

社会福祉法人 恩賜 済生会支部山形済生会  
財団

## 特別養護老人ホーム 愛日荘

平成26年度

## 福祉サービス第三者評価報告書

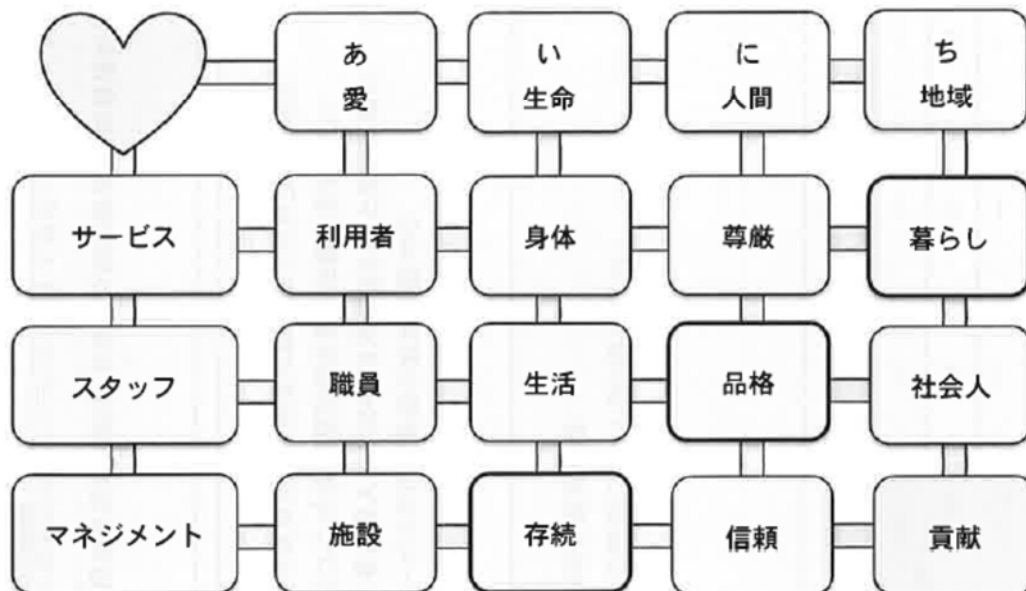
2014年8月8日

株式会社 福祉工房



**【愛日荘の運営理念】**

愛の心で、生命と人間、そして地域を大切にします



## 山形県福祉サービス第三者評価結果公表基準

### ①第三者評価機関

株式会社 福祉工房
-----------

### ②事業者情報

名称:社会福祉法人 <small>恩賜</small> 済生会支部山形県済生会 <small>財団</small>  特別養護老人ホーム 愛日荘	種別: 特別養護老人ホーム
代表者氏名: 施設長 鈴木 弥夫	定員(利用人数): 長期入所 80名 短期入所 20名 通所介護 24名
所在地: 山形県山形市大字妙見寺4番地	
電話: 023-632-2791	

### ③総評

#### 評価概要

#### ◇特に評価の高い点

##### 1. 地域との連携

本施設は昭和55年に設立され、開設後30年以上が経過し、地域との融和が進んでおり、地域の方達から頼りにされる施設となっている。福祉に関する相談や、地域でのイベントへの参加、施設の夏祭り等のイベントへの地域の方の参加、地域の方との防災会議の設置、多数のボランティアの来所等、地域に溶け込んだ印象のある施設となっている。地域包括支援事業はたまたま、施設のある地域とは離れた場所での活動となっているが、センターとの連携した地域貢献活動も活発に行われている。地域の公式輪上げ大会の指導や、なでしこプランによる障がい者の受け入れなど地域に対する貢献や交流が実施されている。

##### 2. 防災活動への取り組み

防災マニュアルが作成され、それに基づいた定期的な点検や訓練が実施され、訓練には消防本部、地域の消防団、地域住民の参加があり、非常用食料等の備蓄もされ、職員は防災に関する専門的研修の受講、施設として県の防災士会への参加、福祉避難所としての指定等防災面での施設としての取り組みが活発に行われている。

##### 3. 利用者に対する適切な処遇

利用者への食事の提供、入浴介助、排泄管理、利用者の整容支援、利用者個々の生活に合わせた支援、等、利用者の状態に応じた支援が適切に行われている。

#### ◇改善を要する点

##### 1. 職員や利用者への周知

理念、事業方針、事業計画に関して明文化されてはいるものの、パンフレット や広報誌等への記載がなく、又職員へ周知度合いを確認する仕組みも不足しており、利用者、家族、職員が一体となった活動がなされていない恐れがある。周知を行っていく仕組み、活動が期待される。

