

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：早尾園	種別：特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)
代表者氏名：理事長 保田 周一 (管理者) 施設長 松尾 俊司	開設年月日： 昭和56年8月1日
設置主体：社会福祉法人 代医会 経営主体：社会福祉法人 代医会	定員： 80名 (利用人数) 80名
所在地：〒869-4606 熊本県八代郡氷川町早尾132番地	
連絡先電話番号： 0965 - 62 - 3838	FAX番号： 0965 - 62 - 3242
ホームページアドレス	http://www.hayaoen.org

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
<ul style="list-style-type: none"> ・入浴、排泄、食事、着替え等の介護 ・日常生活上の支援 ・ショートステイ ・日常生活の中での機能訓練 ・相談援助 	[レクリエーション・行事] 誕生会・敬老会・忘年会・花見等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋80室 各部屋：ブザー・洗面台設置	共同生活室・浴室・医務室・家族室 地域交流スペース・洗濯室・湯沸室・会議室・ 介護職員室・相談室・調理室・休憩室リネン 室・機能訓練室・備蓄庫・事務室

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>○早尾園は、ユニット型特別養護老人ホームとして、ユニット型個室80床で運営されています。ユニットケアではでき得る限り安心して暮らせる生活環境の場が提供されています。施設において他の入所者や職員と共同生活をしながら入所者一人ひとりを尊重し、個性や生活リズムに応じて暮らしていけるよう支援されています。そのため入所者、家族との関わりをさらに深め、安心して生活していただけるよう努めています。</p> <p>○特別養護老人ホームは原則として要介護3以上の方のみが入所できる施設です。認知症ケアや医療的ケアがさらに重要視されるようになります。科学的介護である5つのゼロ（おむつゼロ、骨折ゼロ、胃ろうゼロ、拘束ゼロ、褥瘡ゼロ）4つの自立支援（認知症ケア、リハビリテーション、口腔ケア、看取りケア）を目指し、ケアプラン計画を基に多職種連携し、より良いサービスが提供されています。</p>
--

3 評価結果総評

<p>◆特に評価の高い点</p> <p>○サービスの向上を図るための取組が評価されます。</p> <p>多職種連携した各種委員会が月1回開催され、全職員が関わることのできる体制ができています。</p>
--

○職員が働きやすい職場作りに取り組まれています。

施設内に法人内保育所を設置、隣接の協力病院では病児・病後児保育も行われています。施設内に子どもたちが集うことは、利用者にとっても子どもたちの笑顔が癒しとなっています。

○災害時における利用者の安全確保のための取組が実施されています。

災害時及び新型コロナ禍で調理職全員が出勤停止になったことも想定して、食料の備蓄が行われています。調理職以外でも対応出来るように、食事形態や調理方法も一目瞭然にシールが添付されており、利用者の食を守る取組が強化されています。

○医療との連携体制が確立されています。

法人の母体が地域の拠点病院でもあり看取りを希望される方には事前指示書で確認し、医師、家族、施設職員と話し合いながら取り組まれています。家族室（看取り室）も設置され、家族も安心して最期まで寄り添える仕組みが出来ています。

◆改善を求められる点

○中・長期的な事業計画が策定されていません。

計画を基にした施設の設備計画や人材育成に係る具体的な事業の取組ができない状況です。収支計画も踏まえた策定が求められます。

○情報公開の工夫が求められます。

施設の方針や理念、行事計画などについて確認できる資料が少なく、多くの利用者や家族に対しての情報開示のためには、ホームページの頻回な更新やパンフレットの作成などの対応が求められます。

○利用者家族のニーズ調査が課題です。

満足度を図るための取組について、家族との面会時や利用者本人からの聞き取りが行われていますが、精度を上げるためには無記名のアンケート調査を実施することが望まれます。

4 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント（400字以内）

(R3. 3. 25)

当施設は、平成30年11月の新築移転から令和3年3月で2年4カ月となります。新施設となり全てユニットケアに転換しました。

また、集団的なケアから個別ケアに変わったことで、職員の戸惑いや利用者様の環境変化への対応等、日々試行錯誤を繰り返し今日に至っております。

そして、このような大きな変化な中でまだまだ足りない取組が多々あることは、十分認識をしておりました。

そのような状況下で第三者評価をいただいたことは、大変良い時機であったと思います。評価結果の中で職員の努力で高い評価をいただいた点は、今後もさらに磨きをかけ利用者様の尊厳も守り、又思いに寄り添うケアを実践して参ります。また、改善を必要とする点につきましては、率直に必要性を強く感じながらも未着手や不十分な点でありました。

今後は、職員一丸となり改善に向けて早急に対応するとともに、当施設の理念を実現できるよう、これからも真摯に取り組んで参ります。

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【共通版】

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士 会福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評価実施期間	令和3年1月13日～令和3年3月25日
評価調査者番号	①08-016
	②18-007
	③18-008

