

福祉サービス第三者評価 評価結果 (共通評価項目)

施設名 (特別養護老人ホーム 永楽荘)

I. 福祉サービスの基本方針と組織

I-1. 理念・基本方針

	評価結果	判断の理由・取り組み状況	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	④	b	c
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	④	b	c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	④	c
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	④	c

I-2 事業計画の策定

	評価結果	判断の理由・取り組み状況	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	④	b	c
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	④	b	c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	④	b	c
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	④	c
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者に周知されている。	a	④	c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	評価結果	判断の理由・取り組み状況	
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	①	b	c 職務分掌表に、施設長の役割や責任を明確に定めている。施設長は、“将来計画”の策定に努めたり、毎月開催する職員会議や各委員会の委員長等を担ったりして、課題の把握や解決に向けてリーダーシップを発揮している。また、毎朝、利用者の居室を訪問して、質の高いサービスの提供に向けて利用者の満足度の確認を行っている。職員に声掛けを行い“報告・連絡・相談”等の確認を行うなどして、職員が抱える問題点や課題を聞くようしている。今年度から、職員のモチベーション向上への取り組みの一環として、職員間の感謝の気持ちを形にする“Thanks card”を取り入れるなどの工夫を行っており、サービスの質の改善にも繋がっている。
I-3-(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。	①	b	c 施設長は、組織が社会的役割を果たすための基本的な関連法令や倫理の理解に向けた研修会等へ積極的に参加している。また、職員には、職員会議等で遵守すべき法令等を周知し、組織としての法令遵守に取り組んでいる。法人との連携を行うなどして、高齢者施設の対人援助専門職としての高い倫理意識の醸成に向けた研修会も実施している。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	①	b	c 質の高い適切な福祉サービスの提供に向け、基本方針に“ご利用者・ご家族が満足する高品質サービスの提供”を掲げている。職員会議のほか、“高品質サービス委員会”や“事故対策委員会”を設置し、サービス改善報告書や月報等において具体的な福祉サービスの質に関する課題や問題点を把握している。施設長は、把握した課題を改善するため、積極的に実践現場に向かい、職員と話をしたりして指導力を発揮している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	①	b	c 中・長期計画や事業計画に、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに係る具体的目標値を掲げている。利用者の増加に向けた取り組みや新規加算の取得、経費削減等(車両事故・介護用品費削減)に取り組んでいる。これらは、職員会議の際に進捗状況を報告している。業務改善提案制度等を設け、職員から労働環境の改善に関する提案等を受け体制を整備するなどして、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいる。特に、職員のスキルアップに力を入れており、職員会議やユニットミーティングで話し合うようしている。また、施設長は法人が運営する16の事業所のうち、高齢者分野事業(高齢者ケア総合センター)の労働改善統括責任者でもある。

II. 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	評価結果	判断の理由・取り組み状況	
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	①	b	c 行政機関等との定例会等の機会に、社会福祉事業全体の動向や地域の福祉ニーズに関する情報収集を行っている。また、利用者像の変化や潜在的利用者に関する情報等も、法人が所属する団体等から得るなどして具体的に把握している。把握した情報等は、組織内で検討して中・長期計画や事業計画に反映している。
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	①	b	c 月1回、職員会議の際、経営状況を具体的に把握し、分析や検討を行っている。職員間で、電気代や水道代などのコスト分析を行ったり、利用者の推移や利用率“入居・ショート”等の検討を行ったりして、経営改善への取り組みについて話し合っている。事業計画の策定期間には、必要に応じて“事業計画策定委員会”を開催し、検討した課題を各年度の事業計画に反映している。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	①	c 定期的に税理士等による指導等を法人として受けている。また、組織運営について、社会保険労務士に相談するなどして、経営の改善に向けたアドバイスを受けている。しかし、施設として外部監査の結果を分析し、効果的に活用する機会は多いとはいえない。

