

(別紙)

第三者評価結果

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・⑤・c
<p><評価所見></p> <p>パンフレットに「私たちが目指すもの」として、法人の理念、基本方針が明文化されており、職員には採用時に説明されています。利用者や家族には入所時に説明するとともに、事業所内にパンフレットが置かれ、閲覧できる状態となっています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>法人の理念、基本方針はありますが、地域密着型特養設立後5年経過した現在、地域密着型特養としての具体的な内容が必要です。職員の一体化を進め、地域密着型特養としてのアイデンティティーを確立するために事業所としての具体的な行動規範等の作成が期待されます。</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・⑤・c
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。	a・⑤・c
<p><評価所見></p> <p>法人内の事業所責任者連絡会で、国、県、市の福祉事業の動向や経営環境・状況を把握しており、他事業所との交流からもこれらに対する対応の情報を集めています。法人の月1回の経営会議において経営課題を検討しています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>事業所では主任者会議において施設長が伝えて共有を図っていますが、職員への周知と関心は必ずしも充分ではなく改善が期待されます。</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・⑤

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・c
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・b・c
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・b・c
<p><評価所見></p> <p>法人3ヵ年構想としてビジョンが策定されており、法人の中・長期の収支計画は策定されていますが、事業所としての中・長期的なビジョンと収支計画は作成されていません。また、年度ごとの事業計画は、各ユニットや委員会で前年度の状況を踏まえたものになっていますが、職員の意見は十分反映されていません。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>今後、事業所の中・長期計画を新たに策定し、職員からの意見・提案を取り入れた事業計画の策定に繋げることを期待します。事業計画等を運営推進会議の場でも説明し、議事録を委員・家族に送付するなどして、事業所への更なる理解が深まることを期待します。</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が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
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・b・c
<p><評価所見></p> <p>事業所内のユニット会議と従来型特養オレンジホームと合同の各種委員会等で利用者に対するサービスの質の向上を図るため、改善・解決に繋げる取り組みをしています。</p> <p>今回受審の第三者評価が初回で、自己評価など組織として取り組んでいます。その結果としての課題に対して、今後、計画的に改善に取り組まれることに期待します。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 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
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
Ⅱ-1-(2) 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、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c

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><評価所見></p> <p>(特に評価が高い点)</p> <p>管理者（施設長・副施設長）は新会計基準・経営セミナー等へ積極的に参加し、遵守すべき法令などの情報を欠かさず得るようにしています。職員へは入職後の研修や全体研修の場でコンプライアンスについての指導・説明を行っています。</p> <p>管理者は職員の出退勤前後、事業所内を見回り、職員・利用者に声かけして状況の把握に努めています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>従来型特養に併設された経緯から、運営規程に副施設長の職制の規定がなく、その他の規程・マニュアルにも不備が見受けられるため、見直しと修正することを期待します。職員の意見を表明・集約するルートが明確になっていません。管理職と生活相談員・主任の位置づけを組織図等で明確にすることを期待します。</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・c
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
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組んでいる。	a・b・c
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組を行っている。	a・b・c
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・b・c
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・b・c
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、積極的な取組をしている。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>法人本部の人事考課制度のもとで、半期毎に作成・提出された Do-CAP シートを使って人事考課を行って、処遇改善に反映させています。</p> <p>採用・人事に関しては基本的に法人本部で行なっています。オレンジホーム（従来型特養・地域密着型特養両事業所）の施設長も採用担当の一員であり、学校訪問などを行って採用活動をしています。</p>		

福利厚生制度および服務規程は整備されていますが、退職、産休等による人員不足や職員の経験不足から、必ずしも有給取得や時間外労働の削減が希望通りには行われていません。

事業計画に年間研修計画があり、定期的に内部研修が行われています。採用時に希望を聞き、資格取得の希望があれば外部研修を受講させています。

(改善が求められる点)

人員不足の解消を図るための更なる努力を期待します。

内部研修は夜間開催が多く、夜勤・準夜勤者の参加が難しくなっており、全職員が受講できるように複数回の開催等を期待します。

実習生の受け入れは現在行われていないが、来年度から受け入れる予定です。実習生の受け入れは職員確保の手段ともなりますので、実現することを期待します。

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・b・c
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。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>理念が記載されているパンフレット、運営規程、事業計画、予算書等は玄関ホールにて閲覧できます。</p> <p>毎月の決算は会計事務所による外部監査により、毎年度の決算報告は公認会計士を含む監事による内部監査により行われています。その結果は、各ユニット会議で職員にも報告しています。</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組を行っている。	a・b・c
24	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。	a・b・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	a・b・c
27	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。	a・b・c

