

社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会
なごみなの里 地域福祉サービスセンター
特別養護老人ホーム
和 風 園

平成26年度
福祉サービス第三者評価報告書



2014年11月19日

株式会社 福祉工房



コンサート
”楽しみにしていました”

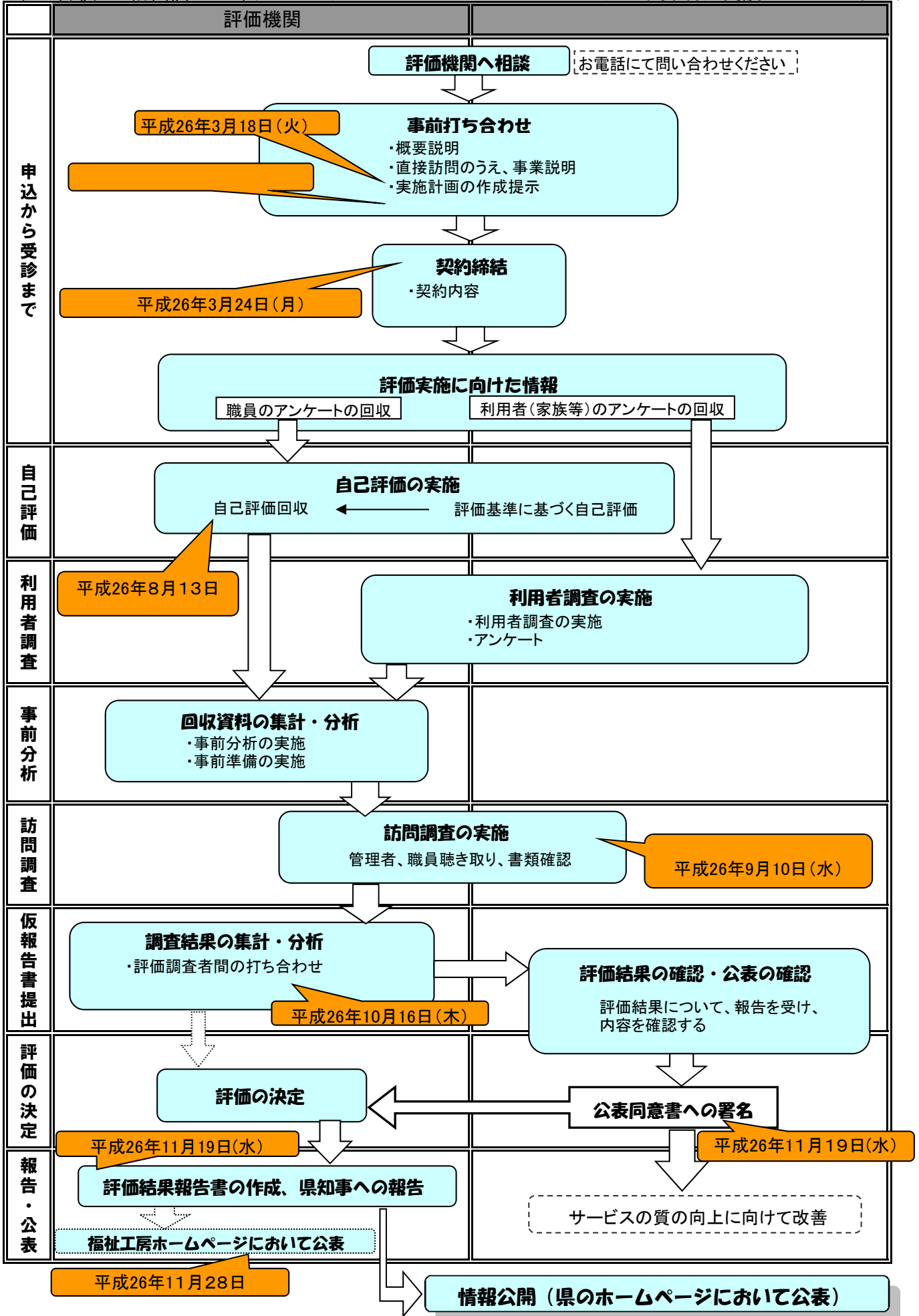
書道
さすが日本人！
名人級です



茶道
おいしくお茶を立てています
”さぞかしおいしいでしょう”

