

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている			
①	理念が明文化されている	a	「福祉の心を社会のために／私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」という理念を、施設パンフレット、松美苑たより、法人ホームページ、職員身分証明書に明文化している。又、理念をよりわかりやすく説明したリーフレットも作成している。
②	理念に基づく基本方針が明文化されている	a	
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている			
①	理念や基本方針が職員に周知されている	a	年度当初の職員全体会議にて、全職員に資料を配布し、施設長が理念・当該年度の基本方針を具体的かつわかりやすく説明している。その後、理念をどのように捉え、どのように実践するのかを、職員一人ひとりが文書化し、日々の実践に繋げている。理念は毎年度初めの研修、事業所内への掲示、身分証明書への印字を通じて、職員への周知が図られている。理念・基本方針の実践状況は、各種会議を通じて、振り返りを行っている。
②	理念や基本方針が利用者等に周知されている	a	

I-2 計画の策定

		第三者評価	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
①	中・長期計画が策定されている	a	理念や基本方針の実現に向け、「安定した財政基盤の確立」「ご利用者様お一人おひとりが主体の尊厳あるケアの実践」「地域福祉を担う社会資源の1つとしての地域社会への安心提供と施設機能の還元」「人材の確保・定着・育成と魅力ある職場作りの推進」「施設等の計画的な整備」を柱とする中・長期計画(3ヶ年)を策定している。中・長期計画の進捗状況は各種会議を通じて確認し、経営状況等を分析しながら、必要に応じて見直しを図っている。
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a	
I-2-(2) 計画が適切に策定されている			
①	事業計画の策定が組織的に行われている	a	実現可能な数値目標や各部門で作成した「重点事項」を集約し、管理者会議で事業計画を策定している。又、管理者会議を始めとする各種会議の中で、事業計画の進捗状況を確認している。各部門で掲げた「重点事項」は、上半期・下半期に評価を行い、実践状況を振り返っている。

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

② 事業計画が職員に周知されている	a	年度当初の職員全体会議で、施設長が「事業計画」の内容を、各部門主任・フロアリーダーが「重点事項」を説明することで、職員への周知を図っている。事業計画の内容で前年度との変更点があれば赤字で強調し、一目瞭然となるように工夫している。介護部門は「自立支援・個別ケア」を今年度の目標とし、各フロアでも“スローガン”を掲げながら、日々の実践に繋げている。
② 事業計画が利用者等に周知されている	a	家族会総会時に当該年度の事業計画を詳しく説明し、家族への周知を図っている。又、今年度より利用者にも事業計画を周知出来るよう、施設長主催の「茶話会」を設けている。分かりやすい資料を別途作成し、施設長が事業計画の内容を具体的に説明することで、利用者からも施設の取り組みに対する意見・要望が得られている。又、事業計画は施設を訪れた人が誰でも閲覧できるように、施設の玄関に置いている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている			
① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	a	施設長の「役割と責任」を明文化し、各種会議を通じて職員に表明している。リスクマネジメントに関する委員会(事故防止、感染対策等)に所属し、職員が安心して働ける職場づくりに取り組んでいる。又、施設の広報誌「かけはし」「松美苑たより」にも、自らの考え方や施設の方向性等を掲載し、家族等に広く周知している。自らの責任や施設の方針についての妥当性を検証出来るよう、年度末に職員アンケートを実施することを予定している。	
② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	a	施設長は関係法令についての研修会や勉強会(県、社協、老協主催)に積極的に参加しており、法令全般について理解している。遵守すべき関係法令はリスト化し、法令遵守マニュアルを整備している。職員が遵守すべき関係法令(個人情報保護法、高齢者虐待防止法等)については、職員全体会議を通じて周知徹底を図っている。	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている			
① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	a	平成24年度より“高齢者を元気にする自立支援介護＝介護力の向上”に職員と共に取り組み、指導力を発揮している。サービスの質の向上を目的として、事業所内・外における職員研修の充実を図っている。施設長は各種会議に出席し、構成メンバーと共にサービスの現状把握と分析を行っている。各種委員会を設け自らも参画したり、定期的な第三者評価の受審(3年毎)も行いながら、積極的な改善活動に取り組んでいる。今年度より利用者本位のサービスを提供出来るよう、「時間割介護の脱却」と「職員の負担軽減」を目的として、現場の声も取り入れながら、一部フロアで三交替制への移行を試みている。	
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	a	施設長は人事・労務・財政面での分析を行い、各種会議の中でも検討しながら、経営・業務の効率化に取り組んでいる。介護・看護職員が利用者と関わる時間を増やしたり、介護力向上の取り組みに専念出来るよう、間接業務に関する負担軽減(SPDシステムの導入＝オムツ等の物品管理の外注化、清掃パート職員不在日の清掃を業者に委託、環境整備パートの増員等)を図っている。又、職員が働きやすい環境づくりと業務の効率化を目的として、「職場改善提案」を募り、職員の声を活かしたソフト・ハード両面の改善(一部フロアでの三交替制導入、備品や福祉機器の購入、施設改修等)に取り組んでいる。	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
① 事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている	a	毎月、法人4施設による施設長会議の中で、県介護福祉士会会長を務める福寿園施設長、県老協・経営協理事を務める法人本部局長より、社会福祉施設事業全体の最新動向に関する情報を入手している。又、施設長は行政や法人本部からの情報、労協ニュース、WAM-NET等からも、日々変化する社会福祉事業全体の動向を把握している。地域の情報(ニーズ、利用者数の推移等)については、併設の居宅介護支援事業所や地域の民生委員との情報交換、社協主催の地域住民座談会への参加、介護教室での家族との意見交換等を通じて把握に努め、中・長期計画や事業計画に反映している。	
② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	a	毎月の管理者会議・代表者ミーティングで、松美苑実績報告書を用い、稼働率・経費等の分析や利用者数の増減理由の検討を行っている。改善すべき点は中・長期計画、事業計画に反映し、空床期間の短縮化等の対策を講じている。職員全体会議の中で、施設全体の経営状況や改善すべき課題を職員に周知している。	
③ 外部監査が実施されている	c	法人本部の監事(公認会計士)に経営収支を報告し、適切な指導・助言を得ながら、経営改善に取り組んでいる。	

