

評価細目の第三者評価結果

（高齢者分野）

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 | コメント |
|-----------------------------------|---------|--|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 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 | 職員に対しては、毎年4月1日の全体研修で施設長から理念や行動規範を伝えている。また、中途採用の職員には採用ガイダンスをおこない、感染症対策や防災計画、個人情報の取り扱いなどの研修とともに、理念や行動規範についても説明をしている。今年度から新人職員の教育のため、メンターを置き、現場では話しにくい相談や指導などを行っており、行動規範の定着にも役立てられている。利用者や家族へは、重要事項説明書や施設内への掲示や施設の広報誌である「ひなの杜・槻通信」で、理念をそのまま伝えるのではなく、現状やこれからの方向性などの具体的な取り組みを通して伝えることによって、理解しやすいよう工夫している。 |

I-2 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 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 | 経営を取り巻く環境の把握のため、施設長はさいたま市や埼玉県の老人福祉施設協議会に参加し、事業にかかわる制度の動向や、他施設との情報交換を行っている。運営推進会議や、地域包括支援センターが中心となり実施している「いきいき健康体操」や目白大学がおこなっている「健康大学」への場所の提供及び参加を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。把握した情報や施設の経営状況は毎月稼働率を出し、役職会議で利用者の現状などと共に分析を行っている。 |
| 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。 | b | 関連制度の動向、地域の福祉ニーズ、利用者や家族のニーズ、稼働率などを含めた施設の運営状況は、役職会議や理事会で共有され、課題を明確にしている。人材確保、定着、育成を課題の一つと考え、今年度はメンター制度を採り入れ、新入職員の育成をおこなっている。OJTの中では指導しきれなかった内容や、新入職員が抱えている疑問や不安をメンターが間に入り、解消できるようにしており、定着率においても効果を上げている。 |

I-3 事業計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------|---------|---|
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 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。 | b | 開設時に30年間の資金計画を策定している、また、それを踏まえて、5年の中期計画、年度計画を立てている。地域の福祉ニーズも踏まえ、法人全体で力を入れていく方向を検討している。中・長期計画は介護保険の改正時期に合わせ4月と10月に見直しをおこない、施設長と各部門の担当者で話し合い計画を立てている。 |
| 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。 | b | 中・長期計画をもとに、各部門の担当者と前年の振り返りをおこない、次年度の事業計画を立てている。行事計画は、併設の特別養護老人ホームやデイサービスと合同でやることもある。毎月実施している、内部研修の年間の予定と担当する委員会は、事業計画の中で定められており、一覧にして、特定の部署に負担が偏らないように配慮している。 |

| | | |
|---|---|---|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 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。 | b | 事業計画の中には全体の計画の他に、各部門の目標がたてられている。役職会議で各リーダーに進捗状況の確認と、次年度の計画を立てるように指示され、リーダーがそれぞれの部門や委員会に伝える。各部門や委員会で話し合い、前年度の評価、次年度の目標や計画を立てている。定められた目標は各部署に掲示され、いつでも確認できるようになっているほか、毎月のブロック会議の中で触れることもある。 |
| 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。 | b | 事業計画は事務所においてあり、利用者や家族もいつでも確認できるようになっている。事業計画が定められた後の運営推進会議では、内容を報告している。「ひなの杜・槻通信」では事業計画をそのまま伝えるのではなく、具体的な行事や、これからの方向性や、加算によって変わる利用者負担額の変化などをわかりやすく伝えるよう工夫している。 |

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 | コメント |
|--|---------|--|
| 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。 | | |
| 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。 | b | 役職会議などで、事業計画などの実施状況や稼働率などとともに、実施状況などについて評価をおこなっている。年度の見直しも毎年12月から2月にかけて、各部門ごとに評価を行い、集約し次年度の計画へとつなげている。毎月のイベントについても会議で話し合い、鍋を施設でする際は、「具材を何にするか」「利用者で買い物に行けるのは誰か」など利用者の希望なども取り入れながら、より効果的な行事となるように話し合っている。 |
| 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。 | b | 事業報告の際に見直す、事業計画の実施状況のほか、開所から3年間福祉サービス第三者評価を受審しており、その評価結果は運営推進会議と職員に報告し、さいたま市にも提出している。評価結果を通して出てきた課題は、次年度の事業計画などに反映し、サービス向上につなげている。評価結果を通して自分たちの気が付かなかった強みを自覚することにもつながった。 |