華道
日本女性のたしなみ
”心が和みますネ”





(様式1 - 第三者評価機関公表用)

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1. 第三者評価機関

名称	株式会社 福祉工房	認証番号	第002号
所在地	宮城県仙台市青葉区国見 1-16-27-201	評価実施機関	平成25年5月24日～ 平成26年11月19日

2. 事業者情報

名称(施設名): 和風園	種別: 特別養護老人ホーム
代表者氏名: 高橋 厚子	定員(利用人数) 200名(入所定員)
所在地: 宮城県黒川郡大和町小野字前沢1	
TEL 022-346-2229	FAX 022-346-2305

3. 講評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1. 地域との交流</p> <p>基本方針に地域との交流が強くうたわれており、実際面においても防災訓練時における地区の区長を始め消防団、婦人会等の参加があり、近隣の小中学生、高校生等が来所、個人、団体を合わせ昨年度800名以上の訪問、又、地域の各種サークルへの場所の提供、地区の要請に応じた介護等の研修への講師派遣、又、近隣の町との災害協定が締結されるなど地域との交流は積極的に取り組まれている。</p> <p>2. 人事考課における透明性、公平性の確保</p> <p>人事考課は法人の評価基準に基づき年2回、職員に対しては複数の評価者が行い、職員代表によるチェックも行われている。結果は上司によるフィードバックが行われており、結果に対する法人本部への直接的な異議申し立て制度もあり、透明性、公平性が確保されている。</p> <p>3. 利用者の主体性の尊重</p> <p>茶道、華道、書道、手芸クラブ等があり、利用者は各自希望に応じて参加している。施設の行事として、長寿を祝う会、新春を祝う会、お盆、彼岸供養会、センターまつり、お花見会、忘年会等1年を通して馴染みのある生活の継続ができる環境を提供している。又小グループでの外出、コンサートへ希望等の支援も行われている。施設内に売店があり利用者が必要とされる物品に関しては、適宜購入できる仕組みとなっている。</p>
--

◇改善が求められる点

1. 利用者、家族への理念・基本方針や事業計画の周知の取り組み

理念、基本方針及び年度の事業計画に関して、利用者、家族への記載された文書の配布、説明に関して、不十分な面が見られる。広報誌等を利用し更に施設の理念や事業計画等を利用者、家族に周知させる取り組みが期待される。

2. 質の向上に向けた取り組み

ワーキング部会により職員による自己評価が年1回行われ、組織として取り組む課題は明確となっているが、職員は日常の業務に追われ改善策、計画は見直されているものの実践には至っていない。

3. サービスの標準的な実施方法

平成26年の業務内容及び実施方法はマニュアルに記載されている。研修部門でマニュアルの整備、見直しが企画されているが、更に、職員、利用者等の意見、提案を反映した見直しが行われていくことが望まれる。

4. 第三者評価に関する事業者のコメント

今回の「福祉サービス第三者評価」においては、利用者の方々のご意見、ご要望は勿論のこと、ご家族からのご意向なども窺い知ることができました。同時に職員間においても、改めてそれぞれのカテゴリーから課題提起がなされ、新たな気づきが得られる良き契機となり得たように思います。今回の評価結果をもとに、抽出された課題を共有化し、今後ともよりよいサービスの質の向上に取り組んで参ります。

