

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔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：養護老人ホーム 偕楽園		種別：養護老人ホーム	
代表者氏名：園長 千葉 姿奈子		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：http://www.miyagi-sfk.net/nago	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和27年3月（仙台市向山）			
経営法人・設置主体（法人名等）：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	看護師	1名	栄養士
	社会福祉士	4名	ホームヘルパー（1級）
	介護福祉士	6名	ホームヘルパー（2級）
	介護初任者研修	1名	
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）
	2人部屋40室，短期（個室）2室		浴室 2（一般浴），医務室 1室， 食堂 1室，静養室 2床1室， 集会室 1室

③ 理念・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、利用者の皆さんが自身でできることは、自身で行うことを基本に支援します。

さらに、自立施設運営として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・経営の安定化を図ります。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・虐待や認知症、各種障害や疾病等で独居生活が困難になった方等を緊急的に受け入を行う。
- ・全額自費での契約入所を実施している。
- ・認知症の利用者の方を対象とした学習療法（くもん式）や音楽療法に取り組んでいます。
- ・畑作業や生け花、茶道等の多彩な趣味活動の提供や、「朝のラジオ体操」、「介護レクリエーション」では、毎週月・金曜日にドライブを行い、身体機能の低下や日中活動の充実を図っています。毎週日曜日には、プロジェクターにて映画の上映会「偕楽園シアター」を実施しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年5月25日（契約日） ～ 令和3年12月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成29年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○サービスの質の向上への取り組み

サービスの質の向上への取り組みが積極的に行われており、法人の倫理綱領や、事業方針を基に、事業所としての基本方針、具体的行動計画が策定され、職員の利用者に対する姿勢が明確に示され、事業計画書にファイルされ、職員全員への配布と毎月の読み合わせを行っている。又、日常におけるサービスを確認するため、サービス評価委員会が組織され、職員による毎年の自己評価をもとにした課題の確認、毎年二回の虐待セルフチェックによる確認、更に、利用者への毎年の満足度調査が行われ、徹底した課題の確認と全体会議を通じた改善への取り組みが行われている。

○地域との連携

現在はコロナ感染症の影響もあり、やむなく中断しているが通常時においては、地域の方による草取りや、語り部、歌、舞踊等数多くのボランティアの訪問を受け入れていた。また、地域の幼稚園児との畑の収穫を通じた交流、地区のイベントへの利用者の参加や、事業所の夏祭りなどのイベントへの地域の方の参加、防災訓練時の消防団や婦人防災クラブの方々の参加なども行われていた。更に、地域の自治体との福祉避難協定の締結を行い、災害時の地域の要援護者の受け入れ体制を整えるなど、地域と事業所との良好な関係が作られている。

○利用者を含めた研修の取り組み

感染症防止に関する研修や口腔機能維持のための研修等の受講にあたり、職員だけでなく、利用者にも参加を促し、利用者としてもどのような取り組みが必要なのかを理解してもらい、職員の支援がより効果的に行われるような取り組みが行われている。

◇改善を求められる点

○利用者の少数意見の検討

利用者の満足度調査や嗜好調査が定期的に行われ、支援の質や食事に関する満足度を確認しており、おおむね良好な結果が得られている。一部には否定的なあるいは「どちらとも言えない」といった意見も見られている。大半が肯定的な回答ではあるものの、少数の意見からも、事業所における課題が見られるか否か、より高いレベルの支援を目指すためにも検討していくことが期待される。又、自己評価に関しても「a, b, c」の評価で行われているが、基準も不明確な面もあり、具体的な数値上の面からの検討を行っていくことも期待される。

○標準的な支援方法の整備

事業所において必要とされるマニュアルや規定類は揃っているが、資料によっては、制定日及び改定日の明記しているものがある反面、制定日が明記されていない資料や、制定日は明記されているものの長期間改定が行われていない資料があり、規定類の管理及び見直しに関する仕組みの改善が期待される。

