

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【特別養護老人ホーム版】

◎ 評価機関

名 称	公益財団法人 総合健康推進財団九州支部
所 在 地	熊本市中央区保田窪1-10-38
評価実施期間	平成28年11月9日～平成29年年4月8日
評価調査者番号	①第06-002号
	②第06-060号
	③第06-079号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：地域密着型特別養護老人ホーム 鐘ヶ丘ホームいちふさ	種別：地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護
代表者氏名：理事長 永田 美樹 (管理者)：施設長 赤池 邦子	開設年月日：平成26年4月1日
設置主体：社会福祉法人 共成舎 経営主体：社会福祉法人 共成舎	定員：20名 (利用人数：20名)
所在地：〒868-0424 熊本県球磨郡あさぎり町上西835番地	
連絡先電話番号：0966-45-6777	F A X 番号：0966-45-6221
ホームページアドレス	なし

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事					
地域密着型特別養護老人ホーム	鐘ヶ丘祭り、敬老会、クリスマス会 家族会					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
ユニット型個室 10室×2ユニット	ホール (食堂) 2か所、談話スペース、 男女共用便所 (車椅子可) 6か所 特別浴室 (個浴、リフト対応) 2か所 洗濯室					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	施設長	1	0	介護福祉士	9	0
	施設部長	1	0	准看護師	4	0
	介護職	10	1	作業療法士	1	0
	看護職	4	0	介護支援専門員	1	0

作業療法士	1	0	社会福祉主事	1	0
介護支援専門員	1	0	管理栄養士	1	0
生活相談員	1	0	調理師	4	1
管理栄養士	1	0			
調理師	4	2			
事務長	1	0			
事務員	2	0			
合 計	27	3	合 計	21	1

※ 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

<法人の基本理念>

知恵:Head、真心:Heart、支援:Handの3H

<施設の理念>

出会いに感謝し共に生きる

3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 施設周辺は豊かな自然に恵まれ、利用者の散歩などにも付き添いを行い利用者本位のサービス提供を行なっています。
- ・ 職員に対する個別面接を年2回行い、個人目標を掲げ、人事評価制度の職務等級職能要件書を整備し、公平で透明性のある職務改善に着手されています。
- ・ 職員の有休消化率が高く、熊本労働局の若者応援宣言企業の認定を受けています。
- ・ 認知症の人とのコミュニケーション法の一つであるバリデーション法を取り入れた認知症ケアに取り組んでいます。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年11月9日（契約日） ～ 平成29年7月20日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（平成 年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

- ・ 障がい者支援施設からのパンの販売を受け入れたり救護施設とのペタンク大会を開催したり、他の福祉施設との交流が行われています。また、利用者は散歩に出掛けたり、地域の衣料品店への買い物や総合グラウンドへのクルミ拾いなどで外出した際に近隣の人と語らうなど、日常的に地域と関わる機会があります。施設内においては、幼稚園児や小学生、中学生との交流が頻繁に行われており、入居者の楽しみの一つとなっています。売店には地域の方々作った作品の展示販売や子供が訪問しても喜ばれるように玄関わきにハムスターを飼うなど、施設内でも外部の人との交流が図られるような工夫が見られます。
- ・ 外出を好まれる利用者に対しては、介護職員・施設長・事務部など職種を超えて全職員が連携して同行するなど、生活の場面場面で一人ひとりの力を生かすことを第一に考えて、本人の意向に沿ってメリハリのある生活ができるように支援されています。
- ・ 食事環境にさまざまな工夫がみられます。食事のテーブルは高さが異なるものを何種類か用意されています。馴染みの利用者同士と一緒に食べる席も用意されています。また本人の希望により、ソファーに座って演歌等のDVD鑑賞をしながら自分のペースで食事される方がいるなど、一人ひとりが和やかな雰囲気の中で食事を摂られています。

◆改善を求められる点

- ・ 中・長期的なビジョンと計画を明確にし、それを反映した単年度事業計画の策定が望まれます。
- ・ ホームページの作成やリーフレットの内容更新を行うことで、より広く施設のサービス内容を発信できると期待されます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29. 7. 20)

今回、指摘を受けた中・長期的なビジョンと計画及びホームページの作成は早急に取り組みます。職員のアンケートの結果は、基本理念にもあります3Hの通り、知恵を出して支援してもらいつつ、組織として改善が求められるところは改善していきます。近年重度化が進んできて、地域密着型の特色が活かせなくなっている部分もありますが、スタッフの育成に力を入れ、他職種と連携し、状況は変わっても入居者様お一人お一人に施設理念である「出会いに感謝し共に生きる」を基に質の高いサービスを提供できるよう努めていきたい。今後はより地域密着型の特色を活かし、ご家族は基より地域との関係づくりをさらに深め、地域から求められる施設である為にもさらに組織力を高め、今回の評価を活かせるようにしていきたい。

