

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2014 年 10 月 20 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002

住所

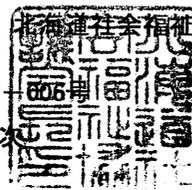
札幌市中央区北2条西7丁目

電話番号 011-251-3897

評価機関名 社会福祉法人 北海道福祉協議会

認証番号 北海道 第12-

代表者氏名 会長 三宅 浩次



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	齊藤 和雄	組織	第0202号
	(2)	野村 宏之	福祉	第0158号
	(3)	高橋 春美	総合	第0018号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	指定介護老人福祉施設芦別慈恵園			
設置者名称	社会福祉法人 芦別慈恵園			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2014 年 3 月 11 日	～	2014 年 10 月 20 日	
利用者調査実施時期	2014 年 2 月 7 日	～	2014 年 2 月 24 日	
訪問調査日	2014 年 3 月 26 日			
評価合議日	2014 年 5 月 8 日			
評価結果報告日	2014 年 10 月 20 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	☑ 同意あり ☐ 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

北海道社会福祉協議会

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人芦別慈恵園

代表者氏名：理事長 岩間珠一

所在地：〒075-0036 芦別市旭町28番地

TEL 0124-22-2566

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

○地域福祉の核としての取り組み

市内唯一の特別養護老人ホームであり、デイサービスやショートステイ、訪問介護、居宅介護支援事業を行い、地域にとって福祉の核となっています。
当施設は利用者の状態に応じ7つのユニットに分かれ、施設の基本理念である「人に優しい笑顔」に囲まれ、利用者は家庭的な雰囲気の中で生活しています。各ユニットでの生活にも工夫が凝らされ、趣味や遊びを通して人と触れ合い、利用者は部屋に閉じこもることなく施設での生活を楽しんでいます。

○適切なサービス実施計画の策定

入念なアセスメントの実施から、サービス実施計画が策定され、3カ月毎のモニタリング実施による計画見直しまでのサイクルが、組織として確立しています。また、各種職員会議や委員会活動と連動し、パソコンネットワークシステムを活用しながら、他職種・他部門における情報共有が密に図られている点が高く評価できます。

○利用者の状態に応じたサービスの提供

開設44年目を迎えた当施設は利用者・家族とのコミュニケーションを大切にし、いつも利用者の気持ちに寄り添い、楽しい生活を送れるように支援しています。職員は、作業療法士の助言・指導を毎月受け、学習療法、ハンドマッサージなどを取り入れるなど利用者の心身状態の維持・向上を図るとともに、利用者・家族が希望すれば人生の最期までその人らしく暮らして頂く看取りケアに取り組み、今年度は20名の看取りケアを行っています。看取りケアは「苦しみのない最期をご家族と一緒に自然な形で迎える」を介護理念とし、栄養ケアチームが様々な工夫を凝らし最期まで口から食べられるように支援し、人生の最期まで利用者がその人らしく過ごせるように施設長を中心に職員が一丸となって支援しています。

◇改善が求められる点

○人材に関するプランの確立

「中期経営方針」の中に、「介護サービス・人材の強化」の項目がありますが、「介護技術向上のためリハビリ専門職の採用」等抽象的な表現になっています。
組織を適切に機能させ福祉サービスの質を確保するためには、介護福祉士等の有資格職員の配置や必要な人員体制等に関する具体的なプランが求められます。
人材に関する具体的なプランを策定し、それに基づき人事管理が行われるよう期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

お客様の生活環境の向上や栄養ケア、看取りケアの取り組みが評価されたことは、今後も更に繋げて継続していきたい。人材育成や研修は力を入れて取り組んでいる事柄であるが、資格取得率の向上や必要な人材配置を行い、職員が法人組織に愛着を持ち、生き生きとした仕事ができる職員を育てていきたいと考える。それには、法人の理念に基づいた分かり易い方向性を打ち出し、しっかり説明し、皆で考えていけるように取り組んでいきたい。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 26 年 1 月 23 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人芦別慈恵園		
事業所名 (施設名)	指定介護老人福祉施設芦別慈恵園	事業種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 075-0036 芦別市旭町 2 8 番地		
電 話	0124-22-2566		
F A X	0124-22-1482		
E-mail	iikeien@ashibetsu.or.jp		
U R L	ashibetsu.or.jp		
施設長氏名	川邊 弘美		
調査対応ご担当者	小野 省吾 (所属、職名：居宅支援事業所 所長)		
利用定員	86 名	開設年	昭和 45 年 2 月 1 日
理念・基本方針： ○法人基本理念 「和顔愛語」 人にやさしい笑顔で、心は豊かに、言葉は和やかに。 ○経営理念 1. 「地域、家族、利用者」のニーズに応えられる事業展開を行います。 2. 「人材・介護力・環境」を整備しながら安定した経営を目指します。 ○介護理念 1. ひとり一人の生活や暮らしを大切にします。 2. 最期の時まで口から食べる食事の工夫をします。 3. 家族と一緒に看取ります。			
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名) 本体短期入所生活介護 (定員 8 名) 訪問介護 通所介護 (定員 30 名) 認知症対応型通所介護 (定員 10 名) サテライト型居住施設 (定員 20 名・このうち 1 名は在宅入所相互利用制度) 居宅介護支援 配食サービス、地域食堂

