

評価細目の第三者評価結果 (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 | 理念等は明文化され、施設入口の事務所前に掲示されているほか、事業計画書にも基本理念と管理運営基本方針が述べられています。又、ホームページでも閲覧できるようになっています。 |

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 | 経営状況に関する報告書を毎月作成して、市に報告しています。中期目標に定めた毎年度の利用率96%を達成するための様々な計画の進捗状況も、常時把握されています。 |
| 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 | 地域包括ケアシステムの構築を計る中で、養護老人ホームの役割を果たすため、対象となる利用者の幅を広げることを課題の一つと認識して、職員の研修等を進めています。 |

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。 | a | 平成27年度からの新たな、指定管理者としての向う5ヵ年計画が策定されました。地域連携の強化や新会計システムへの移行に伴う、更にはパソコンソフトの更新を機とした情報共有の一元化など、種々の計画が盛り込まれています。 |
| 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 | 中期計画をふまえて単年度の事業計画が策定され、2月初旬に法人の役員会に上程され、今年度計画が決定されました。平均目標利用率を96%と定め、経営の効率化、利用者満足度の向上のための施策が定められています。 |
| 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。 | a | 利用率の推移をはじめ、施設運営に関わる主要な数値と各計画、課題は毎月まとめられています。これらの内容は毎月開催する全体職員会議に提示され、全職員に周知されています。 |
| 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 | 中長期計画及び単年度事業計画書は事務所のテーブルの上に置かれてあり、利用者はもとより家族、ボランティア等すべての人に開示されています。経費節減のための節電計画についても示されています。 |

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。 | | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>a</p> | <p>毎年秋に、実施しているマネジメント、サービスの内容と質についての職員自己評価を実施しています。結果は集計され、グラフ化して全職員に回覧され、継続的改善への一つの材料となっています。</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>a</p> | <p>職員自己評価結果に基づいて、課題を抽出し、次年度の計画に反映させています。同時に毎年11～12月にマニュアルの見直しを行い、順次更新できるようにシステム化しています。</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 | 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 | 毎月行われる全体職員会議の冒頭において、施設長から必要な事項についての伝達がなされています。同時に、継続している課題、新たに発生した問題への対応等について適切な指示が行われます。 |
| 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。 | a | 職員が遵守すべき法令等は入職時のほか、職員会議等で必要に応じて随時伝えられています。今年度は、浴槽のレジオネラ属菌の適正管理のための、専門家による研修を行いました。法人本部でも年数回、研修を実施しており、その研修にも参加しています。 |
| 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。 | a | 当施設敷地内には約70種類、170本の樹木があり、グリーンアドベンチャーと名付けた敷地内の散策プログラムが実施されています。約20種類の樹木当てクイズやハーモニカ演奏などが、ボランティアと共同で実施されています。 |
| 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 | 2年前に目標管理制度を確立し、昨年度より本格運用を始めました。個人別の研修記録カード等も同時に導入し、質の高い人材の確保、育成に努めています。労務、財務の検証を通じての経営状況の把握にも努めています。 |

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 | 人事管理計画書が策定され、職員に回覧されています。人事に関する基本的な考え方を示す一方で、職員からの意見聴取も行われています。期待する人間像も具体的に示され、研修計画との関連付けもなされています。 |
| Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。 | a | 目標管理制度の確立に伴う研修制度、業務実態把握制度、人事考課制度なども整備されました。指定管理での施設運営ではありますが、総合的な人事管理については、今後さらなる取り組みも期待されます。 |
| 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 | 職員の休暇取得、勤務変更等については、可能な限り対応しています。これらは職員へのアンケート調査結果でのコメントにも表れており、望みの休暇取得ができること、希望する研修に参加できることなどが記されています。 |
| 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。 | a | 目標管理制度における職員個別の目標管理サービス計画書にも研修計画が記載されますが、それに先立ち内部研修にかかる各自の意向調査が行われます。同時に外部研修に対しても、希望する領域などについての調査が行われています。 |
| 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 | 研修については、施設長も含めた全職員の予定が個別職員研修計画に一覧表として作成され、全員に共有されています。今年度は専門家を招いての施設内での研修や、法人本部での研修に重点を置いています。 |

| | | |
|------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>希望する外部研修については、目標管理サービス計画書に課題と方針が記載され、受講終了後には自己評価を加えるようになっています。十分達成のA評価から、不十分のE評価まで、5段階での相対評価を行っています。</p> |
| <p>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。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>マニュアルを整備し、指導者講習会に参加して受入れ体制は整えていますが、現実には介護施設での実習希望が多く、介護施設ではない当施設での受入れ数は多くはありません。今後、地域包括ケアシステムの運用の中で、ケースワーカーとしての活動を期待しています。</p> |