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		
	家族・保護者	16	
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・ ① ・c
<p><コメント></p> <p>施設開設20周年を迎えるにあたり、法人理念・施設理念の見直しのために、職員を含めた理念検討委員会を設置し、将来に向けて新たな理念構築に取り組んでいます。現在の基本方針は、重要事項説明書に記載されていますが、運営規定との差異が見られます。また、利用者や家族へは重要事項説明書やリーフレットは提示されていますが、今後はわかりやすく説明した資料や周知状況の確認についても期待されます。</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・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>あさぎり町地域包括支援センター運営協議会、同地域密着型サービス運営委員会に参加し、町内の動向を把握すると共に、運営推進会議で毎月の利用数、男女年齢、平均年齢等について報告を行なっています。5月の理事会、理事長幹部会で、事業所と法人の決算書と事業報告書の説明が行われ、その後、月次の運営会議で職員に報告しています。今後は社会福祉事業全体の動向等を含む経営状況を、中・長期計画や単年度事業計画に反映できるよう、状況把握と分析の具体的な資料を整備されることが望まれます。</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。	③ ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所と法人の収支決算と事業報告は、期首に職員に説明が行われています。理事長幹部会や運営会議でコスト分析や人事考課制度の見直し、法改正への対応等が検討されています。運営会議やユニットリーダー会議では、経営課題について検討がなされ、職員体制の見直しや人員の確保、効率的な業務遂行のための施設運営ソフトの導入など具体的な取り組みに繋がられています。</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。	a・b・ ④
<p><コメント></p>		

<p>地域ニーズに応じて計画的に本施設が開設されています。また、介護職員処遇改善に伴い、キャリアアップ制度、人事考課や給与規定を整備されています。しかし理念・運営方針に向けた全体的な目標や、事業計画及び収支計画の数値目標や成果の設定が明文化されていません。今後は中・長期計画に参画する部門や分析時期の規定、具体的な事業計画及び収支計画の策定が望まれます。</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・b・㉔
<p><コメント> 次年度の事業計画は、各部門の年度報告を受けて全体総括、地域密着型介護施設（いちふさ）、介護部等の各部門で策定しています。しかしその内容はほとんど3年間変わっておらず、数値目標や成果の設定等がなく、各部門の業務内容にとどまっているようです。今後は中・長期計画を反映した単年度の事業計画の策定が望まれます。</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。	a・㉕・c
<p><コメント> 事業計画は、理事長・施設長・施設部長・ユニットリーダーで協議して作成し、決定内容はユニット会議等で報告しています。事業計画書は各部門に回覧されていますが、職員への周知徹底には至っていない状況です。また、前年度の事業評価と見直しについて具体的な記録が作成されておらず、次年度の事業計画への反映方法について確認できませんでした。今後は、経営状況の分析、中・長期計画、単年度事業計画への展開についてプロセスを明確にし、文書の整備と職員への周知徹底が望まれます。</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。	a・㉕・c
<p><コメント> 事業計画書は、事務室前のカウンターに閲覧できる状態で管理されています。しかし、年2回開催される家族会での配布や説明は行われていません。今後は利用者や家族にも事業計画が周知され理解できるように、掲示板や広報誌、家族会等を活用した取り組みが望まれます。</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り組みが組織的・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り組みが組織的に行われ、機能している。	a・㉖・c
<p><コメント> 一体的に運営している併設の特別養護老人ホームが平成25年度に受審した福祉サービス第三者評価を受け、法人全体としてサービスの質の向上に取り組み、現在は毎月オレンジカフェ（認知症カフェ）を開催し、地域の方の参加を積極的に促しています。また、毎月開催されるユニット会議では利用者毎のサービス内容の検討を行う等、PDCAサイクルに基づく取り組みが行われています。しかし自己評価は今回の第三者評価が初めての実施となっていることから、今後は職員や家族に向けた無記名でのアンケート等によるサービス評価の取り組みを行うとともに、広報誌やホームページ等を活用して福祉サービスの質の向上への取り組み状況の積極的な公表が期待されます。</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・㉖・c
<p><コメント> 法人全体として前回の第三者評価の評価結果を踏まえ、課題となっていた職員教育に関しては、年間を通して計画的な職員研修を実施するとともに、個人目標の達成状況を確認する目標管理シートが作成されています。今後は、今回の自己評価や第三者評価の結果をもとに、改善計画を文書化して職員間で共有されることが期待されます。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 施設管理者は、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>施設長の役割が運営規定に記載されており、各会議を通じて職員に理解を図っています。また職員の理解をより深めるために、幹部役割分担表（理事長・施設長・事務長・施設部長・在宅部長）と各種会議・委員会の位置づけ等が作成されています。今後は現状に合うように幹部役割分担表の見直しを行うことが期待されます。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護や人権擁護、スピーチロック・身体拘束禁止、倫理及び法令遵守について、全職員向けの研修を実施するなど法令遵守を徹底されています。入所者の預かり金については、規定に従って適切に記録し、担当者、相談員、事務長、施設長が残高を毎月確認するとともに、3ヶ月毎に通帳コピーを添付して家族に報告されています。</p>		
Ⅱ-1-(2) 施設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、その取り組みに指導力を発揮している。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>前施設長がサービス向上を目的に会議や巡回、表彰等のシステムを構築し、現施設長・施設部長・ユニットリーダーがそれを引き継ぎサービスの向上に向けた活動を行っています。施設長は各ユニットを巡回して利用者や職員に対して積極的に声かけや業務のアドバイスを行っています。また理事長幹部会議、幹部会議、ユニットリーダー会議を頻繁に開催し、実施状況の報告を受けた上で評価を行っています。各ユニット・部門の福祉サービスの向上に向けた改善活動を、期末に発表する機会を設け、チーム・オブ・ザ・イヤーとして表彰を行い、職員の意欲を向上させています。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>運営会議やユニットリーダー会議で、環境美化や広報、人事、サービス内容、利用状況、コスト管理、研修課題等について、施設長がリーダーシップを発揮して協議していることが議事録で確認できました。現在、介護記録は手書き作業となっていますが、全部門で文書作成の統一化と情報共有により作業の効率化を図るため施設運営ソフトの導入を進めているなど、業務の改善に積極的に取り組まれています。</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、取り組みが実施されている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>必要な福祉人材の確保や人員体制に関する考え方は、職務等級職能要件書の中で、ユニットリーダー等の担当者の役割と位置付けています。また、年間を通して職員が教育を受けられるように、研修を計画的に実施されています。今後は新人教育や全体研修計画だけでなく、職種や経験年数、知識や技術の習得度に応じた階層別研修や、必要な福祉人材の確保のため</p>		