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
I 福祉サービスの基本方針と組織	
1 理念・基本方針	
(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
② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
【コメント】 法人の理念、基本方針を受け施設としての理念基本方針を掲げている。内容は利用者主体の支援、地域との交流、貢献を掲げ更に職員の倫理綱領となる行動計画を確立している。理念や基本方針は明文化され事業計画書、パンフレット等へ記載されている。	
(2) 理念や基本方針が職員に周知されている。	
① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
【コメント】 理念、基本方針が記載された事業計画書は初期に臨時職員、パート職員を含む、ほぼ全職員へ配布され、全職員が常に目にすることが出来るようになっている。スタッフ会議の場において年度計画等の説明はされ、方針などについて触れられることはあるが、理念・基本方針を中心とした話は不十分である。又、利用者、家族からの意見を聞く会は定期的に持たれているが、理念、基本方針に関しての話は特にされていない。 理念、基本方針をホームページ、広報誌、重要事項説明書等への記載を行うと同時に職員、利用者、家族への周知のための取り組みが望まれる。	
2 計画の策定	
(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
【コメント】 法人全体として中期計画を作成しており、法人の計画に則り施設としての中期計画を策定している。平成23年度から平成27年度迄の5ヵ年計画となっており、達成状況については毎年事業評価が行われている。又、この中期計画に基づき年度の事業計画が策定されている。又、中期計画は期間の途中においても見直しが一部行われている。	

(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。	a
② 計画が職員 利用者等に周知されている。	b
<p>【コメント】</p> <p>計画は各部門単位、各委員会で重点項目を決め話し合いを行い、策定されている。年度の終わりには、スタッフ会議の場で反省会が行われ、各部門での年度の計画に対する進捗が確認されている。この反省をもとに新たな計画が策定されており、又、事業計画書が全職員に配布されており、職員への計画の周知は行われている。利用者や家族については、毎月の行事スケジュール等について説明はされているが、年度の取り組みなどに関しての周知は不十分といえる。年度初めの広報誌に園長が年度の方針を記載し概略の取り組みは家族などへの周知は行われているが、より具体的な説明がなされることが望まれる。</p>	
3 管理者の責任とリーダーシップ	
(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
<p>【コメント】</p> <p>事務分掌は作成され管理者及び各職員の職務と責任が明記され、事業計画書の中に記載、各職員に配布されている。年度初めの広報誌において、管理者は自らの取り組みに関しての意思を表明し、家族などへの配布がなされている。重要事項などに関し、管理者は委員会及び係りを組織し、部門をまたがる事柄に関しての案件を担当させている。各委員会等において責任者を指名し通常の活動に関しては権限を委譲し、緊急時においては管理者自らが指揮する体制となっている。</p> <p>管理者は遵守すべき法令等に関しては、関連する老施協等の団体、所属する法人、自治体等からの情報、及び研修などを通じて、理解に努めている。関連する法令等に関して知識としては各職員とも把握しているが、リスト化し整理するところまでは行われていない。職員への法令等の正しい理解の促進のためにも、リスト化し整理しておくことが望まれる。</p>	
(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>【コメント】</p> <p>法人の重点取り組み項目に従った委員会及び園独自の委員会及び係りを編成、職種をまたがる重点項目を担当、業務の効率化及び課題の解決を図っている。又、管理者は職員とのヒアリングを年1回実施、職員から業務に関する課題、提案を直接聴取する仕組みを持ち、業務がより効率的に行くよう取り組んでいる。</p>	