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 | コメント |
|--|---------|--|
| Ⅱ－１－（１） 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| 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 | 法人理念や行動規範をもとに作成された、職務分掌の中に、施設長をはじめ、各役職の役割や責任の範囲が明記されており、職員へ周知されている、毎年4月1日におこなう全体研修では、施設長が職員に対し、行動指針や、施設の方針などを伝えている。利用者や家族に対しては、重要事項説明書のなかで、施設長の責任の範囲を明記し、周知している。 |
| Ⅱ－１－（１）－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。 | b | 法令順守責任者を配置して、順守する法令の理解に努めている。施設長は老人福祉施設協議会の実施する研修などからも情報を得ている。法令が変わった際には衛生委員会やその他関係部署、委員会から全体に報告するようになっている。 |
| Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 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。 | b | 委員会活動や各会議には、施設長が出席し、より短時間で効果的な結果となるよう、事前にレジュメを提出し、効率的に会議が進むよう指示している。各リーダーが職員と面談し、現場の意見や提案などを聞きだすとともに、施設長は、年度初めの全体研修や事業計画を通して、施設の目指すべき方向性を示している。 |
| 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。 | b | 施設長は、働きやすい職場づくりに努めており、今年度は禁煙手当を導入し、施設内の喫煙ルールを見直したりしている。そのほか、妊娠中は部署を変えるなど、仕事を継続できるよう、人事についても配慮している。また、毎月の施設内研修は、事前に内容を確認し、より効果的な研修となるよう、指導している。 |

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|--|
| 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。 | | |
| 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 | 施設では、職員の定着率を上げていくことや、教育によって職員が成長していくことが、サービス向上に必要なことだと考えている。メンター制度を導入したことによって、定着や教育面で成果を上げていると考えている。さらに、今年度は事業計画にも、法人全体で地域のニーズにこたえられるよう、ケアマネジャーや理学療法士の増員に向けて、募集活動をしていくことが明記されている。 |
| Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。 | b | 倫理綱領や行動規範の中に、目指すべき人材像が定められており、職員には入職時のオリエンテーションで説明をされるほか、年度初めの全体研修などでも確認する機会がある。また、新たにキャリアパスを定め、目指すべきものを明文化し、職員が将来をイメージできるようにした。 |
| Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 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 | 所属長がシフトや勤怠管理をおこなっており、有給休暇の消化状況などと共に、労務担当者が施設長に報告している。残業時間や有休消化などを年間で部署ごとに集計をして、負荷の大きさを比較したりしている。新人に対してはメンターが主に対応し、意向の確認をおこない、副施設長へ報告をあげる。そのほか、施設長が職員と年1回面談をおこなうなど、様々な方法で職員の移行の確認をおこなっている。職員の意向から、禁煙手当などが新たに作られた。 |

| | | |
|--|---|---|
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| 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。 | b | 個人面談の際に、それぞれの前年の目標の振り返りと、次期の目標を立てるようにしている。各個人から出た目標がそれぞれの部門の業務内容にも反映されることもある。 |
| 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。 | b | 初任給基準表に、各職種と必要となる資格を明示し、標準職務経験年数換算表を定めている。また、資格取得支援制度があり、助成対象の資格、支給金額が決められている。全体の研修は研修台帳にまとめられ、偏りが出ないように管理されている。現在は医療的ケアの受け入れ態勢を充実させるため、喀痰吸引等研修を順次進めている。 |
| 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。 | b | 労務担当者が研修台帳を管理し、受講の偏りが出ないようにしている。老人福祉施設協議会の行う初任者研修などの外部研修に必要なに応じて参加している。内部研修では、排泄委員会が年2回、技術の確認をおこなったり、毎月の勉強会などがある。毎月の勉強会は、シフト制の中で参加することになるので、同じ内容を3回実施し、全職員が参加できるよう工夫している。 |
| 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。 | | |
| 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。 | b | 実習生の受け入れの際には「ひなの杜の実習について」を配布し、施設概要、実習の心得、守秘義務、服装、持参品、態度、言葉遣い、介助方法、記録の取り扱いなどについて新人教育の担当でもある、メンターから、実習生に説明している。また、「ひなの杜実習について」は職員にも配布されており、実習生の指導スケジュールの参考にしている。実習生は、介護職員初任者研修や介護福祉士実務者研修、大学の教員課程、高校生の就労体験など、幅広い機関から受け入れをおこなっている。 |

