意向や希望、思いを聞き取り満足の向上につなげておられます。また、家族面会時にも利用者状況を説明され意向や希望、思いを伺われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されている。</p> <p>重要事項説明書に、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び苦情解決の仕組みが明記され入所時に利用者、家族に仕組みを説明され同意を得ています。</p> <p>事業所内に苦情解決の仕組みのポスター等掲示され周知をされています。苦情内容を受け付けた時はすぐに対応され解決に向けて検討されます。</p> <p>意見箱も設置されています。</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、利用者等に周知している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1回の全体常会において意見を述べる機会が設けられています。個別な案件等、話しにくい事であれば相談員などに直接話される方もあります。</p> <p>日常的に、どの職員でも、相談、意見があればお伺いできる事を、利用者、家族等に伝えておられます。</p> <p>相談室が設けられていないので他の利用者がおられない場所でプライバシー保護に努め相談を伺われています。職員が話を聞きに居室に行かれたり、受診などの待ち時間に色々な話をする中から相談に繋がる事を聞かれたりされています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談や意見を頂いた時には、内容を施設長に報告され、相談や意見を把握され委員会等で迅速に対応され解決するようにされています。</p> <p>頂いた相談や意見については、内容と対応方法について職員に周知されています。</p> <p>相談、苦情等の返答に時間がかかる時は、利用者、家族等にお知らせをされています。</p> <p>事業所で解決が難しい案件の場合、法人及び第三者委員会で検討し結論等を出されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>安全確認マニュアルが整備されおり、リスクマネジメントの体制がありヒヤリハット・事故報告の事例を基に委員会で発生の原因を分析され改善策・再発防止策を検討、実施されます。</p> <p>職員には職員会議等で報告され共有し支援を行なわれます。</p> <p>安全点検は、防災委員により定期的に行なわれています。</p> <p>安全確認マニュアルが整備されおり、事故発生時の対応、検討、改善策について職員に周知されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症予防マニュアルの作成があります。</p> <p>感染症の予防や発生について定期的に勉強会や研修が行われ職員に理解周知が図られています。</p> <p>感染症が発生した場合は看護師を中心に感染した利用者の食事等生活支援を分離するなど適切に他の利用者の安全確保の取組みが行われます。</p> <p>見直しの日付の記載が無いものがあったので記録をされる事を望みます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年2回防災の訓練が行われています。</p> <p>防災計画を策定され行政や消防署や警察と連携されています。避難訓練を実施後緊急連絡網の見直しをされています。</p> <p>災害に備え備蓄の管理が行なわれています。</p> <p>大雪など前もって予測される場合は前日等に確認、対応に努められています。停電の時に備え今年度中に容量の大きい発電機に更新購入されます。</p> <p>職員の緊急連絡先が作成され、安否確認の方法も定められており、すべての職員に周知されています。</p> <p>B C P 計画は今後作成されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスについて実施方法が文書化されており、介護計画や個別支援計画に沿って利用者一人ひとりに合ったサービス内容や留意点に気を配りながら、共有され支援が行われています。</p> <p>マニュアルに十分でない面も見受けられるので、マニュアルの点検を望みます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に1回職種別にマニュアルの見直しが行われています。</p> <p>介護計画、個別支援計画については6ヶ月に1回の評価、見直しが行なわれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所前のアセスメントにより、利用者に希望、意向等や健康の状況等を細かく聴取し、それをもとに課題抽出を行い、個別の支援計画は作成されます。</p> <p>6ヶ月に一度、或いは状態に変化が生じたときには、介護支援専門員、看護師、栄養士、介護職員でケア会議を行って介護計画を策定されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>6ヶ月に1回評価見直しが行なわれています。変化があればケア会議で個別支援計画の見直しを行われ随時変更が行なわれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づいた利用者一人ひとりのサービス提供の実施状況の記録が、定められた電子データ入力によって統一された記録が行なわれています。</p> <p>計画作成者が生活記録・実施記録・モニタリング・評価等を介護ソフトで記録され職員は共有されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規程が整備されており、利用者の個人記録について保管、廃棄時期等についても明記されています。</p> <p>個人記録は鍵付きの棚に保管されています。</p> <p>職員は入職時に誓約書に同意、署名され、個人情報保護についての研修も行われ、周知しておられます。</p> <p>利用者及び家族には、事業所利用開始時に個人情報保護の説明を行い、同意を得られています。</p>		