【利用者の状況に関する事項】（平成 26 年 1 月 23 日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	3 名	16 名	20 名	20 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
19 名	5 名	1 名	84 名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2 歳児	3 歳児	4 歳児
名	名	名	名	名	名
5 歳児	6 歳児	合 計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	2名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	1名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	1名	名	名	名
肢体不自由	9名	1名	2名	5名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	12名	1名	4名	5名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
12名	23名	15名	7名	7名	1名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
5名	2名	2名	2名	1名	0名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
2名	1名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	0名	2名	1名		

(平均利用期間： 3年5ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 26 年 1 月 23 日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	相談員	介護支援専門員
常勤	44名	1名	3名	1名	2名
非常勤	42名	名	3名	0名	0名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	24名	名	4名	名
非常勤	名	27名	名	3名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員(用務員)	調理員等	医師	その他
常勤	1名	2名	6名	名	名
非常勤	0名	2名	6名	1名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	2名 (名)
介護福祉士	28名 (再掲4名)
保育士	0名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	4,479.44 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	45年
(4) 改築年	平成	13年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	
(2) 園庭面積	m ²	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行って外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	m ²	
(3) 敷地面積	m ²	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 25 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

345 人

・ボランティアの業務

- 散歩介助、会話
- 喫茶室の開催
- 生花の会の先生・補助者
- 書道の会の先生・補助者
- 地域共同の行事開催

【実習生の受け入れ】

・平成 25 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士	4 人
介護福祉士	0 人
その他	23 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

- ・利用者や家族に対するケアやサービス内容に対するアンケートをしている。
- ・カンファレンスに家族や利用者に出席をしてもらい開催している。
- ・苦情相談受付体制を整備している。相談に対しては、相談室や相談コーナー等の場所を設ける配慮をしている。
- ・日頃の相談に対しては、相談員を中心にいつでも相談できる体制にしており、更にはシステムにて家族等からの相談や質問をケアワーカーから記入し掲載していく体制にしている。
- ・なごみ茶話会を各ユニット・グループで年 1 回開催し、法人第三者委員に参加してもらい理解を深めることと、利用者・家族からの意見や要望を伺っている。
- ・家族懇談会も各ユニットで年 2 回開催し、家族としての意見、要望やニーズを伺うようにしている。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

社会福祉法人芦別慈恵園

特別養護老人ホーム芦別慈恵園

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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	理念が明文化され、パンフレットやホームページ、広報誌、廊下に設置してあるパネル等に記載しており、法人の目指す方向が示されている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の理念を受け、基本方針とされる「中期経営方針」が策定され、具体的な内容であり職員の行動規範となっている。
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	理念や基本方針について、新採用職員に対する研修や毎月開催する全体職員会議の場で周知を図り、全体的な取り組みを行っている。
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	理念や基本方針が記載されたパンフレットや広報誌を利用者等に配布し、周知を図っている。また、ホームページに掲載したり家族懇談会で説明するなど、理解を深める取り組みを行っている。

Ⅰ-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	a	中・長期計画である「中期経営方針」が策定されており、組織や職員体制、人材育成等の目標を明示するとともに、収支計画も立てられている。
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。	a	中・長期計画を反映した事業計画が策定されており、取り組みやすいよう、研修内容や地域交流、地域貢献事業、広報事業など具体的な内容となっている。
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。	a	職員が参加して行う月1回の経営実績会議や年2回開催するトータルケア会議において、当該年度の事業について評価を行い、これを踏まえて次年度の計画を策定しており、組織的な取り組みとなっている。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	職員が参加する経営実績会議やトータルケア会議において事業計画が策定されるとともに、毎月開催する職員会議では、各自が所有するパソコンの画面に事業計画を映し出し、事業計画の周知を図っている。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	事業計画をホームページに掲載し広く周知を図るとともに、家族懇談会の場でも周知している。また、施設の受付には1ヶ月分の行事予定が貼り出しており、施設利用者や家族等が理解しやすいように工夫されている。