##### 2. 職員への個別スキルの把握と教育

職員への各種教育、研修は年間計画に基づき行われ、外部研修等の受講後は他職員への伝達研修も適宜行われている。しかしながら、各職員のスキルに関する分析は行われておらず、一律の研修となっている。各職員の個別の技能等の分析を行い、各職員個々に対応した研修計画の策定と実施が、より効率的なスキルアップにつながると共に、職員のモチベーションの向上にもつながると思われ、この面での改善が望まれる。

##### 3. 人事考課

現状は年功序列が主体となっており、一部昇格時に考課が反映されるのみである。施設長による個別面談が行われ、各職員の意向、課題、目標に関する話し合いが行われているが、特に考課には結びついてはいない。目標設定、自己評価、上司評価、フィードバック等、一連の人事考課の仕組みに関する見直しが望まれる。

##### 4. 利用者満足への取り組み

聞き取り調査、個人面談は行われているが、調査の結果を分析、評価、公表、といった一連の仕組みが明確となっていないため、調査ただけで終わってしまう可能性もある。今後仕組みとして作り上げていくことが望まれる。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設の新たなスタート、多床室から個室ケア(ユニットケア)へ変化を遂げながら、高齢者ケアの在り方を見直す良い機会と捉えていました。月日が経てば疲弊し現在の位置さえ見失ってしまうことも多くなります。現状の見直しと方向性を確認することを考え初受審しました。

今回の評価をもとに、自施設における基本方針、目的をより多くの方々に知って頂けるよう行動し、優れているところは継続し更なる向上をめざし、課題や変更点は職員一丸となり議論し対応に取り組みながら職員全体の歩む方向を確認しながら職員の機能アップ、意識向上に繋げ、高齢者ケア及び地域包括ケアシステムへの足掛かりにしたいと考え、施設の見える化を目指したいと考えています。

#### ⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

## 福祉サービス第三者評価結果票（特別養護老人ホーム版）

評価項目	評価結果
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>	
<b>1 理念・基本方針</b>	
<b>(1) 理念・基本方針が確立されている。</b>	
① 理念が明文化されている。	b
② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>社会福祉法人恩賜財団済生会の理念の下、愛日荘としての理念「愛の心で、生命と人間、そして地域を大事にします」を4年前に幹部職員により作成された。理念・基本方針は明文化され事業計画書、中期計画書に記載されている。施設のパンフレット、ホームページ、広報誌等への記載はされていない。</p> <p>理念は利用者への愛情を持った対応、職員の質の向上、地域への貢献をうたったものであるが、やや抽象的な面もあるように思われる。</p> <p>理念の下に愛日荘全体での基本方針、特別養護老人ホームとしての基本方針が毎年策定されている。基本方針は将来的な方向性や具体的な行動指針として策定されている。</p> <p>現在の理念が設定される以前にパンフレットが作成されたという事情もあるが、今後パンフレット、ホームページ、広報誌等への記載、挿入等が望まれる。</p> <p>又、理念に関して継続的に見直しを行っていくことが望まれる。</p>	
<b>(2) 理念や基本方針が職員に周知されている。</b>	
① 理念や基本方針が職員に周知されている。	c
② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c
<p><b>【コメント】</b></p> <p>理念・基本方針は事業計画書の作成時においては全職員への説明がなされ、その後新入社員の研修時に説明がなされ、事業計画書策定時に幹部職員に対しての説明がなされているものの、幹部職員から全職員への説明がなされているかの確認は行われていない。事業計画書は全職員への配布はなされておらず、一般の職員が理念や基本方針を日常確認することは難しい。施設の理念・基本方針を周知させるために、職員が日常目にするような工夫、定期的な研修等における説明、確認が必要と思われる。</p> <p>又、同様に利用者及び利用者家族への説明も不足しており、契約書、重要事項説明書への理念の記載もされていない。パンフレットや広報誌、契約書等への記載及び、家族会における説明等を行っていくことが望まれる。又、利用者、利用者家族等が来所された際、目にするような工夫も望まれる。</p>	