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価	コメント
II-2-(1) 人材管理の体制が整備されている			
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a	法人全体の要員計画に基づき、法人本部が計画的な人事管理を行っている。法人として職務遂行に必要な資格取得を積極的に奨励しており、「合格お祝い金」を支給したり、介護福祉士資格を取得した時点で正職員として採用する等の処遇改善を図っている。人材育成については外部研修に加え、施設内研修の充実が図られている。	
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a	人材育成を目的とした人事考課制度を平成16年度より導入している。等級毎の評価票に施設が職員に求める期待像(モデル行動・着眼点)を具体的に明示・得点化することで、職員自身が自分の強み・弱みを客観的に振り返れるようになっている。又、より公正な制度となるよう、今年度、外部講師を招き、改めて考課者への研修も実施している。考課結果は施設長から職員に説明し、個々の長所や頑張り伝える事で、職員のモチベーションのアップに繋げている。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている			
① 職員の勤務体制が確保されている	a	職種別の職員数・労働形態(常勤・非常勤)・勤続年数・保有資格等の管理が適切になされており、事業者の事前報告のとおり、勤務体制が確保されている。	
② 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている	a	事務部門で職員の有給休暇の取得率、時間外勤務をデータで把握・分析している。有給休暇を取得しやすいよう、時間単位での取得も可能となっている。退職者には未消化の有給休暇を使えるように配慮している。職員個々の心身の状態や状況(夜勤不可等)を踏まえ、法人全体で配置転換や異動ができるように配慮している。法人として産業カウンセラーを確保し、職員の希望や必要があれば相談出来る体制を整えている。	
③ 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	a	法人から職員互助会に助成金を支給し、福利厚生事業(食事会や旅行会含む)を充実させている。慶弔金等支給要綱に基づき、慶弔金を支給している。職場のメンタルヘルス対策として、「心の健康づくり計画」を整備している。保健安全衛生委員会が中心となり、こころ通信を発行(年2回)したり、外部のメンタルヘルス相談窓口をパンフレット等で周知して	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