I-3 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
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。	a	法人で毎年度実施している新採用職員研修の資料の中に、管理職の使命等が記載されており、採用時から理解できる仕組みとなっている。また、全職員が個別に所有している施設の運営規程の中にも、管理職の役割等が記載されており、明確なものとなっている。
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。	a	毎年度実施している新採用職員研修で、法令順守が講義内容となっており、早い段階から法令順守の必要性が身に着くよう取り組んでいる。また、事業所に法令順守責任者を配置し、遵守すべき法令等について周知を図るとともに、毎月開催している経営実績会議では、経営コンサルタントから法令順守に係る講義を受けている。また、36協定については、廊下に設置してある職員掲示板に協定書を掲示し、職員への周知を図っている。
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。	a	個々の職員が、福祉サービスへの取り組みや課題等について自己評価を行い、直属の上司がそれを評価し、更に、それを基に管理者が職員と面談し、実施する福祉サービスについて職員の意見を取り込むなど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。	a	管理職がメンバーの経営実績会議や役職者で構成するセブン会議、また、各系の代表者で行う運営会議等において、管理者は、職員登用に係る人事問題、事業に係る収支、勤務時間の調整などの環境整備等の業務の効率化や改善について職員に周知するとともに、職員からの意見も求め、組織としての取り組みに向け指導力を発揮している。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
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。	a	外部研修に参加して福祉の動向を把握したり、管内の施設が集まる研修会に参加して他施設からの情報収集に努めている。また、市内の事業所で組織する「みんなで介護を考える会」主催による講座などから、多くの福祉情報を得ている。また、内部研修として、毎月実施している経営実績会議の場で、経営コンサルタントによる講義を受け、福祉状況に係る情報を把握しており、これら福祉情報や得られたデータについては、事業計画の策定に反映させている。
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。	a	職員が参加する経営実績会議や運営会議において、待機者情報、ショートステイの課題分析、入院者を出さない取り組み、経営状況の把握等を行っている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	外部監査が実施されており、法人の財務諸表に対し年に1度監査報告を受けている。この監査報告では、「法令及び定款に従い、収支及び事業活動の状況並びに財産の状況を正しく示しているものと認める」旨、記載されている。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
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。	c	中期経営方針の中に、「介護サービス・人材の強化」として人材確保に係る表記はあるが、抽象的な表現なので、具体的なプランを策定しそれに基づき人事管理が実施されることを期待したい。
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。	b	自己評価表を各職員が作成し、これに基づき、毎年、管理職が個別面接の上、人事考課を行っている。しかし、客観的な基準が明示されているとはいえないので、今後は、考課基準を職員に明示し、客観的な基準に基づき行われるよう期待したい。
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。	a	パート職員も含め、個々の職員とは随時面談を行い、職務に係る意向や希望を聞き、必要に応じ事業所や部署を変える人事異動を行っている。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	インフルエンザ予防接種を毎年行うとともに、腰痛検査や健康診断を年2回実施している。また、親睦会主催で職員旅行やミニバレー、ウォーキングなどの親睦活動を行っているが、この親睦会に対し法人から助成を行い、財政支援を行っている。
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。	a	法人の中期計画の中に、「介護サービス・人材の強化」として専門職の採用や専門技術に係る基本姿勢が明示されており、これに基づき事業所において研修計画を定め計画的に実行している。
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り組みが行われている。	a	個別の職員に対し、定められた研修計画に基づき、「ユニットリーダー研修」、「認知症介護実践研修」、「職場研修担当者（OJT）養成研修」、「介護力向上研修」等具体的な研修が実施されている。
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。	a	研修受講後は、必ず復命している。また、研修内容については職員会議や職員研修発表会等で発表するとともに、研修成果を評価し、次の研修の取り組みに反映されるようにしている。
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	「実習受け入れマニュアル」が策定されており、実習の受け入れ準備、実習指導者の役割等が記載されている。毎年度実習生受け入れについて計画し事業計画にも記載されており、平成25年度は、27人の実習生を受け入れている。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
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。	a	感染症（ノロウイルス、インフルエンザ、疥癬等）対策マニュアルが整備されており、必要に応じ、理事長を委員長とする施設内感染症対策委員会を開催し、対応することになっている。また、緊急連絡体制を整備し、事故や感染症が発生した場合、即、対応できる体制となっている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	消防署職員の立会いのもと、年3回、避難訓練を実施したり、市が行う市民参加の総合防災訓練に参加し、災害発生に備えている。また、火災・非常発生時通報連絡票を整備するとともに、災害発生時の対応等が記載されている「声別慈恵園消防計画（含む地震対策）」を策定し、全職員に対し周知が図られている。
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	リスクマネジメントマニュアルに基づき、生活を守る委員会を開催、事故原因の把握や予防を検討している。また、事故事例を踏まえ、職員研修会で事故の未然防止を検討するとともに、感染症予防のため手洗いやうがいを実行し、冬期間は体調管理（毎日、自分の熱を測る）を実施しリスクの把握に努めている。

II-4 地域との交流と連携

	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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	脳の健康教室である「えがお塾」やマッサージで癒しを伝える「もみ塾」などを一般の参加者を得て地域で開催するとともに、多くのボランティアを受け入れたり老人クラブや芸芸人の来訪により、地域との交流を図っている。また、配食サービスを実施し希望者に食事を届けたり、個別レクとして施設利用者を地域の商店への買い物や自宅への帰省への援助を行うなど、地域との交流を大切にしている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	法人主催で、市民を対象にした「まちづくり講演会」や「在宅ケアのための料理と介護講座」を開催している。また、市民を対象とした「えがお塾」や「もみ塾」を開催し地域へ貢献するとともに、配食サービスなどを実施し、これら事業についてパンフレットの「えがお」に記載し、法人の取り組みについて広く一般市民へ周知を図っている。
II-4-(1)-③ ボランティア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	ボランティアの目的や登録手続き、担当職員等を明示したボランティアマニュアルが策定されており、これに基づき散歩の介助、会話の相手、喫茶室や書道の会、生け花の会等が開催されている。
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	福祉事務所や社会福祉協議会、病院等の連絡先等をリストにした社会資源表を作成し職員に配布、周知を図るとともに、これをファイルにして一般の方が閲覧できるよう各ユニットや事業所に掲示している。