<b>2 計画の策定</b>	
(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
② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
<b>【コメント】</b> 中期計画は山形済生会全体の活動と歩調を合わせ、施設としての中期計画が平成 25 年から平成 29 年までの 5 カ年計画として策定されている。施設としての各重点項目を設定し、それぞれに関し、方向性、現状、課題、行動計画を設定、又具体的な数値目標を設定している。各年度の事業計画は基本的にはこの中期計画に則り策定されている。	
(2) 計画が適切に策定されている。	
① 計画の策定が組織的に行われている。	c
② 計画が職員 利用者等に周知されている。	c
<b>【コメント】</b> 家族と利用者、職員との懇談会における利用者、家族の意見、職員と施設長との面談における意見等を参考にしているが、計画の策定は施設長及び幹部職員により策定されている。利用者家族へは、家族会における説明がなされているが、イベントの説明が主体となっている。計画は幹部職員より全職員への伝達が行なわれるようになっているが、確認は行われていない。計画の策定に関しては職員の経営への参画意識の醸成のためにもできるだけ関与する仕組みの検討、職員への伝達方法、利用者家族への説明など行っていくことが望まれる。	
<b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b>	
(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している。	a
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
<b>【コメント】</b> 全職員の職務分掌が作成され、各職場に配備されている。管理者の役割についても明確となっており、又、各種委員会が組織され職種横断的な業務については各委員会が担当し、そのリーダーに施設長より権限が委譲されている。 施設長は広報誌、家族会広報誌等を通じ自らの取り組み、考え方等を具体的に述べ、家族等への理解を促している。 施設長は法人本部における会議、研修などを通じ法令等の知識を習得する取り組みを行っている。必要とされる法令等に関しては、認識はされているがリスト化する等の整理は行われていない。職員への必要な法令等の周知促進のためにも、リスト化するなどの整理及び、必要とされる資料等の準備等の取り組みが望まれる。	

(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組に指導力を発揮している。	a
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a
<p><b>【コメント】</b></p> <p>家族に対し毎年アンケートを実施し、家族を通じて利用者の意見を聞き、必要であれば個別面談を実施、得られた課題に関してはユニットケア会議等を通じ解決し、質の向上が図られている。アンケートは記述式になっており、記入し提出されるケースは必ずしも多くはない。家族が記入しより意見が吸い上げられる仕組みが望まれる。</p> <p>利用者、家族、職員による懇談会での意見も質の向上に役立てられている。</p> <p>経営や業務の効率化に関しては、毎月経営上のデータをもとに管理運営会議が開催され、課題の把握と解決策が討議されている。</p>	
<b>II 組織の運営管理</b>	
<b>1 経営状況の把握</b>	
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
② 施設の経営状況を分析して、改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b
③ 外部監査が実施されている。	a
<p><b>【コメント】</b></p> <p>行政、県老人福祉施設協議会、社会福祉協議会等との会議などにより適宜情報を得る機会を持っている。施設における経営データは管理部門により毎月把握され、管理運営会議もしくは直接担当部門に管理部門より報告がなされ、改善の取り組みがなされる仕組みとなっている。各職員レベルまで必ずしも経営状況については浸透しておらず、リーダークラスまでに留まっている場合がある。各職員も課題を共有するためにも、リーダーから各職員に情報が伝わり、全体で改善に取り組む仕組みが望まれる。</p> <p>法人本部からの監査法人による監査、法人の県支部の監査役による監査、さらに会計事務所による自主監査が行われており適宜改善指導を受ける仕組みとなっている。更に今回は事業計画において、第三者評価を受審し、質の改善につなげる積極的な取り組みが行われている。</p>	

<b>2 人材の確保・養成</b>	
<b>(1) 人事管理の体制が整備されている。</b>	
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
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c
<p><b>【コメント】</b></p> <p>中期計画、事業計画においても職員の資格取得の推進をあげており、そのための人員配置、サポート体制の充実が行われている。正職はすべて介護福祉士を取得、臨時職員に対しても資格取得のためのサポートを行っている。</p> <p>人事考課は基本的には行われておらず、年功により昇給が行われている。一部昇格に関しては職員の資質を考慮し行われている。</p> <p>法人の方針もあり、施設独自の制度設計は難しい面もあるが、職員の意識向上のためにも何らかの工夫が望まれる。各職員による目標設定、自己評価、上司評価、フィードバック、といった一連の仕組みを考慮していくことが望まれる。</p>	