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>透明性を確保するため3年毎に第三者評価を受審し、その結果はホームページで公表されています。ホームページにおいて理念等の基本的な姿勢を表示しているほか、広報誌などを通じて常に施設の透明性を伝えています。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>法人では、今年度から始まる新たな5カ年の当施設の指定管理契約を市と締結しました。公正かつ透明性の高い運営を保障し、必要に応じて法人の内部監査制度に基づく監査を受けています。</p> |

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。 | a | 従来から地域に開かれた施設運営を実践しており、朝のラジオ体操、自治会との共同防災訓練の実施をはじめ、正月や夏まつり行事の共同開催など、多彩な地域との交流を行っています。隣接する保育園には送迎時に駐車場を保護者に開放しています。 |
| 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 | ボランティア受け入れマニュアルを整備し、スムーズな受入れ体制を整えています。各分野での専門知識を持つ高齢者と、その技術を必要とする人（施設）とを引き合わせる、市のシルバーバンク制度なども利用しています。 |
| 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。 | a | 当施設と、関係する諸機関との関連をマトリックス図にまとめています。法人本部、市担当課、協力病院、介護支援事業所、警察、消防などとの有機的なつながりが描かれており、電話番号等の必要情報も記載されています。 |
| 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。 | a | 当施設の有する機能を地域に還元するため、災害時の避難場所を地域自治会に提供しています。その他、高齢者への宅配給食の拠点、敷地内でのグリーンアドベンチャー、保育園への駐車場の提供などを行っています。 |
| 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。 | a | 今年度から、地域の情報を発信するため、施設入口ロビーに地域情報コーナーを設置しました。施設入居者の創作作品を展示し、地域への呼びかけを行いました。地区の夏祭りには地域の一員として積極的に協力しています。 |

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 | 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。 | a | 事業計画や基本方針を全職員に配布した上で、全体職員会議において共通理解を図っています。また、アセスメントの勉強会を行い、利用者のストレングス（本人の強み、残存機能など）に着目したサービスの提供を、全職員が意識しています。 |
| 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 | プライバシー保護マニュアルや個人情報保護規程の整備に加え、個別の利用者に対する情報は別途内容を記載したものを職員に回覧し周知を図っています。また、共同トイレの一部はカーテンを二重にするなど、可能な限りプライバシーに配慮した環境が整備されています。 |
| 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。 | a | ホームページやパンフレットに年間予定や活動状況を写真つきで内容がわかやすいように掲載されています。また、希望者には随時、見学や体験入所の受け入れを行っています。 |
| 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 | 利用開始にあたっては見学対応、ショートステイの利用、「生活のしおり」に基づく共同生活のルールに対する説明など、利用者の要望に応じて丁寧に対応しています。 |

| | | |
|------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>a</p> | <p>退所後にケアマネジャーがつく場合はサマリーやADL・連絡ノート等の必要な情報の提供を行っています。また、別の事業所へ移動する際は、職員が付添うことで、利用所の不安を和らげるとともに、移動先の職員に直接必要な情報を引き継ぐことで、スムーズな移行を実施しています。</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>a</p> | <p>利用者の要望や意見を取り入れる方策として、食事、活動、入浴などに関するアンケート調査や、親睦会での意見交換を実施しています。要望や意見は現場職員会議で検討し、対応可能なものについては取り入れるよう仕組みが整備されています。今後は、嗜好調査の結果についても利用者に公表していくことが期待されます。</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>a</p> | <p>苦情が発生した際は現場職員会議にてその内容と対応策を共有しています。個々の利用者に対しては、利用開始時に、苦情受付の体制を説明するとともに、施設内掲示などにより周知が図られています。</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>a</p> | <p>懇話会、親睦会、アンケート調査、意見箱の設置などを通して、意見を述べやすい機会を提供しています。また、相談に対しては、各居室に出向いての対応、面会室や園長室の活用など、プライバシーに配慮するとともに、職員から積極的に声をかけることで、いつでも相談できる環境を整備しています。</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>a</p> | <p>「利用者からの意見等に対応するマニュアル」に基づき、現場職員会議での検討が実施されています。各利用者からの相談・意見の内容は、各自の個人記録に残されているため、今後は、専用のファイルで管理することで、より一層の情報の共有が望まれます。</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>a</p> | <p>事故予防に対しては、事故やヒヤリ検討会議にて、ヒヤリ報告書の年度集計などをもとに検証されています。また、事故の再発防止策として、SOAP式（計画・対応・評価）により改善策を1枚にまとめ共有を図っています。ヒヤリハットと思われる内容について、個別のケース記録内に記載されているものも見受けられるため、今後の整理、工夫が期待されます。</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>a</p> | <p>感染症の予防策として、感染症対策委員会を中心に手洗い・うがいの奨励を行っています。また、協力歯科医師による歯磨き講習やインフルエンザ予防の歯磨き講習会を毎年実施しています。</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>a</p> | <p>災害時のための備蓄物品は、栄養士によりリスト化し管理されています。また、地元自治会と防災協定を結んでおり、地域の防災訓練・炊き出し訓練には利用者も参加しています。</p> |