II-2 人材の確保・養成

		評価結果			判断の理由・取り組み状況
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。					
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	①	b	c	人事管理は、法人で一括管理し実施している。施設の基本方針や事業計画に沿って、質の高いサービスの提供に向けて必要な人材の確保に努めたり、正規職員や非正規職員の比率、また専門資格を有する職員の配置等についても計画したりして、人事管理の体制を確立している。また、障害者雇用についても、積極的に取り組んでいる。	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	①	b	c	法人として、人材の能力開発や育成を目的とした、人事考課制度を導入し運用している。人事考課の実施においては客観的な評価基準を示し、“成績・情意・能力”区分からなる評価と考課者面接を組み合わせて定期的の実施しており、職員間に定着している。評価結果を職員に反映しており、職員の意欲向上にも繋がっている。考課者研修を実施し、効果基準と方法に沿った人事考課を適切に進めるよう留意している。また、より良い考課制度を目指し、客観性・公平性・透明性の確保に向けて、評価基準や内容の改善にも取り組んでいる。	
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	①	b	c	職員の就業状況や意向は、有給休暇の取得状況や時間外労働請求時、勤務予定表の作成時に管理的立場に有る職員が把握し、総務部門でデータ化し管理している。法令に基づき事業主行動計画の策定、介護休業、育児休業等にも適正に対応している。また、定期的に面接の機会を設けるなどして、職員が相談しやすい環境整備に取り組んでいる。	
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	①	c	施設では、定期的な健康診断や年2回の腰痛検査、インフルエンザ等の予防接種を行うなどして、職員の健康維持対策に関する取り組みを行っている。また、食生活の改善に向けた“いろうり弁当”購入時の助成を行っている。法人の福利厚生委員会には、2名の職員が参画している。また、職員組織である“共進会”や“親睦会”の運営と活動に配慮を行っている。	
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	①	b	c	施設が職員に求める基本的姿勢や職員像、介護職員プロフェッショナル計画の実現に向けた、計画的・継続的な養成プログラムを明確に示している。提供するサービス内容や目標を踏まえて、専門技術や専門資格も明示しており、質の高いサービス目標の達成に向けて、職員研修計画を策定している。向上研修委員会による年1回の研究発表会を行い、取り組みの可視化や資質等の向上を図っている。法人では、職員向け人材育成ハンドブックも作成している。	
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	①	b	c	法人・施設年間教育訓練計画を策定している。この計画は、職員一人ひとりのキャリアプログラムに沿って計画的・継続的に実施している。また、個人目標管理による生涯研修も組み合わせるなど、重層的な研修体系となっている。法人の新任職員研修は19項目で構成し、管理的立場にある職員や先輩職員が多く時間を指導するなどしている。	
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	①	b	c	職員一人ひとりのキャリアプログラムに基づいて実施した研修について、教育訓練記録表を作成したり、内容評価や研修効果の確認等を行ったりして評価を行っている。一人の職員に一人の担当指導者を配置しており、毎月、職員個別の目標管理について指導や相談等を行っている。また、研修の一環として、年1回、法人内で“実践報告発表会”が開催している。	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。					
II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	①	c	施設では、実習生の受け入れなどの姿勢を明確にしている。担当者向け実習マニュアルや手順書を整備したり、実習指導者に対する研修を行ったりして、実習生の受け入れと育成に関する体制を整備している。しかし、前年度において、介護福祉士や社会福祉士の実習生の受け入れ実績が見受けられないため、専門資格養成施設としての積極的な広報活動や養成大学等への働きかけを行うよう取り組まれたい。	

II-3 安全管理

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。				
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	①	b	c	利用者の安全確保に関する、防災管理規定やリスク別の管理体制、事故発生・衛生管理・感染症等のマニュアルを整備したうえで、各委員会（事故対策・感染症対策・褥瘡対策）を設けるなどして、職員間で利用者の安全等に関する意識を醸成させている。また、地域の協力を得て、“防災フェスタ”や“上ノ段・下ノ段池田博愛会総合合同訓練”を実施するなどして、防災の普及・啓発に努めている。また、施設長は、緊急・災害時の統括責任者として緊急時の対応にも備えている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a	②	c	施設の立地する地域での災害を想定し、建物・設備等の対策や災害時の対応体制を具体的に決めている。利用者や職員の安否確認と連絡方法、避難ルートのほか、避難場所等を定め、全職員に周知している。食料や備品類の備蓄リスト一覧、また自営の消防団活動や地域の自主防災会との協力体制を構築している。なお、建物の構造が複雑なことから、利用者の安全確保に関する取り組みが必要であるが、掲示物などの活用と工夫による特段の合理的配慮は見受けられない。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	③	c	毎月、事故対策委員会において、不適合報告（ヒヤリハット）による情報収集を行っている。要因分析や未然防止対策、改善策の見直しについて検討している。職員には、年間研修計画に沿って継続的に安全確保・事故防止・感染予防等の研修を実施するなどして理解の促進に努めている。施設では、災害時献立表に基づいて、食料や飲料水等を備蓄している。