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	行政や社会福祉協議会、社会福祉事業団、地域包括支援センター等市内11ヶ所の事業所で組織する「みんなで介護を考える会」を組織し、毎月運営会議を開催して情報の共有化を図るとともに、各事業所から出された課題等に対し解決に向け、協議等を行っている。また、この考える会主催で市民を対象にした市民講座が開催されており、関係機関との連携の成果が現れている。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	a	市内11ヶ所の事業所で組織する「みんなで介護を考える会」で提供された情報や、配食サービス、あるいは町内会や民生委員協議会へ参加することを通して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。	a	把握した福祉ニーズは中期経営方針に掲載され、この方針に基づき、ショートステイ、デイサービス、訪問介護、配食サービス等を行い、また、地域食堂を開いている。

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	「法人理念・経営理念・介護理念」が記された木製パネルが施設内に掲示され、職員証裏面にも記されており、職員は、常に携帯している。また、年度毎に「サービス目標」を設定し、これらを各ユニット会議にて読み込み、新任職員研修では、施設長自ら説明し、職員に対する周知・理解を図っている。
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。	a	利用者のプライバシー保護に関する留意事項が盛り込まれた「介護マニュアル」を策定し、これに沿ってサービスが提供されている。また、部署会議等において、業務指針、倫理綱領とともにマニュアルを読み込み、検討・協議を行うことで、職員の理解を深め、周知徹底している。
Ⅲ-1-(2) 利用者の満足の向上に務めている。		
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。	a	毎年の「利用者・家族アンケート」実施並びに「なごみ茶話会」、「家族懇談会」における感想・意見集約を行い、各利用者のサービス内容改善を図るとともに、当該年度における施設全体の「サービス目標」の設定につなげている。
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。	a	利用者が気軽に相談できるように、職員の顔写真付き組織図の掲示、相談室・相談コーナーの確保、「ご意見箱」の設置などの仕組みを整えている。
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	「苦情解決要領」に基づき、体制が整備されており、第三者委員との連携も十分に図られている。苦情受付についても、「ご意見箱」の設置や、施設行事に第三者委員が参加し、利用者・家族が相談できる仕組みとしている。
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。	a	利用者から相談を受けた後の手順については、「苦情解決要領」等に基づき、迅速に対応している。苦情・相談・意見等の内容を施設内ネットワークシステムにより、職員が閲覧・情報共有できるようにしている。また、第三者委員と連携し、苦情・相談報告会を実施し、サービス内容改善並びに事業計画策定等につなげている。

Ⅲ－２ サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
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。	a	第三者評価の毎年受審により、職員の自己評価からサービス内容等の改善までのプロセスが組織として定められ実行されている。毎月開催の「部署会議」、年4回開催の「サービス担当者会議」の結果から、「施設サービス計画のモニタリング・変更」のサイクルがしっかりと決められている。
Ⅲ－２－（１）－② 評価の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。	a	評価結果の分析が各種会議等（運営会議、経営実績会議、各ユニット会議、ケアプラン委員会、みんなで介護を考える会）において、職員参画の下、検討協議されており、年2回のトータルケア会議にて集約されている。明確化された課題は、各種会議においてフィードバックし、共有化が図られ、改善策が立てられ、解決に向け取り組まれている。
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。	a	介護マニュアルは、「食事」、「口腔ケア」、「服薬」、「排泄」など様々な介護の実施方法について、きめ細かく作成されている。新任職員に対しては、施設長自ら研修を行い、施設の沿革から法人理念・経営理念・介護理念の理解促進を図っており、各ユニット会議等でそれぞれのサービス実施方法の確認がされている。
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。	a	施設サービス計画（年4回）のモニタリング等において、明らかになった新たな課題については、各ユニット会議並びに課題別委員会にて介護マニュアルに追加・変更している。直近では、「感染症予防マニュアル」が改訂されている。
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。	a	介護用ソフト「思いやりネットワーク」の整備・活用により、ケース記録等をタイムリーに確認可能な仕組みとなっている。また、各ユニット会議等において、記録内容に差異が生じないよう適宜指導等が実施されている。
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	個人情報保護規定が定められ、パソコンネットワークシステムを活用している。本システムは、職種・事業所毎に閲覧制限がかけられており、適切に管理されている。また、職員の理解を深めるために内・外部研修の受講等により、法令遵守に努めている。
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。	a	利用者の状況等に関する情報については、パソコンネットワークシステムを利用して、施設内で共有する仕組みを作っている。また、毎月の「職員会議」、年4回の「施設サービス計画モニタリング」に取り組むとともに、部門横断的な「トータルケア会議」を年2回実施し、情報共有が図られている。