II-3 運営の透明性の確保

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| 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。 | | |
| 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。 | b | 開設後3年間福祉サービス第三者評価を受審し、結果を公表している他、ホームページや情報公開制度で運営状況を公開している。また、施設へ寄せられる要望は、全体にかかわることは「ひなの杜・槻通信」で周知される。実際の意見で、自動販売機の内容についての要望があり、変更したことなどがある。「ひなの杜・槻通信」は利用者、家族だけでなく、地域の介護支援専門員、民生委員、自治会長などにも約300部配布している。 |
| 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。 | b | 経理規定により、物品購入などについて、入札となる基準額、理事会の承認が必要な額など、適切な取引のためのルールが定められており、毎年、見直しも行われている。日常の財務経理の事務は担当職者がおこなっているが、監事の中にも税理士がおり、内部監査をおこなっている。 |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 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。 | b | 地域にむけて「ひなの杜・槻通信」が配布され、施設について周知しているほか、外部の人が来所する機会としては、家族の知り合いの方のジャズバンドが施設に演奏に来てくれたり、さいたま市のボランティアシールに登録している。外出の機会として、行事食の買い出しを利用者がおこなったり、年2回行事で鉄道の博物館、動物園、スイーツバイキングなどに行く機会がある。 |
| 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。 | b | 事業計画の中に「地域との一体化」（施設の社会化）が謳われており、ボランティアの受け入れは法人全体でおこなっている。ジャズバンドの来訪や、デイサービスの書道クラブの講師など、頻度も違うため、受け入れ都度、個別に対応し、安全に配慮している。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 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。 | b | ホームページやパンフレットに協力医療機関を掲載している。そのほか、地域の福祉ニーズにこたえるため、北部圏域の地域包括支援センターと連携し、「いきいき健康体操」や近隣の大学が行う健康に関する公開講座への場所の提供や法人内の居宅介護支援事業所の担当者が参加したりしている。また、施設長連絡会や自治会などへの参加を通して、地域の情報や福祉ニーズの把握をすることも、施設として大切だと考え、積極的に参加している。 |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 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。 | b | 地域交流室があり、自治会や地元の大学へ場所の提供や介護者サロンでは人材や技術の提供をおこなっている。介護者サロンは在宅で介護をしている地域の方の参加があったりと、施設が持つ機能を地域へ提供する機会となっている。 |
| II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。 | b | 近隣の居宅介護支援事業から相談がある、困難ケースや医療保護や警察、家族からの相談などがあつた際、緊急の入所の受け入れなどをおこなっている。入所の職員だけでは対応できないケースは、法人内の他部署と連携したり、施設単体だけでは対応不可能なケースは複数の施設と協力し、受け入れている。 |

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 | 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。 | | |
| 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。 | b | 倫理綱領の中に、基本原則、説明と同意、差別の禁止、秘密保持、プライバシーの保護、拘束の否定、利用者の声の尊重等が定められており、職員に入職時や年度初めに周知されている。その他、身体拘束廃止委員会が研修を実施したり、虐待事例、ニュースを職員へ周知したり、また、外部研修の受講するなど、利用者尊重の意識を高めていけるような仕組みがある。その結果、医療保護入院が出来ずに入所した利用者に対しても、拘束せずに対応できた実績もある。 |
| 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。 | b | 入浴は全て個室になっており、集団での入浴は不可能となっている。また、トイレは各個室にあり、職員の介助が必要な場合でも、他の利用者からみられる事の無いよう、配慮されている。個人情報保護規定があり、職員だけでなく、利用者の個人情報に触れたり、施設への出入りがある事業者との取引にあたっては、誓約書を取るようになっている。 |