Ⅱ 組織の運営管理	
1 経営状況の把握	
(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。	a
③ 外部監査が実施されている。	a
<p>【コメント】</p> <p>宮城県老人施設協議会（老施協）に加盟しており、ここからの情報、施設の所属する宮城県社会福祉協議会、及び施設の「なごみなの里地域福祉サービスセンター」にある「地域支援センターなごみな」からの地域における福祉情報を適宜収集しており、施設の経営に反映している。月々の経営に関する情報は総務部門が集計し、管理者に報告するとともに毎月行われるスタッフ会議を通じて各部門に伝達される。課題となる事柄に関しては各部門と管理者との検討会が開催され解決策が話し合われている。</p> <p>外部からの監査に関しては法人の監事による会計、業務両面の監査を受けるとともに、2012年には「福祉サービス第三者評価」を受審、今年度においても事業計画に同評価の受審を計画し、実施するなど、外部からの評価をサービスの質の向上に結びつける試みを積極的に行っている。</p>	
2 人材の確保・養成	
(1) 人事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
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
<p>【コメント】</p> <p>中期計画において必要な人材に関する基本的方針に関して述べられており、必要とされる人員体制に関してのプランが述べられている。基本的には正職に関しては有資格者を条件としており、臨時職員に関してもある程度の資格を要件としていたが、現在は現状の極度の人材不足もありこの条件ははずしている。又、資格取得に関する金銭面での支援は行われていないが、業務スケジュール等の配慮は行われている。</p> <p>人事考課は法人の評価基準に基づき年2回、職員に対しては複数の評価者が行い、職員代表によるチェックも行われている。結果は上司によるフィードバックが行われており、結果に対する法人本部への直接的な異議申し立て制度もあり、比較的透明性、公平性が確保されている。現在職員のセルフチェックも実施されており、人事考課とは直接的には結び付けられてはいないが、ある程度結びつけることにより、より納得性のある考課になるとも思われ、検討されることを期待する。</p>	

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
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。	a
② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
<p>【コメント】</p> <p>職員の就業状況については定期的に総務部門により確認されている。職員の身上調書が制度化され職員の将来的な目標などが記入されこれに基づく面談も一部行われている。</p> <p>福利厚生事業は宮城県職員の互助会制度に加盟しており、これによる福利厚生事業が行われている。スポーツ施設、ホテル、旅館等の施設利用券、冠婚葬祭における祝い金などの支給等が行われている。</p>	
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
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。	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
<p>【コメント】</p> <p>基本方針に職員の資質向上と人材育成が明記されており、具体的研修計画もたてられ実施されている。施設としての研修を担当する部署としての研修係りも設置され施設の研修の実施、進捗などが行われている。職員の業務のスキルを自ら知る目的でセルフチェックも行われており、これにより、より効率的な育成が行われる仕組みとなっている。</p> <p>研修記録は法人において全職員の記録が取られており、職歴に応じた研修が行われ、研修後は復命書が提出されている。</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。	a
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>【コメント】</p> <p>実習生受け入れマニュアルが整備され、マニュアル内に基本姿勢が明記され、指導者は指導者研修も受けている。昨年度は700名の実習者の受け入れが行われており、事前のオリエンテーリング及び学校側の要請によるプログラムに沿った実習指導が行われている。</p>	