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
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。	a	法人ホームページを作成・公開しており、パンフレットについても、市内地域包括支援センターに常備している。施設見学についても随時対応しており、ショートステイ並びにデイサービスの体験利用にも積極的に取り組んでいる。また、年3回市内全戸配布の「慈恵園だより『えがお』」において、写真付きで事業・行事を、積極的に地域に紹介している。
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	サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書、契約書等に基づき、利用者並びに家族に説明し、同意を得て、契約締結している。その際の同意書並びに契約書の内容についても、わかりやすい内容となっている。
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	利用者の状態の変化や家庭環境状況等を踏まえ、他事業所並びに法人内事業所にかかる情報提供を行うとともに、サービス担当者会議を実施するなど、サービスの継続性に配慮している。また、在宅で長く暮らしていくための「在宅入所相互利用」の仕組みを導入し、家族を支援する取り組みも積極的に行われている。

Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	a	三団体方式のアセスメントシートを統一的に使用し、利用者の身体・生活状況を把握・記録している。また、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示された個別対応表を作成し、パソコンネットワークシステムにより、情報共有を図っている。
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。	a	介護支援専門員を施設サービス計画作成者とし、各ユニットリーダー、看護師、栄養士等と連携しながら計画策定を行っている。また、すべての利用者に家族カンファレンスを実施するとともに、ターミナルケアの実施など必要に応じて、医師の指示を仰ぎ、計画に反映している。
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	3ヶ月毎にサービス担当者会議を実施し、モニタリングを行い、施設サービス計画の見直しを行っている。変更した計画内容を関係職員に周知するため、パソコンネットワークシステムを活用し、情報共有を図っている。また、利用者の状態に変化が生じた場合は、個別対応表に記録し、関係職員に周知するとともに、臨時・緊急的に担当者会議等を実施し、対応している。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① 施設サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。	a	生活相談員より利用契約書・重要事項説明書に基づき、利用者・家族に対して、サービス内容、利用料金、事業者の義務、苦情対応などについて説明し、同意を得て契約当事者が署名・捺印をしている。
A-1-(1)-② 施設サービス利用契約にあたり、適格な契約者による契約が締結されている。	a	利用者に意思表示能力がある場合は、利用者本人が直接契約している。意思表示能力が不十分な場合や書字困難な場合は、立会人を置き契約者と家族などの代理者の連名で署名捺印をしている。成年後見制度について情報提供し手続きについて支援している。
A-1-(1)-③ 施設サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。	a	施設サービス利用契約内容に変更が生じた場合は、家族に対して家族懇談会、施設だより、家族来訪時に説明している。来訪できない場合は郵送により契約変更の同意を得て契約変更手続きを行っている。
A-1-(1)-④ 施設サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに十分配慮されている。	a	パンフレット、ホームページはブログや写真などを活用し施設利用に関してわかりやく適切な内容となっている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
A-1-(2)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	テレビはユニットごとに設置されており自室にも持ち込める。新聞や雑誌の購読を希望する場合は、生活相談員が購入申込みを支援するなど、利用者の希望を尊重し自由に楽しめている。
A-1-(2)-② 食料品や嗜好品、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入できるように配慮している。	a	売店は設置していないが、移動販売は週1回定期的に来所している。衣料品は各フロアを訪問し利用者が直接選んでいる。施設外の買物は利用者の購入希望を聞いて週1回買物に出かけている。マンツーマン対応で年3回程度希望する買物に出かけ利用者が自由に選び購入できるように個別支援をしている。
A-1-(2)-③ 施設が企画する行事やサークルなどへの参加については、利用者の意向を十分に尊重している。	a	レクリエーションや行事への参加は、事前に利用者の意向を聞くとともに、お試しに参加する機会を設けるなど利用者の意向を尊重している。
A-1-(2)-④ 家族・知人などの外来者との面会については、時間帯の希望、面会場所の用意やプライバシーの尊重などに配慮している。	a	面会時間は午後7時までとし、家族が仕事帰りに来訪できるように配慮している。面会場所も喫茶コーナーや会議室などのスペースを用意し、プライバシーが尊重できるように配慮している。
A-1-(2)-⑤ 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて支援を行っている。	a	外出・外泊は家族・利用者の希望に応じて行っている。必要時、介護タクシーの手配を支援している。また、利用者の状態によって車いすなどを貸出し、外出・外泊先で使えるように配慮している。
A-1-(2)-⑥ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	お酒は利用者の意向を確認し、ノンアルコールの飲料としている。タバコは喫煙コーナーを設置しているが現在喫煙者はいない。

<p>A-1-(2)-⑦ 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。</p>	<p>a</p>	<p>預り金については、利用者と契約を締結し「預り金管理サービス規程」に基づく管理を行っている。利用者本人が手持ちを希望する場合は、「本人自己管理金について」の文書を作成し、家族と相談しながら個別に適切な管理ができるように支援している。</p>
---	----------	--

