

(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：特別養護老人ホーム 鐘ヶ丘ホーム	種別：介護老人福祉施設
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10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：70名 (利用人数：70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				
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、オレンジカフェ				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
2人部屋 9室、4人部屋 8室	機能訓練室、ボランティア室、静養室、医務室、大ホール、調理室、特別浴室、一般浴室、作業室、ゲストルーム、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	介護福祉士	16	1
施設部長	1	0	准看護師	4	0
介護職	20	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	37	3	合 計	28	2

※ 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>

私ども鐘ヶ丘ホームは自己研鑽に励み、入居者に対しては人生の先輩として尊敬し、奉仕と人間愛の精神で接し、高齢化社会を迎える地域の為に貢献できるよう全力で努力いたします。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 熊本県から委託の認知症介護実践者研修・認知症介護実践リーダー研修・若年性認知症受入促進研修の実習生受け入れや、地域住民や家族、利用者との交流の場としてのオレンジカフェ（認知症カフェ）の開催、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ケアなど、認知症ケアに力を注いでいます。
- ・ 従来型の特別養護老人ホームですが、施設設備の特徴を生かしてユニットの形態に区分し、家庭的な環境の中で一人ひとりに合わせた日常生活やリハビリテーション、レクリエーション活動等が行われています。
- ・ 看護部が中心となって看取りケアの体制が整えられています。家族や嘱託医、介護部との連携体制や看取りの手順等がマニュアルに整備され、職員の精神的なケアにも配慮されています。

## 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）	2回（平成25年度）

## 5 評価結果総評

### ◆特に評価の高い点

- ・ 地域との関係づくりにおいて、様々な取り組みが行われています。小学校や中学校、高校の学生向けに介護体験を通してのボランティア教育に力を入れています。また施設の一角ではボランティア団体と協働してオレンジカフェも運営されています。施設内の売店には地域住民が作成した小物を展示販売するなどの取り組みも行われています。地域の福祉ニーズの把握は、自治体からの情報だけでなく、運営推進会議に参加の民生委員・児童委員等からも情報を得ています。地域ニーズを踏まえて、地域密着型特別養護老人ホームの開設や自主事業としてデイサービスでの泊り、在宅介護者の会、本人交流会等を行うなど、福祉施設の機能を地域に還元しています。
- ・ 理事長幹部会議、幹部会議、運営会議、ユニットリーダー会議の定期的な開催により、サービス実施状況の共有と評価を行う仕組みの中で、施設長はリーダーシップを発揮されています。また、施設長は各居室や介護現場を巡回して利用者や職員に積極的に声かけを行うなど、コミュニケーションを通して課題等の把握に努められています。
- ・ 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）において、認知症家族会への支援、地域での見守り団体の拡大、認知症サポーターの養成などに尽力されています。
- ・ 家族等の希望により、看取り介護が行われています。終末期にある利用者の家族のためのゲストルームが用意されており、家族の思いにも配慮した取り組みが行われています。
- ・ 期末に、各ユニット・部門において福祉サービスの向上に向けた改善活動を発表し、チーム・オブ・ザ・イヤーとして表彰を行っており、職員の意欲の向上につながっています。
- ・ 障がい者支援施設からのパンの販売の受け入れや救護施設とのペタンク大会の開催など、他の福祉施設との交流に積極的に取り組まれています。
- ・ 有給休暇や育児休暇の取得を推進しており、有給休暇の平均取得日数や男性職員の育児休暇取得等の実績もあり、熊本労働局の若者応援宣言企業の認定を受けています。

### ◆改善を求められる点

- ・ 中・長期的なビジョンと計画が明確になっていませんので、早期の対策が望めます。
- ・ 併設される地域密着型特別養護老人ホームと区分した書類のファイリングや、マニュアルを整理することで、施設独自で行っている事業や課題が明確になると期待されます。
- ・ より広く施設のサービス内容や取り組みを発信するために、ホームページの作成やリーフレットの内容更新などが期待されます。
- ・ 災害時、安全に施設外に避難できるように、屋外の避難経路の確保と整備状況を見直すとともに、緊急避難場所の確保や緊急時に使用する用品の整備が望めます。