<評価所見>

オレンジホーム（従来型特養・地域密着型特養）として七福会（老人会）を行っており、地元の方へも自治会を通して参加を呼びかけしていますが、参加はありません。利用者が地元の小学校の運動会に招待され、参加したことはあります。また、小学校からの要請により校外学習の一環としての授業に協力しています。

月1回の語り部ボランティアを受け入れています。また、家族のボランティア活動として、地域のゴミ拾いと積雪時の重機による事業所への進入路の除雪があります。オレンジホーム（従来型特養・地域密着型特養）として鹿沼市と協定を締結して災害時の受け入れ先となっています。

運営推進会議には、家族、元自治会長、行政相談員、市職員が参加して、年6回定期的に開催されています。

事業所内に地域コミュニティという部屋を設けていますが、具体的な利用の計画はありません。そのため「地域に関わりたいプロジェクト」を立ち上げ、地域との交流を模索していますが、まだ具体的な交流実績が少なく、現在の取り組み課題です。

（改善が求められる点）

小学校やコミュニティセンターとの交流はありますが、地元の自治会や老人会等との更なる交流を期待します。運営推進会議において委員から出た意見・提案が活かされることを期待します。また、ボランティアの受け入れ体制を確立するためにマニュアルの作成を期待します。

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組を行っている。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
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、取組を行っている。	a・b・c
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・b・c

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。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
<p><評価所見></p> <p>(特に評価が高い点)</p> <p>運営規程の方針の中に利用者一人一人の意思及び人格を尊重することが明記されています。この方針を共通理解とするために、全体研修の中で「気付き」をメインテーマに繰り返し勉強会を行っています。入所時に利用者・家族の承諾を得て、広報誌に氏名・写真等を掲載するよう配慮しています。</p> <p>利用案内はホームページで情報提供をしており、月5～6件の見学希望があり、生活相談員またはケアマネジャーが事業所内を案内しています。契約時には、契約書・重要事項説明書について生活相談員が読み上げて説明しています。法改正等で内容に変更が生じた際は、説明とともに同意を得ています。</p> <p>他の福祉施設や医療機関への移行にあたり継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書を定めています。具体的には介護・看護サマリーを作成して渡しています。移行先からの本人面接・情報提供の依頼にも対応しています。福祉サービス終了後も必要に応じて生活相談員が窓口となって対応しています。</p> <p>管理者が毎朝事業所内を見回り、利用者へ声かけを行い、意向・意見を把握し、ケアプランの見直しに反映させたり、利用者満足の向上に繋げるよう努めています。生活相談員・介護職員も日常接する中で利用者の意向・意見を吸い上げており、現場で解決できないことは管理者に上げて対応に繋げています。</p> <p>玄関ホールに意見箱を設置しており、苦情対応の職員を重要事項説明書に明記して周知しています。苦情解決に関しては介護サービス相談・苦情処理手引書に沿って対応しています。</p> <p>事故・ヒヤリハットに際しては現場で対応すると共に、事故防止委員会に報告して、事故・ヒヤリハットの集計を毎月行い、対応策の再評価を行って事故の再発防止に繋げています。分析結果は主任会議を通して、各ユニットの職員に周知しています。感染症予防に関しては、指針・マニュアルに沿って対応し、感染症の勉強会を開催しています。感染症の時期には感染症対策委員会を中心に注意喚起を呼びかけ、常に携帯消毒を常備・確認を行っています。昨年度の従来型特養でのインフルエンザ流行の反省に立って感染症予防対策を徹底しており、吐しゃ物などの処理の実践的な訓練を行っています。</p> <p>(改善が求められる点)</p>		

危機管理マニュアルを策定し、災害に備えた備蓄品の管理や緊急連絡網の整備・通報訓練・定期的な消防訓練を行っていますが、シフト制のために訓練に参加できない職員が出ますので、参加状況のチェック及びローテーションへ配慮し、全員参加できることを期待します。

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。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
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。	a・b・c
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・b・c
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><評価所見></p> <p>標準的な介護サービスについては契約書に記載されています。個々人の対応については、24時間シートを基にサービス担当者会議で検討し、支援についての確認を行っています。</p> <p>個別的な介護サービス実施計画は、介護支援専門員によるアセスメントからサービス担当者会議を基に作成し、サービスの実施、モニタリングというように体制ができており、定期的な見直しを行っています。また、状態の変化に応じて柔軟に見直しています。福祉サービスの実施状況はケース記録に記載され、職員間で共有されています。</p> <p>データ保存用 USB や介護ソフトの起動用 ASP キーは施錠できる BOX にて適切に管理・保管されています。また、利用者の個人ファイルは基本的に施錠できる棚や部屋で保管しています。</p>		

