

## 評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム)

### 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	「みんなちがって、みんないい」という理念のもと個別支援を重視している。重要事項説明書に載せるほか、ホームページにはトップページと法人紹介に理念を掲載し、利用者、家族、地域へ周知を図っている。次回のパンフレットの見直し時には、パンフレットにも掲載する予定である。 職員に対しては、理念を基にした倫理綱領、行動規範を作成しており、毎年4月1日に全職員で唱和して、実践へとつなげている。理念の周知、実践の結果として朝食の選択食や個浴などが実現している。

#### 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。	b	施設長は社会福祉協議会が実施する研修や経営者協議会などに参加し、事業所として必要な情報の把握に努めている。経営者協議会では、複数の施設間で事故や事件の情報を共有し、施設を超えて対策について話し合う場となっている。 また、施設独自でも、コストの分析や地域の福祉施設の価格表などを作成するほか、毎月の稼働率の分析などを行い、経営の分析に役立てている。
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	経営者会議や外部研修で収集した情報や介護保険の改正などの情報は、施設長から理事会へ報告し、検討している。現場から上がってきた課題は、役員会で話し合いを行うが、その結果として清掃の仕方の改善やマニュアルの改訂がおこなわれた。また、緊急の短期入所のニーズの把握により、緊急の短期入所の受け入れ態勢を整えたり、地域を取り巻く環境の分析から従来型多床室の地域密着型特別養護老人ホームを同法人で運営している特別養護老人ホームのサテライトとして作った。

#### 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	事業計画の中に理念、基本方針を明記し、それをもとに5年の計画を立てている。30年先までの資金収支計画書を作成している。1年目である今年度は見直しを行っていないが、資金収支計画については10年で見直すこととなっている。
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・長期計画を基にした単年度事業計画は稼働率などの数値目標まで定めている。行事計画も事業計画の中に含まれており、実施した行事は企画書、計画書、報告書として記録を取り、実施の効果の測定、評価をおこなっている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>事業計画は役職会議で各リーダーへ伝えられ、各リーダーからブロック会議で職員へ周知される仕組みとなっている。平成29年度は初年度として、事業計画実行のための委員会を設け、活動していた。次年度に向けて、1月から2月にかけて委員会ごとに、実施状況、達成率について確認・評価と、事業計画の見直しをして、次年度の目標を話し合っている。また、その結果が理事会へと報告され、次年度の予算を含めた計画の決定へつながるようになっている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>開設時、自治会館で地域の方に対して事業計画の説明を行い、理解を求めた。利用者に対しては、パンフレットで方向性は示しているものの、事業計画としては示していなかった。平成30年2月より運営推進会議を実施し、平成30年度の事業計画の方向性の周知と確認をおこなう。</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	コメント
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>事業計画をもとに各委員会で評価見直しをおこない、次年度の計画を作成している。人材や予算については理事会で実施状況の評価をおこなっている。各委員会では、併設する特別養護老人ホームで使用していた書式を引継ぎ、1日の施設全体の仕事量と各時間ごとの職員の動きを把握し、余暇委員会で外出の見直し、排泄委員会、事故対策委員会ではアクシデント、インシデントの集計、マニュアルの見直しを行いサービスの質の向上へとつなげている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>各委員会で上がった課題は、役職会議で話し合い、職員会議から各リーダーへ伝えられ、リーダーから各職員へ周知されている。その際、いない職員には申し送りで伝えられ共有されている。共有された結果をもとに各委員会で30年度の研修、避難訓練、健康診断の計画を立てている。行事ごとに評価見直しを行うが、全体の評価は年度末に改善状況の評価、見直しをおこなっている。</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	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	利用者に対しては重要事項説明書の中で施設長の責任を明記している。防災計画の中には、災害時の施設長の役割を明記して職員へ周知している。法人の基本原則である「みんなちがって、みんないい」をもとに倫理綱領を作成し、倫理綱領の中には、1、基本原則の他、2、説明と同意、3、差別の禁止、4、秘密保持5、プライバシーの保護、6、拘束の否定、7、利用者の声の尊重、8、利用者本位、9、専門性、10、自己研鑽について施設の方針を明確にしている。これまでの事例を考慮して、管理者として「こうすべき」というものを行動規範として定めている。施設長は年度初め4月1日の朝礼で直接説明し職員への理解を図っている。
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	施設長は老人福祉施設協議会が実施している集団指導に参加し、遵守すべき法令等の理解に努めている。また、法令遵守責任者を配置し、取引事業者は評議員になれない、理事長と利害がある契約は施設長が職務代理となる、など適切な運営となるようにしている。育児介護休業法の改訂に合わせて、育児休業を3分割できるようにするなど、関連法令に合わせて法人の規則を変更している。
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	サービスの質の現状について、その都度会議で、また総括で定期的に評価、分析をおこなっている。把握した課題については、施設長から各リーダーへ取り組むべきことを指示することもある。また、リーダーだけでは実行できないことは施設長自らが参加している。
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	業務の質の向上のため、内部研修は毎月実施している。シフト上研修に参加できない職員はレポートを作成する、勉強会のアンケートを取り次回の研修へつなげるなど、より実効性を高めるための仕組みがある。また、職員の意識向上のための取り組みとして、リーダー会議で意識の統一、休暇制度の改善、懇親会、歓迎会等の実施もおこなっている。