## 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、ホームページの作成及び緊急避難場所の確保は早急に取り組みます。ご家族アンケートの回収率が低かった為、家族会で意見の聴取を行ったところでした。職員のアンケートの結果は、組織として改善しなければならないところは職員の意見も取り入れながら取り組んでいきたい。益々入居者様の重度化が進んできており、今後、全てに対応できるスタッフの育成に力を入れていきたい。また、地域との関係づくりをより深めるためにも、オレンジ（認知症）カフェを地域に更に広めていき、あさぎり町介護サービス連絡会の機能を活かし近隣施設との交流を深め、地域ニーズの把握に努め、積極的に地域貢献を行っていきたい。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、第三者評価の結果で課題が再認識でき、今後、評価結果を活かせるように課題解決に取り組んでいきたい。

## 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	31	
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・ <b>ⓑ</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</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の理念検討委員会を設置し、職員と共に将来に向けた新たな理念構築に取り組んでいます。しかし利用者への周知はWAM NET、リーフレット、事業所内の掲示しかない状況にあり、今後は分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。また、基本方針については、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ので、統一化を図ることも望まれます。</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・ <b>ⓑ</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>あさぎり町地域包括支援センター運営協議会に参加し、町内の人口・構成年齢・要介護者数・施設入所希望者等の動向を把握しています。また、経営状況の把握については運営推進会議で毎月の利用数、男女年齢、平均年齢等の報告が行われています。事業所と法人の決算書と事業報告書も5月の理事会や理事長幹部会で説明し、その後、月次の運営会議で全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見据えた上で、経営方針や中・長期計画を策定して単年度事業計画に反映できるよう、事業経営を取り巻く情報把握と分析のための資料を整備が望まれます。</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。	<b>ⓐ</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期首に職員に対して、事業所と法人の決算報告、事業報告が行われています。理事長幹部会・運営会議でコスト分析や人事考課制度の見直し、法改正等も評議会議事録に記録されています。また職員体制、人員の確保については、各階層に応じた経営課題を明確にしたうえで、運営会議・リーダー会議等で検討し、給与規程の見直し等の具体的な取り組みが行われていました。また施設運営ソフトの導入を予定しており、効率的な業務遂行に至るよう検討が行われています。</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。	a・b・㉔
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域のニーズに基づき中・長期的な準備のもと、新たに地域密着型介護老人福祉施設を開設しています。理念・運営方針に則した中・長期の事業計画のビジョンや収支計画等の数値目標や成果の設定は、ヒアリングで確認することができましたが、明文化されていませんでした。今後は、分析や評価時期の規定も含めた中・長期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>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画は、各部門の年度報告を受け、法人全体、特別養護老人ホームのほか、介護部、看護部、調理部、ソーシャルワーク部の各部門で策定されていますが、その内容は各部門の業務内容になっているものがあり、事業計画の内容も3年間変わっていない状況です。今後は中・長期計画を立てた上で、数値目標や成果の設定を入れた単年度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>&lt;コメント&gt;</p> <p>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、ユニットリーダー会議等で報告した後に各職員へは告知や回覧等で周知が行われていますが、一人ひとりの理解を深めるまでには至っていない状況です。また、前年度の事業報告書はありますが、事業評価・見直しについて具体的な記録が作成されておらず、次期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、単年度の事業計画への展開についてのプロセスを明確にし、文書を整備されることが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書は、事務室前のカウンターに、いつでも閲覧できる状態で管理されています。しかし年2回開催されている家族会や利用者への説明は行われておらず、今後は利用者や家族等への周知と理解の促しが望まれます。</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みが組織的に行われ、機能している。	a・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前回の福祉サービス第三者評価の受審後、認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）の一つであるオレンジカフェを毎月開催しています。認知症の人や家族、支援する人達が参加して話し合い、経験者の話を聞いたり、悩みを打ち明けたりできる機会を設け、地域の方の参加を積極的に促しています。</p> <p>また、毎月開催されるユニットリーダー会議では、利用者毎のサービス計画の評価を行うなどPDCAサイクルに基づく取組みが行われています。しかし自己評価は第三者評価時のみ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組みを行うとともに、福祉サービスの質の向上への取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・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