<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>	
① 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。	b
② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
<p><b>【コメント】</b></p> <p>職員の就業状況は管理部門で日常把握されており、状況に応じて現場のリーダーとの打ち合わせ、改善がなされている。又、全職員が施設長との年1回の個別面談が行われている。各人が現状の業務課題、今後の意向などに関する自己申告書を記入し、施設長との話し合いが行われており、各職員の持つ課題解決のための一助となっている。</p> <p>全職員を対象とし契約カウンセラーによるカウンセリング行われており、緊急度があると思われる職員に対しては優先的に受診させる取り組みが行われている。</p> <p>過去からの流れの中で、人間ドックへの補助、医療互助制度、冠婚葬祭互助会への補助、職員親睦会への年4回15万円の補助などの福利厚生事業が行われている。福利厚生センター等への加入は行われていない。職員の意向を調べた上で、現状の福利厚生事業の継続か違う形での福利厚生事業が適切か見直しを行っていくことも検討していくことが望まれる。</p>	
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>	
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
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た具体的な取組が行われている。	c
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。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>施設全体としての職員の教育への取り組みは中期計画、事業計画にうたわれており、内部研修、外部研修共に積極的に行われている。受講した研修に関するの伝達研修、研修の評価も行われているが、職員個々の現状分析、スキルアッププランはなされていない。自己評価等により職員個々のスキルの把握、必要とされる技能等の計画を策定し、より効果的な、職員自ら積極的に取り組んでいけるような仕組みの構築が望まれる。</p>	



(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関する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	b
② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a
<p><b>【コメント】</b></p> <p>実習生受け入れに関するマニュアルは用意され、主任相談員が受け入れ窓口となり、指導者研修の受講もなされている。実習プログラムに関しては種別に応じ学校側との調整のうえ決定している。又、実習のための事前オリエンテーションも行われている。昨年度は90名の実習生の受け入れが行われた。実習生受け入れの基本姿勢、意義などの記載がない。職員が実習生受け入れの意義等を理解するためにも明記したものが望まれる。</p>	
<b>3 安全管理</b>	
(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	
① 災害に関する対応体制を整備している。	a
② 衛生管理に関するマニュアルを整備している	a
③ 感染症予防と対応体制を整備している。	a
④ サービス実施時に発生した事故を把握している。	a
⑤ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	a
<p><b>【コメント】</b></p> <p>防災マニュアルは作成され、防災訓練に関する年度計画に基づき、総合防災訓練、消火訓練、通報訓練等が実施され、地域の消防本部、消防団、地域住民も参加し行われている。又、非常用食料等の備蓄も原則3日分用意されている。防災マニュアルは一部更新されていない部分もあり、責任者を定め定期的な更新が望まれる。事務所には防災機器が設置されており、火災発生時には自動通報がなされる仕組みにはなっている。非常時における職員のとるべき行動についての記載はあるが、事務所に職員がわかりやすい形での掲示等もされることが期待される。</p> <p>衛生マニュアルは整備され、衛生委員会も組織されマニュアルの見直し、職員に対する衛生教育が行われている。</p> <p>感染症対応マニュアルも整備され、症例ごとに対応が明記されている。又、実態に近い形での訓練も行われ、職員への教育も行われている。</p> <p>事故に関してもリスクマネジメント委員会が組織され、インシデント、アクシデントの情報の整理、対応に関する話し合いが行われている。実際の事故等に関する情報、及び対応に関して、委員会よりユニット会議を通じて写真などを利用しわかりやすい工夫の上传えられている。</p>	

4 地域との交流と連携	
(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a
② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
③ ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
<p><b>【コメント】</b></p> <p>設立後 30 年以上が経過した施設でもあり、地域に溶け込んだ施設となっている。更に、事業計画においても地域との結びつきを強める方向性が打ち出されている。以前においては地域の方々に対する講習会等も実施されていたが、地域包括制度の発足に伴い、その機能が他の法人に移ったこともあり、現在は実施されていない。個別の相談への対応、地域への施設の活用、災害時の福祉避難所としての指定、双方のイベント時の交流等を通じ地域との交わりは活発に行われている。</p> <p>昨年度ボランティアは 20 団体、708 名の来所があり、幼稚園、中、高校生、音楽療法、読み聞かせ等、様々な団体、個人が訪れている。ボランティア受け入れに関する文章は項目ごとに作成はされているが、マニュアルとしての整備はされていない。ボランティア受け入れのための基本姿勢を明確化すると共にマニュアルとしての整備をしていくことが望まれる。</p>	
(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。	c
② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p><b>【コメント】</b></p> <p>社会資源に関して職員は経験上知識として持っており、必要に応じて情報として、利用者や、家族に伝えている。又一部は文書として記載提示されているものもあるが、整理した物とはなっておらず、職員間での情報の共有もされていない。利用者や家族等が必要とされるであろう地域の社会資源について、その機能や連絡先等を記載整理し、職員間で情報共有しておくことが望まれる。</p> <p>施設連絡協議会等への施設長の参加、生活相談員の課題検討委員会への参加、等を通じ行政、関係団体との結びつきを持ち、施設間の課題に関する話し合いや解決に向けた取り組みが行われている。</p>	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
① 地域の福祉ニーズを把握している。	a
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
<p><b>【コメント】</b></p> <p>毎月の定期的な地区の包括支援センターとの会議、行政を交えた課題検討会議、施設の第三者委員（元地区の民生委員）等を通じて適宜地区の福祉ニーズの把握に努めている。過去においては、地区の福祉ニーズに対応し、ショートステイ、デイサービスなどの事業が展開された。</p>	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	
1 利用者本位のサービス	
(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組を行っている。	c
② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	c
<p>【コメント】</p> <p>運営理念「愛の心で生命と人間、そして地域を大切にします」職員の行動指針として 1、やさしい人になろう 2、たくましい人になろう 3、上質な人になろう 4、幸せな人になろうと組織の基本姿勢は明示されているが、利用者の尊重や基本的人権への配慮に関する文言がない、身体拘束、虐待防止についての職員が共通理解する為の研修、勉強会が望まれる。プライバシー保護に関するマニュアル、規定に関しての研修等も望まれる。</p>	