II-4 地域との交流と連携

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。				
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	①	b	c	法人の理念から“地域と共に”歩む姿勢を読み取ることができる。掲示板を活用し、利用者や家族に地域の情報を伝えるなどの工夫も見受けられる。また、日頃の買い物や散髪、外出等は、利用者のニーズや生活歴に応じて支援するようにしており、積極的に地域へ出向いている。また、利用者が行事や活動に参加する際には、職員等が同行支援や援助する体制も整えている。法人が主催する地域のイベント“球技大会・博愛ふれあいフェスティバル・博愛まつり”には、利用者が家族やボランティアと一緒に参加している。施設では“地藏まつり”を開催するなどして、地域との交流を行う機会を設けている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	②	b	c	介護等の専門職として、相談支援や介護講座の講師を努めたり、職場体験学習の実習生を受け入れたりして、地域との関わりを深めている。また、施設が取り組んでいる各種活動の紹介等を広報誌に取り上げるなどの広報・啓発活動を行っている。また、30年以上継続している陶芸教室“土遊会”などもあり、地域との相互協力関係がある。
II-4-(1)-③ ボランティア受け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	③	c	ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方や方針を明確に示している。施設では、必要とする項目を記載したボランティア受け入れマニュアルを作成し、体制を整えている。また、ボランティアルームを設置するなどして、ボランティアが活動しやすい環境を整えている。継続的に“生花教室・美容・芸能・環境整備・お話し”ボランティアを受け入れている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	④	c	施設が必要とする地域の様々な連携機関や団体の一覧リストを整備し、各部署に配置している。職員会議等を通じて情報共有を行い、必要時に活用している。しかし、利用者一人ひとりの心身の状況に応じて、必要な社会資源を明確にするまでには至っていない。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	⑤	c	法人や施設では、定期的に関係機関や団体との連絡会等を実施している。また、三好医師会やかかりつけ医と連携し、社会福祉法人の地域における役割を担うことができるよう努めている。また、定期的に地域包括支援センターなどの連絡会を開催し、課題や問題解決に向けて協働した取り組みを積極的に行っている。現在、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用者はいない。今後、利用者の判断能力が低下するなどして制度利用に関する検討が必要な場合に備え、利用者や家族への情報提供に努められたい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。				
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	①	b	c	法人や施設の有する相談事業等を通じて、地域の具体的な福祉ニーズを把握するよう努めている。利用者や家族の協力を得るなどしてアンケートを実施したり、エレベータ内に施設宛てに届く葉書を設置したりして、意向や希望、意見を聞くようにしている。また、法人として取り組んでいる“CCRC事業”の一環として、箆蔵地域において“100人会（座談会）”等を実施するなど、地域のニーズやまちづくりに関する現状と課題の把握を行っている。職員は、地域住民の代表として参画し、福祉ニーズの把握に努めている。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	②	b	c	法人として把握した福祉ニーズに基づく相談支援を実施したり、公益的な活動の取り組みを行ったりしている。さらに、多数の利用待機者が存在する状況を踏まえ、職員が、定期的な情報収集、相談、調整にあたり、存在する状況を踏まえ、独自に4つの段階で整理するなどして緊急度等に応じて“入所調整委員会”で検討を行い、適正・公平に調整を行っている。法人では、今後の新たな事業として“CCRC構想”の拠点施設整備の計画化を検討している。