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

| |
|------------------------------------------|
| <p>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。</p> |
|------------------------------------------|

| | | |
|-----------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | ケアプランと個人記録に加え、18項目の業務マニュアルを策定し、これらに基づきサービスの標準化に取り組んでいます。 |
| 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 | 各規程やマニュアルは、活用する職員により毎年精査し、必要に応じて見直しをすることで、常に実用性の高い状態で管理されています。 |
| 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 | アセスメント及び本人を含めたカンファレンスに基づき個別の行動計画を策定しています。また、現場職員会議のなかで、アセスメント勉強会を実施しています。 |
| 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 | ケアプランで示されたサービス内容の評価は、担当者が毎月モニタリングを行っています。また、毎月5~6名の利用者について全職員によるカンファレンスにて情報共有もなされています。モニタリングにあたり、参考となるケアプランで示すサービス内容に対する日々の取り組みは、実施状況を「○×」での表記に留まっており、その際の利用者の状況を把握するにはまだ改善の余地があります。適切なケアプランにつながる有効な情報の記載方法について検討することが期待されます。 |
| 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 | 利用者の個人記録はSOAP式（計画・対応・評価）により一枚の用紙で管理しています。また、クラブ活動や集団リハビリの参加状況のチェック表、連絡帳、日誌などの活用により、情報の共有を図っています。 |
| 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 | 利用者に関する記録は、共通のファイリング方法で鍵付きの棚で管理されています。管理者を定めており、必要に応じて、関係者が閲覧、確認できるようになっています。 |

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。 | a | 利用者が自分でその日の過ごし方を決めることができるよう、様々な活動を用意しています。施設全体の行事、各種教室、クラブ活動、ボランティアの活用など多岐にわたります。また、地域交流となるイベントも取り入れながら、利用者のニーズを把握しつつ、有意義に一日を過ごせるよう計画的に実施しています。 |
| 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 | 入所に至る経緯が様々な利用者が多い中、職員がアセスメント等で状況把握して個々に合わせた対応をしています。毎月5~6名来訪する傾聴ボランティアとの関わりからコミュニケーションを図ることも継続的に実践しています。また、利用者同士も円滑にコミュニケーションが図れるよう、比較的自己主張ができる利用者を選抜し、小グループでSST（ソーシャル・スキルズ・トレーニング）をテーマを決めて実施しています。自分の価値観だけではなく他の人とのやり取りが円滑にできるよう、利用者の今後の生活につながるよう支援しています。 |

| | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 大浴場のみ入浴設備で、且つ介護を必要とする利用者が増加していることから、浴室内に背もたれ付きのイスを設置し安全性の確保に取り組んでいます。入浴に関するアンケートを行い、利用者の希望や身体状況に応じてシャワー浴の利用など可能としています。併設するデイサービスや訪問入浴などを利用することも本人と相談しながら、自身の状態に即した入浴を提供できるよう取り組んでいます。 |
| A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | 排便チェック表にて利用者の排泄パターンを確認し、個々に合わせた排泄支援を実施しています。 |
| 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 | 利用者の身体状態はアセスメントやADLチェック表にて把握し、福祉用具の使用が必要な場合に備えて、車イス等、施設で準備しています。使用にあたっては現場職員会議の中で現状を整理して使用の有無を決定しています。 |
| A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | a | 月1回の体重測定、栄養面の摂取状況を看護師が主として確認しながら、必要な利用者には栄養補助食品を使用して、褥瘡予防に努めています。小さな傷が発赤になっている場合などもプランに反映して経過を確認しています。 |
| 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。 | a | 不定期ではありますが、洋服の訪問販売業者の受入れを行っており、利用者が自分で気に入った洋服を選択して購入する機会を設けてます。裾上げなども対応してくれているため、自分の体に合った洋服を身に着けることができます。また、月2回の訪問理美容もあり、出かけることが困難な利用者への対応がなされています。 |
| A-3 食生活 | | |
| A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | a | 食事中はバックミュージックを流す、季節感のある装飾品を飾るなど、良好な雰囲気の中で、食事を楽しめるよう食堂内環境を整えています。また、メニューについては、季節の行事に合わせた食事の提供のほか、バイキングやお楽しみ給食など献立も工夫しながら提供しています。嗜好調査を毎年実施していますが、調査内容については改善の余地があります。利用者の意向をわかりやすく反映した献立の提供につなげることも期待されます。 |
| 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 | 食形態は、常食、一口大の刻み、ミキサー食と、利用者の身体状況や嚥下状態に合わせて提供しています。また、本人にできる限り介助なく自力で食せるよう、自助具など活用し、食事姿勢についても支援しながら、個々に合わせた対応が行われています。 |
| A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a | 口腔ケアの必要な利用者をリストアップし、職員による口腔ケアを実施しています。また、リハビリの一環として口腔体操も行い利用者の経口摂取維持に取り組んでいます。 |
| A-4 終末期の対応 | | |
| 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。 | | |