(2) 利用者満足の向上に努めている。	
① 利用者の満足の向上を意図した仕組みを整備している。	c
② 利用者の満足の向上に向けた取組を行っている。	c
<p>利用者の満足度に関して聞き取り調査や個人面談を行っているが定期的に嗜好調査、意向調査を行う仕組みが明確でない、聞き取り調査の結果、分析、評価、公表等の仕組みを構築していくことが望まれる。家族会とは年1回の観桜会で家族の意向等を話あっている。</p>	
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
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。	c
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。	b
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c
<p>【コメント】</p> <p>ユニット単位で相談や意見を言える環境ではあるが、利用者、家族には相談方法や相談相手が自由に選べる等の文書が提示されていない。苦情解決の体制は重要事項説明書に明示されているが、苦情を公表するまでの具体的な検討内容や対応策を利用者等にフィードバックしていく事が望まれる。</p>	
2 サービスの質の確保	
(1) 質の向上に向けた取組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。	c
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ている。	c

③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	c
<p><b>【コメント】</b>  定期的な評価を行う体制が整備されていない。年1回等は自己評価等を行い職員個々の単位から評価を行い改善していく仕組みを作っていくことが望まれる</p>	
<b>(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</b>	
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。	c
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。	c
<p><b>【コメント】</b>  標準的な実施方法（マニュアル）は文書化されているが、更に職員、利用者等からの意見、提案等を反映し定期的な見直しを行っていくことが望まれる。</p>	
<b>(3) サービス実施状況の記録が適切に行われている。</b>	
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。	b
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	c
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
<p><b>【コメント】</b>  パソコンを利用して記録が整備されているが表現の仕方が職員によって異なる、記録の統一のための研修が望まれる。記録管理責任者はいるが、保管、保存、破棄等に関する規定、個人情報の保護、情報開示の教育などに関する研修が望まれる。</p>	
<b>3 サービスの開始・継続</b>	
<b>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>	
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をしている。	b
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。	b
<p><b>【コメント】</b>  事業所の情報はホームページで公開、パンフレットは写真、図、絵を使用してわかりやすい内容になっている。見学はできるが、体験入所、1日利用等の事例はない。サービス開始時重要事項説明書にサービス内容や料金等が明記されている。更に利用者、家族に分かりやすく、理解できるような工夫が望まれる。</p>	

(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当たりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<b>【コメント】</b> 重要事項説明書にはサービスの継続性という事で担当者、相談窓口等を設置している事を明記されている、サービスの継続に配慮した手順や引継ぎ文書が必要である。	
4 サービス実施計画の策定	
(1) 利用者のアセスメントが行われている。	
① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b
② 利用者の課題を個別のサービス場面毎に明示している。	a
<b>【コメント】</b> 個別サービスが場面ごとに明示され、具体的なニーズ、課題が明確となっている。更に、アセスメントの定期的な見直し、手順等を定めた記録が望まれる。	
(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策定している。	a
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
<b>【コメント】</b> サービス実施計画書は、責任者が設置されて、手順を定めて利用者の意向を把握して関係職員の合議で策定している。定期的な見直しは毎月検討会議で実施している。又緊急に変更する場合も関係職員の参加のもとに行われている。	