前回の福祉サービス第三者評価の評価結果をふまえ、職員のスキルアップを図るため年間を通しての職員研修が計画的に実施され、職員の個人目標の達成状況も把握されています。今後は第三者評価の結果だけでなく、職員や利用者、家族にもサービス評価のアンケート等を行い、自施設が抱える課題を明確にして計画的な改善策を立てることが望まれます。

## 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>①</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営規定に施設長の役割が明記されており、幹部役割分担表（理事長・施設長・事務長・施設部長・在宅部長）、各種会議・委員会の位置づけ等も3年前に作成されています。しかし役割分担の内容に変更があっても、変更後の内容が更新されておらず、職員への周知も十分とは言えません。今後は現状に合うように幹部役割分担表の更新を行い職員に周知される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。	<b>②</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</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します。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。	<b>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理事長幹部会議、幹部会議、ユニットリーダー会議の定期的な開催により、サービス実施状況の共有と評価を行う仕組みの中で、施設長はリーダーシップを発揮されています。また、施設長は各居室や介護現場を巡回して利用者や職員に積極的に声かけを行うなど、コミュニケーションを通して課題等の把握に努められています。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取り組みに指導力を発揮している。	<b>②</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営の改善に向けて、利用状況やコスト管理等を協議し、同法人下に地域密着型特別養護老人ホームを開設するなどの経営努力が見られます。また業務の実効性を高めるためにユニットリーダー会議・事業所会議でサービス内容や課題を検証し、改善に取り組まれています。期末には、各ユニット・部門において福祉サービスの向上に向けた改善活動を発表し、チーム・オブ・ザ・イヤーとして表彰を行っており、職員の意欲の向上につなげる取り組みを行っています。また、作業の効率化を図るシステムとして施設運営ソフトの導入が決定しているなど、さまざまな取り組みに指導力を発揮されています。</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、取組が実施されている。	a・ <b>①</b> ・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材教育の担当は、人事評価制度の職務等級職能要件書の中で主任の役割と位置付けています。現在、介護職員 21 名のうち 17 名が介護福祉士を取得しており、人員は充足していますが、入職 2 年目の介護職員が実務者研修を受講する際には、リーダーがシフト調整や支援を積極的に行っています。また年間を通して職員が教育を受けられるように、スキルアップ研修を計画的に実施するほか、業務に必要な新たな資格の取得をサポートするため、個人面談で指導を行っています。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。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像は「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の能力が発揮できる職員」としています。介護職員処遇改善に基づくキャリアパスを導入し、介護施設の職業倫理、法令研修、福祉サービスにおける接遇などの研修を年間 10 回の計画で実施しています。また本年から総合的な人事管理として、社会保険労務士と共に全職員に対しキャリアパス、人事考課制度、給与規定との統合を進めています。今後は職務等級職能要件書に基づく評価表や研修計画が作成途中となっていることから、それらが早期に完結できること、また期待する職員像を職員に明示して進むべき方向性が示されることを期待します。</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。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ユニットリーダーが年 2 回の個人面接を実施し、本人の意向を聞き取り、評価フォロー表で状況を確認しています。改正労働安全衛生法に基づき平成 27 年 12 月より施行されたストレスチェック制度では受検結果を集団的に分析して、職場環境の改善につなげています。必要と判断した職員には、再度面談で本人の意向を聞き取り、有給休暇等の取得状況や就業状況を踏まえた上で、場合によっては配置転換を行ったりしています。その結果、平成 27 年は 2 名の男子職員が育児休暇を取得したり、全体の有給休暇消化率が高くなったりして、熊本労働局の若者応援宣言企業の認定を受けています。また、パート職員にも定期健康診断を実施し、健康上不安がある職員や妊婦は早い段階から夜勤帯から外すなどの配慮を行っています。インフルエンザ予防接種の費用負担、ストレスチェックで不安がある職員にはあさぎり町が開催するメンタルヘルス受付窓口で紹介するなど、職員の心身の健康維持に取り組んでいます。</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・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像を明確にし、ユニットリーダーが個人面接を年 2 回実施し、目標管理シートを用いて個々の努力目標を作成しています。また、様々なテーマで年間を通して実施している内部研修では多くの職員が参加しています。しかしながら、職員一人ひとりの目標管理に直接つながる育成内容としては十分とは言えません。今後のキャリアパスや職務等級職能要件書に基づく評価表との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・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</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て研修を行っています。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を行っています。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す。しかし職員の教育・研修に関する基本方針は文書化されておらず、期待する職員像、事業計画</p>		