| | | |
|-----------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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-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-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。 | a | 個人別処遇表には、日常生活動作の状況、介助の状態、精神の状態が記されており、年1回、見直しを行い状態を確認しています。集団リハビリとして全体で行うことと、個人別処遇表のほか、アセスメント、ケアプランを基に必要な利用者にはリハビリの個別メニューを作成しており、その内容は自分で取り組める内容を設定することで継続できるように作られています。必要に応じて、利用者の通所リハビリ先の理学療法士等にレクチャーを受けて、職員や看護師が対応しています。また、トレーニングマシンなども設置されており、利用者がいつでも自主的に運動に取り組める環境も整えています。 |
| 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 | 緊急時対応マニュアルを作成し、利用者の急変時の対応を明確にしています。夜間も体調変化に気づいた際は、看護師の指示を受けられるよう体制を整えています。 |
| A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | a | 食中毒予防対策として、生ものの購入は禁止していますが、購入してきた場合は、職員が一つ検食して確認することをルールとしています。通院により食事時間がずれてしまう場合には2時間置きで提供しています。その他、手洗いチェッカーを使用しての手洗い指導、歯科衛生士によるインフルエンザ予防講座の実施など、利用者に対する意識付けも行われています。 |
| 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-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。 | a | 身体拘束マニュアルを作成し、施設内でどのようなルールのもと手続きを進めていくかを明確にし、現場職員会議等で周知を図っています。 |
| A-8-② 職員による利用者への虐待が行われなための具体策を講じている。 | a | 虐待防止マニュアルの見直しを通して、職員への周知を図っています。また、虐待に関する研修を受講した職員からの報告で、その内容を共有しています。施設として虐待をどのように捉え、また、職員の利用者に対する対応などを振り返る機会については、より共通認識が持てるよう、深めていく取り組みはまだ必要と推察されます。今後の検討が期待されます。 |
| 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。 | a | 一定のルールのもと、利用者の施設内での生活は強制されることなく対応されています。利用者親睦会と協働での行事開催もあり、利用者の意見を取り入れ、また、行事やクラブ活動等においても利用者の意思を尊重しています。 |

| | | |
|--------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>金銭管理は利用者の状態に応じて個別に対応しています。学習プログラムの一環として収支を付けて管理することを支援しています。また、お小遣い決定面談を実施し、利用者の希望も把握しつつ、年間の収支を共に確認して月々の金額を決定しています。本人が理解、納得できるよう根拠をもって説明し、適切に自己管理ができるよう支援しています。</p> |
| <p>A-10 建物・設備</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>中長期計画に盛り込みながら、施設内の整備を行っています。災害時に備えて施設内のハザードマップも作成しています。介護が必要となる利用者が増加傾向にあることから、エレベーター、身障トイレの改修を行うなどの対応もなされています。</p> |
| <p>A-11 家族との連携</p> | | |
| <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>a</p> | <p>園だよりの送付、行事への参加案内などを通して家族への情報提供が行われています。利用者の状態によっては相談員が窓口となり、家族と連絡を取り合いカンファレンスへの参加を依頼するなど、家族と共に利用者を支援できるよう取り組んでいます。中には、家族と疎遠になっている利用者もおり、本人とつながりが持てるキーパーソンとなり得る方については連絡を取り、利用者本人との橋渡しも行っています。</p> |