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。	b	施設の人員体制は組織図に定めている。人材計画の作成までには至っていないが、介護職員の定着のためには、夜勤が職員の負担になると考え、一人につき月6回以上にならないよう、業務の組み換えをおこなっている。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人が大切にする利用者の個別性に配慮した介護の実現を期待する職員像を行動規範として定めている。人事考課や給与規定、就業規則についてはサーパー上から職員がいつでも確認できるようにし、周知を目指している。衛生委員会では、通勤手当や正月期間の給与割り増し、看護師コールなどの処遇について話し合いをおこない、処遇改善に取り組んでいる。
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り組んでいる。	b	就業状況についての意向の把握は入職時に全員おこなうほか、今年度は個別面談を全職員へ実施した。状況が変わった際にも対応しており、夜勤ができなくなったら、法人グループ内のデイサービスへの配置転換なども検討している。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、委員会活動の会議時間は16：30から17：30、内部研修は15：45から18：45に定めるなど私生活の充実に配慮している。

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。	c	職員一人一人の育成計画の作成には至っていないが、法人として期待する職員像として行動規範を定めているほか、ブロック単位で各リーダーが目標を定めている。
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	倫理綱領の中に「専門性を高めなければならない」と定めており、月ごとの研修台帳の中で、同じ職員に偏らないよう管理されている。月ごとの研修報告を出す際に、サブリーダーが研修の評価を行い、1、2月ごろ次年度の計画を立てる際の参考になっている。
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	専門性を高める資格については、資格手当がつくものもあるため、労務管理の中で把握している。また、一定の技術水準を保つため、排泄技術などは排泄委員会とリーダーで年2回マニュアルで定める13工程ができていないかの確認をおこなっている。新入職員は、夜勤ができるようになるまで日報をもとに習得状況を確認している。また、外部研修は一覧表で職員にもわかるようになっており、受けたい研修の希望を出すこともできる。
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	ケアマネジャー、ヘルパー研修、教員実習の実習生を受け入れており、職種によって実習のカリキュラムを変えている。受け入れに当たっては「ひなの杜実習に当たっての注意事項」を用いて、事前説明では施設の概要、方針、実習に当たっての注意事項を説明したうえで実習をおこなうことにしている。

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	法人理念、法人概要、事業報告、決算報告はホームページの中で公開されており、だれでも閲覧できる。「ひなの杜・槻通信」を350部印刷して、利用者家族だけでなく自治会長、民生委員、ケアマネジャーなどにも配布し、施設を地域にも理解してもらえよう、情報を公開している。また、開所から3年間は第三者評価を受審することになっている。
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の購入に当たっての規定を設け、物品管理委員会が職員ヘルールの周知をしている。物品購入担当者は決まっておき、決算時には税理士からの指導、助言を受けている。内部監査をおこなうなど、透明性を確保している。また、適切な運営のために他の施設の担当者からも情報を収集している。