と職員研修計画とが整合するよう、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。		
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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>内部職員研修は毎月第4水曜日の時間外に実施されており、外部研修へ参加する職員に対しては日当・交通費を支給し、出勤扱いにするように配慮しており、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。また、外部研修で得られた知識や技術は復命書に所見を記載し、教育資料の回覧を行なっていました。しかし全員を対象にした内部職員研修は半数ほどの参加者に留まっており、今後は個別の評価・分析を行うと共に、欠席者の把握と普及の見直しを行い、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を期待します。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者等には、予め実習生が入ることを入所時に説明し、了解を得たうえで行われています。また実習生の受入れマニュアル（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）を作成し、学校関係（あさぎり中学校）の実習でも、学校側と連携して継続的で意義ある実習になるよう連携と配慮が行われています。さらに認知症介護実践リーダー研修の実習受け入れでは、標準カリキュラムに基づき理事長が講師となり、積極的に専門人材の育成を行なっています。</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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ユニットリーダー会議、運営会議、運営推進会議で毎月の居室の利用状況、男女の年齢、平均年齢、介護度等を報告し、年間の事業報告・事業計画・財務情報等は毎年5月に理事会、運営会議、ユニットリーダー会議で報告しています。また事業報告等は、事務室前のカウンターでも閲覧できます。苦情に関しては施設長や関係職員、第三者委員とともに取り組んだ内容が運営会議で報告されています。行事報告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・事業報告等の報告は行われておらず、今後は広報誌の充実とともにホームページ等の活用も期待されます。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務・経理・取引関係の取り決めは、職務分掌規定・経理規定等でルールを明確にし、職員がいつでも確認できる状態です。会計処理は税理士と契約を結び、毎月の収支状態を確認し、決算書を作成するとともに、監事2名による事業監査・会計監査を行い、監査結果については書面で理事会・評議員会に報告しています。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。</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り組みを行っている。	㉑・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方について基本的な考え方は重要事項説明書にも記載されており、入所者の重度化が進む中であっても、地域の衣料品店に買い物に出かけたり、総合グラウンドへクルマ拾いに出かけたりと、個人や小集団での活動が行われています。また幼稚園の遊戯訪問や総合的な時間を使っての小学生との交流、地域の中学校からプランターの花のプレゼントがあるなど地域の子もたちとの関わりも頻繁に行われています。さらに障がい者支援施設からのパンの販売や救護施設とのペタンク大会などを通じて他施設との交流もあります。オレンジカフェは、地域のボランティアの参画の下で実施されており、売店では地域の方々が作った作品の販売や、子供が来所した時に喜ばれる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。</p>		
24	<p>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。</p>	a・ <b>㉔</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受入れは、ボランティア申込書によって施設部長が受け付けており、対応マニュアルに沿って誓約書や名簿も作成されています。現在施設ではオレンジカフェが開催されており、ボランティア活動保険に加入して、ボランティア友の会「あさぎり」の支援を受けながら、和やかな雰囲気地域との交流が行われています。また地域の子もたちがボランティアを体験できるよう教室も開催されています。今後はボランティアの受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、併設される地域密着型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、各施設の特徴に応じたボランティアの活用や育成につながると期待されます。