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：早尾園	種別：特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)
代表者氏名：理事長 保田 周一 (管理者) 施設長 松尾 俊司	開設年月日： 昭和56年8月1日
設置主体：社会福祉法人 代医会 経営主体：社会福祉法人 代医会	定員： 80名 (利用人数) 80名
所在地：〒869-4606 熊本県八代郡氷川町早尾132番地	
連絡先電話番号： 0965 - 62 - 3838	FAX番号： 0965 - 62 - 3242
ホームページアドレス	http://www.hayaoen.org

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
・入浴、排泄、食事、着替え等の介護 ・日常生活上の支援 ・ショートステイ ・日常生活の中での機能訓練 ・相談援助	[レクリエーション・行事] 誕生会・敬老会・忘年会・花見等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋80室 各部屋：ブザー・洗面台設置	共同生活室・浴室・医務室・家族室 地域交流スペース・洗濯室・湯沸室・会議 室・介護職員室・相談室・調理室・休憩室 リネン室・機能訓練室・備蓄庫・事務室

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1	0	介護支援専門員	2	0
介護支援専門員	1	0	介護福祉士	32	0
介護職員	41	5	看護師	1	0
看護職員	6	1	准看護師	6	0
機能訓練指導員	3	0	理学療法士	1	0

栄養士	1	0	作業療法士	1	0
事務員	3	0	言語聴覚士	1	0
医師	0	6	管理栄養士	1	0
生活相談員	2	0	栄養士	1	0
			調理師	5	0
合 計	56	12	合 計	51	0

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

【理 念】

1. 利用者の尊厳を守り、笑顔の絶えない施設を目指します
2. 職員の思いやりと気づく心向上心のある施設を目指します
3. 地域に根差し社会に貢献できる施設を目指します

【基本方針】

理念で目指すことを実践できるよう、職員一人ひとりが専門職としての技術力を向上させ、入居者等の立場に立って考え、より良いサービスが提供できるよう図ります。そのためにも研修会へ参加し、随時新しい情報・知識を修得して日々の業務に活かし、ケアの質の向上に努めていきます。

また、地域の方々々に代医会をより理解していただけるよう、施設の開放や地域交流の機会づくりに取り組みます。地域包括ケアの一員として、医療・福祉関係者、行政、民生委員等の地域関係者、地域住民との信頼関係を築けるよう努めます。短期入所(ショートステイ)及び入所者の入院による空きベッドを減らすため毎朝実施している入所サービスに係る調整を継続します。空きベッド情報を各居宅介護支援事業所等にお知らせし、スムーズに短期入所サービスが利用できるように努力します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

○早尾園は、ユニット型特別養護老人ホームとして、ユニット型個室80床で運営されています。ユニットケアではでき得る限り安心して暮らせる生活環境の場が提供されています。施設において他の入所者や職員と共同生活をしながら入所者一人ひとりを尊重し、個性や生活リズムに応じて暮らしていけるよう支援されています。そのため入所者、家族との関わりをさらに深め、安心して生活していただけるよう努めています。

○特別養護老人ホームは原則として要介護3以上の方のみが入所できる施設です。認知症ケアや医療的ケアがさらに重要視されるようになります。科学的介護である5つのゼロ(おむつゼロ、骨折ゼロ、胃ろうゼロ、拘束ゼロ、褥瘡ゼロ)4つの自立支援(認知症ケア、リハビリテーション、口腔ケア、看取りケア)を目指し、ケアプラン計画を基に多職種連携し、より良いサービスが提供されています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年1月13日（契約日） ～ 令和3年3月25日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（ 年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○サービスの向上を図るための取組が評価されます。

多職種連携した各種委員会が月1回開催され、全職員が関わることのできる体制ができています。

○職員が働きやすい職場作りに取り組まれています。

施設内に法人内保育所を設置、隣接の協力病院では病児・病後児保育も行われています。施設内に子どもたちが集うことは、利用者にとっても子どもたちの笑顔が癒しとなっています。

○災害時における利用者の安全確保のための取組が実施されています。

災害時及び新型コロナ禍で調理職全員が出勤停止になったことも想定して、食料の備蓄が行われています。調理職以外でも対応出来るように、食事形態や調理方法も一目瞭然にシールが添付されており、利用者の食を守る取組が強化されています。

○医療との連携体制が確立されています。

法人の母体が地域の拠点病院でもあり看取りを希望される方には事前指示書で確認し、医師、家族、施設職員と話し合いながら取り組まれています。家族室（看取り室）も設置され、家族も安心して最期まで寄り添える仕組みが出来ています。

◆改善を求められる点

○中・長期的な事業計画が策定されていません。

計画を基にした施設の設備計画や人材育成に係る具体的な事業の取組ができない状況です。収支計画も踏まえた策定が求められます。

○情報公開の工夫が求められます。

施設の方針や理念、行事計画などについて確認できる資料が少なく、多くの利用者や家族に対しての情報開示のためには、ホームページの頻回な更新やパンフレットの作成などの対応が求められます。

○利用者家族のニーズ調査が課題です。

満足度を図るための取組について、家族との面会時や利用者本人からの聞き取りが行われていますが、精度を上げるためには無記名のアンケート調査を実施することが望まれます。