IV 適切な処遇の確保	
1 個別サービスの提供	
(1) 利用者に対する食事の提供	
① 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a
② 食事を楽しめるような工夫を行っている。	b
<b>【コメント】</b> 利用者の心身の状態に応じて個別の食事を用意し、咀嚼や嚥下に留意した食事介助がされている、又栄養アセスメントが行われて栄養価を算定している。食事を楽しめるために温かいもの、冷たいものがタイミングよく出されている。献立や食材には季節感を取り入れている。定期的な嗜好調査は聞き取りで行われ、タイミングにより対応が遅れる場合もあるが、基本的には次月の献立に反映させている。	

(2) 利用者に対する入浴の提供	
① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a
② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。	a
<p><b>【コメント】</b> 利用者一人ひとりのニーズや健康状態を把握し、入浴介助が行われている、利用者一人ひとりの好みの湯加減の調整は難しい。</p>	
(3) 利用者の適切な排泄管理	
① 排泄の自立に向けて、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a
② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。	a
<p><b>【コメント】</b> プライバシーに配慮した介助は同性職員によることを原則としている、一人一人の排泄パターンに合わせ、データーの分析の基に適量の水分補給、排便コントロール等主治医と連携して支援している。</p>	
(4) 利用者の適切な褥瘡予防	
① 褥瘡の予防と治療を適切に行っている。	b
<p><b>【コメント】</b> 現在褥瘡のある利用者はいないが褥瘡予防の為マニュアルの研修、勉強会がのぞまれる。</p>	
(5) 利用者の離床、移動の支援	
① 利用者の意思に基づいた離床や移動のための支援を行っている。	b
<p><b>【コメント】</b> 利用者の意思に基づいた離床、移動は職員によって異なるので、マニュアル化が望まれる。</p>	
(6) 利用者の整容の確保	
① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	a
<p><b>【コメント】</b> 理美容は毎月2回業者の出張でサービスを提供している。個人の行き付けの美容院には送迎している、又月1回移動売店で商品を購入している。</p>	

(7) 個々の生活、障害に合わせた介護	
① 個々の生活に合わせた介護を適切に行っている。	a
<b>【コメント】</b> 個別ケアは、生活状況、身体状況、生活障害の内容、1日の生活のリズムに考慮して、具体的なケアプランを作成して、職員間で共通理解している。認知症高齢者の行動症状の原因、パターン、観察を分析して、適切な対応に取り組む研修等が望まれる。	

(8) 利用者の健康管理	
① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	a
② 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	b
③ 服薬の誤りがないように対策を講じている。	c
<b>【コメント】</b> 嘱託医による内科、外科医1回、精神科月2回の診察が行われている。外科、整形外科は必要に応じて診察日を設けている。緊急の場合は山形済生会病院、小白川至誠堂病院と連携している。利用者が外部の医療機関に通院する時は送迎、介助を行っている。孤立、退屈、無気力予防にクラブ活動が実施されている。クラブ活動の発表会は公民館で年1回展示等を行っている。服薬は利用者ごとに仕分けして管理して、誤薬が無いようにチェックしているが、服薬内容、方法が個人別に記載され関係職員に共有される方法が十分でなく改善が望まれる。	

(9) 利用者に対する機能訓練または生活の活性化（アクティビティケア）の実施	
① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	a
<b>【コメント】</b> 機能訓練、アクティビティケアは個別計画書に明記されている、又リハビリのための作業療法士を配置している。	
(10) 利用者の主体性の尊重	
① 利用者の主体的な生活や活動を尊重している。	a
② 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a
③ 生活に継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	b
<b>【コメント】</b> 利用者の活動はクラブ活動として音楽療法、俳句クラブ、生花クラブ、輪投げ等あり、利用者の意思を尊重して参加を促している。また施設内の芋煮会に参加したり、外出や花見等の行事にも参加しているが、個人の希望の反映は必ずしも行われていない。預かり金は「愛日荘入居者預り金管理要綱」に基づき保管管理者である施設長が管理して毎月出納状況を書面で報告している。私物を持ち込みなじみの暮らしの継続に関し更なる職員の支援が望まれる。	