| | | |
|---|---|--|
| 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。 | | |
| 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。 | b | ホームページやパンフレットには法人の理念、施設の写真や全体図、利用料金例などを入れ、利用希望者に施設の利用を具体的にイメージできるような内容に工夫している。地域包括支援センターなどに「ひなの杜・槻通信」を送り、施設の情報を提供している。併設する特別養護老人ホームと連動し利用希望者の受付をおこない、それぞれの特徴や待機状況なども説明し、納得して入所できるよう心がけている。 |
| 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。 | b | 利用開始時には重要事項説明書を使いながら説明している。また、介護保険の変更などで、料金等が変更等が生じる場合には、通知を送ったり、「ひなの杜・槻通信」で制度の変更点を伝えたりするなど、利用者や家族にも理解しやすいよう心がけている。 |
| 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。 | b | 他の福祉サービスや病院への移行の場合には、移行先と相談員が連携をし、施設での情報を提供し、施設として何が出来るのかをその都度検討するようにし、スムーズなサービス意向になるように努めている。在宅への復帰の場合には、法人内の居宅介護支援事業所やデイサービスを利用していることも多いので、その後の様子を知ることもある。 |
| Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b | 食事の嗜好調査を定期的に行っている他、残食調査の状況は調理担当者が確認をするが、施設長も月に一回は確認をするようにしている。朝食は選択食になっており、利用者が希望する物を選ぶようになっている。外食や行事食についても利用者の好みや希望を聞きながら決めている。ケアプランを見直す際には、普段の生活や面会時に職員が感じ取った利用者や家族の要望を取り入れるようにし、利用者の満足度の上昇に努めている。 |
| 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。 | | |
| 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。 | b | 「福祉サービスに関する苦情解決のための規則」が定められており、苦情の受付体制や解決までの流れ、報告方法等が明文化されている。苦情を受け付ける際には、第三者委員への報告を希望するかどうかを聞きとるようになっており、第三者委員については、施設の入り口にもポスターで掲示している。苦情は内容にかかわらず申し送りなどを通し、職員へ周知されている。 |
| 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。 | b | 利用者については、直接職員へ伝える以外に、意見箱が設置されている。意見箱は利用者だけでなく、家族や職員も利用するようになっている。意見の中で、全員に係わるものについては、施設の掲示などで変更を周知している。家族からは、プランの見直しの際に聞きとるだけでなく、ホームページなどからも意見を伝えられるようになっている。 |
| 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。 | b | 利用者からの相談や意見、要望に対しては、相談員のところに情報が伝えられるようになっている。現場で対応できるものは、迅速に対応し、事後報告することになっている。行事の後のアンケートなどは、自由記述の欄も設けているため、行事以外についての意見が書かれることもあるが、担当部門から施設長へ報告され対応方法が検討される仕組みになっている。 |

| | | |
|--|---|--|
| 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。 | | |
| 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。 | b | 「さいたま市危機管理マニュアル指針」に沿って、「危機管理マニュアル」を定めている。事故対策委員会では、毎月、ヒヤリハットやインシデントの集計をおこない傾向を分析し対策を検討し、常勤、非常勤も参加する内部研修をおこなうようにしている。 |
| 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。 | b | 「感染症マニュアル」が定められており、入職時のオリエンテーションや年一回の内部研修で職員に周知されている。マニュアルの中には、感染症防止のための取り組みのほか、発生時の対処方法、保健所への報告基準まで定められている。施設が定める感染症については、本人感染だけでなく、家族が罹患した場合の出勤停止日数、診断書による給与支給等が定められており、施設内で感染症が出ないような体制を心掛けている。 |
| 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。 | b | 防災計画を作成している、計画の中で目的や防災体制、役割分担等が定められている。防災避難所の図上訓練をさいたま市と協力して行っているほか、消防署に協力を依頼した訓練もおこなっている。備蓄の管理は厨房担当者がおこなうが、消費期限などで入れ替える際にはメニューの見直しをしている。 |