6 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント（400字以内）

(R3. 3. 25)

当施設は、平成30年11月の新築移転から令和3年3月で2年4カ月となります。新施設となり全てユニットケアに転換しました。

また、集団的なケアから個別ケアに変わったことで、職員の戸惑いや利用者様の環境変化への対応等、日々試行錯誤を繰り返し今日に至っております。

そして、このような大きな変化の中でまだまだ足りない取組が多々あることは、十分認識をしておりました。

そのような状況下で第三者評価をいただいたことは、大変良い時機であったと思います。評価結果の中で職員の努力で高い評価をいただいた点は、今後もさらに磨きをかけ利用者様の尊厳も守り、又思いに寄り添うケアを実践して参ります。また、改善を必要とする点につきましては、率直に必要性を強く感じながらも未着手や不十分な点でありました。

今後は、職員一丸となり改善に向けて早急に対応するとともに、当施設の理念を実現できるよう、これからも真摯に取り組んで参ります。

7 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。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	10	
	家族・保護者	26	
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

※すべての評価細目（45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・⑥・c
<コメント> 利用者の尊厳を守る、職員の向上心、地域貢献の三本柱が理念として掲げてあります。名札の裏に理念を記載し、職員の初任者・中堅者研修で職員への周知が実施されています。しかし、パンフレットや掲示物による利用者や全職員に対する周知は不十分な状況と認められます。わかりやすく説明できる資料等の作成が望まれます。		

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・⑥・c
<コメント> 毎月の経営状況について管理職や理事長へ報告する仕組みはできており、各部署のコスト管理や利用者の推移、利用率等の大まかな分析は行われています。しかしながら、取り巻く環境を含んだ詳細な経営分析が行われているとは言えません。また対応も単年度の中でしか反映されていないことから中・長期的にビジョンに基づいて対応していくことが求められます。		
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。	a・⑥・c
<コメント> 職員確保、借入金返済、職員の質の向上といった3つの経営課題を明確にして取組がなされています。特にパート職員を数名追加採用し、介護業務以外の部門を担当してもらうことで、介護職員が利用者に関する業務に集中できるようにするなど質の向上について取り組まれています。しかし、職員自己評価結果では経営上の課題を解決する職員同士の検討の場が設定されていない等の意見が散見されました。伝達方法や検討の場を設けるなどの見直しを図り、全職員が周知できる体制を整えることが望まれます。		

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・⑥
<コメント> 毎年、法人全体における各事業の目標や部署ごとの業務目標は定められていますが、中・長期的な期間を定めた事業計画は策定されていません。理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、達成するための組織体制や設備の整備、人材育成等に関する具体的な事業計画		

と収支計画が必要です。		
5	1-3-(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>部署毎の単年度業務計画は策定されていますが、中・長期計画が策定されていないため、その内容を基にした計画となっておりませんでした。中・長期計画を反映した単年度の事業計画や収支計画を策定することが求められます。</p>		
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	1-3-(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>ユニット毎で策定されていますが、現在はリーダーを中心に協議・決定されています。今後は計画の策定と実施の状況・評価・見直しについて組織的に取り組んでいく体制を整える予定とのことでした。職員一人ひとりが目標を理解し、ユニット全体としての動きにつながるような取組が望まれます。</p>		
7	1-3-(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>利用者のご家族による「家族会」が設置され、毎年度2回開催される中で簡単な口頭による業務報告と事業計画について説明が行われています。事業計画に基づいた行事計画への参加を促す観点からもより分かりやすい説明資料が必要不可欠です。ホームページの工夫やパンフレット、その他の印刷物を活用することが求められます。</p>		