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

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
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。	①	b	c	理念に“人の尊厳に立ち”を謳い、職員の行動規範や博愛ブランド宣言の内容に反映している。施設が提供する利用者支援等の“標準的な実施方法”にも反映している。定期的に“倫理・人権”等に関する職員研修を行っている。また、身体拘束委員会では、身体拘束や虐待防止に関する周知や研修会を行うなどして、職員間の取り組みを徹底している。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	①	b	c	利用者のプライバシー保護に関する各種規定やマニュアル等を整備している。標準的な実施方法等（介護業務手順書）には、利用者のプライバシー保護に関する事項を留意点として記載し、それに沿ったサービスを提供している。施設では、職員に研修計画に沿った研修やOJT研修を実施するなどして、専門職としての姿勢や利用者のプライバシー保護に関する意識を高めるための取り組みを行っている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	①	b	c	直接、利用者や家族から話を聞いたり、日頃の関わりを通じて本人の希望等を推測したりして、満足度を把握するように努めている。また、満足度調査の実施のほか、家族会連絡会やサービス担当会議などで出された意向や意見を集約するなどの取り組みも見受けられる。出された意向や希望は、会議の機会に分析や検討を行い、各ユニットや調理等の職員とも情報を共有するなどして具体的な改善へと繋げている。
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	①	b	c	施設では、利用者が相談や意見等を話しやすいよう、相談スペースなどの環境を整備し、日常的に接する職員から積極的に声かけを行っている。食事の際には、ユニット担当者以外の職員も、利用者の食事介助を行うなどして話を聞くようにしている。また、相談担当者として介護支援専門員等を配置するなど、複数の職員による相談支援に取り組んでいる。家族等にも掲示物や文書等を配付し、寄り添い支援を心がけた専門的な相談にも迅速かつ適切に対応している。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	②	c	苦情解決の体制(苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員)を適切に整備している。利用者や家族には、重要事項説明書に基づいて苦情解決の仕組みを説明している。施設内に苦情解決に関する相談窓口等のポスターを複数掲示している。また、定期的に第三者委員の来訪の機会を設け、利用者や家族が相談したり、第三者委員の意見や提案を確認したりして、苦情解決の仕組みが機能するための取り組みを行っている。これまでに受け付けた苦情や検討・協議等の記録も保管している。法人として利用者や家族等に配慮したうえで相談件数等をHP等で公表しているが、施設独自の手法や方法で苦情内容や解決結果等を公表するまでには至っていない。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	①	b	c	福祉サービス相談委員会設置規程及び業務細則により、対応マニュアルを整備している。施設内に苦情解決委員会を設置し、対応マニュアルに沿った検討や対応方法、記録、結果のフィードバック、公表方法について議論しており、検討結果から福祉サービスの改善に繋げる仕組みも整備している。また、法人内には、福祉サービス相談委員会を設置しており、適切に機能している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。				
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	①	b	c	毎月、現在のサービス内容についてモニタリングを行っている。利用者の心身状況の変化に応じて担当者会議を開催するなどして、サービス内容等の見直しを行っている。ユニットごとに、それぞれの特徴を活かした独自の取り組みを行って、サービスの質の向上を図っている。全ユニットの職員間で情報を共有する必要がある際には、検討の機会を設けるなどの工夫を行っている。また、毎年、自己評価を実施したり、法人の品質管理委員会の委員による内部監査を取り入れたりしている。質の高いサービスを効率的・適切に機能させているかを検証している。評価結果を職員会議等で分析・検討し、法人としてサービスを評価する仕組みを機能させている。また、今年度、優良民間社会福祉施設として“御下賜金”を授与されている。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	①	b	c	評価結果から明確になった課題や問題点を職員会議等で検討し、改善策や改善計画の策定へと繋げている。短期と長期の目標を掲げ、それらに対する解決策や対応方法を検討している。また、職員間で情報を共有し、分かりにくいことや疑問等について話し合っ理解を深めている。また、年間を通じて、職員から提案を得る制度があり、“サービス改善報告書”により質の向上に取り組んだり、“業務改善提案書”に基づいて業務改善を行ったりしている。