の採用計画を単年度や中・長期計画で策定されることが望まれます。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>現状、介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算方法で入所者の数に対して2：1以上に配置されています。また、新たに介護福祉士資格取得を希望する職員に対しては、ユニットリーダーがシフト調整や指導を積極的に行うだけでなく、新たな資格取得を希望する職員に対しては、個人面談で指導を行っています。同時に隣接する特別養護老人ホームと共に年間を通してスキルアップ研修を計画的に実施しています。人事評価制度の職務等級職能要件書の主任の判断基準項目にメンバーの育成指導を定め、担当者の役割を明確にして運用の準備が進められています。処遇改善についても課題として取り組まれています。</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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>ユニットリーダーが年2回の個人面接を実施し、評価フォロー表で個人の意向を確認しています。ストレスチェック後は、必要な職員に対して個人面談を行い、本人の意向を聞いて配置転換を行っています。あさぎり町が開催するメンタルヘルス受付窓口を紹介する等、職員のプライバシーにも配慮しています。また、有休の取得状況や育児休暇、産休を把握するための有休整理簿を作成したことで、職員の有休消化率も高くなり、熊本労働局の若者応援宣言企業の認定を受けています。さらに、パート職員の定期健康診断の実施、インフルエンザ予防接種の費用の施設負担、健康上不安がある職員や妊婦は早い段階より夜勤帯から外すなど職員の負担を軽減しています。</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り組みを行っている。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>全員を対象に職員スキルアップ研修として介護施設の倫理、法令研修など10回を計画し実施しています。またユニットリーダーが年2回の個人面接を実施し、目標管理シートに個々の努力目標を記録していますが、期待する職員像（プロ意識・独創性・協調性・積極性を持ちマネジメントやコミュニケーションを含めたトータル的な能力が発揮できる職員）に向けた具体的な教育内容としては十分と言えません。今後はキャリアパスや職務等級職能要件書に基づく評価表と合わせた構築が期待されます。</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。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>研修委員会で職種別・テーマ別等、必要な研修計画を作成し、リーダー研修等はユニット単位で行っています。外部研修の情報は適宜必要な職員に提供し、受講者は出張復命書で研修内容について報告しています。また、受講者に復講として発表の機会を与え、評価、見直しを行っていました。今後は、期待する職員像を職員に明示すると共に、研修内容・カリキュラムの見直しを行い、研修の習熟度、経験に配慮したOJT研修等の体系的な教育・研修についての計画が望まれます。</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。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>毎月第4水曜日の時間外に内部職員研修を実施し、外部研修については、必要な職員に日当・交通費を支給して研修に出張させるなど、復命書・研修記録で多くの職員が研修を受けていることが確認できました。しかし内部研修の不参加者には、資料の配布にとどまっております。周知が十分ではない状況です。今後は研修成果の評価・分析を行うと共に、その結果が現在進めているキャリアパス・人事考課制度に活か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、積極的な取り組みをしている。	㉑・b・c
<コメント> 実習生の受入マニュアル（オリエンテーション・窓口担当者の役割業務・実習指導者の役割業務等）が作成しており、利用者等に対しては入所時に実習生の受け入れを行っていることを説明し、了解を得たうえで実習が行われています。また、認知症介護実践リーダー研修の実習は、標準カリキュラムに基づき理事長が講師となって行われ、積極的に介護現場で働く介護職員を受け入れています。学校関係（あさぎり中学校）の実習に関しては、実習期間中においても学校側と継続的な連携を維持していくための工夫が見られます。		

