

(別紙)

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】 その1：共通評価項目

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
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。		㉖・b・c
<コメント> 法人・事業所として、基本理念や基本方針を明文化し、ホームページやパンフレット等に掲載している。また事務所内にも掲示をしている。理念から法人・事業所の考え方を読み取ることができる。		
Ⅰ-1-(1)-② 法人や事業所の理念に基づく基本方針が明文化されている。		㉖・b・c
<コメント> 基本理念に基づく基本方針を明文化している。基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。		
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。		㉖・b・c
<コメント> 毎年発行される「職員資料」に基本理念と基本的方針を掲載している。新入職員研修では意識づけを図る為に声を出して読み合わせを行っている。また職員研修においても繰り返し伝え、主任や主幹が基本方針に沿った支援が来ているかどうか確認をしている。		
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		㉖・b・c
<コメント> 見学時や入所時に、理念や基本方針をパンフレットや重要事項説明書を用いて説明をしている。家族アンケートでも「理念や基本方針を知っているか」の項目で「はい」と回答した家族が86%と理念を理解していることがわかる。		

Ⅰ-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。		㉖・b・c
<コメント> 法人理念の実現に向けた10か年計画が策定されている。今回の計画策定に当たって重視されたのが、障害・高齢・児童福祉の分野横断的な取組と、職員の意見の反映である。若手職員を中心とした検討委員会で計画の原案を検討し、計画の内容の実現に向けて取り組んでいる。		

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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定されている。</p>	
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・b・③
<p><コメント></p> <p>事業計画に掲げる目標の達成に向けては組織的に行われている。しかし、事業計画は法人全体の常任理事会において意見を聞きながら主に園長が策定し、職員は参画していない。</p>	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>職員資料に事業計画を掲載している。さらに園長は事業計画の詳細が書かれた資料を職員会議で配布し説明をしているが、職員への浸透が不十分だと感じている。</p>	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容は機関誌に掲載され家族等に配布されている。また家族会でも説明をしているが、園長は理解への周知が十分とは思っていないようである。28年度事業計画に掲げた介護ロボット導入に関しては、エレベーター内にも案内を掲示し、周知に努めていた。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
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・①・c
<p><コメント></p> <p>管理者は今年度園長に就任し、機関誌に自らの責務を表明している。また管理者の役割は職員資料に明文化されている。管理者は自らの役割と責任を朝礼や職員会議で表明しているが、職員への浸透は不十分と感じている。</p>	
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
<p><コメント></p> <p>管理者は毎年法人全体で実施される施設長のコンプライエンス研修に参加している。毎月実施される施設長会議では、副理事から法令順守に関する注意事項の説明がある。</p>	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は園長に就任してから旭川敬老園のコンセプトであるユニットケアの基本方針を理解するため、研修に参加したり本を読んだりし、自己研鑽に努めている。管理者は副園長と相談しながら、福祉サービスの質の向上を図ろうとしている。</p>	
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・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は経営面の改善に向け、法人全体にショートステイの利用を呼びかけたが、取り組む時期が少し遅れたと反省している。契約職員の勤務体制を見直し、正規雇用職員の負担軽減に努めている。</p>	

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
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・b・c	
<p><コメント></p> <p>管理者は年3回高齢者福祉部会に参加し、社会情勢の把握に努めている。施設長会では高齢者分野の動向について情報交換を行っている。</p>		
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・b・c	
<p><コメント></p> <p>毎月入・退去者の状況を把握している。入居施設は99%の利用率を保っているが、ショートステイの稼働率は低い。利用率が回復するかと見越していたが改善が見込めなかったため、現在は営業のエリアを広げたり、法人全体へアプローチをしたりして、稼働率の向上に努めている。</p>		
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。【※社会福祉法人のみ対象（他は評価外）】	a・b・c	
<p><コメント></p> <p>2年毎に公認会計士による外部監査が実施されている。会計面だけでなく労務管理や介護請求等こまかく確認してくれる。指摘事項は法人を通して事業所へ連絡され、改善をしている。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		