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	事業計画の中に、地域とのかかわりの方針を明記している。地域の書道教室や介護者サロン、オレンジカフェの情報などを施設内に掲示し、利用者や家族へ情報提供をおこなっている。また、利用者の個別状況に配慮しつつ、日常の買い物や通院、初もうでなどの外出支援をおこなっている。今後は、地域行事への参加も検討している。	
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	現在、実習生の受け入れについては「ひなの杜実習についての注意事項」を用いて、実習の心得、持ち物、服装、言葉使い、個人情報取り扱いや記録物の取り扱いについて規定を設け実施しているが、現在ボランティアの受け入れについては実績がない。	
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	協力病院などの関係機関の連絡先は、当直の日誌にリストを添付して職員間で共有している。また、運営推進会議には、地域包括支援センターも出席し、施設の状況を報告しながら情報共有を図っている。他施設との共有の問題は支援会議で話し合っているほか、自治会長、民生委員、地域包括支援センターなどとも、何かあったら声を掛けられる体制となっている。	
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	施設内に設けた地域交流室は、自治会や地域包括支援センターケアマネジャーの支援会議などで利用されている。その他に、防災協定はまだ結んでいないが、車いすが必要な方たちのためのバリアフリーの福祉避難所となるためにさいたま市へ届け出るなど、地域の社会資源となっている。今後はオレンジカフェなどの活動も検討している。	
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。	c	同法人の居宅介護支援事業所と情報共有をおこなっているほか、評議委員会などを通してニーズの把握に努めている。しかし、現在初年度であり、まだ繰越金がないため、次年度以降の検討事項としている。	

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、利用者の声の尊重や利用者本位が明記されており、毎年4月1日には全職員で確認を行い、共通理解を図っている。虐待防止に対しては、厚生労働省のガイドラインをもとにマニュアルを作成し、入職時に配布するほか、身体拘束廃止委員会を設け、新聞やインターネットから事例を収集して共有したり、内部研修を全職員でおこなっている。研修では、マニュアルには該当しないが、人権侵害につながる恐れのあるものについての話し合いなどもおこなわれている。家族からの拘束の希望がある場合には、施設内で拘束をしないことを説明し、理解を求めることとなっている。	
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	倫理綱領にプライバシー保護について定め、各種マニュアルの中にもプライバシー保護に配慮した介護を定めており、入浴は個浴のみとするなどサービス提供に反映されている。不適切な事例が発生した場合の対応は就業規則に定められており、リーダー、主任、施設長の順に指導が行われ、改善されない場合には規則に従い処罰されることとなっている。	
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。			