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・㉒・c
<コメント> 利用者や家族に向けて、事業報告・事業計画・財務情報等が閲覧できるように、事務室前のカウンターにファイルして保管されています。また施設部長が苦情の受付窓口となっており、第三者委員も設置され、苦情内容や対処内容も運営会議で具体的に報告されています。法人・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容は掲示板で確認することができます。施設行事等は鐘ヶ丘ホームだよりで報告されているものの、理念・運営方針・事業報告等の情報公開は十分とは言えません。今後はホームページ等や掲示板を利用して情報公開されることが期待されます。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 事務・経理・取引関係については、職務分掌規定・経理規定等によりルールが明確に示され、必要な職員がいつでも確認できる状態にしています。また、会計処理は税理士と顧問契約を結び、毎月の収支状況を確認して決算書を作成されています。法人内では監事2名による事業監査・会計監査を行っています。監査結果は書面で理事会・評議員会に、会計処理は熊本県、社会福祉法人経営者協議会に報告し、協議会のホームページで閲覧することができます。		

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り組みを行っている。	㉑・b・c
<コメント> 障がい者支援施設のパン販売や救護施設とのペタンク大会などを通じて他の福祉施設との交流があります。地域の衣料品店への買い物や総合グラウンドへのクルミ拾い等の外出や散歩の際には近所の方と語らうなど、地域との交流が個人や小集団で行われています。また併設の特別養護老人ホームと共に幼稚園や小学生、中学生との交流も頻繁に行われています。売店では地域の方々が作った作品の販売を行ったり、施設を訪れる子供たちが喜ぶように玄関わきにハムスターを飼うなどの工夫も行っています。		
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・㉒・c
<コメント>		