## 内容評価基準（養護老人ホーム）

### 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		
A② 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。	<b>b</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談、希望等を伺い心身の状況と暮らしの意向を把握し利用者一人ひとりに応じた個別支援計画に基づき支援が行われています。介護が必要になった利用者には必要な介護サービス等が利用できるよう介護認定の申請の相談、手続きが行なわれています。</p> <p>希望に沿ったクラブ活動や行事の参加ができるよう行なわれています。</p> <p>利用者の意見を尊重しながら、次につながる他施設との交流が行われています。</p>		
A④ 2	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>b</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談員の居室訪問による相談対応、職員と利用者が、話ができる時間を設ける等、一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っています。</p> <p>コミュニケーションの取り難い利用者に対しては、筆談、カードを使用したり、なるべく声かけを行なう等工夫がされています。</p> <p>接遇マナー向上のための取り組みをされ、利用者の尊厳に配慮したことば使いでコミュニケーションを図るよう努めておられます。</p>		
1-（2）権利擁護		
A⑤ 3	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>a</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>接遇、虐待や身体拘束防止等の研修を定期的に行なう事で、職員への理解を徹底されています。身体的拘束適正化委員会を設置し、研修会が実施されています。</p> <p>虐待チェックリスト表を用い委員会等で検討され防止に取り組まれています。</p>		

## A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A ⑥ 4	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の居室は利用者自身で掃除を行われ整理整頓されています。利用者ができないところは職員と一緒にこなされる方もおられます。</p> <p>ホール等共有空間はエアコンで季節にあわせた室温に職員が調整されています。</p> <p>室内温度の確認や換気が行われ気持ち良く過ごされています。</p> <p>利用者の意向等にあわせ、ベッド、タンス等、使いやすい位置への変更等が行われています。</p> <p>フローリングと畳の部屋があり利用者の意向、希望等に基づき利用できるようにされています。</p> <p>私物の持込みもして頂き、自分好みのもので飾られた居室となっています。</p> <p>トイレは毎日清掃を行い汚染があったときは適宜清掃を行い清潔に保たれています。</p> <p>たばこも決められた場所で吸う事ができます。また、飲酒についても決められた量を毎日居室で楽しみ、行事の際にも楽しむ事ができます。私物の持込みは制限もありますが、衣類や好みの持ち物を持参され過ごされています。</p>		

## A-3 生活支援

3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A ⑦ 5	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>入浴については、男性介助浴 月、木 9:30～、女性介助浴 火、金 9:30～、14:00～ 女性見守り浴 月、木、土 14:00～、一般浴 月～土 15:00～等、男性、女性が曜日によって入浴して頂けるようにされています。</p> <p>入浴できなかった方には声掛けを行い、入浴日変更をされます。</p> <p>入浴前の健康チェックを行われ入浴の可否も判断をされ、入浴不可の方は、清拭や入浴日の変更が行なわれます。入浴支援の際は転倒がないよう注意され支援が行われています。</p> <p>入浴を拒否された方に対しては、担当者を変更したり、入浴日を変更し入浴して頂けるよう工夫されています。</p> <p>浴室、浴槽の掃除を入浴終了後行われ感染症等に配慮した入浴支援が行われています。</p>		

A⑧ 6	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。利用者の心身の状況あわせて声かけ、トイレ誘導等が行われトイレで排泄が行われるよう支援が行われています。</p> <p>利用者には、なるべくトイレで排泄を行って頂けるように努められています。転倒に注意が必要な方には夜間のみポータブルトイレを使用される方もおられます。使用後は洗浄を行い清潔が保たれています。</p> <p>2人用居室は室内にトイレがあります。</p> <p>便秘気味の方には利用者の状態に合わせて下剤の調節をされ負担にならないよう行なわれています。体調面など変化があった時はケース会議等で検討され利用者にあった支援が行われます。</p>		
A⑨ 7	④ 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。職員の見守りや廊下等の手すり、老人車、車椅子、ベッドの手すり等を使用され安全に移動が行われています。</p> <p>利用者の心身の状況により必要な福祉用具を提案しています。歩行能力に応じ老人車、歩行器、車椅子等が使用されています。</p>		
3-(2) 食生活		
A⑩ 8	② 食事をおいしく食べられるよう工夫している	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状態や人間関係にも配慮を行い席の配置が工夫されています。</p> <p>希望や好みの食事について食堂入り口の意見箱を設置し、投稿して頂いています。</p> <p>行事食等は定期的に献立に取り入れられおいしく食べられるよう取り組まれています。</p> <p>月に1度食事の選択ができ、楽しみとなっています。</p> <p>誕生者には誕生日メニューで楽しく食べられています。</p>		
A⑪	② 食事の提供、食事の介助を利用者の心身に状況に合わせて行って	b