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>パンフレットには表紙に理念を入れるほか、絵文字（マーク）を使用したり、わかりやすい言葉を使用するなど誰が見ても施設の様子を理解しやすいものになっている。学校や協力病院にパンフレットを設置してもらっており、利用希望者が情報を収集しやすいようにしている。問い合わせに対しては、法人全体で3名の相談員が対応しており、可能な限り夜間の説明にも対応している。説明の際には介護保険制度がわからない方にも理解しやすい内容とすることを心掛けている。説明内容は、介護保険制度改正に合わせて見直すこととなっている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用開始時、変更時共に必ず本人と面談をすることになっており、家族にも理解してもらえるように説明をしている。状況によっては筆談を利用するなど、相手に合わせた説明をしている。申込書には料金の一覧表や行政の資料を添付するなど誰にでもわかりやすいものになるよう工夫している。意思決定が困難な利用者には身元保証人や後見人に確認をするようにしている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>契約書の中に退所時の相談窓口を明記し、サービス終了後も施設として支援体制があることを伝えている。他施設や病院への移行の場合には、アセスメントシートや看護サマリー、ショートステイの専用記録などを提供して情報の共有に努めている。その後の質問にも相談員が対応することになっている。</p>
<p>Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>ケアプラン改定の時に、利用者の要望を聞くほか、食事の嗜好調査を年1回行い、嗜好の把握に努めている。利用者会や家族会はまだ無いが、ケアマネージャーが担当者となり、3か月に1回のモニタリング実施の際や、日常のやり取りの中で利用者の気持ちの変化を読み取り、支援記録に記録することで共有している。また、可能な場合には担当者会議には本人も参加し、意見を伝えられるようにしている。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>苦情解決の流れや苦情解決責任者、第三者委員会については、契約書に明示されているほか、施設内にも掲示され、利用者や家族がいつでも確認できるようになっている。匿名でのアンケートは、今回の第三者評価で初めての実施であったが、利用者や家族に対し、緊急時や終末期の対応については、意向の確認をおこなっている。苦情や要望については、全体の問題と考え改善策を実施していくことになっている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>第三者委員会があり、意見を伝えられることを施設内の廊下に掲示することで利用者や家族が確認しやすいようにしている。プライバシーに配慮した相談室の他、廊下にソファを置いて、日常の面会の時など、気軽に腰を掛け職員に相談しやすい雰囲気づくりをしている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>「福祉サービスに関する苦情解決のための規則」はさいたま市の物をモデルに独自の物を作成した。事務所前に設置し、利用者や家族、職員が確認できるようになっている。意見を聞く際には、相手が伝えやすいよう、目線を合わせ、否定的な言葉を使わない、命令口調にならない、対等な立場で誠実に対応する、利用者の声の尊重、真摯に傾聴することなどを定めている。実際の意見の中で、自動販売機での温かい飲み物の提供やカラオケの導入、別施設にいる家族への面会などが実現している。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>リスク管理マネジメントの責任者を施設長と定め、事故対策委員会を設置している。事故対策のマニュアルには、危機の定義を定め、対応方法や報告基準、報告先、再発防止策確立までの流れが明記され、対応日時を書き込めるようになっている。毎月ヒヤリハット、アクシデント、インシデントについて事例を職員間で共有して、対策は事故防止委員会の中で話し合われている。</p>

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>感染症予防のために研修を実施したり、「福祉施設のためのガイドライン」に沿ってマニュアルを作成している。11月から3月までは、マスク着用や加湿器の使用を規定しているほか、集団予防接種の実施や38度以上の熱発報告、職員家族のインフルエンザ発生時における濃厚接触者は3日間感染なしが確認されたからの出勤としている規則があり、感染症の予防対策をしている。ノロウイルスの対応方法も消毒方法等が定められている。感染症発生時には、危機管理マニュアルに沿って保健所、市役所、嘱託医に報告している。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>防災計画に沿って、年1回の防災訓練、年2回火災訓練を行っている。消防訓練は消防署立ち会いのもと実施しているが、今後は自治会とも防災協定を結べるよう検討している。防災計画は、東日本大震災の状況をもとに作成している。災害時の安全確保のために、職員緊急連絡網を作成し、サービス継続のために点検分担表や役割分担表を作成しているが、職員への周知方法の改善が必要であると考えている。食料、衣料品衛生材料は130名分法人全体で備えており、備蓄リストは管理栄養士が管理している。備蓄品は委託会社に協賛してもらい用意しているものもある。</p>

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	排泄マニュアル、食品取扱いマニュアル、外出・外食マニュアル、機械浴操作手順書等各種サービス毎にマニュアルが作成されている。リーダーによる業務評価がおこなわれており、サービスの標準化が図られている。
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	日々の業務フローの変更については、毎月のリーダー会議で話し合わせ見直しが図られている。その内容については、議事録が作成され、職員間で共有している。マニュアルについても、法人内の関連委員会で検討されている。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	事業所で統一したアセスメントシートを利用し、介護・医療・計画作成担当者が情報を把握できるようにしている。入所後一ヶ月は、暫定サービス計画で利用者の状態を把握し、その後、利用者の意向・希望などを尊重して課題・目標・援助内容・担当等を決め、サービス計画を作成している。日常生活がどう変化したかを注意深く観察して記録し、今後のサービスについて会議で話し合わせ計画変更の有無を決めている。
Ⅲ-2-(2)-③ 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	計画に基づいた支援がおこなわれているかを、毎週居室担当者が実施し、モニタリング表にて確認している。また、計画作成担当者は、モニタリング記録表にて実施状況、変化状況を確認している。こうした記録により、ケース会議にて支援方法が見直しされている。周辺行動のある方には、特に夜間帯のより詳細な記録をとり、支援方法を検討している。
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	利用者の日々の記録は、介護日誌、チェック表、介護記録ソフトによる電子情報にておこなわれている。紙媒体の記録は閲覧確認をしている。パソコン上の記録は、看護、介護スタッフ、計画作成担当者等が共有できるようになっている。また、送り時にて口頭での引継ぎもある。
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	個人ファイル等の個人情報、施錠できるロッカーに収納している。チェック表等は5年保存、契約書等は永久保存としている。パソコンは、個人IDとパスワードにより管理されている。職員には、個人情報保護規定について説明し、違反・不正行為についての賞罰規定がある。

