

A. 第三者評価結果（「機関評価」の部分）

評価スケール	自己評価	機関評価	評価スケール	自己評価	機関評価	評価スケール	自己評価	機関評価
1.1.1	A	A	2.3.4	A	A	6.1.3	A	A
1.1.2	A	A	2.3.5	A	A	6.2.1	A	A
1.1.3	A	A	2.3.6	A	A	6.2.2	A	A
1.1.4	B	B	2.3.7	A	A	6.2.3	A	A
1.2.1	B	A	2.3.8	A	A	6.2.4	A	A
1.2.2	A	A	2.3.9	A	A	6.2.5	A	A
1.3.1	A	A	2.3.10	A	A	6.2.6	A	A
1.3.2	A	A	2.3.11	A	A	6.2.7	A	A
1.3.3	A	A	2.4.1	A	A	6.2.8	A	A
1.4.1	B	A	2.4.2	A	A	6.2.9	A	A
1.4.2	B	B	2.4.3	A	A	6.3.1	B	A
1.4.3	B	B	2.4.4	A	A	6.3.2	A	A
1.4.4	B	B	2.4.5	A	A	6.3.3	A	A
1.4.5	A	A	2.4.6	A	A	7.1.1	A	A
1.4.6	A	A	3.1.1	B	B	7.1.2	A	A
1.4.7	B	B	3.1.2	A	A	7.2.1	A	A
1.4.8	B	A	3.1.3	A	A	7.3.1	B	A
1.5.1	A	A	3.1.4	A	A	7.3.2	A	A
1.5.2	A	A	3.1.5	A	A	7.3.3	A	A
1.5.3	A	A	3.1.6	A	A	7.3.4	A	A
2.1.1	A	A	3.1.7	A	A	7.4.1	A	A
2.1.2	A	A	4.1.1	A	A	7.4.2	A	A
2.2.1	A	A	4.1.2	A	A	7.4.3	A	A
2.2.2	A	A	4.1.3	A	A	7.4.4	A	A
2.2.3	A	A	4.1.4	A	A	7.4.5	A	A
2.2.4	A	A	4.2.1	A	A	7.5.1	A	A
2.2.5	A	A	4.2.2	A	A	7.5.2	A	A
2.2.6	A	A	5.1.1	A	A	7.5.3	A	A
2.2.7	A	A	5.1.2	B	B	7.5.4	A	A
2.2.8	A	A	5.2.1	A	A	7.5.5	A	A
2.2.9	A	A	5.2.2	A	A	7.5.6	A	A
2.2.10	A	A	5.2.3	A	A	7.5.7	A	A
2.2.11	A	A	5.2.4	A	A	7.6.1	A	A
2.3.1	A	A	5.2.5	A	A	7.6.2	A	A
2.3.2	A	A	6.1.1	A	A	7.6.3	A	A
2.3.3	A	A	6.1.2	A	A			

B. 評価機関所見

1. 優れた取り組みと思われる点

スケール番号	内 容
2-3-4	入居者の希望や満足度については、日々の意見や要望、苦情からも読み取っています。毎年「生活満足度アンケート調査」を行い、運営懇談会、運営状況説明会で結果を報告しています。その結果は口頭での説明にとどまらず、回答集を作成しています。各項目ごとにグラフで図式化したうえで文章化し、詳細に分析したことがうかがえました。
2-3-3	「苦情解決委員会」において、受け付けた苦情一つひとつについて、その内容と検討事項、改善点を詳細に検討