3 安全管理	
(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。	b
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り組みを行っている。	b
<p>【コメント】</p> <p>法人としての安全管理マニュアル及び施設としての安全管理マニュアルが整備され、防災対策委員会が設置されこれが主体となり防災に関する取り組みが行われている。総合防災訓練は年2回、夜間想定訓練、通報訓練等マニュアルに基づき頻繁に行われている。総合訓練時には地域の消防団、区長、婦人部等地域の方の参加、協力も得られる取り組みが行われている。非常用食料等の備蓄も5日分用意され、消防設備関連も毎月定期点検が行われている。</p> <p>衛生管理は食事サービス委員会が食中毒予防のための取り組みを、委託業者とともに行っており、施設としてのマニュアルが整備され業者への指導も行われている。</p> <p>感染症予防に関しては感染症対策委員会が組織され、感染症等に対する予防、対策、マニュアルの整備、職員への研修が行われている。現在においても一部感染症の発症利用者もあり、マニュアルの見直しを含め検討して行くことが望まれる。</p> <p>利用者の安全確保に関して介護事故予防対策委員会が組織され、リスク管理規定に基づきヒヤリ・ハットの分析と対策、事故への対応が取り込まれ、職員への研修も行われている。昨年度ヒヤリ・ハットの発生が約240件、事故18件の発生があり、それぞれに対策がとられているが、対策の効果を明確にする意味でも要因ごとの継続的な分析が望まれる。</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。	a
<p>【コメント】</p> <p>地域との交流に関しては基本方針においても地域との交流及び貢献がうたわれており、実際面でも活発な交流、貢献に関する取り組みが行われている。防災訓練に地域の区長、消防団、婦人会が参加すると同時に近隣の小中学生、高校生等が来所、近隣地区の各種サークル活動に対し場所の提供が行われている。ボランティアも昨年度は個人612名、団体232名の来所があり、ボランティア受け入れマニュアルも用意され、事前のオリエンテーリングも適切に行われている。地区に対する介護等の講習に関しても地区の町内会の要請に基づいて、講師の派遣等が行われている。</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。	b
② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
【コメント】 県の老施協、関係する自治体との連絡は密に行われており、特に災害に対し大和町、富谷町、大郷町及び老施協との間で災害協定が締結される等、密接な関係作りが行われている。個々の利用者に対し必要とされる社会資源に関し、利用者、家族から問い合わせがあれば、職員はそれぞれ回答できるようにはしているが、特にリスト化までは行われていない。職員による統一的な回答が出来るよう、必要な項目を含めリスト化しておくことが望まれる。	
(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
【コメント】 隣接する同一センター内の「地域支援センターなごみな」が地域の福祉に直接関連する業務を行っており、地域の福祉ニーズ等は同事業所を通じ把握され、また同事業所が具体的な事業を行っている。	
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。	b
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。	a
【コメント】 年度初めに運営理念、基本方針、行動計画、利用者を尊重したサービス提供に関する具体的行動計画は計画書に明記され、配布されている。組織内で共通の理解を持つ取組は新人研修、勉強会等を通じ職員への周知が図られているが、職員の周知の比率は55%程度であり、今後継続して周知への取り組みが望まれる	
(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。	b
② 利用者の満足の向上に向けた取組を行っている。	b
【コメント】 昨年まで家族会があったが今年はなく、家族面談で聞き取り記録されている、利用者の聞き取りは各棟によって内容は異なるが定期的ではなく年2回行われている。家族会に代わり利用者家族の意見を吸い上げる仕組みを今後更に検討し、棟により差が生じることのないようにして行くことが望まれる（家族アンケートから）	

(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。	b
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。	a
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b
【コメント】 利用者は担当職員、話しやすい職員に相談している、苦情に対しては「宮城県社会福祉協議会なんでも相談室」の規定により、苦情受付担当者、第三者委員、「何でも相談窓口」が設置されていて利用者からの意見、相談、苦情に対応している。	
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。	b
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。	b
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b
【コメント】 自己評価は年1回ワーキング部会で組織的に取り組まれているが、組織として取り組む課題は明確にされていても、職員は日常の業務に追われて関心が低く改善策、計画は見直されてはいるものの実践にはいたっていない。	
(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
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
【コメント】 平成26年の業務内容及び実施方法はマニュアルに記載されている。研修部門でマニュアルの整備、見直しが企画されているが、更に、職員、利用者等の意見、提案を反映した見直しが行われていくことが望まれる。	
(3) サービス実施状況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
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
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。	b
【コメント】 共通の用紙を使用して、記録、書面は整備されている。管理体制は法人の規定に基づいて保管、保存、破棄、等総務係長が責任者となって行われている。個人情報扱いに対しても職員には研修で周知されている。家族には重要事項説明書に明記して、説明が行われている。	