Ⅲ-2-(2) 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-(2)-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サービスが提供されている。	①	b	c	“介護業務・看護業務・栄養管理・給食業務・相談業務”等の提供するサービスの標準的な実施方法を文書化し、各部署に配備し活用している。また、利用者のプライバシー保護への留意点も明示し、定期的に手順に沿ったサービス実施状況の確認も行っている。必要に応じて利用者一人ひとりのサービス手順書を整備している。
Ⅲ-2-(2)-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。	①	b	c	定期的に、標準的な実施方法の見直しを行っている。必要に応じて、ユニットごとの職員間で話し合うなどし検証している。随時、見直しや改定を行う仕組みを整備しており、PDCAサイクルに基づいて質の向上を図るための取り組みを継続的に行っている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。				
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	①	b	c	利用者一人ひとりのサービス実施計画に基づくサービスを実施している。施設の定める手順書等により、記録方法の統一化を図っており、職員間の円滑なや情報共有にも繋がっている。記録内容や記載手順等は、職員研修やOJT研修の機会に共有化を図ったり、記録要領の作成等を行ったりするなどの工夫が見受けられる。
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	①	c	施設では、“品質管理規定”により、利用者に関する記録の管理責任者を明示している。利用者に関する記録の保管、廃棄に関する規定も定めている。個人情報保護と情報開示の観点から、職員向けの研修会も行っている。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	①	b	c	施設では、ユニットごとに生活記録やユニット連絡表を活用するなどして申し送りを行っている。職員間では、パソコン内の共有フォルダを活用するなどして、理学療法士や歯科医師等による情報の提供を共有している。また、心身の状況等に応じて食事や服薬について変更等があった場合は、職員間で報告し共有できる仕組みが確立している。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。				
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	①	b	c	サービス選択に必要な情報を広く一般へ周知するため、ホームページを開設するなどして施設の情報を公開している。法人の広報誌“ふれあい通信・博愛”において、年2回、施設の取り組みや行事等の情報を発信している。また、施設見学や体験利用等の希望があれば、積極的に受け入れている。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	①	c	職員はサービス開始前の段階で、利用者一人ひとりの自宅等を訪問し、本人の生活歴や家族の意向等を確認している。その際、重要事項説明書や契約書に基づく丁寧な説明に努め、利用者や家族の同意を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。				
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	①	c	医療機関や他サービス事業所等への施設移行時には、事前に職員が移行先を訪問して生活歴等を伝えたり、退居後も相談できる窓口を設けたりして、サービスの継続性に配慮した対応に努めている。また、個人情報保護規定に配慮しつつ、利用者の状況等を文書で引き継ぐなどの配慮も見受けられる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。				
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	①	b	c	アセスメントを実施する前には、居住の有無に関係なく介護支援専門員による訪問調査を実施している。施設として定めた統一様式に従ってアセスメントを行っている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。				
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	①	b	c	施設では、多職種による定期的なカンファレンスやサービス担当者会議に、家族等の参加も得て介護計画を策定している。個別の対応方法や手順は実施計画に記載している。また、毎月モニタリングを実施し、介護計画に沿ったケアの実施状況について検証している。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	①	c	施設では、介護計画の見直し時期や検討会議の開催等を経て、利用者の意向把握や同意を得るための手順等を標準的な実施方法に沿って実施している。また、利用者の心身状況等の変化に伴い、介護計画の見直しや変更に係る手順、職員間での共有方法等を示している。