</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>㉔</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>かかりつけ医や緊急連絡先などの利用者に関する関係機関との連絡方法は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。また運営推進会議では民生委員等と地域の情報を共有したり、町の地域ケア会議や地域の安心見守りネットワークに参加したりするなど、積極的に関係機関との連携に努めています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</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>㉔</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の一角で、月に1回のオレンジカフェが地域のボランティア団体と協働して運営されています。小学生を対象とした認知症サポーター養成講座や、高校生を対象とした徘徊模擬訓練などの活動も行われています。災害時には被災した要介護高齢者等10名の受入れや自治体との連携による地域の避難所として施設を提供できる機能を有しています。また、自宅で虐待を受けた高齢者の受入れなど福祉施設としての役割も担っています。</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>㉔</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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公益的な事業や活動に尽力されています。また自治体からの情報だけでなく、運営推進会議に参加の民生委員・児童委員等からも地域の福祉ニーズの情報を得て、地域密着型特別養護老人ホームの開設、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。</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り組みを行っている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人組織の基本理念の3H（知恵：Head・真心：Heart・支援：Hand）と、別途定めた施設の基本理念では利用者尊重の姿勢が明示されています。リーフレット、重要事項説明書、入所契約書には利用者を尊重した福祉サービスを実施するための具体的な内容が記載されています。また、組織内で共通理解をもつために「倫理及び法令順守」を題目に、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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</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、倫理マニュアルに記載されています。また職員へはプライバシー保護に関する研修が行われています。さらに看取りの時期に入った付き添い家族のためのゲストルームも用意されており、家族の思いにも配慮した取り組みが行われています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>同じ法人下で行われている地域密着型特別養護老人ホーム、通所介護サービス、居宅介護支援事業所等のサービス内容を5つ折りのリーフレットに記載して各窓口に設置しており、見学者や訪問者等がすぐに手にとることができます。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での情報発信を行っています。近隣の住民を対象にオレンジカフェの開催チラシを配布されていますが、その取り組みが地元の人吉新聞で報道されました。今後はホームページの作成やリーフレットの変更内容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思われれます。</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分かりやすく説明している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域密着型特別養護老人ホームと兼任の介護支援専門員が主となって、サービスの利用や変更について対応し、必要時はジェスチャーや言葉を変えて重要事項説明書の説明や契約の開始・変更を行っています。またサービス利用開始前については、施設案内や体験利用を行い、十分に理解し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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在、家庭への移行はほとんどありませんが、病院に入院される場合は、看護部から関係医療機関に疾患の状況や内服管理の状況等の情報提供を行っています。施設に戻ってくる際にも、入院中の様子がサマリーで返ってきており、必要な場合は看護師が直接医療機関に向いて情報の交換を行うなどサービスが継続的に実施できています。また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、相談員との連携を密にとり対応しています。</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	a・㉠・c