<b>(11) 認知症の正しい理解と適切な対応</b>	
① 認知症を理解し、利用者に対して適切に対応している。	c
<b>【コメント】</b> 認知症を理解するための研修、勉強会がなされていない、認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式等の手法を取り入れ、適切に対応することが望まれる。	
<b>(12) 終末期のケア</b>	
① 終末期ケアを実施する体制を整えている（あるいは研究・検討を進めている）	b
<b>【コメント】</b> 終末ケアの利用者、家族への説明は契約、重要事項説明書には明記されていない、26年度の事業計画に看取りケアの施策が記載されている。	
<b>2 家族との交流確保</b>	
<b>(1) 利用者と家族の交流、家族との連携確保</b>	
① 利用者と家族との交流、施設と家族の連携を図っている。	a
<b>【コメント】</b> 家族との関係は会報「ふれあい」発行、お茶のみ懇談会等を行っている、防災、行事等の協力がなされている。	
<b>3 利用者の人権の擁護</b>	
<b>(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止</b>	
① 身体拘束廃止について明確な対応策を講じている。	c
② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	b
③ 利用者に成年後見制度 地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。	a
<b>【コメント】</b> 身体拘束を行わない介護方法についての研修や勉強会が望まれる。介護放棄、虐待に対する規範、倫理等を明文化されてなく、全職員への周知の具体的対策が講じられていない。又虐待を発見した場合の対策マニュアルも整備されていない。今後整備していくことが望まれる。	



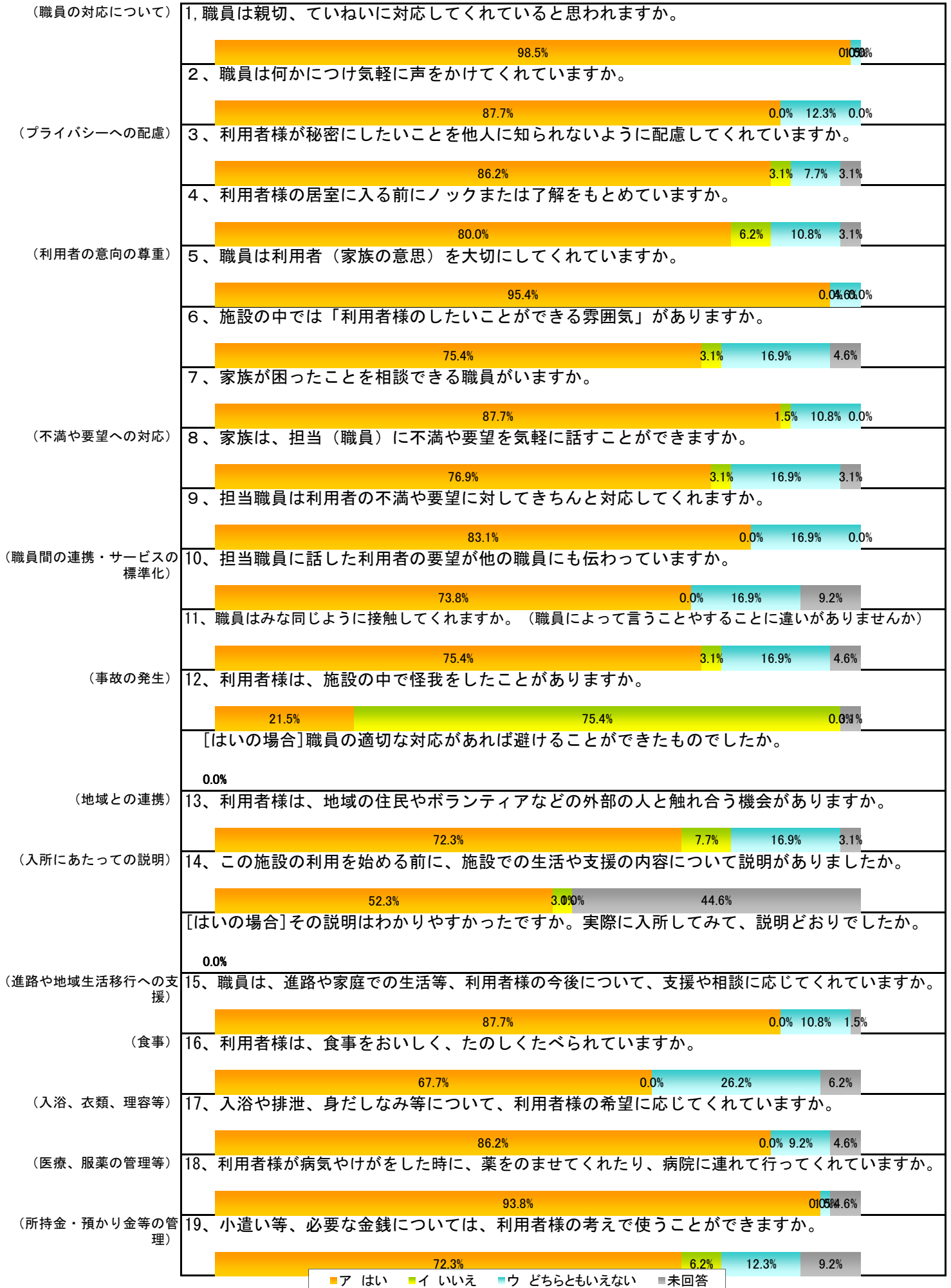
福祉サービス第三者評価

愛日荘全職員(43名)