いる。

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている		第三者評価	コメント
	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a	<p>組織が職員に求める基本的姿勢や意義、研修、人材育成についての考え方は中・長期計画や基本方針に明示されている。又、人事考課の評価票に、施設が職員に求める期待像(モデル行動)を具体的に明示している。</p> <p>質の高いサービスが提供出来るよう、施設内・外の研修を計画的・積極的に実施している。施設外研修は職員個々の知識・技術の習熟度、経験年数等を考慮し、専門研修や階層別研修を受講させている。人事考課に基づき、職員個々が参加したい研修を部長が把握し、出来る限り参加できるように配慮している。又、各委員会が中心となり、自施設のレベルアップを目的に、年間計画に基づいた施設内研修(毎月:全職員対象)を実施している。法人全体で外部講師を招いての専門研修(今年度は人権、腰痛予防、接遇、心の健康づくり)も実施している。新任職員は専用の研修プログラムに基づき、「業務技術確認表」を用いながら、定期的な振り返りを行っている。</p> <p>外部研修を終了した職員は研修報告書を提出している。報告書は施設長が分析・評価し、助言を述べている。決裁後は、各部署へ写しを配布し、他の職員が自由に閲覧できるようにしている。外部研修修了者が施設内で伝達講習(介護力向上に関する具体的な方法論等)をする機会を設けている。又、施設内研修受講後も、職員個々が理解を深められるよう、報告書を提出してもらっている。施設内研修実施後は、職員アンケートを実施し、より良い内容やカリキュラムとなるように工夫を重ねている。</p>
	② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている	a	
	③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている	a	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている			
	① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みを行っている。	a	<p>「実習生受け入れマニュアル」を整備し、実習生の受け入れに関する基本姿勢や手順等を明示している。実習担当者(介護福祉士/社会福祉士)は養成研修を受講し、指導者としてのスキルアップを図っている。実習受け入れに当たっては、学校側との事前協議、実習生とのオリエンテーションが実施されている。学校側の意向に配慮し、施設独自の実習プログラム(介護福祉士、介護職員初任者研修等)や「実習指導マニュアル」を整え、計画的な実習を実施している。</p>

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

II-3 安全管理

		第三者評価	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている			
① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	利用者の安全・安心確保を施設の重要課題として捉え、各委員会(介護事故防止、感染対策、防災等)活動を中心に、責任と役割を明確にした管理体制を整備している。介護事故防止・感染症発生時対応・非常災害時の対応マニュアルを整備し、各委員会を中心とする施設内研修を計画的に実施している。「看護師不在時の容態急変に対する手順」「救急隊への連絡手順」を整備し、施設内研修や各部署での掲示を通じて、職員への周知を図っている。入所者連絡先一覧は毎月更新し、各部署に配布している。緊急時に備え、全職員が救急救命講習(初級)を定期的(3年毎)に受講している。	
② 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	防災委員会(2ヶ月毎)を中心に、防災マニュアル(火災・地震等対応、避難誘導)の整備と見直し(毎年)や施設内パトロール等を行っている。防災管理年間計画に基づき、消防職員の立会の下、火災を想定した総合避難訓練を年2回(内1回は夜間想定)実施している。又、防災に関する研修や毎月の部分訓練(通報・消火・伝言ダイヤル)を通じて、災害発生時対応の強化を図っている。地震については机上訓練を通じて、対応方法を周知している。地区との防災協定を締結し、相互支援体制を構築している。総合避難訓練時においても、地域の消防団の立会いや協力が得られている。防災設備・自家発電を完備し、専門業者による定期点検を実施している。備蓄品や防災グッズはリスト化され、非常食は3日分、確保されている。防災の日には、実際に非常食を食し、味や食べ易さ、炊き出し等がスムーズに行えるかを確認している。	
③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している	a	介護事故防止マニュアル、感染対策マニュアル等を整備し、毎年度初めに内容の見直し、必要時は追記を行っている。介護事故の予防については「ひやりはっと」報告書を活用し、各フロアでの対策を講じている。介護事故防止委員会(毎月)で、ひやりはっとの集計・事例検討・対応策の有効性を検証している。又、感染対策委員会を中心に標準予防策の周知徹底、感染症蔓延防止の為に研修会(ノロウイルスを想定した嘔吐物処理の実技訓練)を実施している。インフルエンザやノロウイルスが流行期に入る時期には、ウイルスを持ち込まないよう、全職員を対象に出勤時の検温・健康チェックを実施している。職員の感染対策意識がマンネリ化しないよう、施設内環境の抜き打ちチェック(年2回)を通じ、不備がある点については注意喚起を行っている。	