評価対象Ⅳ 個別評価基準

	第三者評価結果	コメント
A-1 支援の基本		
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。	b	毎月ケース会議を開き、一人ひとりについて話し合われている。全職員の意見を聞くため欠席者は、制定された書式により意見を汲取っている。
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	声掛けには、声の大きさ、トーン、位置・方向に注意しながらおこなっている。気になる声掛けに対しては、リーダーが注意したり話し合ったりしている。日常の会話等から利用者の思いや意向を汲み取るようにしている。その情報を職員間で共有しケアに繋げている。意思表示が難しい方には、表情や動作から読み取るようにしている。
A-2 身体介護		
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。	a	信楽焼の個浴と機械浴の2種類がある。健康チェックを行い、看護師と入浴の可否やシャワー浴等を判断している。入浴時は、ボディチェック表を使い、内出血・痣等の有無を確認している。拒否の強い方には、時間を変更したり担当を替えたりしながら対応している。入浴担当職員は、週間入浴チェック表で利用者の入浴状況を確認し、清拭等に変更している。
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	排泄チェック表の排泄の記録から排尿・排便のリズムを把握し、時間で誘導するようにしている。尿意・便意がなくても座位が可能な方には、便座に移乗してもらいトイレでの排泄を促している。便秘の方にも自然排泄に繋がるようセンナ茶ゼリーを使用し、改善が見られない場合は下剤を服用している。



<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の状況を確認しながらで介助をおこなっている。隣接の通所介護のリハビリ専門職から助言を受け歩行訓練を行い、車イスから歩行器に改善した例もある。車イスの方も可能な方は椅子に移乗して食事を摂るようにしてもらっている。</p>
<p>A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>体重減少の方には、栄養士と相談の上、補助食品等を利用して発生の予防に努めている。リスクの高い方には、エアマットの活用をしている。また、看護師より、体位交換方法、クッションの当て方等写真入りの指示書が出ており、それに沿って支援している。</p>
<p>A-2-⑤ 着替え、整容等の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p>	<p>a</p>	<p>理容は毎月、美容は2ヵ月毎に来訪があり、希望者にカットやカラーリングがおこなわれている。電気シェイバーを利用して自分で髭そりをしている方もいる。</p>
<p>A-3 食生活</p>		
<p>A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p>	<p>a</p>	<p>朝食は4種類から選べる選択メニューである。20日毎にその内容は変更されている。食器は、陶器を使用し、料理に合わせ変えている。クリスマスやおせち料理といった行事食もおこなわれている。目前で握るお寿司イベントは、好評であった。毎月、栄養課会議で献立や調理方法が話われている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の状況に合わせて、食事形態を一口大、きざみ、お粥、軟飯などにして提供している。利用者には、できる限り自力摂取をしてもらうようにしており、その旨を家族に説明し理解を得るようにしている。</p>
<p>A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>毎食後、歯磨き・義歯の洗浄等の声掛けし誘導している。夜間は消毒、保管をしている。難しい方には、職員が代わっておこなっている。歯科医が、毎週来訪し口腔状態をチェックし、治療や義歯の調整等をおこなっている。職員も、口腔状態に注視し、歯科医に報告して対応している。歯科衛生士による研修もおこなわれている。</p>
<p>A-4 終末期の対応</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>終末期には、医療へ繋ぐこととしているが、可能な限り支援している。</p>