福祉サービス第三者評価 評価結果（個別評価項目）

施設名（ 特別養護老人ホーム 永楽荘 ）

A-1 支援の基本

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
	a	b	c	
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。	①	b	c	ユニットごとに、利用者一人ひとりの生活歴や心身状況に応じた暮らしの意向等の理解・把握に努めたり、生活習慣にも考慮したりして、生き生きと生活することができるよう支援している。また、日中活動に参加することができるような工夫を行っており、買い物や外出等のプログラムを活用している。本人の意思に沿った外出支援や移送支援にも取り組んでいる。
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。	①	b	c	5名の職員を1チームとし、利用者と職員が馴染みの関係を築きやすいようにしている。職員は、倫理や人権研修等を受講し、利用者の自尊心を傷つけないよう配慮している。個別支援計画の内容等を踏まえて、利用者の意向や希望を十分に理解することができるよう、食事の残量の確認を行ったり、朝・夕の声かけを継続したりして、多くの機会を設けている。意思の表出が困難な利用者には、利用者の表情等から意向を推し測るようにしている。

A-2 身体介護

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
	a	b	c	
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。	①	b	c	利用者一人ひとりの心身状況や意向に応じて、個浴や座位浴、特浴等を組み合わせた入浴介助を行っている。利用者の希望する日の入浴を支援しており、希望に応じて夜間の入浴も支援している。職員は、入浴介助の手順に沿った支援を行っている。また、特浴に関する取扱い研修を行っており、安全な入浴を心がけている。入浴介助時に、皮膚の異常等を発見した際には、看護師の指示を受けるなどしてスキンケアなどを行っている。入浴介助に必要な介護機器も用意している。
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	①	c	利用者一人ひとりの心身状況や意向を踏まえて、排泄を促すよう支援している。施設では、科学的介護の考え方を取り入れるなどして“日中の自立排泄の確保”や“水分2,000cc以上の摂取”に取り組むとともに、24時間の排泄記録を行うことによって、利用者一人ひとりの排泄リズムを把握するようにしている。これらから、利用者の適当な運動や食事改善等に繋げている。今後も、利用者への自立支援の観点に立った継続的におむつ外しなどの取り組みを行うよう期待する。
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。	①	b	c	利用者の心身状況や意向を踏まえた移乗や移動の支援を行っている。職員は、利用者の残存能力を活かしつつ、自力での移乗や移動の自立に向けた働きかけを行っている。また、職員は、移乗・移動の研修を受けるなどして、利用者一人ひとりの状況に応じた福祉用具の使い方やフィッティング方法を学んでいる。心身の状況に応じ、移乗・移動方法の変更にも対応している。理学療法士による個別機能訓練計画を策定し、適切な移動支援に努めたり、移動方法等の変更や見直しに繋がったりしている。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	①	b	c	施設では、標準的な支援方法を手順化している。皮膚の状態確認や清潔確保に努め、体位交換や処置等の実施を行うなどして、褥瘡の予防を行っている。利用者の栄養マネジメントにも取り組み、食事面から予防するために高カロリー食を提供するなどの工夫も見受けられる。また、必要に応じて、マッサージや軟膏の塗布を行っている。職員は、理学療法士による研修“ポジショニング”を受講している。

A-3 食生活

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
	a	b	c	
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	①	b	c	利用者や家族にアンケート調査を行っている。ユニットミーティングで報告を受けた利用者の好みや希望の食事は、給食委員会で検討している。バランス良く、食事をおいしく食べてもらうことができるよう、食器や盛り付けの工夫を行っている。ダイルームの雰囲気づくりや座席の配置にも配慮している。また、食事は、施設内の調理室で調理し、適時適温を心がけている。年間を通じて旬の食材を用いるなど、季節を感じるような配慮も見受けられる。毎月、行事食も取り入れている。提供する食事が利用者の好みに合わないときなどには、速やかに代替食に変更する体制を整備している。
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。	①	b	c	利用者の心身状況や意向を踏まえた食事を提供している。定期的な食事に関する研修会を行い、誤嚥時などの緊急時の対応マニュアルも整備している。必要に応じて、管理栄養士による栄養マネジメント計画を策定している。また、食事介助が必要な場合は、職員が利用者へ寄り添って支援したり、見守ったりして、本人のペースに配慮し取り組んでいる。食事時の姿勢や共用スペースの活用にも工夫している。職員は、科学的介護への取り組みの一環として、“できるだけ普通食が食べられるように支援を行うことと、適切な水分摂取”を目指している。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	①	b	c	月4回、利用者と職員は、歯科衛生士の助言や指導を得て、口腔状態と咀嚼・嚥下機能のチェックを行っている。歯科医師の診察が必要な場合には、通院等の支援を行っている。また、口腔ケア計画に沿った取り組みを実施したり、食事前には口腔体操を行ったりしてケアに努めている。また、必要に応じて、義歯の着脱や清潔、保管の支援を行っている。希望する利用者には、口腔体操等による心身に与えるよい影響について学ぶ機会を設けている。職員は、口腔ケアに関する研修会に参加している。