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている			
① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	a	地域との交流・連携を大切に考える考え方は、基本方針に明文化されている。広報誌等で情報を収集し、各利用者の地元行事(美川おかえり祭り・鶴来ほうらい祭り等)や地域のイベントに参加している。個別ケアの推進に取り組み、利用者個々のニーズに応じた社会資源の活用を支援している。又、子供から大人まで気軽に立ち寄れる施設となるよう、「納涼盆踊り大会」や「松美園まつり」を開催し、地域住民を招待している。白山市の社会資源一覧表を施設内に掲示し、利用者等に情報提供している。	
② 事業所が有する機能を地域に還元している	a	施設が有する機能を地域社会に還元できるよう、平成23年度より「楽チン！介護教室」を継続的に開催(年に2回)している。今年度は地域住民の要望に応え、公民館で「認知症」をテーマとした講演会を実施している。又、傾聴ボランティア団体からの要請を受け、「傾聴」についての講習会を行っている。職員が認知症サポーター養成講座の講師を務めたり、法人職員有志で結成している「福ちゃん劇団」の寸劇披露等を通じ、地域での認知症啓蒙活動に取り組んでいる。地域に向けて、施設の理念・基本方針・具体的な活動を紹介した広報誌(松美苑たより)を公民館に配布している。	
③ ボランティア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	「ボランティア受け入れマニュアル」に、基本姿勢を明文化している。施設としてボランティアを積極的に受け入れており、様々な活動(華道、民謡、茶道、傾聴、環境整備等)において地域住民の協力が得られている。シート交換ボランティアに対しては、「シート交換の手順」を整備し、必要に応じて職員が実技指導を行っている。ボランティアの力をより活かせるよう、生活相談員が福祉施設ボランティア担当者学習会やボランティアコーディネーター学習会に積極的に参加している。	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている		
① 必要な社会資源を明確にしている	a	社会資源(福祉施設、病院関係、公共機関、地域の関係団体等)一覧表を整備し、生活相談員が必要に応じ、適切な情報を提供している。成年後見制度(申請手続き支援含む)や日常生活自立支援事業を実際に活用している。 施設長が地域の行政・関係団体との連絡会に参加している。生活相談員が近隣3施設との定期的な会合(年4回)に参加し、各施設が抱える問題や困難事例を共に解決出来るように連携を図っている。又、今年度より高齢者支援センター主催の白山市認知症相談支援検討委員会に参加し、関係機関との情報交換・連携の強化を図っている。よりネットワークの輪が広がるよう、法人で白山市・野々市市介護老人福祉施設生活相談員連絡会(仮称)の立ち上げを推進している。
② 関係機関等との連携が適切に行われている	a	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている		
① 地域の福祉ニーズを把握している	a	施設長が介護保険施設連絡会に参加し、地域の現状把握を行っている。地域の関係機関や団体(高齢者支援センター、社会福祉協議会等)との密な連携や併設の居宅介護支援事業所の機能を活かし、地域の福祉ニーズの把握に努めている。毎月、介護相談員の訪問を受け入れ、意見交換を図っている。又、地区の民生委員との連携を通じ、各担当地区の高齢者の情報を収集している。 事業計画に「地域社会への安心提供と施設機能の還元」を明示している。地域の福祉ニーズに基づき、「楽チン! 介護教室」を開催しており、その場で具体的な介護相談にも応じている。又、地域の要望に応えられるよう、緊急ショートステイの受け入れを推進している。
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	a	

II-5 事業所及び職員の倫理

		第三者評価	コメント
II-5-(1) 倫理構築の取り組みを行っている			
① 守るべき倫理・法令が周知されている	a	法令順守マニュアルに職員の行動規範を明文化している。毎年、倫理・法令順守に関する施設内勉強会を実施し、職員への周知徹底を図っている。その際は各専門職種の倫理綱領(日本介護福祉士会、日本看護協会等)を職員に配布し、日々の支援が倫理に沿っているかを振り返っている。 事業運営の透明性を確保する為、事業計画及び決算書を事業所内に配置し、一般・利用者・家族等へ情報開示を行っている。又、財務諸表(収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表)を法人ホームページで公表している。	
② 事業運営の透明性が確保されている	a		