	組みを行っている。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の満足度調査では調理部において嗜好調査が行われています。介護部においては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、眼差し、表情、身振りや手ぶ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違った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。また家族会や面会時にも、意見や希望を聞き取ることに力を入れています。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で情報の提供や事業所会議で検討が行われ、食事メニューの検討やケアの提供に活かされています。今後は意思表示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に用いている様式にその都度気づきを加えていたり、家族会でアンケート結果等の公表を行ったりすることで、より利用者の満足へ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・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の手順は、重要事項説明書に内容が記載されています。理事長や施設長は福祉サービス苦情解決研修に参加しています。施設部長は、電話やFAXだけでなく第三者委員からも苦情や情報を受け付けています。第三者委員は、司法書士、僧侶、民生委員の3名で、施設から定期的な報告を受けると共に利用者家族から直接の苦情の窓口にもなっています。年に6回施設に足を運び、理事長・施設長・施設部長と共に苦情の解決に取り組まれています。重要案件については自治体に報告することになっていますが、その他については運営会議での情報開示に留まっているようです。今後は、家族会や会報誌、ホームページ等で情報を開示することでサービスの質の向上の一環としての働きが期待できると思われます。</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。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の相談や意見に関する取り組みは、重要事項説明書に記載されています。利用者本人へは、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ごとや意見が把握できるように職員が心を込めて接しています。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。家族に対しては玄関わきに意見箱を設置したり、家族会や相談室での個人面談で意見を汲み取ったりしています。</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。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの意見や要望は、苦情解決の仕組みと同様に、指定様式の苦情受付書に内容を記載し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その他に区分された上で検討が行われ、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に対応が行われており、解決へとつながっています。</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。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故発生時の対応と安全確保についてのマニュアルがあり、リスクマネジメントの一環として、事故防止、感染症及び食中毒防止、救急救命、非常災害訓練、事故防止等に関する年間職員計画を策定しています。また介護事故再発防止に重きを置き、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。また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げるための検討会を施設部長が中心となっており、各部署に持ち帰って周知を行っています。</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、取り組みを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策についての責任と役割は運営規定に示されており、調理部・看護部・介護部で感染対応マニュアルを整備して、それぞれの責任者が設置されています。また法令に順じて調理部の検便や浴室の湯の検査なども実施されています。インフルエンザの流行時期には県内や人吉・球磨地区のインフルエンザ警報を参考に対策の開始・解消を設定しています。その際にはマスクや手指の消毒等の徹底が実施されており、加湿器を導入して日に3回点検を行う他、感染者を看護ステーションの隣部屋に移動するなど感染拡大の防止に努めています。</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り組みを組織的に行っている。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>消防計画を策定し、年2回の訓練が行われており、火災・地震・風水害の対応マニュアルや自治体・ライフラインの取引先も一覧表になっています。また、職員の緊急連絡網が作成され、介護・看護ステーションに掲示してあり、消防法に規定された非常口やスプリンクラー等のハード面も整っています。しかし、避難口から施設外に出る経路がいずれもフェンスで塞がれていたり、雑草等により車椅子での移動に支障を来したりする状態にあります。緊急時に使用するヘルメットや懐中電灯、毛布等の備蓄や整理も十分に行えていない状況です。今後は、災害時に安全に施設外に避難できるよう、屋外の避難経路の確保と整備を行うと同時に、緊急避難場所の確保や備品の整理が望まれます。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護部・介護部・調理部の各部署で標準的な実施方法がマニュアルとして整備されており、介護支援専門員が作成する施設サービスの計画書や見直しも、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、利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に配慮した文章が随所に見られ、職員へのヒアリングの際にもOJT研修にて周知が図られていることが窺えました。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設サービス計画書は、看護部・介護部・調理部・機能訓練の担当職員が集まって、3か月に1回の見直しが行われています。また、実施中の心身の変化につ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への移行など、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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受け持ち職員は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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>総合記録シートを利用して、利用者一人ひとりの1週間の状況を記録し、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。また、入所者全体の状況は、介護日誌、看護日誌に記録されています。3か月に1回、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）が実施され、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検討した後、見直しがされており、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になった場合は、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行っており、入院中も看護師が訪問するなどの配慮が見られます。看取り対象者の家族にも細やかな説明と同意が得られています。</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。	a・㉒・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりに対して施設独自で作成されている総合記録シートを用いて心身の状況が把握され、1週間分の変化が一目で確認できる状況です。また、定期的に開か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情報の共有が図られています。これまで手書きでの記録となっていたためか全職員が記録内容を確実に共有しているとは言い難いところがありましたが、今年度にはパソコンのネットワーク上で運用する施設運営ソフトの導入が計画されており、作業の効率化や記録の一元管理、迅速な共有化が期待できます。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所者の記録は、入所者の処遇計画とともに熊本県特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例に順じて、当該入所者が退所した日から5年間保存されており、重要事項説明書や就業規則には管理面の記載があります。現在、書面の管理の他に、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 福祉サービス内容