<p>ボランティアの受け入れは、ボランティア申込書により施設部長が受付を行い、ボランティア対応マニュアルに沿って誓約書や名簿が作成されています。現在開催しているオレンジカフェは、ボランティア活動保険に加入し、ボランティア友の会「あさぎり」の支援を受けながら、和やかな雰囲気の中で地域との交流が行われています。また学生を対象にしたボランティア体験も行われています。今後はボランティアの受け入れに関する基本姿勢をマニュアルや運営規定に明文化することや、併設する特別養護老人ホームと区分してファイリングやマニュアルを整理することで、各施設の特徴に準じたボランティアの活用・育成につながると期待できます。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	㉠・b・c
<p><コメント> 運営推進会議で民生委員から地域の情報を収集しています。また、町の地域ケア会議や地域の安心見守りネットワーク等に参加したり、老人福祉施設協議会の女性施設長の会に理事長と施設長が参加して情報交換を行うなど積極的な取り組みが見られます。かかりつけ医や緊急連絡先などの関係機関への連絡方法は、利用者ごとに個人リストで管理されており、情報は事業所会議で説明されるとともに各担当部署に保管され、必要に応じて職員が活用できる体制が整っています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	㉠・b・c
<p><コメント> 明るく家庭的な雰囲気や地域や家族との結びつきを重視した支援を行うという施設の機能を活かし、併設の特別養護老人ホームと共に施設の一角で月に1回、オレンジカフェが開かれるほか、小学生を対象とした認知症サポーター養成講習や、高校生を対象とした徘徊模擬訓練を行うなどの活動が行われています。</p>		
27	<p>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。</p>	㉠・b・c
<p><コメント> 平成26年4月1日に従来型の特別養護老人ホームの併設施設として創設されて、自主事業としてデイサービスでの泊り、在宅介護者の会、本人交流会等、福祉施設の機能を地域に還元しています。また、施設では認知症ケアに力を入れており、球磨地域在宅療養支援体制「オレンジ安心ネットかちやらんと」やあさぎり町ささえ愛福祉ネットワーク連絡会、あさぎり町介護事業所連絡会（Sネット）にて、認知症家族会への支援、地域での見守り団体の拡大、認知症サポーター養成などに尽力しています。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	<p>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り組みを行っている。</p>	㉠・b・c
<p><コメント> 法人組織の基本理念として3H（知恵：Head・真心：Heart・支援：Hand）が挙げられており、「出会いに感謝し共に生きる」を施設理念として、リーフレット・重要事項説明書・入所契約書にも具体的な内容として記載されています。さらに組織内で共通理解を図る為に「倫理及び法令順守」を題目に職員研修が行われています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護については、重要事項説明書や入所契約書のほか、身体拘束廃止への取り組みマニュアル、倫理マニュアルにも記載されています。また職員に対しては、プライバシー保護に関する研修も行われています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>同じ法人下で行われている地域密着型介護老人福祉施設、通所介護、居宅介護支援事業所等のサービス内容は、5つ折りのリーフレットに記載して各窓口に設置し、見学者や訪問者がすぐに手にすることができます。ホームページは作成されていませんが、理事長がフェイスブックから情報の発信を行っています。近隣の住民にオレンジカフェの開催チラシを配布し参加を呼び掛ける取り組みは、地元の人吉新聞にも取り上げられ報道されています。今後はホームページの作成やリーフレットの更新などを行っていくことで、より広く施設のサービス内容を発信できると期待されます。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの利用や変更については、併設の特別養護老人ホームと兼任する介護支援専門員が主となって対応しており、必要時はジェスチャーやわかりやすい言葉に変えて重要事項説明書の説明や契約の開始・変更が行われています。またサービス利用開始前には、施設見学や体験利用を行ったり、なじみの家具の持ち込みや生活習慣への配慮について丁寧に説明したりしているので、利用者は理解・納得した上での利用となっています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>現在家庭に移行する方はほとんどありませんが、入院時は特別養護老人ホームと兼任する看護部より、疾患や内服管理の状況等を病院に情報提供しています。また、病院から施設に戻ってくる際にも、入院中の様子がサマリーとして返ってきており、必要な場合は看護師が直接病院に出向いて情報の交換を行うなど継続性に配慮した対応が行われています。在宅や他施設からの移行に関しては、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように、居宅介護支援事業所や施設の介護支援専門員と相談員との連携を密にとっています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>利用者の満足度調査においては調理部では嗜好調査が行われています。介護部では自らの意見を言葉で表すことが困難な利用者が多いことから、職員は利用者の眼差しや表情、身振りや手振りなどでニーズを把握するとともに、利用者一人ひとりに対して異なるコミュニケーションツールを用いて確認を行っています。また家族の面会時や家族会では家族の意見や希望を聞き取るなどの取り組みにも力を入れています。これらの方法で収集した情報は、介護支援専門員が開く会議や事業所会議での共有や検討が行われ、食事メニューやケアの見直しに活かされています。今後は自己表現が困難な利用者から得られた情報は、アセスメントシートとして用いているセンター方式の様式にその都度気づきを加えていったり、家族へのアンケートやその結果を公表したりすることで、より利用者満足の上昇につながると期待されます。</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・ ⑥ ・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決を行うための受付方法や手順は重要事項説明書に記載されています。特別養護老人ホームと職務を兼任する理事長や施設長は、福祉サービス苦情解決研修へも参加しています。苦情受付窓口は施設部長となっていますが、第三者委員（司法書士、僧侶、民生委員）に直接相談することも可能です。第三者委員は施設から定期的な報告を受けると共に、施設に年6回足を運び、理事長・施設長・施設部長と共に苦情の解決に向けて取り組んでいます。内容の公表については重要事案の自治体への報告を除いては、運営会議での情報共有にとどまっているようです。サービスの質の向上に向けた取り組みの一環として、苦情内容や解決結果等を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、家族会や会報誌等で公表するなど今後の取り組みに期待します。</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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設で実施しているオレンジカフェや日常の関わりの中で相談事や意見が把握できるよう、職員は丁寧に接しています。また介護相談・地域づくり連絡会から介護相談員の2名が施設を訪問し、利用者から相談や意見を聞き取る体制も整っています。家族向けには玄関わきに意見箱が設置されているほか、家族会や相談室での個人面談の際に意見を汲み取っています。</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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>相談や意見・苦情は、内容を確認し法人指定の苦情受付書に受付日・受付者・内容・希望などを記入して、施設長に報告する体制がありマニュアルも整備されています。寄せられた内容は①説明・情報不足②職員の態度③サービス量や内容④権利侵害⑤その他に区分され、理事長・施設長・施設部長を中心として敏速な対応を図るとともに、時間を要する案件に対しても丁寧な対応が行われており解決へとつながっています。また利用者や家族からの相談や意見に対しては、ケアを行う際や面会時に職員が聞き取ることも多く、ユニットのリーダーを通して敏速に経営陣に伝えられています。</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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>介護事故再発防止を重要課題として、介護事故報告制度を導入してヒヤリハット報告書の提出を積極的に促しています。施設部長が中心となりユニットリーダー会議で月ごとにまとめた結果を下に、事故等の原因を分析し、再発防止に繋ぐための検討会を行い、各部署に持ち帰って周知を行っています。事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアルも整備されています。また年間職員研修計画に事故防止、感染症及び食中毒防止、救急救命、非常災害訓練の研修を組み込むなど職員への教育にも力を入れています。</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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>感染対応マニュアルが整備され、法令に準じて調理部の検便や浴室の湯の検査などが実施されています。インフルエンザの流行時期には県内や人吉・球磨インフルエンザ警報を参考に予防対策をとっています。マスク着用や手指消毒等を徹底したり、加湿器を設置して日に3回給水点検を行ったり、また居室の清掃と衛生管理を徹底するなど感染拡散の防止に尽力しています。感染症対策に関する責任と役割は運営規定に明記されており、調理部・看護部・介護部それぞれに責任者が設置されています。</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。	① ・b・c