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

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	コメント
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			
① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている	a	利用者の尊厳や人権の尊重を重視したサービスの提供については、理念、基本方針、各介護マニュアルの中に明文化されている。毎年の理念・基本方針に関する施設内研修や、外部講師を招いての「人権擁護」に関する勉強会を通じ、職員への周知徹底が図られている。現在、施設で推進している「介護力向上」の取り組みは、利用者の自立支援＝「尊厳」を土台としている。身体拘束廃止委員会(毎月)で日頃の支援を再確認したり、継続的な施設内・外の研修を通じて、身体拘束ゼロのケアを実践している。又、虐待に通じる「不適切ケア」に関するグループワークを通じ、より職員間での共通理解を深めている。権利擁護(成年後見制度・日常生活自立支援事業)に関するパンフレットを玄関入口に設置し、家族等への周知を図っている。必要に応じ、権利擁護の諸制度も実際に活用されている。	
② 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している	a	「プライバシー保護マニュアル」を整備している。又、各介護マニュアルの中に、場面に応じた項目が明示されている。各フロア会議でマニュアルの内容を確認したり、日頃の支援を振り返る機会を設けながら、プライバシーに配慮したケア(同性介助の希望に対応、マンツーマンでの入浴支援、排泄物品を持っていく時は専用バックを使用等)を実践している。ハード面では居室は1部2室(カーテンで間仕切り)を除き、全て個室となっている。入浴時によりプライバシーを確保出来るよう、個浴浴槽を新たに設置している。	
③ 認知症の入所者に対する介護サービスの質の確保のための取り組みを行っている	a	認知症援助委員会(毎月)の中で、科学的根拠に基づく「認知症の専門的なケア」について検討を重ねている。介護力向上の「認知症ケア」ブックレットを基にした施設内のミニ研修(年4回:各15分)を通じ、職員に内容を分かりやすく説明しながら、論理的な認知症ケア(水分・排泄のアセスメント・分類の把握・分類に応じた個別対応)に取り組んでいる。又、楽しみや生きがいを通じた認知症ケア(アニマルセラピー・音楽療法等)も取り入れている。	
III-1-(2) 福祉サービスが適切に実施されている			
① 計画的な機能訓練を行っている	a	毎月2回、外部より作業療法士を招き、専門的見地から利用者個別の機能訓練プログラムを立案してもらっている。作業療法士来苑時は、必ず各フロアの機能訓練担当者が直接情報交換・助言を受けた後に、他職員に内容を周知し、日々の個別訓練の実施に繋げている。介護力向上の取り組みの中で「運動＝歩行」を重視し、全職員の協力の下、毎日15時から30分、各フロアから目的を持って(集会場での喫茶を楽しむ)歩行訓練に取り組んでいる。又、利用者の自立支援の向上と安全の確保、利用者・職員が共に過度な負担がなく訓練が出来るよう、専門的な福祉用具を複数導入している。	
② 介護サービスを適切に実施している	a	介護力向上の取り組みの一環として、日中オムツゼロを目指し、「トイレでの排泄」支援に取り組んでいる。「安全でゆとりある入浴」を支援出来るよう、居室→入浴→居室までマンツーマンで対応している。入浴時は同性介助の希望にも応じている。利用者個別のニーズに対応できるよう、個浴を設けている。管理栄養士による栄養マネジメントの下、行事食(毎月)や選択メニュー(年4回)を実施している。又、栄養改善・生きがい委員会と連携し、「食べる楽しみ」を目的とした様々な企画(バーベキュー、ピヤガーデン、鍋パーティー、屋台村、ラーメン屋、ホテルでのランチ、)を実施している。褥瘡の予防に重点を置き、アセスメントツールとしてブレデンスケールを活用している。高リスクの方については「褥瘡予防ケア計画」を立案し、対策を講じている。発生した場合は「褥瘡ケア計画」に基づき、他職種協働で早期の改善・治癒に取り組んでいる。歯科医師・歯科衛生士と連携の下、専門的な口腔ケアを実施している。	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