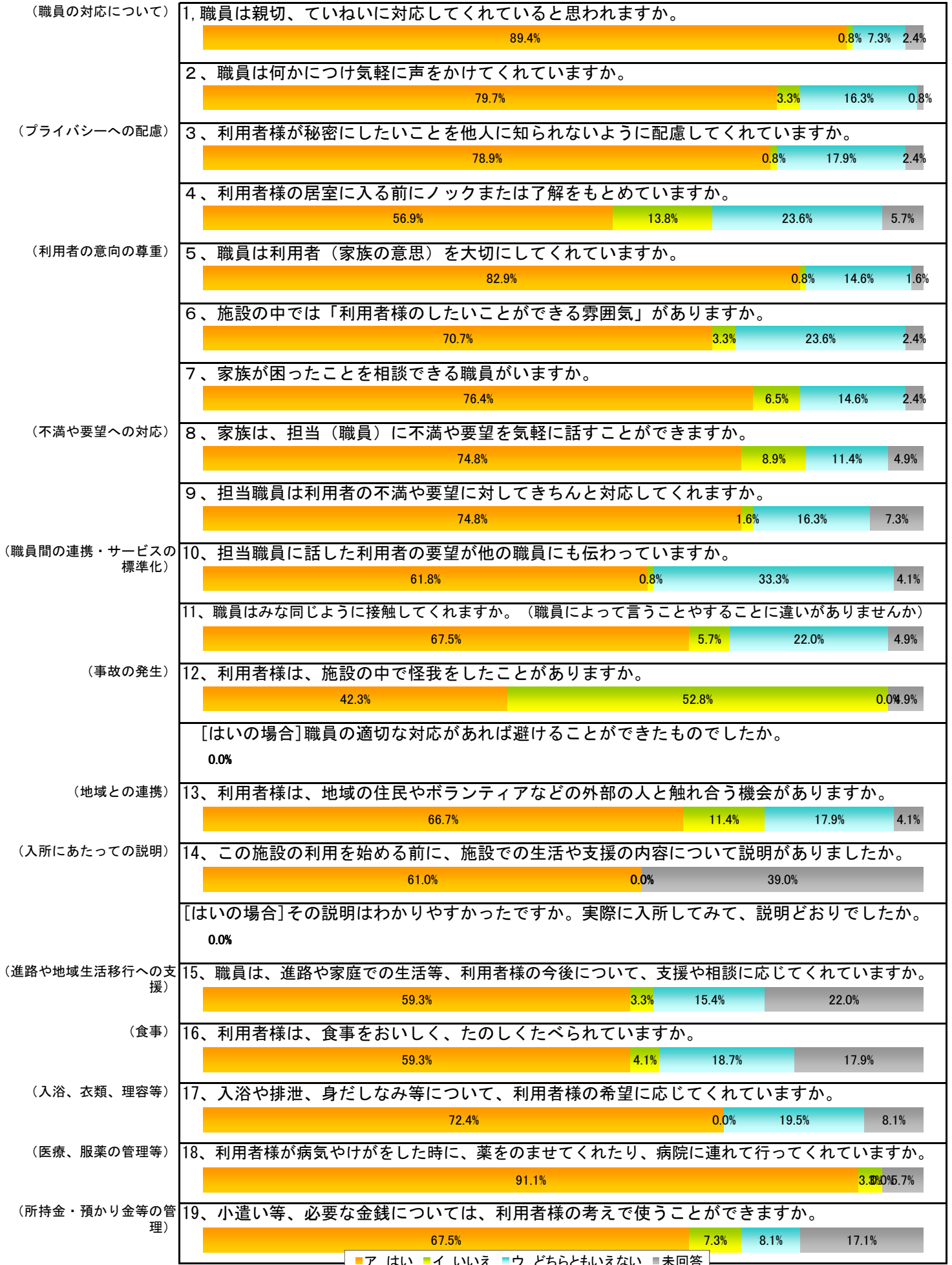
3 サービスの開始・継続	
(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	
① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供をしている。	b
② サービスの開始にあたり、利用者等に説明し、同意を得ている。	b
【コメント】 利用希望者にはパンフレット（郵便局にも置かせてもらっている）、ホームページで情報提供しており、見学にも対応している。利用者、家族には入所時に重要事項説明書、契約書を説明し同意を得ている。利用者によっては理解が難しい場合もあり、利用者が理解しやすい工夫をしていくことが望まれる。	
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
① 事業所の変更や家庭への移行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。	a
【コメント】 地域の他の事業所、家庭への移行等は殆どない。サービス終了後の相談窓口は係長が担当している。退所後の援助としては契約書 25 条に明記されている。	
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。	a
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
【コメント】 サマリー、ADL 等のアセスメントは 6 か月毎に決められた用紙を使用して介護職、看護師と共にカンファレンスで行われている、利用者のサービスニーズは明示されている。	
(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
【コメント】 係長がサービス実施計画書策定の責任者となり、計画書は施設サービス提供の視点で策定されている。ICF の視点からの計画書の策定が望まれる。6 か月のモニタリングが行われ、緊急の時、変更の時には、計画書の見直しを行っている。	