<p>＜コメント＞</p> <p>職員の緊急連絡網が介護ステーションや看護ステーションに掲示してあり、消防法に規定されたハード面も整っています。屋外に避難する際には建物の構造上、踊り場がある非常階段を使用することもあります。共有スペースのサッシ戸が全部引違い窓となっており、車椅子でも容易に避難することが可能です。また消防計画を策定し、年2回の避難訓練が行われています。火災・地震・風水害の対応マニュアルがあり、自治体やライフラインの連絡先も一覧表になっています。</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・c
<p>＜コメント＞</p> <p>標準的な実施方法は特別養護老人ホームとともに、看護部・介護部・調理部の各部署でマニュアルが作成されています。介護支援専門員が作成する施設サービス計画書や見直しも、各部門と共同して実施されています。またそれぞれのマニュアルや計画書には利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に配慮した文章が随所に見られ、職員への周知はOJT研修にて実施されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>施設サービス計画書の見直しは、特別養護老人ホームの看護部・介護部・調理部・機能訓練の担当職員によって、3か月に1回行われています。また実施中の心身の変化においては、各担当部署で事前に検討が行われており、看取りケアの段階になった場合は居室の移動や見取り計画に移動するなど、PDCAサイクル（Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善））が、きちんと機能しています。</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・c
<p>＜コメント＞</p> <p>センター方式のアセスメント表（なじみの暮らし、B-4、C-1-1、C-1-2、D-1、D-2、E）を用いて受け持ち職員が情報収集を行い、介護支援専門員が作成した施設サービス計画書ができた後は1週間分の総合記録シートを用いて随時変化を記録しています。また必要な場合は、入所前に利用していた医療機関や居宅介護支援事業所、自治体等とも連絡を取り合っています。</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・c
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者一人ひとりの記録は総合記録シートを用いて1週間の状況を記録し、施設介護計画の実施状況や利用者の心身の状態の推移が確認できるようになっています。入所者全体の状況は介護日誌、看護日誌に記録されており、3か月に1回のサービス担当者会議（ケアカンファレンス）の中で、介護支援専門員、看護・介護・調理・機能訓練の各部門が参加しての検討を行った後に見直しを行い、各部署に報告・周知が行われています。入所後に入院や看取りの段階となった場合は、看護師が中心となって心身の状況や内服状況等の情報提供を本人や家族、職員に行い、入院中も看護師が訪問するなど配慮されています。また、看取り対象者の家族にも細やかな説明を行い同意を得ています。</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、職員間で共有化されている。	a・Ⓑ・c

<p>＜コメント＞</p> <p>施設独自で作成されている総合記録シートで、一人ひとりの1週間分の変化が一目で確認できるようになっており、定期的に関われるケアカンファレンスや担当部署の会議、朝のミーティングの際の引き継ぎや申し送りでも共有化が図られています。これまで手書きでの記録となっていたが、今年度にはパソコンソフトの導入とネットワーク化が計画されており、現在より密に情報の共有化が図られると期待されます。</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・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者の記録は熊本県特別養護老人ホームの設備及び運営基準に準じて、開設時以降の入所者の記録と処遇計画が保存されています。重要事項説明書や就業規則にも記録の管理に関する記載があります。現在書面による管理の他に、電子データの管理も各部署の責任者が統括して行っています。</p>		