A-2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
<p>2-(1) アセスメント・施設サービス計画</p>		
<p>A-2-(1)-① 施設サービス計画作成のためのサービス担当者会議には利用者、家族、その他の関係の深い人が参加して行われている。</p>	<p>a</p>	<p>サービス担当者会議は、平日17時以降の時間帯を設定し、家族が参加をしやすい時間帯を配慮しており7割程度の家族参加を得ている。</p>
<p>A-2-(1)-② 施設サービス計画の作成に関しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。</p>	<p>a</p>	<p>介護支援専門員・看護師・介護職員・生活相談員・栄養士などの多職種参加の基に施設サービス計画書が作成されている。また、嘱託医の療養上の注意や指示を受け施設サービス計画書に反映している。</p>
<p>A-2-(1)-③ 施設サービス計画には、自立支援や要介護状態の軽減または悪化を防止する視点が具体的に反映されている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の心身状態の悪化防止の視点でアセスメント・計画策定・モニタリングまでのケアマネジメントの中心的な役割を介護支援専門員が担い推進している。さらに作業療法士からの助言を毎月受けて、利用者個々が自立した生活ができるように支援している。</p>
<p>A-2-(1)-④ 施設サービス計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画の目標達成状況は3ヶ月ごとにモニタリング記録として残している。モニタリングはユニット会議、ミニカンファレンスなど多職種で協議し次の計画に反映している。容体変化時は施設サービス計画を随時見直している。</p>
<p>A-2-(1)-⑤ 施設サービス計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画の内容については、家族には来訪時や来訪できない場合は電話で説明し同意を得て施設サービス計画書に署名・捺印をしている。</p>
<p>2-(2) 食事</p>		
<p>A-2-(2)-① 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。</p>	<p>a</p>	<p>栄養ケア計画は、管理栄養士が中心となり多職種の協議を経て利用者個々の状態に応じて作成している。わかりやすい資料を作成し利用者・家族に説明のうえ同意を得て署名・捺印をしている。</p>
<p>A-2-(2)-② 多職種と連携をとり、栄養ケア計画を作成・実施している。</p>	<p>a</p>	<p>管理栄養士、施設長、事務長、課長、看護係長、介護係長、介護支援専門員などで栄養ケアチームを作り、定期的なカンファレンスを開催し、利用者の状態に合わせた食事を提供している。</p>
<p>A-2-(2)-③ 栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>医師の食事処方箋に基づき栄養ケア計画書が作成され減塩食、糖尿病食など個別の対応をしている。嚥下機能低下などで食事や水分の摂取量が低下した場合は摂取量を観察記録し、経過、評価に基づき多職種で協議し対応策を検討している。</p>
<p>A-2-(2)-④ 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の状態に合わせてテーブル・椅子の高さを調整し、食事前エプロンは使用せず、利用者には合うスプーン、食器、ランチョンマットを使用している。さらにテーブルメイトの組合せも配慮し、落ち着いた雰囲気ですべての食事をしている。</p>
<p>A-2-(2)-⑤ 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。</p>	<p>a</p>	<p>各ユニットに流し台や電子レンジを備え専属の調理員を配置し、味噌汁、ご飯、飲物を作り適温で提供している。また、厨房で作る副食も温度を測定し適温で提供できるように配慮している。</p>

<p>A-2-(2)-⑥ 食事は適時に提供がなされ、時間的配慮が十分なされている。</p>	<p>a</p>	<p>食事時間は朝食8時、昼食12時、夕食18時を基本とし個人の希望に合わせている。食事摂取に長時間を要す利用者には、ゆっくりと食事ができるような時間を配慮している。</p>
<p>A-2-(2)-⑦ 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。</p>	<p>a</p>	<p>歯科医の定期的な往診による治療や義歯調整と歯科衛生士の毎週の指導で、口から食事しやすい口腔管理体制を整えている。また、自力での食事摂取を促すように自助具を使用したり、状態に合わせた介助をしている。</p>
<p>A-2-(2)-⑧ 利用者の身体の状態（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。</p>	<p>a</p>	<p>嚥下困難な利用者には看護師・栄養士が飲み込みテストを行い利用者の状態に合せた食事形態（常食、刻み食、ミキサー食、テリヤク食、やわらか食など）を多数用意し、咀嚼能力などの身体状況、病状及び嗜好を考慮した食事を提供している。また、職員の検食体制があり意見・要望などを厨房で把握し食事提供に反映している。</p>
<p>A-2-(2)-⑨ 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。</p>	<p>a</p>	<p>管理栄養士・調理担当者は嗜好調査や利用者の意見・要望を直接聞き取りユニットクッキングのメニューに反映し、利用者と一緒に昼食やおやつを調理している。各ユニットには専属の調理員を配属し利用者にも好評である。</p>
<p>2-(3) 入浴</p>		
<p>A-2-(3)-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>入浴介助マニュアルに基づいて実施し、さらに個別対応表には利用者ごとの心身状態に合せた詳細なケア方法や注意点が記載され配慮している。入浴は週2回を基本とし入浴不可の場合は清拭を実施し、入浴拒否の場合は時間帯や方法を変えて対応している。座れる利用者は個浴でゆっくり入浴できるように配慮したり、時間帯、同性介助、大晦日や年始の入浴の希望なども対応している。</p>
<p>A-2-(3)-② 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。</p>	<p>a</p>	<p>感染症に罹患している利用者入浴に対して、医師と看護師の指示・指導及び感染防止マニュアルに基づき入浴・清拭などの個別対応をしている。浴槽は個浴を基本としているが車椅子浴、機械浴などでは入浴順を最後とし終了後は浴室の清掃と消毒を行っている。</p>
<p>A-2-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。</p>	<p>a</p>	<p>浴室、脱衣室も広くプライバシーを配慮した造りで、車いす利用者も安全に使用できるバリアフリーの構造になっている。また、定期的な水質検査をしており、入浴の都度、清掃と消毒をしている。</p>
<p>2-(4) 排泄</p>		
<p>A-2-(4)-① 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>排泄介助の際は、誘導時さりげなく声かけしたり、プライバシーに配慮しトイレや居室のドア及びベッド周囲のカーテンの閉めている。また、トイレにパッドやパンツを持っていく時は、他者に見えないようトートバックを使用したり、臭いが出る物はナイロン製袋に入れるなど工夫している。</p>
<p>A-2-(4)-② 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに、十分配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>排泄、水分量、食事量の記録がパソコンシステムで共有され、個々の利用者の排泄パターンを把握している。個別対応表には利用者ごとの心身状態に合せたケア方法や注意点が記載されている。また、ナースコールはPHSを携帯し利用者の要望にタイムリーに対応している。</p>