1-4 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
1-4-(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	1-4-(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>口腔ケアや褥瘡対策など目に見えるケアの質から向上を図っていく取組が実施されています。報告書やチェック表などを用いて業務の見える化を推進していますが、職員自己評価結果ではPDCAサイクルによる進行管理の意識が浸透していない部分も見られました。全職員が組織的に取り組むことができるための体制づくりを徹底することで、今後の更なる質の向上が期待されます。</p>		
9	1-4-(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>不定期ではありますが、利用者の生活環境・身体状況について自己評価が行われており、課題の明確化への取組は確認できました。しかし、職員自己評価結果によるとそのプロセスや計画の実効性について、周知が行き渡っていないことが確認されました。</p> <p>今回、初めて福祉サービス第三者評価を受審されたことをきっかけに、定期的な自己評価と評価結果を全職員が周知し、単年度では解決できないと思われる課題であれば、中・長期計画の中に取り入れて検討していくことが期待されます。</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>職務分担表にて組織上の位置づけは明確にしてあり、非常時連絡網、災害緊急時待機班編成表等の整備が確認できました。週1回行われる定例会議では細やかな指示が出され、管理者としてリーダーシップが発揮されています。しかし、災害や事故等の有事における施設長不在時の権限委任について、概ね担当者は決められていますが、文書化されておらず全職員に周知されていませんでした。文書化を図り、全職員への周知と理解を得る取組が必要です。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>年間研修計画を策定し、初任者研修と中堅者研修をそれぞれ12回に分けて介護保険制度や権利擁護、虐待等についての研修が計画され実行されています。また、朝礼や施設内巡視時等に必要に応じて法令遵守の指導が行われています。</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。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長はサービスの質の向上を図るために、常に各報告書等の確認を行い、日々の活動状況を把握されています。必要と判断される内容に関しては、直接担当者からの報告を受けて指示を出されています。そして各部署のリーダーによる「リーダー会議」には必ず出席され各部署の責任者から現場の課題を確認し適切なアドバイスをされており、サービスの質に関することに対して妥協することなく実行されていることは高く評価できます。</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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>現場での業務改善に向けて、パート人材を活用して問題解決を図り、各職員からの聞き取りを実行して希望に応じた人事異動を行うなど組織体制強化の指導力を発揮しています。しかし、職員自己評価結果では、業務改善のPDCAサイクルを正常化させるために業務内容が増えることについての説明が十分ではないとの意見が見られました。また、利用者の対応に関する取組については評価が高いものがありましたが、個々の職員に対する聞き取り、個人面談の回数を増やすなどの対応が望まれます。</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。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>人材確保に関する具体的な計画はありませんが、令和元年度・令和2年度と新卒者の採用を実施しています。人材定着のために新任者研修が年間12回開催され、倫理や法令・介護スキル等のレベルに応じた取組が実施されています。</p> <p>また、職員の専門性を高める取組として業務分析を行い、非常勤職員の採用により業務内容にメリハリをつけた取組は職員から高評価を得ています。しかし、職員自己評価結果では人材不足に関する声が聞かれ、人材養成及び人材確保のための更なる具体的な計画策定が望まれます。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉔・c
<p><コメント></p> <p>適材適所という考え方に立ち、職員の異動希望を確認する個別面談と所属長面談が実施されています。しかし、総合的な人事管理といえる状況までには至っていません。理念・方針に基づいた「期待する職員像」を具体的に明示すると共に、定期的に職員との個別面談の機会を設け、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の</p>		