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

| | | |
|---|---|---|
| Ⅲ－２－（１） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| Ⅲ－２－（１）－① 提供する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 | 「業務マニュアル」「排泄マニュアル」「入浴マニュアル」「服薬マニュアル」など各種マニュアルが整備されており、配車の手続きについてや、企画書の出し方、ご家族からの持ち込みの食材についての取り扱い方など、職員が迷うようなことがある場合には、マニュアルを確認することにより、業務を進めることが出来る内容となっている。 |
| 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 | 「食事マニュアル」は管理栄養士が、「服薬マニュアル」は看護課、「入浴マニュアル」はリーダー会議で、「外出マニュアル」は余暇委員会など、マニュアルごとに担当部門が見直し、研修に活用している。 |

| | | |
|---|---|--|
| 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。 | | |
| Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別の福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | a | 利用開始時には、本人や家族からの聞き取りの他、入院していた病院や、利用していた介護サービス事業所からも情報を提供してもらい、利用者理解に努めている。入所後は週一回、居室担当者がモニタリングし、ケアプランと合っているかを確認している。 |
| 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 | モニタリングの記入用紙と、ケアプランは、見開きで同時に確認できるようになっており、サービス実施状況の確認と共に、次の見直しの材料となる。それらをもとに、独自の評価票を用いて、評価し、家族、利用者から聞き取りや看護記録などと合わせ、次のプランが作成される。 |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| 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、職員間で共有化されている。 | a | 日々の介護記録は、サーバー上で管理、共有されている物のほかに、手書きで記録しているものとを併用している。食事や水分量の記録は、時間毎にバイタルと共に記録している。申し送りノートのほかに、全体の日誌と個別の記録が裏表の用紙で一枚で確認できるように工夫されている。サーバー上の情報はアクセス権限が設定されており、職員全体で共有する情報と、管理職のみが確認する情報が分けられている。 |
| 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 | 個人情報には鍵のかかる棚に保管されている。日々の職員が記入する記録は、カウンターの中に置き、職員が情報を共有しているが、利用者からは見えない配慮がされている。「個人情報保護規定」や「職員の心得」で職員へ、「実習生の心得」で実習生に対して記録の管理体制に対しての考え方を示している。 |

評価対象Ⅳ 個別評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|--|
| A-1-(1) 生活支援の基本 | | |
| A① A-1-(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。 | a | 利用者の心身の状況、生活歴、生活状況等は、入所前の実地調査の時に聞き取りしている。利用者本人の意向を確認するが、初対面で本音を聞く事は難しいと考え、食事の様子、日中の様子などから好きなこと、出来る事などの把握をして、まずはそれを継続できるようにしている。日中活動は、カラオケクラブや体操のボランティア等利用者が個々に興味のあるものに参加できる。女性は、これまでの経験から洗濯物たたみや掃除など家事仕事を継続する方が多い。 |
| A② A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | | 非該当 |
| A③ A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。 | | 非該当 |
| A④ A-1-(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 | 利用者には、遠慮される方もあるため、「何か困ったことはありませんか」など、毎日こまめに声をかけるようにしている。聞こえにくい方には耳元で分かりやすい言葉で話したり、周囲が気になる方は、個人のベッドスペースに訪問して話しやすい雰囲気作りをし、話したいことを話せる機会を持てるよう工夫している。 |

| | | |
|--|---|--|
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A⑤ A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | a | 権利侵害防止のため、全職員が、虐待、身体拘束の内部研修を受けている。研修では、事例をもとにグループワークを実施し、どのように対応するかを考えている。研修後は、研修で学んだことについてのレポート作成、提出が必須であり、理解を深める機会としている。身体拘束適正化指針に基づき、緊急やむを得ず身体拘束が必要な場合の手続き、実施方法が明確になっている。 |