### A-1 支援の基本

		第三者評価結果
46	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>従来型の施設ですが、2人部屋や4人部屋の居室はそのままに、廊下を隔ててのユニット形式を整えていることを活かし、入所インテーク時に利用者と家族の希望などを詳細に聞き取り、利用者本人の要望等を尊重できるように情報収集に力を入れています。利用者の情報は特養会議、各ユニット会議、カンファレンス等で職員間の情報共有ができる仕組みを構築されています。法人組織の基本理念は、3H（知恵：Head・真心：Heart・支援：Hand）が挙げられており、職員の共通理解のもとに支援が行われています。単年度の目標として、「自立支援」を包括した「自律支援」が掲げられ、その人らしく生活できるように、ユニットの再編成を行い、個々に応じた支援が行えるように環境を整えた上で支援されています。また、マニュアルや契約書等で、個人を尊重する取り組みについて明示されています。</p>		
47	A-1-② 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームの事業目的として、①その人らしい暮らしの実現に努める②利用者個々に応じた処遇に努める③専門的技術の習得に努め介護の質の向上を目指す、の3点が挙げられていま</p>		

<p>す。このことを職員の共通理解として、利用者一人ひとりに応じたメリハリのある生活ができるように支援されています。敷地外にあるデイサービスの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」を開催したり、クラブ活動に力を入れたりして、外部の人とのふれあえる場を設けるなど利用者の楽しみや希望に応じた支援が行われています。</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>&lt;コメント&gt; 施設理念のもと、利用者に寄り添ったコミュニケーションが見られます。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、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違ったコミュニケーションツールを用いて確認が行われています。施設の特色として、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用いて、利用者が自己開示できるよう努められています。</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>&lt;コメント&gt; 入浴に関する手順とマニュアルが確立され、マンツーマン形式で誘導、脱衣、入浴を一人ひとりに合わせて行っています。介護部と看護部が連携して入浴前・中・後に体調管理やスキンケアを行ったり、浴室・脱衣場の室温管理や安全に入浴できるスタッフの配置に配慮したり安全で快適な入浴ができるように支援されています。また、滑り止め効果のあるグリップ床が施され、使用具合についてのモニタリング会議も行われており、日常的に安全確保について検討されています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 排泄に関するマニュアルや手順が確立されており、オムツや着替え等は手提げバックを使用するなどプライバシーにも配慮されています。今後は排泄の自立に向けて、「夜もトイレで排泄したい」という利用者に対して、夜間のトイレでの排泄が自立できるような働きかけと工夫が望まれます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; ユニット毎の話し合いが常にされており、利用者のADLに合わせて、移乗時の介助が行われています。スライディングボードを使用したり、クッションを利用したりして、利用者の負担軽減を最優先させ、体勢を保つための安楽なポジショニングが確保できる工夫がされています。</p>		
52	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 現在は該当者はゼロで、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観察や管理に注力されています。栄養面や介護面からの管理も行われており、関わる職員全体で褥瘡を発生させないよう努めています。またマニュアルが整備されており、発生した際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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 栄養士が各ユニットを巡回して、日常的に介護職員に食事状況の聞き取りをされています。また、嗜好調査を実施するとともに、旬のものを取り入れた献立や適温の食事の提供、</p>		