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、利用者満足度調査等による利用者の少数意見の検討については、否定的な意見はもちろんのこと、どちらともいえないといった少数意見にも事業所の課題が見えることがあることをご教示いただきました。アンケートの評価基準等の見直しと共に、利用者の方の意見をより丁寧に聴き取り、より良いサービスの提供や改善に活かして行きたいと思っております。

また、「標準的な支援方法の整備」につきましても、マニュアルや規定等の確認を行い、制定日や改定日の明記、整備すべきマニュアルの作成を行い、事業所において必要とされるマニュアルや規定等の管理及び定期的な見直しに努めてまいります。

今回の第三者評価の結果を真摯に受け止め、改善に向けた取り組みを実践してまいります。

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。

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人としての理念、基本方針がパンフレットやホームページに掲載され、又、事業所としての基本方針と合わせ、年度の事業計画書に記載され、全職員に対し配布され、年度の初めには理念や基本方針に関して職員全体会議での説明が行われるなど、職員への周知が積極的に行われている。利用者に対しては毎月の懇談会や自治会を通しての説明や、必要な部分に関してルビをふるなどの工夫を行い、理解しやすい形での配布や説明が行われている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人における施設長会議や、老人施設協議会の養護老人部会への出席を通し、社会や地域における福祉環境に関する情報を把握し、全体会議や支援会議において、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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>全国的に措置に関する見直しが行われ、事業所の稼働率低下、及び建屋の老朽化が事業所の大きな課題となっている。法人としても、事業所に関しては「あり方検討委員会」を設置し、事業所としての今後の運営に関する検討が行われている。事業所としても、稼働率の向上のため、一時利用の促進や、入居利用者の確保のため、行政や医療機関への働きかけを行っている。又、従来は管理者のみでの活動であったものが、一般の職員へも、事業所の課題を認識してもらい、運営意識を醸成するためにも、同行しての活動が行われるような取り組みが進められている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の「地域福祉推進計画」が策定されており、これをもとに各部門での取り組みが計画されている。事業所としての中期的取り組みに関しては、「あり方検討委員会」に事業所として参加し、中期的な事業所としての方向を検討している。事業計画において、次年度や次々年度の取り組みに関して、簡略的に記載しており、職員への事業所としての具体的な取り組みを理解してもらうためにも、より具体的な記載を行っていくことも期待される。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「あり方検討委員会」での検討や、法人の中期的取り組みでもある「地域福祉推進計画」を基に、職場ごとに活動計画が策定され、事業所としての事業計画としている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は法人の規定により日程が定められ、これに基づく作成が行われている。四半期ごとに事業報告が行われ、これらを基に翌年の事業計画が数回にわたり策定され、前年の9月頃より作成され、最終的には翌年の1月頃に完成させている。法人としての全体の方向性を策定するために、日程が決められているが、前年の結果をより明確に反映するためにも日程の検討が必要。</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・c
<p><コメント></p> <p>利用者に関係する部分に関しては抜粋し、ルビの添付等を行い、利用者懇談会や自治会等での説明が行われている。耳の不自由な利用者へは筆談や、知的障害のある利用者に対してはゆっくりとした説明などを行い、出来るだけ理解できるような取り組みが行われている。</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。	㉗・b・c
<コメント> 3年毎に第三者評価を受審し、間の年度に自己評価を行うことが規定され、事業所においてサービス委員会が組織され、それぞれの評価結果をもとに、課題の抽出や、改善に対する取り組みが行われている。課題や改善への取り組み等は記録されているが、更に、年度ごとの経過が分かるようにしていく工夫も期待される。		
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・㉘・c
<コメント> 同上		

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。	㉗・b・c
<コメント> 職務分掌が作成され、管理者及び職員の役割と権限が明確化されている。管理者は毎年の事業計画書や、広報誌において年度の取り組みに対する目標や方向を明示し、全体会議等の会議で職員への説明を行い、利用者に対しても、自治会や懇談会で説明を行っている。		
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。	㉗・b・c
<コメント> 管理者は法人で行われるコンプライアンスに関する研修に参加し、事業所においても職員への伝達研修及び、事業計画書に関連する法令を記載し、職員への法令遵守に関する理解を深める取り組みを行っている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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・㉘・c