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。	a
【コメント】 栄養マネジメントによる疾病予防改善の為サプリメントの利用，経管栄養での治療食、イレウスの軽減の治療食等、心身に合わせた食事を提供している。又月5回利用者からのリクエスト食、年4回は施設の行事食と生活に合わせて楽しめる食事を提供している。	
(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
【コメント】 プライバシーに配慮した入浴介助を行っており、同性職員による介助ができない時は了解を得ている。この点に関しては重要事項説明書の入浴の部分への記載が望まれる。	
(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
【コメント】 排泄チェック表を作成し、トイレでの排泄を基本とし、日中は布パンツを使用している。プライバシーへの配慮を念頭にオムツ交換は適時に行っている。	
(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。	a
【コメント】 褥瘡予防対策委員会が年5回開催され、研修会も年2回以上行われている。現状を把握し予防対策の基本的対応をマニュアルで確認し、各部署に伝達している。更にマニュアルの見直しを行って行くことも望まれる。	

(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。	a
【コメント】 年計画で生活係りは年2回（6、12月）に福祉用具の点検を福祉用具業者と共に行っている、適合しているかの評価は介護職員、リハビリ担当職員によって行われている。	
(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
【コメント】 施設の中に理美容室があり、週3回地域の業者が来ている。各自の希望で利用しており各居室に出張することも少なくない。	
(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
【コメント】 棟に於いて介護計画書を基にカンファレンスを行い、情報共有し担当職員が介護し、記録されている。	
(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。	a
③ 服薬の誤りがないように対策を講じている。	b
【コメント】 バイタルチェック、嘱託医、協力医による診察と健康相談、口腔ケア、嚥下体操によって健康状態を把握している、音楽療法、やすらぎの家等グループで活動できる環境を作っている。服薬の管理は医療課で管理、マニュアルも作成され実施されている。更に、職員に対する研修を強化して行くことが望まれる。	
(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。	b
【コメント】 週1回作業療法士による可動域を中心に個別機能訓練が行われている。	

(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。	a
<p>【コメント】</p> <p>茶道、華道、書道、手芸クラブ等があり、各自参加している、施設の行事として、長寿を祝う会、新春を祝う会、お盆、彼岸供養会、センターまつり、お花見会、忘年会等1年を通して生活の継続ができる環境を提供している。又小グループでの外出、コンサートへ希望等の支援も行われている。預かり金の管理、責任は施設長が行っている。施設内に売店があり利用者が必要とされる物品に関しては、適宜購入できる仕組みとなっている。</p>	
(11) 認知症の正しい理解と適切な対応	
① 認知症を理解し、利用者に対して適切に対応している。	b
<p>【コメント】</p> <p>認知症の基礎研修、実践者研修を受講した職員がいる。この知識を活かし「認知症高齢者ケアマネジメント方式」を使用したアセスメント、介護計画書を策定し、認知症の理解と職員間の情報の共有を行って行くことが望まれる。</p>	
(12) 終末期のケア	
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）	a
<p>【コメント】</p> <p>終末期ケアは年間25%程実施している。最適な空間（個室、必要な設備、機器等）がある、最後までその人らしく生活ができるように支援している。</p>	
2 家族との交流確保	
(1) 利用者と家族の交流、家族との連携確保	
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。	b
<p>【コメント】</p> <p>年3回（4，7，12月）家族とのふれあい通信を発刊し、日常生活、行事等を報告している、（9月に実施された「長寿を祝う会」においては50家族62名の参加があった）、個別面談は介護計画書の意向、要望を聞いている。</p>	