A-2 環境の整備

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|--|
| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮 | | |
| A⑥ A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | a | 利用者が快適に生活できるよう、ホール、トイレは夜勤職員が清掃している。ホールの室温や湿度は職員が管理をし、まぶしさを強く感じる利用者に配慮して明るさの調整もおこなっている。居室スペースは、限られた空間ではあるが、ベッドの向きを意向にそって変えたり、カレンダーをかける、好みのものを置く等で落ち着ける環境を作り、暮らしやすさの支援をしている。また、ホールの座席については、相性を考慮して変更し、談話がはずんだり、静かに過ごせるように配慮している。 |

A-3 生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|--|
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援 | | |
| A⑦ A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | 機械浴、一般浴等、入浴の形態や方法は、入所前の実地調査にて身体状況等に応じて決めているが、初めて入浴の介助を担当した職員の報告から、入浴の支援方法を再度検討して変更することもある。入浴の可否は、決められた判断基準に基づき、毎回看護師が判断をしている。利用者の心身の状況や健康状態に応じ、入浴日以外のシャワー浴も可能であり、安全に入浴できるよう、滑り止めのマット、手摺、踏み台、シャワーチェア等の用具を揃えている。 |
| A⑧ A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | できるだけトイレでの排泄が継続できるよう支援している。歩行は難しくても、立位が取れる場合は、日中は介助をしてトイレでの排泄を促している。介助の際は、利用者の羞恥心に配慮し、ドアを閉める、カーテンを閉める、消臭スプレーを使用する等している。また、自然な排泄を促すために、摂取水分量を測定して多く水分をとれるようにしたり、排便を促すお茶を勧める、お茶をゼリーにして提供する、お腹のマッサージをする等の工夫をしている。 |
| A⑨ A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | できるだけ自力歩行で移動できる力を継続できるよう支援している。車椅子を利用していても、手引き歩行が可能ならば、職員が付き添い、できるだけ歩く機会を作れるようにしたり、麻痺のある方も車椅子の操作を自分でおこない、自分で移動ができるよう、ブレーキレバーに筒をかぶせて握りやすく、力を入れやすくなるよう工夫している。床に物を置かない、濡れたらこまめに拭くなどで動線の安全を確保し、移動の介助方法は、会議での話し合いや申し送りノート等で共有することで、職員が皆同じように対応できるよう取り組んでいる。 |
| A-3-(2) 食生活 | | |
| A⑩ A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | a | 食事を楽しめるよう、食器や見た目、雰囲気も重視し、年1回食事に関するアンケートを実施して、希望をメニューに反映させている。特に、毎月実施している行事食の日には、季節行事に関係のあるメニューを提供して季節感を味わってもらったり、お盆の利用や松花堂弁当など見た目の工夫をしている。希望の多い寿司を提供した時には、寿司の「のぼり旗」を室内にたてて雰囲気作りもおこなった。また、選ぶ楽しみとして、朝食は、和食、洋食を写真を見ながら食べたいものを選べる。焼き芋には、ペースト食の方も食べることができる柔らかい安納芋を選び、とても好評であった。 |
| A⑪ A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | 利用者の心身の状況に合わせた食事の提供ができるよう、担当者会議や栄養会議で利用者の情報を共有し、一人ひとりに合った支援・介助方法を決めている。食事のペースは、それぞれ違うが、急がせることなく、個々のペースを保てるよう介助をしている。できるだけ経口での食事摂取を継続できるよう、食事の形態をソフト食、ペースト食等にしたリ、自分でできることは自分でおこなえるよう、持ちやすさ、すくいやすさ等が考慮された介護用食器の利用などをおこなっている。栄養面に関しても、担当者会議や栄養会議で話し合っており、体重や食事の摂取量の変化をみながら、補助食品の利用もケアプランに反映させて支援している。 |
| A⑫ A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | b | 歯科医師、歯科衛生士の訪問診療がある。利用者は、回数は人によって違うが、歯と舌の状態チェックを定期的に受け、職員は、訪問歯科医、歯科衛生士に疑問点を質問して、歯のブラッシング方法や誤嚥防止の注意点などのアドバイスを受けている。口腔ケアに関する研修は、必要に応じおこなっている。口腔体操が自分でできる利用者には、口腔体操のやり方を記した資料を渡し、口腔体操をケアプランに入れていく方もいる。 |