評価対象Ⅳ

A-1 支援の基本

		第三者評価結果
A-1-①	職員の接し方について、利用者を個人として尊重する取り組みを行っている。	a・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>法人の基本理念である3H（知恵：Head・真心：Heart・支援：Hand）とともに、いちふさの理念「出会いに感謝し共に生きる」も職員の共通理解が図られています。またユニットごとに、円満ユニット「初心に返り、新たな気持ちで頑張る」、暖暖ユニット「住み心地の良い住まい」の目標を掲げ、利用者や家族とより深い関係を築くために、「その方の家におじゃまする」という姿勢で日常の支援にあたっています。ふさわしくない呼称等があった場合は、その場でリーダーが口頭で注意しユニット会議でマニュアルを参考にしながら改善案を出し合うなど、常に人権尊重の意識を持ち支援されています。</p>		
47	A-1-② 利用者一人一人に応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>個々の意向と必要に応じた個別支援の実施を計画に挙げ、24時間シートを用いて利用者の生活意向を把握し、利用者が望む暮らしの継続ができるよう支援されています。認知症の周辺症状で「外に出たい」と時間を問わず何回も要求される利用者に対しては、利用者本人の力を生かすことを一番に考えて、介護職員・施設長・事務部など職員全員が協力して同行するなど、個々の意向に寄り添いながらメリハリのある生活ができるように支援されています。また外部とのふれあいなど利用者が楽しみにしている事を実現するために、地域住民との交流の場として月1回のオレンジカフェの開催や、デイサービス利用者が施設利用者と一緒におやつを食べる「よけまん会」やクラブ活動にも力を入れています。</p>		
48	A-1-③ 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・b・c
<p>＜コメント＞</p> <p>自身の意見を言葉で表すことが困難な利用者が多いことから、利用者の眼差し、表情、身振りや手振りなどでニーズを把握するとともに、利用者一人ひとりに対して異なるコミュニケーションツールを用いて確認を行っています。施設の特色であるバリエーション法を用いて、利用者の自己開示にも力を入れています。</p>		

A-2 身体介護

		第三者評価結果
49	A-2-① 入浴介助、清拭等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>入浴に関するマニュアルにより入浴の手順が確立されており、入浴前・中・後も体調管理やスキンチェックを行い、快適に入浴できるように支援しています。また浴室・脱衣場の室温の管理、安全に入浴できるスタッフの配置などに配慮されています。入浴日以外でも、利用者の要望がある場合は、適宜入浴できる環境を整えられています。さらに清拭の場合もカウンターに乾式装置を常設し、利用者の清潔が常に保たれるような環境が整えられています。</p>		
50	A-2-② 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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>排泄に関するマニュアルの共有により手順が確立されています。時間ごとの排泄介助を行うのではなく、利用者の生活パターンを把握し、総合記録シートを用いることで排泄時間の予測が付き、スムーズな支援が可能となっています。</p>		
51	A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ユニット毎に利用者の状態を常に話し合っており、利用者のADLに合わせてスライディングボードを使用するなど、利用者の負担軽減を第一に考えて支援されています。また車椅子使用の利用者へは、体勢を保つためのクッションを利用して安楽なポジショニングが確保できるよう工夫されています。さらにベッドからの転落等で怪我に結びつかないように、クッション素材の床材を使用するなど、利用者の安全が考えられています。</p>		
52	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>現在該当者はいないとのことで褥瘡が発生しないように看護部が中心となって利用者の管理観察に注力されています。栄養面と介護面からも管理されており、関わる職員全体で発生させないよう努めています。またマニュアルも整備されており、発生したときの手当ての方法などが明記されています。</p>		

A-3 食生活

		第三者評価結果
53	A-3-① 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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>栄養士が各ユニットを巡回し、介護職員に食事状況を聞き取り嗜好調査を実施しています。旬のものを取り入れた献立を心がけて、利用者の状態に応じた形状の食事や手作りのおやつ、行事食が適温で提供されています。ユニット内では本人の好みの湯飲みでお茶を飲むなど、家庭的な雰囲気の中で食事を摂られています。利用者が自分で食事できるようにテーブルの高さを何種類か用意するなど利用者の状態に応じた工夫が見られます。また、馴染みの利用者同士と一緒に食べられる席を設けたり、「ゆっくり好きな歌謡番組を見ながら食べたい」と希望される利用者には、ソファにゆっくり座りDVD鑑賞をしながら自分のペースで食事できるように環境を整えたりしています。定期的に施設運営のパン屋が訪問することで、嗜好品も自由に求めることができます。</p>		
54	A-3-② 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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が安全に食事できるように、スチームコンベクションの導入により普通食からソフト食までの提供が可能になっています。調理部・看護部・介護部で連携を取りながら、栄養ケア計画の下、アセスメント・スクリーニング・モニタリングと栄養マネジメントが実施されています。また「眠い」と食事時間に居室より出てこられない利用者には、食事をした時間を見計らい、食事をレンジで温めて提供する心配りも見られました。</p>		
55	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・㉒・c