<p><コメント></p> <p>サービス評価委員会が組織され、職員による自己評価からの事業所の課題に関して、全体会議で管理者による改善の為の指示がなされている。又、利用者サイドからのサービスの質の確認を行うため、利用者の満足度調査が毎年行われている。利用者からの調査に関しては、肯定的な面だけでなく否定的な意見についても検討していくことも期待される。</p>			
13	II-1-(2)-②	<p>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。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、係ごとにQCサークル活動が行われており、各係において業務上の効率化等に関する検討が行われ、改善に向けた提案が行われている。QC活動は法人全体の取り組みとして、優秀な取組に対して毎年表彰が行われている。又、経営面では、事業所の課題に関する検討が職員会議で行われ、利用率向上に向けた話し合いが行われている。</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	<p>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。</p>	①・b・c
<p><コメント></p> <p>配置人員に関する計画が作成され、これに基づく配置が行われ、現状では必要人員は充足している。職員の定着のための取り組みとして、職員の資格取得への補助金や、管理者による面談を通して職員の意向の確認や、悩み事に対するなんでも相談などが行われている。</p>			
15	II-2-(1)-②	<p>総合的な人事管理が行われている。</p>	①・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掲載され、事業所の具体的行動基準などにも記載されている。人事考課は年2回法人の規定に基づき行われ、上司による面談を経て事業所から法人へ提出される。上司による職員へのフィードバックも行われている。</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	<p>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。</p>	①・b・c

<p><コメント></p> <p>職員の就業状況に関しては日常より、管理者による把握がされている。職員のストレスに関しても、法人の仕組みに基づき職員による申請により産業医からの指導が行われている。福利厚生に関しても、県の福利厚生制度の利用が可能であり、希望により、施設の優待利用などが行われる仕組みとなっている。有給休暇の取得に関しては、法令に基づく年次有給休暇日数の取得については、全職員が計画的に取得することができているが、多様な特別休暇制度や配置できる職員数等により、付与日数全日の消化までには至っていない面もある。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>職員個々に目標管理が行われており、期初での目標管理シートの作成と、半期毎の上司による面談での進捗確認とアドバイス、又、期末での結果の確認と翌年度に対しての方向性の確認などが行われ、適切な指導とアドバイスにより、職員個々に対しての育成への取り組みが行われている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人及び事業所内での研修についての体系が策定され、階層研修や、職能別研修は法人において行われ、基本的には全職員が受講することとされている。事業所内研修に関しては年間での予定が作成され、外部からの講師による研修や、職員が講師となつての研修などが行われている。又、外部での研修を受けた職員による全体会議での伝達研修も行われている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>個別の職員の研修の受講記録や資格等に関しては、個々に記録され必要に応じた階層別研修や、職能別研修が実施されている。又、外部研修に関しては全職員に対しての周知と、必要に応じた受講命令と希望による受講が行われ、受講に際しての支援も行われている。新人に関しては、法人による年4回の研修と、事業所内におけるOJTが行われる仕組みとなっている。</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。	①・b・c