A-5 認知症ケア		
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	職員は、日々の観察で情報を収集し利用者それぞれに合った対応を心掛けている。帰宅願望の強い方に対しては、否定的な言葉ではなく気持ちを切り替えてもらえるような声掛けをしている。温かい飲み物を勧めたり、隣接の施設に本を借りに行くなどの対応をしている。
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	中央にゆったりとしたホールがあり、利用者は思い思いに過ごしている。またソファが置いてあったり、ベンチのあるテラスが2か所あり、自由に使っている。ベッド周りに、家族の写真や好きな歴史ものの本などを置いて個人の空間を作っている方もいる。
A-6 機能訓練、介護予防		
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。	c	専門職による機能訓練はおこなわれていない。日常生活を送りながら身体機能を刺激する生活リハビリが中心となっている。隣接する特別養護老人ホームの作業療法士から助言を受け、テレビ体操、塗り絵、書道、折り紙等の作業療法がおこなわれている。個別には、手引きによる歩行訓練がおこなわれている。介護職員が身体機能の維持、低下防止に努めるプログラムの充実が課題である。
A-7 健康管理、衛生管理、医療ケア		
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	バイタルチェックは毎日行われ、入居時、体調不良時には、数回おこなわれている。医師による健康チェックは、毎週おこなわれている。服薬については、看護師と介護職員のダブルチェックでおこなわれている。看護師が配薬し、介護職員が内服確認してチェック表の与薬欄に捺印、空き袋を回収し再チェックしている。夜間は、看護師への24時間オンコール体制になっている。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	感染症に対する研修は、複数回おこなわれており、全員が受講している。利用者にインフルエンザが発症した場合は、集団行事の中止、職員が発症した場合、職員家族が発症した場合の出勤停止期間等規定されている。職員は消毒用アルコールを携帯し、適宜使用している。小学生以下の家族面談は、面談室での面談となっている。
A-7-③ 医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切に対応している。	a	入居時に、医療処置について可能な事・出来ない事を説明している。食事制限のある方、透析、胃ろう、ペースメーカー等のある方が利用している。看護師と介護職員が経過を観察し記録している。相互の記録はパソコン上で閲覧できるようになっている。
A-8 利用者の人権の擁護		
A-8-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	b	内部研修は、職員が輪番で題材を選びおこなっている。やむを得ず抑制・拘束する場合は、経緯を書面にして対応することとしている。
A-8-② 職員による利用者への虐待が行われないための具体策を講じている。	a	認知症に対しての研修を通して職員同士、お互いの言動に注意を払っている。管理者が、職員の普段の状況や個別面談で心身の状況を把握するようにし利用者への虐待防止に努めている。
A-9 利用者の希望の尊重		
A-9-① 利用者が自由な生活を送れるように配慮している。	b	利用者には、思い思いに過ごせるようにしている。趣味の編み物を継続し友人に帽子やポシュットを送っている方もいる。希望者には、遠足で季節の花の見学に出かけ喜ばれている。
A-9-② 預かり金の管理を利用者の希望に沿って適切に行っている。	b	入所時、定額を預かり、その後は、必要に応じ預り金をおこなっている。出納状況は、定期的に書面にて報告している。事業所内の理美容代や歯磨き粉、歯ブラシ等の日用品の他、利用者の希望で好みの菓子類など買い物に使用している。近隣のファミリーレストランでパフェ等のデザートの外食をおこなっている。
A-10 建物・設備		
A-10-① 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。	b	居室のベッド間の仕切りには、すりガラスに木製縁に模した素材を使い、落ち着いた雰囲気になっている。各居室のトイレは、居室側と廊下側の2方向から使用できるようになっている。鍵は1か所かければもう1か所もロックされるようになっている。

A-11 家族との連携		
<p>A-11-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p>	<p>b</p>	<p>運営推進会議には、家族代表が参加し意見要望を聴いている。毎月、事業所の行事等を記載した通信と一緒に意向確認書を適宜同封して、意見要望を吸い上げるようにしている。面会時間は、午前9時から午後6時であるが、要望があればそれ以外の時間も可能である。</p>