<p><コメント></p> <p>毎食後の口腔ケアが実施され、歯科受診や歯科衛生士のアドバイスも受けています。今後は個別の口腔ケア計画書を策定し、職員のケアが統一できることを期待します。</p>	
---	--

A-4 終末期の対応

		第三者評価結果
56	A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>支援の指針やマニュアルが整備されており、看護部が中心となって職員との連携を大切にしながら、終末期のケアを実施されています。家族に対しては、家族会で年に2回、緩和ケアの講習を行っています。また、看取りの時期に入ると家族は利用者の居室で付き添われますが、希望者には併設の特別養護老人ホームと共用のゲストルームを提供されるなど、終末期を迎えるにあたっての環境が整えられています。</p>		

A-5 認知症ケア

		第三者評価結果
57	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>認知症のケアに大切な「その人らしい実現の支援に努める」という目標のもと、認知症ケアに日頃から力を入れています。多くの職員が認知症実践者研修を修了しており、認知症の中核症状・周辺症状の原因・行動パターンを理解して支援が行われています。またバリデーション法を用いた受容的な関わりで、自律した生活につなげる支援を心がけています。環境面では箱筆筒を配置したり、介護支援専門員が障子をしつらえたりして昔を思い出すような雰囲気作りも行われており、それぞれの状態にあわせた介護や日常生活に配慮されたプログラムでの支援が行われています。</p>		
58	A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設での生活が「出来る限り住み慣れた地域での生活の継続」ができるように家族の協力を得ながら、好みのものを持ち込み、安心して生活できるような工夫がなされています。また介護度を考慮しながら異食等に繋がらないように、居室や食堂の物品の配置に工夫が見られます。</p>		

A-6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
59	A-6-① 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・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況のアセスメントを十分に行い、必要な機能訓練と認知症の進行予防のためのプログラムを組み、特別養護老人ホームと兼任の理学療法士や作業療法士等に相談しながら機能訓練や介護予防活動を行っています。また月に2回の「リハビリ体操レクリエーション」は多くの方が参加しています。クラブ活動では外部講師を迎え、絵手紙教室・手芸・書道・童謡を歌う会など様々な介護予防の活動が行われています。童謡を歌う会では職員がピアノ伴奏を行っており、利用者の生活を彩る機会となっています。</p>		

A-7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
60	A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	㉠・b・c

<p><コメント> 利用者の体調変化に迅速に対応できるマニュアルがあり、医師との連携や看護師との夜間のオンコール体制も整っています。また内服薬の管理は看護部で行い、内服時は二重確認を行って誤薬を防いでいます。嘱託医の回診のほか、利用者の体調不良時は専門の医療機関の受診など状況に応じた対応がなされています。</p>	
61	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 ㉠・b・c
<p><コメント> インフルエンザ・感染症予防に関するマニュアルが整備されています。感染症の発生状況を見ながらマスクや消毒液の常設と使用はもとより、面会の制限を行うなど外部から感染源を持ち込まないように環境整備を徹底しています。また職員に対しては感染症や食中毒に関する研修が定期的に行われており、インフルエンザ予防接種の費用も施設が負担されています。</p>	

A-8 建物・設備

		第三者評価結果
62	A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性や来所者が利用しやすいように配慮した取り組みを行っている。 ㉠・b・c	
<p><コメント> 身近にグランドピアノがあったり施設内のいたるところに絵画が飾られたりと、「利用者の生活を豊かにしたい、快適にしたい」という創設者の想いが随所にあふれています。また各ユニットには趣のある内装が施されています。来訪する子ども向けにハムスターが飼育され動物と触れ合う機会も提供されています。さらに屋外にはユニット共有のスペースがあり、家族や友人と庭を眺めながら語り合える憩いの場所が設けられています。トイレや浴室等は清潔に保たれ、手すりなども利用者が使いやすいように配慮されています。</p>		

A-9 家族との連携

		第三者評価結果
63	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 a・㉠・c	
<p><コメント> 入居時から家族の意向を確認して施設プランに反映させると同時に、プランの更新や変更時などは家族にもカンファレンスに参加してもらうことで情報の共有ができています。また広報誌に行事を掲載するだけでなく、葉書で行事への参加の呼びかけを行うなど、多くの家族の参加を促しています。今後は家族会などで事業計画や事業報告などが周知されることが望まれます。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	26	17	2
内容評価基準（評価対象A）	16	2	
合 計	42	19	2