<p>③ ターミナルケアを適切に行っている</p>	<p>a</p>	<p>「看取り介護マニュアル」に基づき、多職種協働で利用者・家族の尊厳を支える終末期・看取りケアを実践している。嘱託医より終末期と判断された場合は、家族を交え、関係者で話し合う機会を設けている。看取り介護開始時は、家族に施設で出来る事・出来ない事を具体的に説明し、同意を得ている。看取りのケアプラン(1週間毎に更新)は緩和ケア・精神的ケアに留まらず、最後まで「その人らしさ」を支えるポジティブな内容となるように配慮している。「自宅の仏壇にお参りしたい」等、利用者の願いがあれば、実現出来るように支援している。家族の面会時には職員から声をかけ、不安や緊張を十分に受け止めている。看取り後は、「看取りケア確認シート」や偲びのカンファレンスを通じて、自分達のケアを振り返り、今後のより良い支援に繋げている。</p>
<p>④ 入所者の生きがいの確保のための取り組みを行っている</p>	<p>a</p>	<p>生きがい委員会を中心に、季節に応じた行事(花見・盆踊り等)やレクリエーション(花火・行楽ドライブ・スイートカフェ等)、複数のクラブ活動(生け花、茶道、民謡)を実施している。生きがい作りの一環として園芸・畑作りを行っており、苗植えから収穫まで育てた野菜を使つての企画(ピヤガーデン、焼き芋大会)やミニクッキングを行っている。作業療法の中で利用者が共同で作った作品や個人の作品は余技展覧会・民間の作品展に出展し、見学に訪れている。自立支援の一環として行う生活リハビリ(エプロン・おしぼり・タオル畳み等)では個々の得意な事で役割を担って頂き、充実感や満足感に繋げている。又、これまでの生活歴を活かし、個人の趣味があればケアプランに反映し、入所後も継続出来るように支援している。又、日頃のかかわりの中で聴いた、利用者個々の「思い」を実現する為、個別の外出(ショッピング、民間作品展の出展後の見学、息子の床屋の利用、寿司ランチ等)を積極的に支援している。</p>
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている</p>		
<p>① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている</p>	<p>a</p>	<p>理念、基本方針に利用者満足の向上を目指す姿勢を明文化している。家族の本音やニーズを汲み取れるよう、毎年アンケート調査(年1回)を継続的に実施している。アンケート結果はリーダー会議の中で、評価・分析し、関係部署で改善策を検討している。集計結果や要望への改善策は文書化し、全家族にフィードバック(家族会総会で資料を用いて報告／欠席された方には資料を郵送)している。今年度、施設長主催の「茶話会」を通じ、利用者との懇談会(お茶やケーキを食しながらの意見交換会)を開催している。</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>		
<p>① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している</p>	<p>a</p>	<p>重要事項説明書に複数の相談・苦情等対応窓口を明記している。家族が分かりやすいように、施設玄関や各フロア入口に、相談窓口を明示したポスターを掲示している。利用者担当職員の顔写真を居室内に掲示し、担当職員が積極的に利用者・家族とコミュニケーションを図りながら信頼関係を構築する事で、気軽に意見・相談出来るように配慮している。又、面談室を設け、生活相談員がいつでも利用者・家族の意見・相談に親切・丁寧に応じている。</p>
<p>② 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している</p>	<p>a</p>	<p>重要事項説明書に複数の施設内・外の苦情受付窓口を明示している。施設外の苦情受付機関としては3ヶ所の連絡先が明示されている。入所事前説明の際は、別途分かりやすい資料を用い、利用者・家族に苦情解決の体制を説明している。苦情解決の責任者・受付担当者・第三者委員を明示したポスターを玄関入口や各フロア入口に掲示し、周知を図っている。苦情解決の実施規程を整備し、ホームページでも公開している。又、苦情対応マニュアルを整備し、利用者・家族から苦情があった場合は、内容を記録・調査・分析し、過程や改善結果を申し出者に説明・報告している。施設玄関入口に苦情の内容と改善結果を掲示し、公表している。</p>
<p>③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している</p>	<p>a</p>	<p>利用者の「意見・相談」と「苦情」は別物であると捉え、「意見・相談マニュアル」を整備している。相談を受けた職員が利用者の心情に配慮し、「要望」か「苦情」かを見極めている。現在不満はないが、「もっと・して欲しい」というニュアンスの場合は「意見・相談マニュアル(どのような方法で／いつまでに／どのようにして返事するのか)」に沿って対応している。利用者の意見・要望は日々のケース記録に残し、申し送り等を通じて、職員間での周知を図っている。職員個人で判断出来ない場合は、フロア会議やリーダー会議の中で検討を図り、申し出者に返答している。</p>