	<p>しています。また、「サービス評価委員会」において、第三者評価を受審して学んだ内容を全職員にフィードバックし改善につなげることができるよう、取り組んでいます。「見直し検討委員会」において、これまで各部門ごとに不統一であったマニュアルの様式を定型化し、全職員に必須の基本事項を共通項目として新たに整理することで、サービスの質の向上に横断的に取り組んでいます。</p>
2-3-5	<p>運営懇談会を本館では2か月に1回、ケアセンターでは年に2回、ホーム本館の多目的室で開催しています。内容を「概要報告書」にまとめ、文章での報告、更に、概要説明をケーブルテレビにて放送しています。耳の不自由な入居者のために赤外線補聴器を導入したりするなど、入居者に対し積極的に情報を発信する姿勢がうかがえます。また、年に1回運営状況説明会を開催し、収支内容の詳細な説明を行っています。</p>
2-4-5 2-4-6	<p>「土砂災害マニュアル」も作成しています。年に2回消防訓練を、消防署参加のもと実施しています。訓練では、消火器など器具の使用法の体験から、起震車や煙中ハウスなど大掛かりなものまで多岐にわたっています。また消防訓練とは別に、防災の日に備蓄品を使い「かまどベンチ」など災害時の実際の調理を想定した「炊き出し訓練」を行っています。また、地域の合同防災会に自主的に参加し、月1回の定例会議にも積極的に出席しています。近所の小学校を避難所とした際の地震時「避難所運営マニュアル」を現在作成中で、避難所での暗闇体験や簡易トイレ設営体験など、実際の流れを想定した実用的な訓練が能動的に行われています。</p>
4-1-3 4-1-4	<p>週に2回、本館玄関において近隣のスーパーからの訪問販売があり、多くの入居者でにぎわっています。ほかにも、パンや和菓子、切り花の販売など、食料品だけでなく様々な物販をホーム内で自由に購入できる仕組みが出来上がっています。また、理美容やエステ、衣類販売、メガネ(出張作成、洗浄)、時計、リハビリシューズ、銀行の出張サービスなど、入居者の要望により積極的に外部の資源を活用し、入居者の満足度を高めています。</p>
4-2-2	<p>年間の行事スケジュールが計画的に作成されています。一つひとつの行事に対し、計画、実施後の課題の抽出、評価に至るまでのPDCAの流れが1枚の用紙に丁寧にまとめられています。毎年定例の季節行事(お花見、節分、クリスマスなど)に加え、各月ごとに随時講演会やコンサート(ジャズ、クラシック、ピアノなど)、マジックショーなど、バリエーションに富んだ行事が実施されています。また、内部の小規模な行事としては、お酒を楽しく飲みたい入居者の要望に応え、「ほろ酔いサロン」を月に1回程度実施し、職員も交えて入居者との交流をはかっています。また外部のボランティアからの行事打診も多く、積極的に連携をとっている様子がうかがえます。</p>
6-1-1 6-2-1 6-2-2 6-2-3 6-2-5 6-2-6	<p>入居者個別のアセスメントから身体や生活状況を把握して入居者の課題を抽出し、ケアプランが作成されています。短期・中期の目標設定から職員への具体的な指示書で実施し、計画実施表でチェックしています。また、個別リハビリの計画も外部からのリハでは緊張があり、モニタリングで職員が行う体操やリハに変えるといった細やかさや、園芸療法士、歯科衛生士など資格を持った多才な職員が加わりプランをより良いものとしています。サービス担当者会議は定期的な実施に加え、状態変化、退院、本館からケアセンターへの住み替え、更新時などには随時実施され、医師や他職種の意見を入れた見直しがされていました。入居者、家族にも報告し同意を得ています。入居者一人ひとりに合わせたケアマネジメントが検討され、サービスの提供が実施され、評価し見直すというPDCAのプロセスとともに総合的な自立支援のためのサービス提供が行われています。</p>
7-5-6 7-5-7	<p>部屋を間違えないように目印をつけ、なじみの道具や写真を居室内に飾るなど、回想を促す空間づくりがなされています。ダイルーム内に概ね2か所ずつ落ち着きのある空間を設け、認知症の入居者が陥りやすい混乱を最小限に防ぐための環境を整えています。また、アニマルセラピーやタクティールケア、グループケアなどを行っています。開設初期からの入居者も多いため、入居者の認知症に関する理解が比較的深く、認知症かどうかに関わらずサークル活動(太極拳、卓球など)や日々の行事において、積極的に参加、交流がなされています。毎年の職員必須研修においても、認知症の基本的理解や事例の対応法等を学び、職員の知識と技術の向上のために時間が割かれています。</p>

2. さらに取り組むことで、より質の向上が可能と考えられる点

スケール番号	内 容
1-1-4	<p>法人としての事業計画書・予算書内に、単年度の事業計画及び各事業ごとの収支予算の記載はあるものの、中長期的にわたる事業計画の記載はありませんでした。法人としての方向性を職員個人レベルの行動として落としこむことで、全職員が一体となった事業への取り組みが可能になると考えられますので、法人としての中長期的な事業計画を策定し、その情報を共有することを望みます。</p>
1-4-2 1-4-3 1-4-4	<p>「キャリアステージ表」により、職員が入社してからのキャリアアップモデルが図式化されています。しかし、法人・ホームが求める人材像や、職位・職階に応じた期待水準が明文化されていないため、共通した視点での評価ができにくいと思われます。また、目標設定に対する到達度合いからの評価ではないため、一人ひとりの職員</p>

<p>が目指す目標が曖昧になっていると感じられました。一つの基準があることで、職員が目標設定する際の指標となり、より高い意識をもって明確な目標設定を立てやすくなるものと考えます。</p>