<p>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。</p>	<p>a・⑥・c</p>
<p><コメント></p> <p>正規雇用職員については配置も含め法人全体で行われている。人材不足による超過勤務を防止するため、契約職員の月給制をアピールし、求人専門雑誌や新聞折込等、幅広く宣伝を行っているが、なかなか応募者が現れない。人手不足等で方針どおりの人員体制が困難であるが、できる限り計画的な人事管理が行われることに期待を寄せる。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・⑥・c</p>
<p><コメント></p> <p>今年度はじめて人事評価を実施した。現在人事部において評価結果を集計している状況で、来年度分析する予定である。将来的には評価結果を基に賞与に反映させたいと考えている。</p>	
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・⑥・c</p>
<p><コメント></p> <p>毎年法人全体での意向調査を実施し、転属を含め本人の希望を汲み取るよう努めている。さらに園長も職員一人ひとりへのヒアリングを実施している。正規雇用職員による夜勤の負担が増えているため、契約職員の勤務体制を見直し、負担軽減に努めている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・⑥・c</p>
<p><コメント></p> <p>職員互助会よりクラブ活動費の助成と送別会や慰労会の費用が支給されている。毎月精神科の医師による相談会も実施され、案内を職員の出入口の扉に貼りだし職員に周知しているが利用者数は少ない。職員の安全管理として、毎月職員と医師による各階の巡視が行われている。さらに年2回産業医による腰痛検査が行われている。職員互助会など法人としての取組みはあるが、職員自己評価では肯定的な回答の割合は必ずしも高くない。</p>	
<p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	
<p>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。</p>	<p>①・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>組織が目指す福祉サービスを実施するため、職員に求める基本的姿勢や意識を職員資料に明示し徹底に努めている。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・⑥・c</p>
<p><コメント></p>	

介護の専門資格を取得するための補助制度を設け、資格取得の後押しをしている。5年前から喀痰吸引の資格を全員に取得させるための計画を立て実行している。個々の職員の課題に応じた研修への参加を呼びかけているが、それは必ずしも職員一人ひとりについて教育・研修計画が策定されているものとは言いきれない。

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・b・c

<コメント>

研修会に参加した職員は復命書を作成して報告するとともに、出来る限り研修の内容を職員会議の場で発表している。参加した研修報告の方法は設けているが、研修成果の評価やその結果の次年度への反映などの取組みは事業所内では明確には位置づけられていない。

Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受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。

①・b・c

<コメント>

法人本部が実習生の受け入れ窓口となり、計画を策定している。施設内には実習指導委員会が設置され、実習先の手引きを基にプログラムを組んでいる。

Ⅱ-3 安全管理

第三者評価結果

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。

①・b・c

<コメント>

事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。また、事故防止委員会、食中毒・感染症対策委員会、施設衛生委員会のメンバーを中心に、安全確保のための取組を行っている。

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。

①・b・c

<コメント>

防災委員会が避難訓練で顕在化した問題点や不備を話し合い、対策を立てている。火災予防として各フロアに担当者を配置し、発火原因となるコンセントやプラグに溜まるほこりがないかどうかを毎月確認している。非常時に備えて、米、土鍋、コンロを備蓄している。

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。

①・b・c

<コメント>

ユニットケア推進会で、利用者に対する安全確保について話し合いをしている。作業療法士が施設内を巡回し、歩行に差し支える物が置かれてないか等、確認をしている。

Ⅱ-3-(1)-④ 事故発生防止の対応として、事故発生防止の指針が整備されている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアマネジャーが事故報告書を毎月集計し、その中から何例かをピックアップして事故報告委員会で原因と対策を話し合っている。事故防止の研修を行い、事故報告書の中から1事例を基に職員間でグループワークをしてもらったり、メンバーによる寸劇をしたりしている。</p>	

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
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。【※訪問介護は評価外】		a・①・c
<p><コメント></p> <p>地域のボランティアが毎月訪れてくれ、利用者と交流をしてくれている。毎年法人全体で実施される夏祭りには、町内の方が大勢参加してくれる。</p>		
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		a・①・c
<p><コメント></p> <p>岡山市指定の福祉避難所として、災害に備えた備蓄を行っている。地域交流ホールの無料開放を検討中である。</p>		
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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）。なお公益法人であっても訪問介護は評価外】		①・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの問い合わせがあればボランティア委員会が受入れてくれ、該当しそうな施設へ割り振ってくれる。毎年実施されるボランティア活動に関しては、施設の職員が担当し、事前に依頼内容を伝えている。</p>		
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・①・c
<p><コメント></p> <p>法人内に多様な社会資源が揃っていて、連携を図っている。それらの社会資源について、職員周知を図るための仕組みや方法の確立に期待を寄せる。</p>		
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設は常勤医師も配置され、同敷地内にも医療機関が在り、医師との連携が図れている。高齢者福祉部会を年3回実施し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p>		
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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人全体で地域の福祉ニーズに取り組んでいる。管理者は地域連絡協議会に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p>	
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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）】	a・②・c
<p><コメント></p> <p>法人全体で把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の実施はあるが、事業所として具体的な活動は実施されていない。</p>	

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
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	
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。職員資料に利用者を尊重したサービス提供についても記載し、共通の理解を図っている。</p>		
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	
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護について、規定・マニュアル等を整備し、職員に周知を図っている。扉を開けると直ぐ利用者が外から見えないようにパテーションを置くなどの工夫をしている。</p>		
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。	a・②・c	
<p><コメント></p> <p>毎月実施する入居者で構成されている自治会で要望を確認している。日常的な会話の中で発せられる利用者の意向を汲み取り、ユニット会議で話し合い共有を図っているが、なかなか満足するサービスの提供には至っていない。</p>		
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	
<p><コメント></p>		