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

Ⅲ-1-(5) 入所者の家族との連携・交流が図られている			
① 入所者の家族等との連携、交流を行っている	a	<p>家族会役員会・総会(年1回)の場で、意見交換を図る機会を設けている。毎月、家族と施設をつなぐ広報誌(かけはし)を送付し、施設の日頃の具体的な取り組みを紹介している。広報誌で次月の行事案内をしたり、担当職員が直接お誘いすることで、様々な行事(盆踊り、屋台村、敬老会、松美園まつり等)に家族が参加している。年間計画に基づく、家族会主催の行事(窓ふき、餅つき、お楽しみ演芸会等)にも、多数の参加協力が得られている。面会時は日頃の生活状況等を詳しく説明し、家族の具体的な意見・要望を引き出せるように配慮している。家族がいつでも利用者の健康状態や回診・受診結果を確認できるよう、居室に「健康手帳」を設置している。状態に変化があった場合は随時、家族に報告している。</p>	
Ⅲ-2 サービスの質の確保			
		第三者評価	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に受けた取り組みが組織的に行われている			
① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している	a	<p>平成20年度から第三者評価を定期的(3年毎)に受審しており、受審のない年度についても、第三者評価調査票に基づく自己評価を毎年実施している。第三者評価・自己評価は、連携ミーティングのメンバー(施設長・介護部長・各部署主任)を中心に、該当項目を分担し、全職員の参画(各委員会・各フロアからの情報)を得ながらの実施となっている。第三者評価結果・自己評価結果は、代表ミーティングで取りまとめ、分析・課題の整理を行っている。</p>	
② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している	a	<p>自己評価の結果は代表者ミーティングで取りまとめ、当該年度の目標や達成している事項は青色で、課題は緑色で明示することで、自施設の強みと弱みの現状把握を行っている。又、第三者評価結果受審後は、組織として取り組むべき課題を文書化し、各会議での内容周知、各部署・フロアへの結果報告の配布を通じて、職員全体での共有を図っている。課題については、職員が参画する各種会議・委員会等の中で改善策を検討し、組織全体で継続的な改善、サービスの質の向上に取り組んでいる。</p>	
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している			
① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	b	<p>利用者の尊厳・プライバシーの保護に配慮したサービスの標準的な実施方法は、各種サービスマニュアルに明示している。マニュアルは各フロアに設置し、職員がいつでも閲覧できるようになっている。施設全体で取り組んでいる介護力向上のテキスト(自立支援介護ブックレット)も各フロアへの設置、職員一人ひとりが保有することにより、周知が図られている。マニュアルに基づくサービスの提供については、各フロア会議の中で振り返りを行っている。今後、標準的なサービスがマニュアル通りに実施されているかを定期的に確認する仕組みの構築が期待される。</p>	
② 標準的な実施方法について見直す仕組みが確立している	a	<p>前年度の課題等を踏まえ、年1回(基本年度初めに)、各委員会やリーダー会議の中で、マニュアル内容の点検・修正を行っている。実態とのズレが生じたり、研修等で新しい知識を得た場合は、随時マニュアルの見直しが行われている。</p>	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている			
① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	a	<p>ケアプランに基づきケアを実施し、SOAP方式を導入し、サービスの質の向上に繋げている。記載方法が統一化できるよう、介護記録の研修を実施したり、各フロアで継続的な指導を行っている。利用者一人ひとりの「水・食事・排泄・歩行」状態(15日分)が一覧できる様式を用い、相互作用を考察しながら、日々の論理的なケア・3ヶ月毎のモニタリングに活用している。</p>	
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	a	<p>利用者に係る記録についての管理責任者(=施設長)を定めている。法人の文書管理規程に記録の保管、保存、廃棄に関する定めを明示している。個人情報保護に関する施設内研修を毎年実施し、周知徹底を図っている。個人情報保護方針・利用目的を施設内やホームページに掲示すると共に同意書を取り交わしており、広報誌やブログへの写真等の掲載にも配慮している。介護・看護記録の開示については契約書、施設内に明示し、利用者・家族等がいつでも閲覧できる旨を周知している。文書開示方法の手順も明文化されている。</p>	