<p><コメント></p> <p>コロナ感染症の影響もあり、最近2年間の受け入れは行われていないが、実習生受入れマニュアルは整備され、以前は知的障害者ヘルパーの資格取得のための受け入れが行われていた。学校との覚書の締結も行われ、指導に関しても経験のある職員による指導が行われる体制が整っている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所の概要や取り組みに関しては、法人のホームページに詳細に記載され、公開されている。事業所のパンフレットや広報誌なども地域の自治会などへの配布も行われている。又、苦情に関する公表も苦情処理の規定に基づき行われる仕組みとなっている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所における事務処理や経理処理は法人の規定に基づき行われ、法人からは年二回の監事による監査、及び監査法人による監査が行われている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ感染症の影響もあり、直近は下火となっているが、地域との交流は活発に行われていた。各種ボランティアを通じた交流や、防災訓練での地区の町内会長や消防団、婦人防火クラブの方の参加、事業所での夏祭りや敬老会、地区でのイベントへの利用者の参加などが活発に行われて、利用者と地域の交流を広げる取組が行われている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ感染症の影響もあり、現状では制限されているが、ボランティアの受け入れは積極的に行われており、清掃や草取り、ホーム喫茶、語り部、歌、踊り等多様なボランティアの訪問が行われている。又、ボランティア受け入れマニュアルも整備され、受け入れにあたっての注意なども適切に行われている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>宮城県などの行政や、大和町社協連絡協議会、居宅介護事業所、富谷市、地域包括支援センター等との関係は密接に行われ、必要に応じた会合や、相談が行える関係性が築かれている。</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 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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>行政や地域包括支援センター等の地域における福祉関連機関との連携により、地域での福祉ニーズ等を把握する取り組みが行われている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>地域での福祉ニーズに対応するための研修会や講演会を隣接する地域支援センターとともにしている。又、緊急時における生活困窮者等の受け入れ、地区の大和町などの町村との災害時の要援護者の受け入れに関しての協定などが結ばれている。</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
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念、基本方針、事業所としての基本方針などが事業計画書に記載され、職員の理解を深めるため、全職員への配布及び全体会議での読み合わせ等が行われている。又、事業所としての具体的行動計画も作成され、事業所の職員として具体的支援に関しての心構えなどが記載されている。又、虐待防止マニュアルに基づき、年二回職員による虐待セルフチェックが行われ、利用者に対する姿勢の理解を促している。更に、具体的行動計画に関しては、ホームページにも記載し公表していくことも期待される。</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>利用者のプライバシー保護に関する取り組みは、具体的行動計画に記載され、事業所内における支援のありかたを規定している。又、事業計画においてもプライバシーに配慮した支援によるサービスの提供が計画されている。更に、事業所としてプライバシー保護に関するマニュアルを整備していくことも期待される。</p>		
<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。</p>		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>パンフレットや広報誌を作成し、関係する機関への配布、利用希望者に対する説明などの取り組みが行われている。又、ホームページへの掲載や、利用希望者に対しての事業所の見学、体験入所なども行われ、利用希望者の選択に必要な情報を適切に提供している。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>「生活のしおり」を使用し、利用者の理解しやすい工夫を行い説明し、同時に重要事項説明書、契約書に関する説明を行い、利用者の同意を得ている。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>地域への移行の準備として、地域の店を利用した買い物や、外食等を行い、徐々に地域での生活体験を積んでもらい、円滑に地域への移行が出来るような取り組みが行われている。他の事業所への変更に際しては、必要な情報を提供している。利用者の情報提供に関し、事前に同意を得ておくことも期待される。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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、取り組んでいる。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>毎年2回、利用者の満足調査、食事に関する嗜好調査を行い、利用者の生活での満足度を調査しており、毎月行っている利用者との懇談会や自治会を通して利用者の意見を聞くなど、利用者の満足度を確認し、向上へ結びつける取り組みが積極的に行われている。更に、調査では、「どちらともいえない」「いいえ」等、多数ではないが一部みられており、これらの意見の背景についても検討していくことも期待される。</p>		
<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。</p>		
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。	①・b・c