工夫が期待されます。		
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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>全職員面談が実施され、その情報を基に人事異動を実施されています。子育て支援が必要な職員には法人内保育所「ひばり園保育所」の利用が可能となっています。また、子育て中の職員の配置を工夫して同じユニットにしないなど、緊急時に対応できる体制が作られています。永年勤続者に対しては、その年数に応じて特別休暇の付与や手当金が支給される制度が準備されると共に、有給休暇の取得状況についても個別に知らされる仕組みが作られています。</p> <p>職員聞き取りでは、全職員面談の回数を増やしてほしい、職員の意向調査等を含めた窓口の設置を求める意見が聞かれました。個人面談の回数を増やす等の対応が期待されます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>全職員を対象に身上報告書を2年に一度提出してもらい、その情報を基に人事評価記録を作成し人事異動や施設外研修を受講する際の資料として活用されています。5年後の自分をイメージした報告書の作成を指示されていますが、あくまでも本人の自主性に任せてあるために無記入の箇所があるなど、その報告書の意味が十分に伝わっていない状況も見られました。また、看護部長による面談や中間面接といった取組も実施されています。しかし、年間計画に予定されているものではありませんので、全職員を対象として年度当初・年度末に面接を行うなどの目標達成度の確認を行うためのシステム作りが期待されます。</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。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>「職員研修実施要項」が策定され、初任者研修・中堅職員研修が実施されており、パートタイマー研修も年2回実施されています。権利擁護に関しては外部からの専門講師も招聘するなど法人理念に基づいた計画的な研修が実施されています。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>身上報告書と面談を通じて職員の希望研修等を把握する取組は実施されていますが、キャリアパス等の整備が整っていないため、職員一人ひとりが具体的に目標を設定することが難しい状況にあります。新人職員や経験の浅い職員に対しては新任者研修が行われており、各部署のチームリーダーがサポートできる仕組みと中堅職員研修が設定されています。今後はキャリアパス等を整備され、更に個別化した取組が組織的に実施されることが望まれます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>大学・高校等から、実習生の受け入れについては生活相談課長を窓口として積極的に行われています。令和2年10月には地域の特別支援学校の実習受け入れを果たすなど、専門職の掘り起こしたための人材育成に対する取組については評価できます。しかし、実習受け入れマニュアルが整備されていません。実習期間や内容に応じて実習計画を立案し、実習担当者は養成校の会議にも参加し、実習目的を果たせるように努めることが求められます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>事業内容や財務状況については、ホームページで公表されています。法人内で発生した事案についても対応状況を公表し、些細なことでもオープンにしていくよう努められています。そして、苦情内容等に関しては、苦情マニュアルが整備され、決められた手順に添って第三者委員会に報告し、運営委員会や職員会議等で全職員への周知を図っています。しかしながら、利用者や家族への公表は十分に行われていませんでした。経営の透明性を確保するためにも、ホームページの更新頻度を改善し、パンフレットを作成するなど介護サービスを必要とする利用者や家族が情報を得るため、適切に公開・発信していくことが望まれます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>施設における事務、経理、取引等に関することは、法人内の経理規程を基に事務職員に周知されており、毎年、監事による監査は実施されています。しかし、外部監査の必要性は感じているものの実現には至っておりません。今後、さらに法人運営の透明性の確保のためにも外部監査の実施が望まれます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>施設の基本方針である「地域に根差し社会に貢献できる施設を目指します」を掲げ、地域との交流が行われています。秋祭りでは地域の皆様に食事券を配布し、500名規模の交流会を実施されています。また、地域の皆様からピアノ演奏や生け花、地元の学校からも色々なボランティアを受け入れることで交流の機会を図る努力をされていますが、継続的な交流の機会にはなっていません。今後の地域に根差した活動が期待されます。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>小中学校や地域福祉団体からのボランティアを受け入れられています。地域社会福祉協議会と協力しながら「認知症カフェ」の計画を進め、地域の方々を巻き込んで地域に根差した地域密着型の運営を目指す計画を策定されています。しかし、ボランティア受け入れマニュアル等が整備されていません。今後策定予定とのことであり、積極的な受け入れが期待されます。</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 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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活支援に係る福祉事務所、町役場、医療機関等とは連携を密にした調整が行われています。また、施設長が町社会福祉協議会の理事に就任しその中で地域福祉充実計画を策定するにあたり、地域資源との相関図を用いるなど地域ケア計画や地域づくりについて意見交換をされています。しかしながら、職員自己評価結果からは関係機関との連携が希薄であるとの声も聞かれました。今後、関係機関との連携強化の取組が望まれます。</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 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><コメント></p> <p>施設内に広い地域交流スペースを設置されており、台風時など正式な避難拠点として登録はしてありませんが、避難受入れが実施されています。しかし、職員自己評価結果では、施設内のスペースを活用した地域住民に役立つ研修会等の開催や呼びかけが、十分でないとの意見もありました。施設の専門性や特性を活かした、地域住民のためのサークル活動や支援活動等を行っていくことが期待されます。</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>数年前までは、地域での福祉相談出張等の取組で地域ニーズ等の把握の機会が設けられていましたが、現在は、民生委員等との会合の際に法人代表として参加し、その情報を基にニーズ把握する程度に留まっています。その為、現状のみの把握で、解決や改善に向けた取組までは至っていませんでした。関係機関や団体との連携を強化し、地域の生活や福祉に関する課題の解決や地域住民の主体的な活動を支援できるよう、社会福祉事業にとどまらない活動が期待されます。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>基本理念の最初に「利用者の尊厳を守り笑顔の絶えない施設を目指します」を掲げ、常に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に、毎日館内放送で午前と午後に「利用者様の尊厳を守るため、ゆっくり・慎重・丁寧なケア」と具体的に意識付ける取組が実施されています。倫理綱領については介護福祉士の綱領を使用していますが、今後は施設独自のものを作成される予定となっています。</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>身体拘束等適正化指針等を用いて通年で実施される権利擁護(虐待・抑制・行動制限)研修が実施されています。しかし、プライバシー保護についての規程・マニュアルが整備されていません。職員全体での共通理解を深めるためにもその整備が求められます。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページは、数年前にリニューアルされ利用者目線で構成されています。しかし、更新の頻度が少なく積極的な情報提供が不十分な状況です。パンフレットも現在制作の途中であり、見取り図や写真のコピーを用いて利用者やその家族には情報提供がされている状態で、施設を説明するための十分な資料が確認できませんでした。複数の福祉施設・事業所の福祉サービスの中から利用者が自分の希望に沿ったものを選択するための早急な資料の整備が望まれます。</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>サービス開始にあたっては、生活相談員や介護支援専門員を中心に契約書、重要事項説明書等を用いて丁寧に説明が行われています。利用者アンケート結果からも、詳しく説明され</p>		