9	いる。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。利用者の状態に合わせて常食、キザミ、ミキサー食等多様な対応をされています。嚥下困難がある方はトロミ材を使用し安全に食事ができるよう対応されています。</p> <p>食前に嚥下体操を行い誤嚥予防に取り組みおいしく食べる為の工夫が行われています。</p> <p>季節の旬の食材や行事食をおいしく、楽しまれ食べられています。</p> <p>利用者の嚥下能力や食事が食べにくい等の訴えがあればすぐに栄養士、調理職員、看護師、介護職員で話し合わせ食事形態等の変更が行われています。</p> <p>利用者に合わせた器や用具の工夫で自分で食べられる支援が行われています。栄養士は食事形態や嗜好調査を行われ心身の状況に合わせて栄養に配慮した食事内容となるよう配慮されています。</p> <p>選択メニューは利用者に伺われメニューに反映されています。</p> <p>利用者に配膳、下膳をお願いし、配膳ができる利用者にご飯の盛り付け等もお願いされます。</p>		
A⑫ 10	⑤ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。誤嚥性肺炎・心筋梗塞・動脈硬化・糖尿病の予防や心身の活性化、口の老化や口腔機能の保持、改善のため口腔ケア、口腔体操が行われています。食後の歯磨きを行い口腔内を清潔にされています。</p> <p>利用者の口腔内の状況や歯に変化があったときは看護師が対応し歯科受診の検討及び受診をされます。</p>		
3-(3) 褥瘡の発生予防・ケア		
A⑬ 11	③ 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>自立の方が多く現在褥瘡の方はおられません。発赤等見られる方や臥床時間が長い方には体位変換の声掛けや注意し、発赤等の改善に努めておられます。</p> <p>看護師は褥瘡や発赤の発生がないよう予防に努め、介護職員と連携を取られています。</p>		
3-(4) 介護職員等における喀痰吸引・経管栄養		
A⑭ 12	① 介護職員における喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取り組みを行っている。	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。喀痰吸引が必要な方の場合、看護師が吸引実施をされています。</p>		
3-(5) 機能訓練・介護予防		

A⑮ 13	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。利用者の心身の状況に合わせ機能訓練計画に基づきグループに分けて個別の機能訓練が行われています。3ヶ月1回評価・見直しが行なわれています。</p> <p>運動クラブ（月1回）・朝の体操（週6回）施設内機能訓練が行われています。PTが法人の他施設より来所され月1回体操指導と評価が行われています。</p>		
3-（6）認知症ケア		
A⑯ 14	① 認知症の状況に配慮したケアを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って支援が行われています。</p> <p>認知症ケアの研修には積極的に参加され、職員は支援内容を共有されています。</p> <p>ケア会議が定期的に行われ認知症の変化に応じて支援内容を変更されています。</p> <p>ユマニチュード研修、リーダー研修等多く参加されていますが、職員に研修内容が十分浸透していない面も見受けられますので、さらなる施設内研修、勉強会で支援の共有を望みます。</p>		
3-（7）急変時の対応		
A⑰ 15	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、取組みを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>急変時マニュアルが作成されています。看護、介護は日々バイタルや健康状態の確認を行い体調変化時は看護師・医師・医療機関・家族との連携が行われています。</p> <p>介護職員はPHSを所持しているので夜間でも看護師へ迅速に連絡を取れる体制があります。</p> <p>服薬管理は、昼間は看護師と介護職員のダブルチェックで行われています。朝・夕等看護師が勤務していない時間帯は、看護師が服薬チェックしておいた薬を介護職員がダブルチェックを行い安全に配慮し服薬実施が行われています。</p>		
3-（8）終末期の対応		
A⑱ 16	① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組みを行っている。	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>終末期の覚書きはありますが、終末期の対応が整っていない為、現在看取りは行われていません。</p>		

#### A-4 家族との連携

A-4 家族等との連携		
A⑱ 17	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>b</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>面会時に職員は普段の生活状況を説明され、家族の方の希望や要望等を聞いておられます。</p> <p>1年に1回家族会を開催され施設の取り組みを説明されています。今年度は敬老会行事の参加も呼び掛け、交流の機会を増やされています。</p> <p>受診や、入院、転倒の時には家族に連絡をされ状況説明を行われています。</p> <p>随時行事の写真、担当者の手書きの手紙等を送られています。</p> <p>介護度が重度化した際には家族に今後のサービスの希望等を伺っておられます。</p>		