3 利用者の人権の擁護	
(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止	
① 身体拘束廃止について明確な対応策を講じている。	a
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。	a
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。	b
<p>【コメント】</p> <p>身体拘束は拘束廃止推進委員会（毎月）が中心となり、廃止ガイドラインに基づいて対策を講じている。虐待防止対応マニュアルの見直し、改正（年2回）虐待防止職員セルフチェックの実施と検証（年2回）、又、施設内に虐待防止、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業のポスターを提示している。外部研修への参加を通じて職員への周知を図っている。より積極的な情報提供をしていくことが望まれる。</p>	



■ア はい ■イ いいえ ■ウ どちらともいえない ■未回答

福祉サービス第三者評価

和風園全職員(99名)

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)

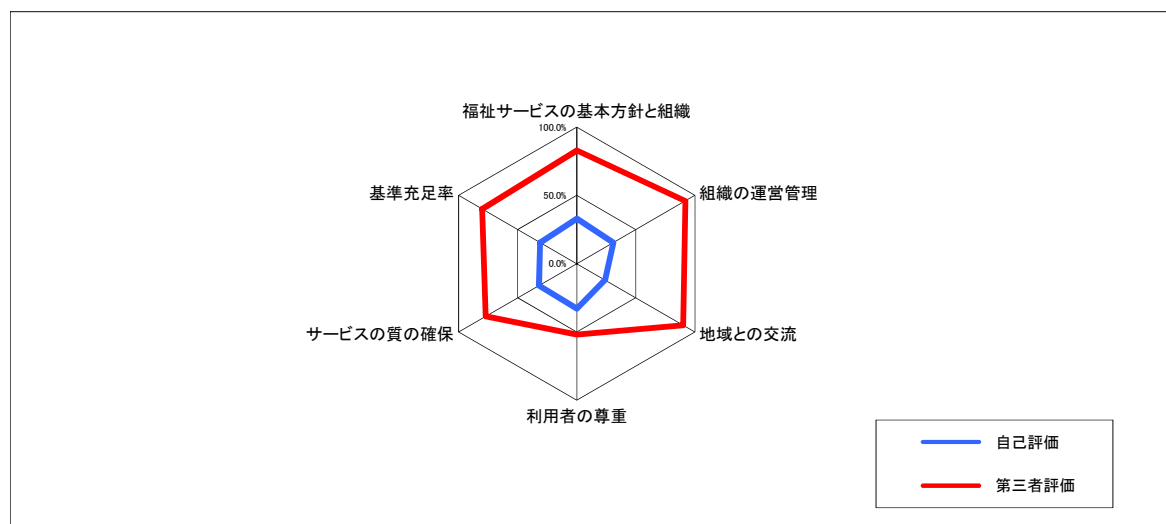
	1.ほぼすべての利用者	2.利用者の2/3くらい	3.利用者の1/3くらい	4.ほとんどのしていない	未回答
1 利用者にとってでの和風園の生活は居心地が良いと思っている	13	55	35	10	0
2 入所時に利用者や家族に重要事項説明書を十分に説明をしている	75	15	6	11	6
3 ケア計画は利用者の希望に合っている	22	53	19	11	8
4 和風園での生活リズムは利用者の希望に合っている	17	55	31	8	2
5 清潔、温度や明るさは利用者に丁度良いと思っている	31	46	27	7	2
6 食事はおいしいと思っている	33	52	23	4	1
7 利用者は入浴の回数や時間に満足しているとおもっている	21	46	36	8	2
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	58	25	24	4	2
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	11	22	56	17	7
10 リハビリは十分に行われている	23	37	33	12	8
11 利用者の体調が悪い時はすぐ対応している	96	11	4	0	2
12 利用者の不満や苦情に対して十分に対応している	53	39	19	2	0
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	80	28	5	0	0
14 利用者に対して優しく丁寧に接している	85	24	4	0	0
15 ボランティアとの交流が十分行われている	20	46	39	4	4

■ 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「和風園」

	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	33.0%	31.0%	24.0%	33.0%	32.0%	31.0%	C
第三者評価	83.0%	92.0%	90.0%	52.0%	77.0%	80.0%	B



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)