<p>ている状況が読み取れました。しかし、利用者や家族に対してわかりやすい説明資料が確認できませんでした。今後、分かりやすいように配慮した資料を整備するなどの対応が望まれます。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉 在宅へ復帰される利用者はほとんど見られませんが、病院や介護老人保健施設への移行は時々見られます。同法人内で併設されるそれらの施設が存在しますので、その特徴を活かしアセスメント文書を用いた情報提供を行うことで、サービスの継続性に配慮した対応がなされています。ただ、法人外の福祉施設や行政、他の事業所との支援体制についての協議や、ネットワークづくりについては不十分な点が見受けられるため、今後さらなる支援体制の構築が期待されます。</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・b・c
<p>〈コメント〉 ご家族の面会時やケアプラン等の説明時に要望等を聞き取り現状改善に努めておられます。また、年2回開催される家族会では様々な意見交換が行われておりますが、利用者満足に関するアンケート調査は実施されておらず、利用者満足の上昇を図るための調査・アンケートの定期的な実施など積極的な取組が必要です。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉 苦情解決の体制（苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置）が整備され、利用開始時の重要事項説明書で説明されています。職員自己評価結果では苦情の原因と改善策を全職員が理解して共有し、再発を防止する仕組みが十分ではないとの職員からの意見がありました。苦情解決を速やかに行い改善していくためにもその体制の確立が望まれます。</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・b・c
<p>〈コメント〉 相談しやすいように窓口を決め、契約書及び重要事項説明書で体制や手順について説明されています。ご意見箱に関しては施設内に3ヶ所設置してありますが、利用は少なく利用者の要介護度も高いことから、家族への無記名アンケート調査を行うなどの別の方法で意見が述べやすい取組が望まれます。 また、利用者本位の福祉サービス実現のためにも、パンフレットによる分かりやすい説明やアンケート方法等、相談担当者を複数設置するなどの利用者目線で工夫した取組が期待されます。</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・b・c
<p>〈コメント〉 利用者の意見や要望について迅速に対応する体制を整え、福祉サービスの質と利用者からの信頼を高める努力はされています。 組織として窓口や規程は準備するなどの体制は整えられていますが、対応マニュアルが整備されていません。また、職員自己評価結果では組織的な対応が不十分との意見が聞かれています。対応マニュアルがあることで、組織として迅速に対応することが可能となり、福祉サービスの質と利用者からの信頼を高めることにつながることから、その整備が求められます。</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> リスクマネジメントに関する責任者が明確化され、定期的な会議や計画的な研修が行われています。事故発生時には毎回現場検証が行われ、各ユニットでは改善策を検討する「ユニット会議」の中で身体・環境等の問題から仮説を導き出し、家族との協力と今後の対応についてA3用紙に整理されています。しかし、事故対応マニュアルが整備されていないため、各職員間で理解のばらつきが見受けられました。今後、事故を未然に防ぎ、再発防止を図っていくためにもマニュアルを整備し運用されることが望まれます。</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。	③・b・c
<p><コメント> マニュアル等は整備され、看護部が中心となって、防護服の着脱訓練、コロナ感染対策研修、汚物・嘔吐物処理訓練等実施されています。保健所等からの研修やアドバイスを受け、マニュアルは定期的に改定されています。協力病院からの研修の実施も行われています。感染症を「持ち込まない」を原則に、職員の出勤時には検温等実施され、常にフェイスガードを着用するなど予防にも対策が講じられています。</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やっている。	③・b・c
<p><コメント> 町役場・地域消防署(団)と協力し、定期協議が行われています。災害等緊急時に備えた防災計画に基づく防災訓練、昼・夜を想定した避難訓練・消火訓練と併せて年4回実施されています。また、緊急連絡召集訓練を行い、緊急連絡網の確認や非常時の際、時間の把握など安全な避難誘導のための体制作りにも努められています。 災害時における備蓄食品については、栄養課の管理により定期的に食材としてサイクルメニューの中で消費に組み込まれており、賞味期限切れの食品を出さない仕組みと食材を無駄にしない取組が出来ています。更に、栄養課全職員が出勤できない場合の想定もしており、食材の調理時間やその方法について目印となるシールやコメントを貼り付けるなどの取組は高く評価できます。</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。	③・b・c
<p><コメント> 福祉サービスについて、各種マニュアルが作成されています。介護業務に関するマニュアルをはじめ、災害時、法人災害時緊急待機要領、施設入所取扱指針、苦情対応、身体拘束等適正化指針、新人研修、感染防止、高齢者の急変時の対応について、夜間帯急変時、褥瘡、看取り、看護業務、新型コロナウイルス感染症に対する法人・施設の運営管理についてなど整備されており、職員がいつでも閲覧できるようになっています。入社時及び、継続的な研修によって職員に周知徹底が行われています。</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。	a・③・c
<p><コメント> 福祉サービスに関しての委員会(衛生感染防止・科学的介護・医療的ケア推進・事故防止・腰痛予防)が設置され月1回開催されています。各職種から選出され、全職員が各委員会に所属し、検討が行われています。しかしながら職員自己評価結果では、福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てるまでには至っていないとの評価が見られました。今後、職員への周知、徹底が望まれます。</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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>入所時に、生活歴、生活状況、身体状況、病歴、服薬状況や利用者、家族の希望などを聞き取り、個別的な福祉サービス実施計画作成に当たっては、担当介護職員、看護職員、管理栄養士、機能訓練指導員と連携した会議を開催して作成されています。利用者の嗜好や生活歴、趣味など配慮したクラブ活動を取り入れた福祉サービス実施計画が策定されています。</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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画は定期的に6ヶ月ごとに評価・見直しが行われています。また利用者の状態が変化した場合の見直し及び、転倒事故が発生した場合などは、事故防止委員会にて、今の生活環境で良いのかどうか検討し、適時・適切な見直しが行われています。</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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>1週間の生活の記録にて利用者の生活リズムや生活の様子が記載され、食事摂取状況や水分量、排泄の状態なども記録されています。24時間シートで個人記録も整備され、寝具交換、居室内清掃、入浴、眼脂、耳掃除、髭剃り、爪切り、皮膚疾患、口腔ケアなども個別に記録され、分かりやすい一覧表を用いて職員間で共有する仕組みができています。</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。	a・③・c
<p><コメント></p> <p>サービスの提供に関する諸記録の整備と保管については、施設の「運営規程」に記載されていますが、記録管理の規程は確認できませんでした。適切な管理体制の確立のため、早期の整備が求められます。</p>		