<p><コメント></p> <p>苦情対応マニュアル（なんでも相談規程）が策定され、これに基づき、苦情対応体制が作られており、パンフレットや広報誌への記載、事業所内への掲示が行われている。受けた苦情に関しては、第三者委員への報告や迅速な対応が規定され、又、受けた苦情に関してはホームページへの掲載等も行われることとなっている。事業所において、最近の数年は苦情の受付は無い。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談に関しても、苦情と同様になんでも相談規程により対応されており、意見箱への投書や職員への申し出に伴い、解決責任者による対応などが行われている。現状では利用者からの相談は職員への申し出により行われているが、どの職員に対しても行えること等を、入所のしおり等へ記載していくことも期待される。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談に関しては、他の職員へも引継ぎ時や支援会議において情報を共有し、対応できるものに関しては、速やかに実行し、必要に応じて上司への報告などが行われ、支援記録への記載も行われている。</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	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・b・c
<p><コメント></p> <p>ヒヤリハット、事故に関しては段階別に対応規定が設けられており、これに従った対応が行われている。ヒヤリハット発生時には、迅速な対応と記録がとられ、四半期に一度集計し組織されているリスク管理委員会により検討が行われ、事故の未然防止についての検討が行われている。又、必要に応じて個別支援計画への記載も行われている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルが策定され、感染症対策委員会が組織され、年4回会合を行い、感染症予防についての検討が行われている。委員会が中心となり、職員への研修が行われ、職員と同時に利用者の参加も行われている。玄関への消毒液の設置や、洗面所での手洗い方法の掲示など感染症予防についての積極的な取り組みが行われている。</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>年度初めには防災計画・危機管理計画が策定され、年4回の総合防災訓練の他毎月のライフラインの確認、防災器具・設備の点検、通信訓練、安否確認訓練等、ほぼ毎月の訓練が行われている。又、県の老人施設協議会との相互支援協定が結ばれており、災害時における要援護者の受け入れに関しても地区の自治体との協定が結ばれている。</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>支援に関しての標準的実施方法に関しては、法人でのマニュアルや規定、事業所でのマニュアルや規定が整備されてり、研修などを通じて職員への徹底が行われている。</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>毎年2回処遇計画の変更時に合わせて、大半の実施方法に関する見直しは適宜行われているが、マニュアルによっては長期間見直しが行われていないものや、制定日が記載されていないものがあり、より明確な管理を行っていくことも期待される。</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>支援課長が福祉サービス実施計画の責任者、生活相談員が作成者となり、統一した様式に従いアセスメントが実施され、ケア会議で担当職員や他の職員も参加しての処遇計画が作成されている。</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>6ヶ月に一度ケア会議での見直しが行われ、必要に応じて栄養士や看護師なども参加して行われている。</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。		