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)

	1.ほぼすべての利用者	2.利用者の2/3くらい	3.利用者の1/3くらい	4.ほとんどのしていない	未回答
1 利用者にとってでの愛日荘の生活は居心地が良いと思っている	4	23	12	4	0
2 入所時に利用者や家族に重要事項説明書を十分に説明をしている	27	5	3	6	2
3 ケア計画は利用者の希望に合っている	18	19	3	1	2
4 愛日荘での生活リズムは利用者の希望に合っている	8	22	11	2	0
5 清潔、温度や明るさは利用者に丁度良いと思っている	17	18	6	2	0
6 食事はおいしいと思っている	2	21	17	3	0
7 利用者は入浴の回数や時間に満足しているとおもっている	11	22	8	1	1
8 利用者が希望する時にトイレに連れて行き、オムツ交換をしてもらいたいと訴えた時はすぐに対応しています	24	13	6	0	0
9 利用者の外出や趣味の活動ができるように支援している	8	16	13	6	0
10 リハビリは十分に行われている	10	22	7	3	1
11 利用者の体調が悪い時はすぐ対応している	35	4	4	0	0
12 利用者の不満や苦情に対して十分に対応している	16	18	7	1	1
13 利用者のプライバシーの保護について十分に配慮している	33	5	4	1	0
14 利用者に対して優しく丁寧に接している	30	7	5	0	1
15 ボランティアとの交流が十分行われている	16	14	10	2	1

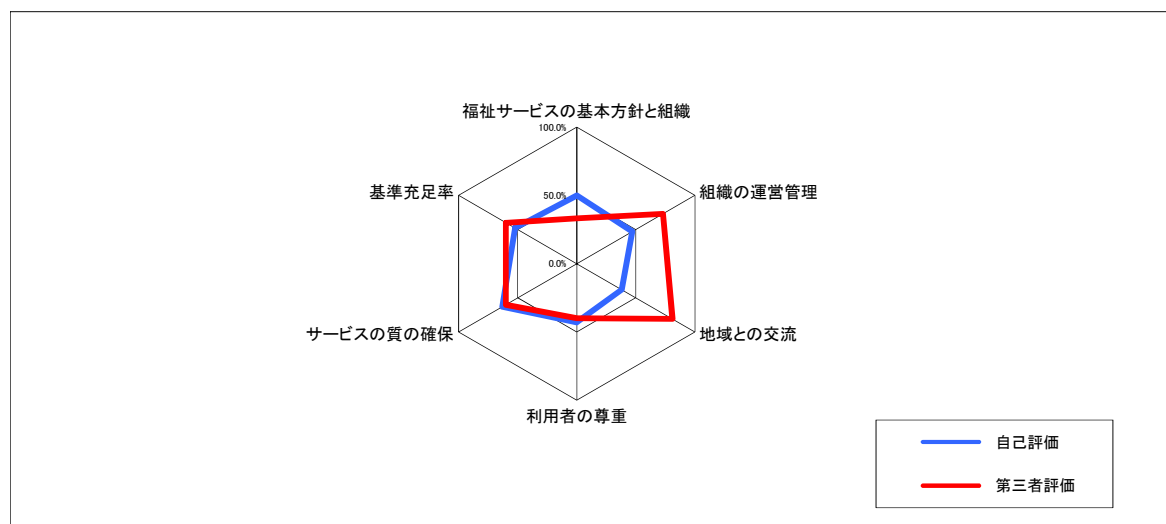
■1.ほぼすべての利用者 ■2.利用者の2/3くらい ■3.利用者の1/3くらい ■4.ほとんどのしていない ■未回答



# 事業評価

## 特別養護老人ホーム「愛日荘」

	福祉サービスの基本方針と組織	組織の運営管理	地域との交流	利用者の尊重	サービスの質の確保	基準充足率	総評
自己評価	50.0%	47.0%	38.0%	43.0%	63.1%	52.3%	c
第三者評価	33.3%	73.0%	81.0%	40.0%	60.0%	60.0%	c



基準充足率	総合評価	サービスの質の向上に向けた取り組み状況
100%～96%	AAA	最も優れている。
95%～91%	Aa	大変優れている。
90%～86%	A	優れている。
85%～81%	Bb	良好である。
80%～76%	B	やや良好である。
75%以下	C	努力を要する。

株式会社 福祉工房

( 付 - 1 )