評価対象Ⅳ（内容評価基準）

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1 生活の支援の基本と権利擁護		
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。	a・③・c
<p><コメント></p> <p>四季の行事やクラブ活動に取り組まれています。おしぼり畳みや洗濯物畳みなど役割活動を実施されています。施設側から提供するだけでなく、利用者の生活歴や興味があるものを聞き出し、興味を持っていることを思い出して頂いて、活動に繋がられています。料理会では、団子作りを職員と一緒に取り組まれています。野菜に興味にある方は野菜作り、花の先生だった方は活花、また好きな音楽やカラオケなどの活動に取り組まれています。インターネット活用して、好きな動画を視聴されています。しかしながら職員自己評価結果では、職員のペースに合わせてしまうことや利用者寄り添った支援が出来ていないとの意見もありました。今後、利用者の一人ひとりに応じた一日の過ごし方の取組が望まれます。</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。	a・③・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりのコミュニケーション能力に応じ、その方が発した言葉を受け止め、接するように心がけられています。「家に帰りたい」と言われた方には家族と連絡を取り合っており、インターネットを利用して家の様子を見て頂くなどの対応を実施されています。またオンライン墓参りや仏壇参りも実施されています。「ふるさと訪問」を企画し、そのためには、どのようなことが必要か利用者と一緒に考え、利用者の声を引き出す取組をされています。</p>		

<p>しかしながら職員自己評価結果では、「言葉遣いがきつくなってしまう時もある」、「利用者から苦情がある」との意見もありました。より一層の利用者に寄り添ったコミュニケーションが求められます。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
A③	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>介護施設における言葉や態度、ケアの方法によっては拘束と判断されることについて、外部講師を招聘した研修を積極的に開催され、拘束しない介護に取り組まれています。</p> <p>以前、夜間の巡回時に、ユニットの入り口に施錠されていたことがあったため、その問題を全体で共有するとともに、その後、職員を熊本県の権利擁護の研修会に派遣されています。併せて対策を話し合い、他ユニット職員と連携して巡回時の対策を講じ、権利侵害の防止に取り組まれています。今後、更に全職員への周知徹底のための取組を継続的に行うことが望まれます。</p>		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
<p>A-2-(1) 利用者の快適性への配慮</p>		
A④	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>居室は利用者の馴染みのものを持ち込んで頂くよう配慮し、利用者が思い出の品に囲まれ、安心感を持って過ごしていただけるような取組が行われています。それぞれの個室には担当者が定められており、継続的な対応が出来るよう管理されています。居室内清掃は、床・洗面台、寝具の交換では、シーツは週1回、防水シーツは週2回交換されています。実際に、交換した職員が記録に捺印し確認されています。室温、換気、部屋の明るさなどにも配慮された設計で、衛生面に留意し不快な臭いもなく、清潔さが保たれています。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
<p>A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援</p>		
A⑤	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴は週2回を基本とし、個浴や機械浴と利用者の状態に合わせて対応されています。入浴拒否がある場合は、午前中に声掛けをし、午後から再度声掛けするように取り組まれています。浴槽に入るのを嫌がられる利用者にはシャワー浴を実施し、その際、身体が温まるように、足浴も併せて行われています。気泡が出る足浴器も設置されています。入浴出来ない場合は、清拭が実施されています。</p>		
A⑥	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>その方の排せつ状況をアセスメントし、一人ひとりの状態に応じてトイレ、ポータブルトイレ、オムツの選択をして、排せつ支援に取り組まれています。寝たきりを防止するためにオムツ外し委員会を設置して、オムツを使用しない排せつ支援に取り組まれています。布パンツの方もおられ、布パンツだけなのか、布パンツに小パット着用などもチームで検討され実施されています。</p>		
A⑦	<p>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。</p>	a・b・c