<p>A-2-(4)-③ 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取り組みを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>「おむつに頼らないケア」を実践しており、日中はトイレで排泄し、紙おむつから布パンツにしている。おむつ交換は随時に行い、おむつ使用の場合は複数のおむつのタイプから利用者にフィットする形体を選ぶとともに、日中と夜間を使い分けるなど利用者ごとに対応している。</p>
<p>A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>職員は常にトイレの清潔に配慮し、時間を決めてケアワーカーがトイレ清掃を行い、チェックリストを使用し清掃が行き届くような工夫をしている。消臭剤を使用し臭い対策をしている。</p>
<p>2-(5) 整容・清潔</p>		
<p>A-2-(5)-① 寝具などリネン類の交換が適切に行われ、清潔に対して十分配慮されている。</p>	<p>a</p>	<p>シーツ交換は週1回実施しているが、汚染状況に合わせて交換の頻度を増やしている。また、汚れを発見したときは即時に交換している。</p>
<p>A-2-(5)-② 利用者の身だしなみ等には日常的に配慮し、必要に応じて清潔保持のための支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>衣類や下着は毎日交換している。爪切りは入浴時にチェックし対応するなど、ケアワーカーが身だしなみや清潔保持のためのケアを行っている。</p>
<p>A-2-(5)-③ 利用者の身だしなみや服装について、生活の場面や季節感に十分配慮した支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>翌朝に着たいと思う服を夕方の着替え時に選んでもらったり、家族が季節感のある衣類を持参するなど利用者個々の好みを取り入れおしゃれをしている。また衣類の買物は月1回職員が付き添い出かけている。散髪は月1回理容師が来園し希望者に行っている。施設外の美容院を希望する場合は家族が付き添っている。</p>
<p>A-2-(5)-④ 口腔内の清潔保持に配慮し、適切な口腔ケアを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>口腔ケアは食後実施している。歯科医の定期的往診による治療と義歯調整及び歯科衛生士が週1回来園し、適切なブラッシングや義歯洗浄が行われているかを確認しアドバイスを得ている。併せて開催する口腔ケア研修では、職員は口腔ケアに関する知識・スキルの向上に努めている。</p>
<p>2-(6) 健康管理</p>		
<p>A-2-(6)-① 利用者に対する定期健康診断が適切に行われ、記録として整理されている。</p>	<p>a</p>	<p>嘱託医の指示の基に年1回の定期健康診断を実施し受診結果を記録し、利用者、家族、主治医に報告している。受診結果は日々の健康管理やケアに反映している。インフルエンザ予防ワクチンの接種をしている。</p>
<p>A-2-(6)-② 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび睡眠・食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。</p>	<p>a</p>	<p>利用者全員のバイタルサインチェック、食事や排泄の状況は把握され、ケース記録や日誌に毎日記載している。健康状態の変化時の受診の際には医師との連携資料として活用されている。</p>
<p>A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の内服薬・外用薬は、医務室の施設できる場所で看護師が管理している。服薬マニュアルに基づき介護職員が配薬、与薬介助している。誤薬事故があった場合は事故報告書を記載し、各ユニット会議や事故防止対策委員会などで原因の究明と再発防止に努めている。</p>
<p>A-2-(6)-④ 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。</p>	<p>a</p>	<p>水分摂取量は1.3ℓ以上を目安に勧め、ケース記録や日誌に記載している。水分摂取を促すために、好みの飲み物、ゼリー、施設独自で考案した元気水、経口補水液などで必要な水分摂取量を確保し脱水予防に努めている。</p>