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に関しては統一した様式と同時に記録作成要領によって、職員間での記載の方法に差が出ないように行われている。記録はPCに入力され、事業所内のケア会議やネットワークを通じて職員間での情報共有が行われる体制となっている。</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>個人情報保護規定に基づき、管理者が責任者となり、記録が管理されている。ケース記録に関しては支援室で部屋に鍵をかけ保管されている。個人情報の取り扱いに関しては、入所時に重要事項説明書に記載し、利用者への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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ感染症の為現在は中断しているが、利用者の希望に応じて、事業所の車両を利用し毎週地区へ出かけ、利用者の希望する買い物などが出来るように取り組んでいた。現在は職員へ依頼し、職員が利用者の希望に添って買い物を行う等、利用者の利便性を図る取り組みが行われている。又、なんでも相談の取り組みにより、利用者の生活上の相談にも積極的に対応するなどの生活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>コミュニケーションに関する研修を行い、利用者との円滑な人間関係が作れるような取り組みや、利用者の症状に応じて、筆談やゆっくりとした説明など、利用者が理解できるような会話が心掛けられている。</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。	①・ー・c
<p><コメント></p> <p>権利擁護委員会が組織され、虐待防止マニュアルや法人の倫理綱領や事業所の具体的行動計画などを基に、定期的な虐待防止に関しての研修や読み合わせが行われている。又、虐待事例が発生した場合の行政への届け出等の対応に関しても、マニュアルに規定されている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所は築後 40 年以上が経過し、老朽化が目立ってきているが、内部は手入れが行き届き、清潔に保たれている。中庭には池があり、季節ごとに桜や紅葉などを楽しみながら、くつろいだ雰囲気を楽しめる環境となっている。周辺の雑草などもボランティアの方の手伝いもあり、掃除が行き届いている。居室は二人部屋が基本となっているが、必要に応じて個室への移動も行われている。利用者からも事業所内の環境に関しては満足している話が聞かれている。現状は職員の努力により、快適性が保たれているが、老朽化が今後も進むことを考慮すると、早期に何らかの対策を検討していくことも望まれる。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴は週 3 回、利用者の症状に応じて同性による入浴介助が行われている。又、利用者の希望により、入浴日以外でもシャワー浴なども行われている。事業所には機械浴の設備がないため、必要な利用者には隣接するデイサービスに通所し、入浴支援を受けている。</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。	①・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、ポータブルトイレや定期的なトイレ誘導が行われ、ひざ掛けやロールカーテンを使う等、利用者のプライバシーの保護への配慮も行われている。又、利用者の排便状態を観察し、健康状態の確認も行われ、異常が見られる場合は医療機関との連携により対応している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に合わせ、歩行器や車椅子、杖等の使用が行われ、車椅子での自走が可能な利用者に関しても、極力自走してもらい、日常生活の中で機能維持が保てるような取り組みが行われている。又、不安定な場所での移動に関しては職員の付き添いや見守りが行われ、利用者が安全に移動できるような支援が行われている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回の嗜好調査が行われ、現状の食事に対する利用者の感想を確認し、利用者の要望にそった食事の提供が取り組まれている。又、毎月事業所の栄養士と委託業者との話し合いが行われ、利用者の健康状態なども考慮に入れたメニューが検討されている。更に、定期的な選択食の提供や誕生日や行事等の際の特別食やケーキなどの提供も行われ、楽しく食事がとれるような工夫が行われている。利用者からは、食事の味付けに関して、薄味すぎるとの意見もあるが、健康管理との兼ねあいを考慮しながら検討していくことも期待される。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に合わせ、普通食、刻み食、ペースト食等が提供されている。又、食器類も利用者の状況に合わせたスプーンや、トレーの高さなどの調整を行っている。食事はせかされることなく、利用者のペースでとれるよう、必要に応じて早目に食事を行う等が行われている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は利用者とともに口腔研修を受講し、利用者の適切な義歯の手入れなどの支援が行われており、食事の摂取状況や、本人からの話から口腔内に異常が認められる場合は、提携する歯科医と連携し対応が取られている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡予防に関する研修が行われ、現状は褥瘡がある利用者はいないが、日常より利用者の状況を観察し、褥瘡の有無を確認している。褥瘡が認められる場合には看護師への相談やエアーマット等の使用や除圧、体位交換、患部の医療的処置等悪化しないように早期に対応が行われている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>対象外</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の認知機能の維持のため、学習療法（くもん式）が行われたり、毎朝のラジオ体操や介護予防レクリエーション（輪投げ、魚釣り等のゲーム）が行われたり、畑作業や生け花などの趣味活動を通しての生活リハビリに繋げる取り組みが行われている。又、機能の低下が見られる利用者に対しては早目に医療機関への通院を行い医師と相談が行われている。更に、専門的な指導を受けるため、隣接する他の事業所の専門家の助言をもらうこと等の検討も期待される。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は認知症の利用者への適切な対応が行えるよう、パーソンセンタードケア研修や認知症に関しての内部研修を受講している。アセスメントにより利用者の生活歴を確認し、支援内容を検討し、処遇計画を作成している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎朝利用者の血圧の測定を行い、体温や排便の確認などから体調の変化を観察している。異常が認められる場合は、事業所内の看護師と相談し必要に応じて医療機関への通院や、救急車による搬送を行っている。服薬に関しては服薬管理マニュアルが策定され、これにそった管理が看護師を中心として行われている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>《対象外》現在、事業所では看取りは行われていない。協力医療機関と事前に相談を行い、食事が食べられなくなった時などの状態になった時には、医療機関への入院が行われており、事業所で終末期を迎えることはまれとなっている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>措置施設であることから、家族と疎遠になっていたり、家族からの虐待により入所した場合は、あえて接触は避けていることもあり、連絡をとることができる家族に対しては、生活状況や健康面等の詳細な報告や連絡などを行っている。また、家族からの相談についても丁寧に対応している。</p>		