<コメント>		
理学療法士、作業療法士など多職種による検討を実施して、利用者の心身の状況に応じた福祉用具の活用が行われています。車椅子の場合は、高さ、大きさなど形状なども検討されています。しかしながら、職員自己評価結果では、「利用者が使用できる機器や用具が少なく利用者全員には出来ていない」という意見や「ケアのやり方に個人差がある」という意見もありました。今後、助成金など活用した福祉用具の一層の充実とケアの均一化を図る取組が望まれます。		
A-3-(2) 食生活		
A⑧	A-3-(2)-① 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。	①・b・c
<コメント>		
入所時に嗜好調査が行われ、アレルギーや好き嫌いなどの把握に努められています。肉が嫌いな方には魚や練り物で対応されています。献立は併設の介護老人保健施設と共同ですが、管理栄養士によって献立が作成され、積極的に地元の食材を活用して行事食もその季節を感じることでできる料理になっています。また利用者が好みのパンを選べるパンセレクトも行っています。温冷配膳車を使用し、温かい物は温かく冷たい物は冷たい状態で提供され、献立表が利用者の見えるところに掲示されるなど、食事を楽しみにして頂けるように工夫されています。		
A⑨	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。	①・b・c
<コメント>		
入所時に、嚥下状態、咀嚼についてなど把握し、栄養ケアマネジメント計画を策定し、実施されています。普通食、軟食、ミキサー食など病状に応じた食事形態にも対応されています。特に利用者の脱水には注意されており、記録によって各利用者の水分量が把握され、飲み物についてはその方の状態に合わせてスポーツ飲料やゼリーを活用するなど、利用者の好みや身体の状態に応じた対応が実施されています。		
A⑩	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・①・c
<コメント>		
歯科医師及び歯科衛生士からの技術的助言及び指導に基づいて、口腔ケアマネジメント計画書を職員が作成され、利用者の状況に応じた口腔ケアに取り組まれています。また職員の資質向上のため、協力歯科医院による口腔ケア研修が実施されています。口腔感染症予防のために開発されたポイック水を活用し、口腔ケアに取り組まれています。しかしながら職員自己評価結果では、「科学的介護委員会で検討は行っているものの、その実行については不十分である」との意見もありました。職員の口腔ケアマネジメントについての情報共有と、口腔ケアに関する認識が今後の取組で更に深まることが期待されます。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	①・b・c
<コメント>		
褥瘡マニュアルを活用して利用者の皮膚管理に取り組まれています。皮膚剥離、皮膚疾患など軽微なものでも報告書を出し、原因を追究し、これ以上悪化しないようにチームで検討されて、必要時にはエアマットを使用されています。また、科学的介護委員会にて褥瘡ゼロの目標を掲げ、各ユニットでグループ化を図りチームで目標を達成する取組が実施されています。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	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。	①・b・c
<コメント>		
喀痰吸引・経管栄養マニュアルが整備され、医師の指示の下、家族の同意を得て、実施されています。介護職員は研修を受け、夜間帯も対応できるように体制を整えられています。また、当施設が喀痰吸引等の研修施設となっており、毎年数名の介護職員が計画的に受講し、大半の介護職員が資格を取得されています。		

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A13	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>機能訓練指導員として理学療法士と作業療法士、さらに言語聴覚士が配置され、個別機能訓練計画書に基づいて、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を実施されています。個別機能訓練計画書は3ヶ月ごとに評価を実施されています。入退院があった場合は、退院時に病院内でリハビリ担当者との面談し、継続的に訓練ができる体制を整えられています。日々の生活の中にも毎日がリハビリと捉え、四季の行事やカレンダー作り、歌唱、パズル、塗り絵、豆拾いなどの活動を行い介護予防に努められています。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
A14	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>入所時に生活歴などを確認し、認知症の状態に合わせてカンファレンスを行いながらケアが行われています。</p> <p>利用者の席の配慮を行い、利用者同士のトラブルの防止策を実施されています。感情が不安定になられた利用者には、各ユニットにある中庭へとその場を離れて職員が中庭に誘導して環境の変化から安定を促すことや、ひとりが好きな方にはそのスペースを設けるなど、ゆとりある設計の施設特性を活かして、その方に応じたケアを行うように努められています。精神科の医師による往診の際に認知症のケアについて相談されています。しかしながら、職員自己評価結果では、「行動の抑制や、不適切な接し方がたまにある」との意見もありました。今後、更なる認知症ケアに関する研修会等の開催が期待されます。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
A15	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>急変時のマニュアルを作成して、毎日利用者の体調管理が行われています。バイタルサインに異常が見られる時は、午前と午後、さらに夜間帯もバイタル測定して体調変化の早期発見に努められています。法人の特性を活かして医師が4名配置されており、入所時には利用者が、自分の状態に応じて担当医を選択できる仕組みになっています。異常が見られる場合は迅速に担当医が対応できるように体制が整備されています。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A16	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>終末期に近づいた場合、家族と面談し、「事前指示書」が作成されています。施設での看取りを希望される方は、医師から家族への説明を行った上で、同意書を作成されています。事前指示書はあくまでも記入した時点でのものであり、変更も可能であることも併せて説明されています。病状が悪化した場合の連絡手順も予め定められています。看取りケアについての職員研修も計画的に実施され、多職種協同で取り組まれています。家族室（看取り室）も整備され、利用者が家族と共に穏やかに最期を迎えられる取組が行われています。</p>		

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		
A17	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>家族へは定期的及び変化があった時は速やかに利用者の状況を報告されています。現在コロナ禍で面会は禁止されていますが、家族に対し、利用者の状況を連絡する場合は、希望者</p>		

にはオンライン面会が実施されています。また利用者の写真入りのお便りも出されています。家族会が設置され、年2回開催されています。家族会の会合の後、窓拭きなどのボランティア活動も行われています。

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	9	33	3
内容評価基準（評価対象A）	11	6	0
合 計	20	39	3