| | | |
|--|---|--|
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a | 褥瘡対策指針があり、看護、介護、栄養、相談それぞれの部門が連携して取り組んでいる。毎月開催する褥瘡対策委員会は、隣接する同法人施設と合同であり、施設長、看護職、栄養士、介護職等が参加して、支援の際気づいた対象者、ハイリスクの方などの情報を共有している。利用者個々の担当者会議でも褥瘡のリスクについて話し合わせ、会議で決まったことは、できるだけその日うちに申し送りノートに掲載し、変更点には蛍光ペンでマークして、注意喚起をしている。エアマットや車椅子でのクッション利用、体位交換などにより予防しているが、褥瘡が発生した場合には、看護褥瘡経過記録に大きさ、色、知覚の認知、湿潤など詳しく状態を記録して、治療に向けたケアを行っている。 |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| A⑭ A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。 | b | 喀痰吸引については、看護師が対応しており、基本介護職はおこなっていない。経管栄養の実施についても、胃ろうの術後の対応は、看護職が対応している。介護職員は、誤嚥など急きよの対応方法について看護師から指導・助言を受け、昨年研修も始まった。胃ろう術後のギャジアップ座位の注意点等看護師から助言をもらっている。 |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A⑮ A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。 | b | 生活リハビリを取り入れており、例えばトイレに行くときに立位を多めにとってもらい、手引き歩行で部屋に戻るなど、日々の生活の中で機能訓練が行えるよう工夫している。利用者の状況に応じ、隣接施設の作業療法士に相談し、アドバイスをもらうこともある。車椅子で自力移動できる方には、フロアの中をぐるっと周ってもらったり、うたを歌う、洗濯物をたたむ、新聞のチラシで小物を作るなどできること、得意なことを継続することでいろいろな部分の機能が維持できるよう取り組んでいる。 |
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A⑯ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a | 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴などについては、入所前の実地調査のアセスメント記録及び日々の介護記録、会議での情報共有などから把握している。認知症に対する知識・情報収集の手段として、職員は毎年内部研修に参加し、外部研修に参加した職員からも内容の共有ができるようになってきている。どの対応が良いかは個々に違うので、対応についての情報を常に共有し、認知症の方が安心して生活できる支援を検討している。 |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A⑰ A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。 | a | 利用者の体調変化に迅速に対応するために、毎日定時にバイタル測定を実施し、水分摂取量、食事量と合わせて表に記録している。介護職員及び看護職員双方の目線で利用者の健康観察をおこない、異変に気付けるようにしている。体調変化時の対応は、夜間用、日中用と体制ごとにフローチャートとマニュアルを作成し、取り組んでいる。 |
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| A⑱ A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。 | b | 現在、施設の方針として、終末期の看取り対応はおこなっておらず、重度で医療が必要な方は、病院への移行を支援している。この対応の方針については、入所の契約時に、利用者、家族に説明し、さらに、緊急時に対する意見確認書にて、延命処置実施の希望の有無、希望しない場合には、救急車が来るまでの間、心肺マッサージ、AED、人工呼吸、酸素吸入を希望するかなどの考え、希望を確認している。延命措置の希望については、利用者、家族の気持ちに配慮して、その場で決めなくても良いことを伝えている。 |

A-4 家族等との連携

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------|---------|--|
| A-4-(1) 家族等との連携 | | |
| A⑱ A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | a | 家族とは、面会時やプラン変更時の説明、定期的なおたより等でつながりを持てるようにしている。連絡先は、一人ではなく、優先順位をつけ複数の方にお願いしている。相談の記録には、受診の記録や電話での伝言メモも貼りつけし、利用者家族とのやりとりが、どの職員がみてもわかるように工夫している。年1回の春の木祭は、家族も招待して、利用者と家族と一緒に楽しめる機会であり、遠方の家族は、食事代の実費負担のみで家族室に泊まることもできる。 |

A-5 サービス提供体制

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|------|
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制 | | |
| A⑳ A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | | 評価外 |