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 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。	㉗・b・c
A-1-②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・㉘・c

評価所見

入所前の生活習慣を介護職員全員が把握して個々人の意向・意志を尊重し対応しています。個々人の起床時間に合わせて朝食を提供しており、起床後に配膳することで習慣化しています。

趣味活動も生け花・書道・塗り絵・花苗の手入れなどが用意されており、好みに応じて参加をしています。

外出の可能な利用者には、鹿沼市の祭り見物や、桜・紫陽花の鑑賞などに出かけていますが、身体機能の低下等で参加できる利用者は、減少しています。

コミュニケーションの困難な利用者については、テレビを見る内容から関心のある話題を探し、声を掛け会話を促し、声が出せない利用者には、文字盤を使用してコミュニケーションに努めています。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
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。	㉗・b・c
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・㉘・c
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・㉘・c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	㉗・b・c

評価所見

週2回の入浴が計画されていますが、体調や意向により日を変更し、体調によっては清拭に変えています。入浴時間は、好みに合わせるように努力しています。入浴は、個浴・リフト浴・特浴と用意されており、特にリフト浴では、利用者の不安解消の対応に努めています。定時の入浴を拒否された利用者も時間を遅らせることで入浴につなげ、いったん湯船に入るとゆっくりと入浴を楽しんでいます。

24時間シートにより水分摂取と排せつリズムを把握しています。介護度が上がることでおむつになる利用者も出ていますが、本人の意向を確認しトイレ排せつを習慣化し、トイレ誘導を行なう事で大きいパットの使用から小さなパットに変わった人やおむつから布パンツになった例もあり、排せつの改善につながっています。夜間帯は睡眠を優先し、トイレ誘導は無理強いしていません。冬場のトイレの温度と廊下の温度差解消のため、使用していない時は、ドアを開ける等の工夫をしています。

車椅子の移動に配慮された家具の配置がされ、移乗時の事故防止には2人介助の対応をしています。自立歩行の利用者には見守り支援を行っています。福祉用具の点検は、職員による1～2ヶ月に1回の点検と福祉用具業者の年1回の点検修理を行っています。

褥瘡防止委員会による栄養スクリーニング等で危険度を把握し、状況に応じマットレスの交換対応などを行っているため、現在は褥瘡がある利用者はいません。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉖・b・c
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・㉗・c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・㉗・c

評価所見

食べた食事の感想や嗜好調査により利用者の好みを取り入れた、内部栄養士による献立・食材調達による食事は栄養を配慮して作られ、複数の食事形態が用意されています。おやつ作りを事業所内で行うなどの楽しみを演出しています。別途個人の特別な注文にも対応し、職員が購入し時間を置かずに提供出来るよう衛生面に細心の配慮をしています。

箸・湯飲み・汁椀は、個人の好みの品を自宅より持参してもらい、以前の生活の継続を保持しています。

食事介助は、利用者の状態に合わせてゆっくり進められています。食事量の減少者には、補食を提供していて、回復すると元の食事に変えるように個々に応じた取り組みをしています。

食前に発声による口腔体操を実行していますが一部の利用者にとどまっています。夕食後の口腔ケアは徹底が図られています。

(改善が求められる点)

口腔体操の継続には、介護職員が率先して楽しみながらリードできる体制作りを期待します。補食に変更する時期について医療職と介護職との意見に差があり、多職種連携によるチームケアへの更なる相互理解を期待します。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
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。	㉖・b・c

評価所見

入所時の契約で事業所における終末期の対応について本人・家族の意向をアンケート形式で確認し、その後症状の変化に応じて段階的に何度か家族の意向を確認して、看取りへの書類の締結をする手順が確立されています。

終末に向けた医療職とケアマネジャーの介護計画に沿って介護職員が対応しています。終末に向け、家族が事業所に宿泊する対応方法も確立され、亡くなられた時は、担当職員の他可能な職員・利用者が表玄関から見送りをしています。更に年1回追悼会が開催され、家族・利用者・職

員が参列しています。家族からは、安心出来ると評価されています。

(改善が求められる点)

終末時の利用者の飲み物・食べ物の希望に対して医療職と介護職との間に意見の違いがあります。多職種連携の相互理解で改善する事を期待したい。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
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
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