<p>利用者が食事摂取しやすいように形状を変化させたり、手作りのおやつや行事食を提供したりして、美味しく食べられる工夫が見られます。利用者が自力で食事摂取できるようテーブルの高さが違うものを何種類も用意したり、座る席や一緒に食べる人との相性を考慮したりするなど、食事環境にも配慮されています。今後は、利用者の好みを献立に反映して選択できるような取り組みができると、利用者の満足度がさらに高まると期待されます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          調理部・看護部・介護部で連携を図りながら利用者の心身の状況に合わせて安全に摂取できるよう支援されています。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嚥下状態に合わせた形態での提供が可能になっています。また、栄養ケア計画が作成され、アセスメント・スクリーニング・モニタリングと利用者の状態に合わせて栄養マネジメントが実施されています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          毎食後の口腔ケアは歯科医師と歯科衛生士のアドバイスを受けて個別に対応されています。しかし、個別の口腔ケアの計画書がないので、職員のケアの統一を図るためにも計画書の整備が望まれます。また、複数の利用者の歯ブラシが、居室の共用の洗面台に一緒に置かれていたことから、衛生面や事故防止のためにも管理場所の検討が望まれます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          看護部が中心となって終末期のケアを支援されています。マニュアルが整備され、支援の指針も明確にされており、看取りの体制が確立されています。終末期を迎える家族のためにゲストルームを用意され、職員研修ではグリーフケアの研修を行うなど、家族への精神的ケアにも取り組んでいます。家族の方の理解を深めるために、年2回の家族会では緩和ケア講習も行われています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          認知症指導者である理事長が施設に常勤しており、日頃から認知症ケアの充実に力を注がれています。多くの職員が認知症実践者研修を修了しており、認知症の中核症状と周辺症状の原因や行動パターンを理解しながら認知症への受容的な関わりで接し、自立した生活につなげる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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          施設での生活が「暮らしの継続」となるように、家族の協力を得ながら、好みのものを持ち込む等安心して生活できるように工夫されています。異食等に繋がらないように、介護度を考慮して居室や食堂では物品等の配置に配慮されています。</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。	a・b・c



<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時に利用者の心身の状況のアセスメントを行う中で、物理的な機能訓練と生活全般を用いた機能訓練の必要性を精査しています。その上で、身体機能の低下を防ぎ、認知症の進行を予防できるようなプログラムを組み、理学療法士・作業療法士・看護部・介護部・調理部・事務部等の関わる職員全体で予防活動を行っています。月に2回の「リハビリ体操レクリエーション」は参加者も多く、外部講師の絵手紙教室・手芸・書道・童謡を歌う会などのクラブ活動も盛んに行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の体調変化に迅速に対応するためのマニュアルがあり手順が確立されています。看護部が中心となって医師との連携体制や夜間のオンコール体制を整えています。看護部が内服薬の管理を行い、各ユニットに配薬後は二重確認を行って誤薬を防いでいます。入所時に体調変化時の対応について本人や家族の意向を確認し、施設で安全に安心して生活ができる仕組みが構築されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>インフルエンザ・感染症予防などのマニュアルが整備されています。状況に応じてマスクや消毒液を設置したり、外部からの感染症の持込みを遮断するために面会の制限を行うなどの注意を払っています。また感染症や食中毒に関する研修等も定期的に行われています。職員の健康管理についても十分注意されており、インフルエンザ予防接種の費用負担もなされています。</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。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成13年に従来型のユニットケアに取り組み、その後、家庭的な環境になるように改築され、個別ケアに力を入れています。玄関から続く機能訓練スペースには、創設時の鐘ヶ丘ホームの貼り絵が壁一面に張られ、グランドピアノや絵画、調度品などがあり、「利用者の生活を豊かにしたい、快適にしたい」という創設者の思いが随所にあふれています。またロビーには、職員手作りの飾りや置物が置かれ、売店には地域の方の作品や懐かしい駄菓子が置いてあるなど、利用者に日常の中に楽しみがもたらされるよう工夫されています。場所によっては環境整備が行き届いていない面も見られたので、利用者の方がより快適に過ごされるよう環境チェック等の仕組み作りが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時に家族の意向を確認して施設プランに反映させ、ケアプランの更新や変更時には家族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。また施設行事等の予定は広報誌に掲載するとともに、家族への参加の呼びかけを葉書で行っています。今後は家族会で事業計画や事業報告の説明などに組み込まれることが期待されます。</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）	25	18	2
内容評価基準（評価対象A）	13	5	
合 計	38	23	2