A-4 終末期の対応

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
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。	①	b	c	施設では、終末期ケアの指針を作成している。利用者や家族には、施設での終末期支援や取り組みの内容などを明確に伝えている。利用者の心身状態の変化に応じて、そのつど家族へ説明を行っている。職員は、医師との連携を行い、看取り計画の策定や同意、説明等の手順と体制を整備している。また、終末期ケアを担当した職員に心的ケアを行うなどの配慮も見受けられる。

A-5 認知症ケア

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	①	b	c	施設では、利用者への尊厳と尊重を第一に考え、本人らしい生活を送ることを支援するように努めている。利用者一人ひとりの残存機能の発揮に向けた支援に努めている。施設は、専門職としての資質向上に係る研修会や認知症実践研修、リーダー研修等への参加に積極的に取り組んでいる。介護職や看護職等の職員間で連携を図り、頻繁にカンファレンスを行っている。利用者の様々な症状の理解や行動等について話し合っている。抑制や拘束については、身体拘束対策委員会で協議や議論したことを踏まえてケアに反映している。
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。	①	b	c	認知症高齢者の安心と安全な環境整備について、事故対策委員会等に基づいて、環境改善を行っている。各ユニットと他部署の職員等で話し合いや情報共有を行い、介護用具や機器等の改良も行っている。また、各ユニットは、室内や共用空間の整理や整頓、掃除が行き届いており、過ごしやすい空間となっている。利用者の居室には、写真や手芸品等、利用者一人ひとりの好みのものを飾るなどの配慮が見受けられる。

A-6 機能訓練、介護予防

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
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。	①	b	c	理学療法士による個別訓練プログラムを活用し、機能訓練等を行っている。プログラムに沿って訓練を実施している。利用者の心身状況の変化に応じて、プログラムを見直している。記録は、職員間で共有している。利用者が主体的に訓練に参加することができるよう、日常生活リハビリテーションを取り入れるなどの工夫も見受けられる。

A-7 健康管理、衛生管理

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
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。	①	b	c	週2回、協力医療機関の医師による訪問診療を受け入れている。夜間や緊急時の連絡・連携体制を整備し、利用者の体調変化等に迅速に対応することのできる体制を備えている。職員は、連携手順や薬の効果、副作用に関する研修を行ったり、OJT研修での指導等を通じて理解を深めたりして、職員への周知を徹底している。看護部門において個人の健康管理台帳を作成し適切に管理されている。介護と看護職員間で連携を行って服薬管理を徹底している。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	①	b	c	標準的な実施方法“給食業務手順書”を整備している。感染対策委員会において、感染症や食中毒に対する予防対策、発生時対応、改善対策、職員、職員家族が罹患した場合の対応マニュアルに沿った検討を行っている。インフルエンザ等の必要な予防接種を利用者に実施している。職員は、県立の医療機関の感染管理認定看護師による感染症予防の指導研修を受講している。

A-8 建物・設備

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
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	①	c	定期的に建物や設備の点検を行っている。問題点の改善や快適性・安全を維持する取り組みとして、業者委託保守点検表、防災設備等自主点検表、建物・付属設備管理台帳及び自主点検表、環境整備実施状況表、備品管理台帳及び自主点検表、備品不都合処理内容表等の台帳等を整備している。また、利用者の居室やダイルールの家具、床、壁等は、一人ひとりが安心して落ち着いて生活することができるような雰囲気に配慮している。しかし、建物の増改築による構造上利用者等が意向や希望に応じた過ごし方に工夫が望まれる。

A-9 家族との連携

	評価結果			判断の理由・取り組み状況
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	①	b	c	ユニットごとの交流会や家族連絡会を行っている。定期的を実施するカンファレンスの際には、家族等の参加率目標を定めるなどして参加を呼びかけている。家族の来訪時などの機会を捉えて、施設方針や事業計画、サービスの説明、相談、要望等を聞くようにしている。また、毎月、施設の広報誌“せせらぎ”を家族に送付し、誌面内の伝言板には、担当者による利用者の近況報告を添えるなどして、利用者へのより良い支援を一緒に考えていくことができるよう、情報の共有化に努めている。法人や施設の行事も、年間行事の案内を行ったり、そのつど案内したりして参加を呼びかけている。