評価所見

手ふきをたたんでもらう、お茶を入れる習慣の利用者には茶道具を揃えて入れてもらうなど利用者の機能維持や自己実現に努めています。徘徊時には声掛けと見守り、付き添いなどで対応し、行動制限や拘束は行っていません。

自由に動きたいと希望する利用者のために低床ベッドを設置したり、手すりに丸みをつける、床にクッションを敷くなど個々に応じた安全の配慮がなされています。部屋のドアには、表札が掛けられ常に利用者が自分の名前を確認できるようになっています。

利用者の中には、来客に食事を勧める人もおり、我が家と感じて生活している方もいます。

(改善が求められる点)

利用者は同じ生活者であるとの認識が少ない介護職員もいるので、全職員が利用者と共に喜び悲しむ仲間意識を期待したい。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
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

評価所見

理学療法士の指導のもと介護計画を作成し、機能訓練を介護計画に入れて実施している。また、生活の中で華道・書道・塗り絵・プランターの水やりその他数々の利用者の機能維持に繋がる支援が継続され、生活リハビリになっており、24時間シートにも実施状況が記入されています。

(改善が求められる点)

介護職員の意欲に繋がりますので、生活リハビリを機能訓練の介護計画に反映することを期待します。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
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。	a・㊦・c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	㉔・b・c

評価所見

夜間急変時の連絡体制・マニュアルが整っています。バイタルチェックなどの測定記録が記載され、体調変化に対応する手順が確立されています。1日3回の看護師の巡回もあり、小さな変化も報告しあい職員間で共有出来るようになっていきます。

感染症予防対策マニュアルが整備され、以前関連事業所のインフルエンザの発症の経験に基づき対応が十分にされています。

A-8 建物・設備

	第三者評価結果
A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a・㊦・c

評価所見

事業所の建物は、必要に応じ専門家の点検が行われています。居室のエアコンの清掃は、夏・冬の2回行われています。洗濯機・乾燥機など家庭用の物を使用しており、使用回数が多いため故障が起りやすくなっています。

従来型事業所では清掃専門の職員が配置されていますが、地域密着型特養事業所には配置されていないため、十分に行われていません。

(改善が求められる点)

エアコンの清掃などの設備の整備等が行き届き、利用者の快適性が確保されることを期待します。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・㊦・c

評価所見

遠方の家族には、3ヶ月に1度近況報告や事故報告の手紙を出し、介護計画の変更時には、家族の希望を聞き取り計画に反映させています。面会に来た家族とは、担当職員が居室で対応し近況の報告をしています。

家族会が有り、敬老会など家族と食事をする機会を設けていますが、家族の参加は5割弱にとどまっています。

(改善が求められる点)

家族会を始め事業所の行事に参加できる家族が増えるよう、今後はより早い案内と遠方の家族には最寄り駅からの送迎など交通の不便さを解消して参加できる工夫を期待したい。

様式

「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

事業所名	社会福祉法人緑風会 地域密着型特別養護老人ホームオレンジホーム
------	------------------------------------

項目	評価結果に基づく現状分析 (平成 29 年度)	改善計画 (平成 29 年度 10 月末時点)	実施状況 (予定を含む) (平成 29 年 10 月 17 日時点)
理念・規定・マニュアルの見直しについて	<ul style="list-style-type: none"> ・防災マニュアルに基づいて防災訓練を実施しているが職員の参加が一部出来ていない。 ・地域密着型としての理念が抽象的になっており、行動規範となる具体的な内容が不足している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・従来型との併設で、シフトを考慮し、全員が交代で参加できる体制を整える。 ・行動規範について地域職員で話し合い、具体的な内容を確立させる。定期的に話し合い更新していく。 	1 実施済み ② 実施予定 (平成 30 年 10 月 頃) 具体的には以下のとおりです。
福祉施設としての地域交流・多職種連携について	<ul style="list-style-type: none"> ・地域交流プロジェクトを立ち上げて交流に努めているが機能が不十分である。 ・多職種の意見の相違が見られ、思うように対応できていない部分が見られる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域運営推進会議に駐在員や消防団員等を招き情報交換を行い地域に根付いた交流の場を広げていく。 ・カンファレンスの場で双方の意見を擦り合わせていき必要とあらば外部講師に研修を依頼し、必要な知識を高めていく。 	1 実施済み ② 実施予定 (平成 30 年 10 月 頃) 具体的には以下のとおりです。

サービス改善計画・実施状況の公表について (○をつけてください。)

1 公表した (公表時期・公表方法)

② 公表する (公表予定時期・公表方法)



これから公表する事業所は公表後速やかに県社協あて御連絡ください。

※公表方法 : ホームページ、紙媒体で受付に設置