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

	③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	a	組織全体に関する大切な情報は、毎月の職員全体会議を通じて周知を図っている。各種会議や委員会の議事録は各フロアに配布し、職員個々が確認後にサインをすることで、周知が図られている。利用者支援に関する事は日々の記録や申し送りを通じて、又、自立支援介護の実践状況については、各フロアでのケース検討会議(毎週)を通じて、情報共有を図っている。ケアプランに関する多職種協同による定期的なカンファレス(各フロアで月1回)やミニカンファレンス(随時)も実施されている。事業所内のパソコンはネットワークシステムが構築されており、利用者の基本情報やケアプランに関する情報が共有化されている。
Ⅲ-2-(4) サービス提供における役割分担が明確化されている			
	① 施設における役割分担等が明確化されている	a	松美苑業務分担表により、施設における職務権限、責任、担当業務等が明確に定められている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている			
	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している	a	利用希望者への情報提供の為、法人のホームページを作成し公開している。事業内容・利用料金表・施設の具体的な取り組みを紹介する毎月の広報誌(かけはし)等が紹介されており、充実した内容となっている。又、ホームページ内の松美苑ブログで施設のタイムリーな情報を提供している。パンフレットや施設の広報誌は写真等を用いた分かりやすい内容となっており、公民館等の公共施設にも設置している。随時、問い合わせ・見学が可能であり、体験入所希望者には、短期入所からの利用を推奨している。
	② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている	a	サービスの開始にあたり、説明漏れがないよう、入所・事前説明マニュアルを整備している。契約書・重要事項説明書の大切な部分にはマーカーで印をつけ、より家族等に分かりやすいように工夫を重ねている。入所事前説明の際は親切・丁寧を心がけ、要所要所で理解が得られているかを確認し、署名・記名捺印にて同意を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている			
	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている	b	入院の長期化等の為、退所する場合には家族に退所後の相談窓口を明示した手紙をお渡ししている。又、利用中に限らず、退所後もいつでも相談できる案内を掲示し、家族等への周知を図っている。サービスの継続性に配慮し、入院時や法人内施設(ケアハウス、特養)への移行時は、文書(看護サマリー、嘱託医の紹介状、ケアプラン等)で情報を提供している。今後、介護力向上の取り組みにより、利用者の在宅復帰やサービス変更のケースの増加が想定されるので、在宅・他事業所への移行に対する手順書、引継文書の整備が期待される。

評価細目の第三者評価結果(介護老人福祉施設)

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている			<p>施設サービス計画書作成マニュアルにアセスメントの手順、モニタリングや計画の見直し時期を定めている。新規入所の際は生活相談員が中心となり、事前訪問や他事業所との関係を図りながら情報収集を行い、詳細なアセスメントを実施している。入所後は居室担当介護職員と各フロア介護支援専門員が中心となり、利用者個々のニーズや課題となる根拠を整理し、定期的な再アセスメント(6ヶ月毎)を実施している。</p>
①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている	a	
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている			
①	サービス実施計画を適切に作成している	a	<p>施設サービス計画書作成マニュアルに介護支援専門員を計画作成の責任者として定め、各フロアに1名配置している。新規入所時は生活相談員が暫定のサービス計画を作成し、2ヶ月を目処に正式なサービス計画を作成している。入所後は居室担当介護職員が原案の作成を担い、多職種協働によるカンファレンスの開催・合議を経た上で、介護支援専門員が正式なサービス計画を作成・交付している。介護サービス計画には具体的な自立支援に関する目標(やりたい事・出来る事を増やす、望む生活の実現等)が明示されており、楽しみや生きがいに配慮した内容となっている。サービス計画に基づき、利用者一人ひとりに応じた自立支援、個別ケアを実践している。</p>
②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている	a	<p>施設サービス計画書作成マニュアルに評価手順や見直しを行う時期を明示している。居室担当介護職員による3ヶ月毎のモニタリング、多職種協働による6ヶ月毎のサービス計画の見直し・交付が適切に実施されている。状態に変化があった場合には再アセスメント、サービス計画の修正が随時、実施されている。サービス計画の内容に変更があった場合は、変更箇所に赤線を引くことで強調し、関係職員への注意喚起を図っている。</p>