<p>A-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の状態に応じ褥瘡予防用具のエアマットを使用したり、効果的な体位変換や除圧を行ったり、写真で経過を記録するなど褥瘡の予防と改善に向けて努力している。また、栄養ケアチームの支援を受けて栄養的側面からのアプローチを重視し栄養補助食品を使用したりタンパク質の強化を図っている。</p>
<p>A-2-(6)-⑥ 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>嘱託医が定期的に来訪し、利用者を見守り状態変化に伴い医師からの指示、助言、診断、治療を受ける体制ができている。主治医を受診する際には診療記録や看護記録を提供し治療に活用している。ミーティングでは看護師と介護職員が健康状態に合わせたケアを協議し連携できている。</p>
<p>A-2-(6)-⑦ 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。</p>	<p>a</p>	<p>緊急時は嘱託医が来園したり、市立病院への受け入れ体制も確立している。医師、看護師との連絡体制も確立している。また、緊急時対応マニュアルを策定し、急変時の対応に関する研修会を開催し職員への周知徹底に努めている。</p>
<p>A-2-(6)-⑧ 利用者の傷病状態に応じた専門医療機関への受診または入院治療が適切かつスムーズに行える体制が確保されている。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関の受診や入院治療の受け入れ体制は確立している。専門科受診については主治医と相談し紹介してもらうなど連携もできおり、利用者の傷病状態に応じた受診や入院治療が行えている。</p>
<p>2-(7) 衛生管理</p>		
<p>A-2-(7)-① 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。</p>	<p>a</p>	<p>感染症対策委員会は定例と必要に応じて開催し、感染防止に関する協議を行い必要事項を職員に周知している。感染防止マニュアルの変更は感染症対策委員会で検討し現状に合わせて変更・改訂を行っている。感染防止研修会はシミュレーションなどを取り入れた実践力を養成するプログラムとなっている。</p>
<p>A-2-(7)-② 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。</p>	<p>a</p>	<p>調理の衛生管理マニュアルに基づいて、厨房の清掃及び食器や衣類・履物の消毒、殺菌を行い衛生管理体制を確立している。また、厨房は関係者以外入室できない構造となっている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。</p>	<p>a</p>	<p>施設内の各所に手指消毒液やマスク・ペーパータオルを設置し、職員、利用者、来訪者は手洗い・うがいを励行している。</p>
<p>A-2-(7)-④ 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。</p>	<p>a</p>	<p>施設内各所に温度計・湿度計・加湿器を設置し記録している。空調設備もあり温度・湿度・空気などが適度に保てるように配慮している。</p>
<p>A-2-(7)-⑤ 短期入所利用者についても、感染防止マニュアルに沿って、入所者同様の適切な感染症対策を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>短期入所利用者は利用前に感染症の確認を行い、入所後は入所利用者と同様に感染防止マニュアルに基づき感染症対策をしている。</p>
<p>2-(8) 機能回復訓練</p>		
<p>A-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に向けた個別プログラムを策定し、実施している。</p>	<p>a</p>	<p>作業療法士の助言・指導を毎月受けて、個々の利用者に向けた個別プログラムを策定し看護師と介護職が連携して機能訓練、生活リハビリを実施し定期的な評価をしている。また、学習療法を積極的に取り入れ多くの利用者が参加している。</p>
<p>2-(9) レクリエーション</p>		
<p>A-2-(9)-① レクリエーションや行事の実施に当たっては、利用者の意向を聞き、十分に反映した取り組みを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>コーラス、ハンドベル、手芸などボランティア講師による多彩なサークル活動や季節に合わせた野外外出行事、利用者の希望を取り入れた外出などが行われている。利用者の意向は事前に確認しており、レクリエーション実施後は振り返りを記録し次期の企画に反映している。</p>

2-（10） 移 動		
A-2-（10）-① 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。	a	個々の利用者の移動能力に合う車いす・ベッドなどを選択し、移動介助法は個別対応表に記載し怪我や事故が起きないように配慮している。また、作業療法士からの助言を毎月受けて利用者個々の移動能力の維持、向上に向けた機能訓練を実施している。
2-（11） 認知症高齢者への対応		
A-2-（11）-① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	24時間シートを活用して利用者の状態を把握し個別対応表に記載し個別的なケアを行い、必要に応じて認知症専門医のアドバイスを受けている。さらに職員研修は、内部で行う外来講師による研修・新人職員研修、外部の認知症介護実践研修などに参加している。また、認知症の進行を防止する関わりとして学習療法、ハンドマッサージなどを取り入れ効果がでている。
A-2-（11）-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	契約書などで緊急やむを得ない場合を除き身体拘束や行動を制限する行為を行わないことが明文化され、身体拘束廃止マニュアルをつくり遵守し、現在身体拘束は一切行っていない。
2-（12） 看取りケア		
A-2-（12）-① 看取りケアの実施に当たっては、利用者や家族などの意向を尊重して実施している。	a	看取りケアは、医師を交えて利用者・家族と話し合い意向を尊重し決めている。「苦しみのない最期をご家族と一緒に自然な形で迎える」を介護理念とし栄養ケアチームが中心となって最期まで口から食べられるように様々な工夫を凝らし、人生の最期まで利用者がその人らしく過ごせるように職員が一丸となって取り組んでいる。
A-2-（12）-② 看取りケアの実施に当たっては、家族などの協力を得て実施している。	a	看取りケアは家族と協議しながら対応し参加、協力を得て密な連絡を取り合い行っている。家族が休養したり宿泊できる部屋が数か所あり環境を整備している。
A-2-（12）-③ 看取りケアの実施に当たっては、医療機関との適切な連携が図られている。	a	協力医療機関の往診や入院可能な連携はできており、施設内では看護師が中心となり全職員が看取りケアについて理解し協力体制を確立し、今年度は20名の看取りをしている。