相談窓口を設置しているが、介護職員、看護職員、ケアマネジャー、作業療法士、管理栄養士等、色々な職員が利用者に関わっているため、利用者はいつでも誰かに相談が出来る環境が整備されている。	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族よりの「苦情申し立て先」を重要事項説明書に、当事業所とともに行政等の各関係機関の所在地等を明記し、入所の際に説明している。苦情対応の仕組みが確立され機能している。意見箱と苦情記入カードを置き、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情と解決方法を第三者委員会へ報告している。</p>	
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者から出た意見や提案に対応した内容を記録し、全員に周知している。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>今年度から年2回、自己チェック表を基に自己評価を実施している。自己評価を実施したばかりで、評価や見直しまでには至っていない。</p>		
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。		a・b・㉒
<p><コメント></p> <p>年2回実施する自己評価の内、まだ1回目しか実施していない。課題を明確にするには残りの1回を実施する必要がある。</p>		
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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法を職員資料にこまかく文章化し、周知徹底を図っている。研修でもサービスについて再確認を行っているが、統一されたサービスの提供は実施できていない。</p>		
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・b・㉒
<p><コメント></p>		

多職種の委員会を設け、関連するサービスの検証は実施しているが、それ以外のサービスの見直しは定期的に行われていない。

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。

㉑・b・c

<コメント>

介護、看護、機能訓練、相談員等の各業務についてそれぞれ記録をしている。サービス実施計画に沿ってどのようなサービスを実施したかを記録により確認することができる。

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・㉒・c

<コメント>

利用者の記録を入力するパソコンにはパスワードがかかっている。廃棄の際は業者に委託している。記録はスタッフステーションの棚に仕舞っているが、鍵付ではない。

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。

㉑・b・c

<コメント>

出勤後、パソコン内にある介護記録や申し送りノートで利用者の状況等を確認している。毎週ケースカンファレンスを実施し、情報共有を図っている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

第三者評価結果

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。

㉑・b・c

<コメント>

見学時に申込書を記載してもらい、館内を案内し、パンフレット、料金表、重要事項説明書で説明をしている。看取りに関する方針も伝えている。入居申込書はホームページでもダウンロードができる。ケアマネジャーから問い合わせがあった時は、パンフレットや料金表、重要事項説明書を送付している。

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。

㉑・b・c

<コメント>

契約時に重要事項説明書等の資料を用意して、じっくり説明をしている。事前面接に行き、アセスメントを行い記録を各部署に渡し意見を聞き、介護計画を作成し利用者と家族に同意を得ている。

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。

㉑・b・c

<p><コメント></p> <p>医療の必要度が高くなり家族から相談があった時は、家族の希望に合う施設を探している。変更先の事業所が面接に来た時、医療と介護のサマリーを準備し渡している。サービス終了した後も家族等が相談出来る担当者を窓口においている。</p>

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>アセスメントに関する手順がある。入所前、ケアマネジャーと相談員が利用者の元へ面接に行き、手順に従ってアセスメントを行い、ユニットの担当者へ利用者の情報を提供している。入所が決定したら暫定のケアプランを作成し、1～2週間後に関係職員でカンファレンスを行い確定ケアプランを作成する。半年毎に見直しを行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりのケアプラン策定のための体制が確立され、機能もしている。さまざまな職種による関係職員が、利用者の要望と面会時に家族から聞いた意向を基にケアプランを策定している。職員は利用者の心身の状況や生活状況等の課題を明確にした書類をケアプラン策定前にケアマネジャーに提出をしている。</p>		
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。		①・b・c
<p><コメント></p> <p>担当者は毎月利用者の介護・生活面、医療面、行事等について評価をしている。把握した課題を基に、園長、副園長、ケアマネジャー、相談員、担当者、作業療法士、そして管理栄養士が集まり協議をしている。見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知している。</p>		

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その2：内容評価項目

評価対象A サービス内容評価

		第三者評価結果
A-1 支援の基本		
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。【※ 訪問介護は評価外】		a・①・c

<p><コメント></p> <p>利用者に「どんな生活を送っていきたいのか」とこまかく意向を聞き、実現に努めている。利用者の残存能力を把握し、一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。</p>	
<p>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。</p>	<p>a・b・㉔</p>
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションの方法を介護計画にも掲げているが、なかなか実践に至っていない。</p>	
<p>A-2 身体介護</p>	
<p>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。【※ 軽費B型は評価外】</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>浴槽は、個浴、リフト浴、機械浴の3種類を用意し、利用者の心身の状況に合わせた入浴支援を実施している。まず入所前のアセスメントで足が上がるようなら残存機能を活かし、個浴から入浴支援を行う。1～2週間後に実施されるカンファレンスで、利用者の状況にあった浴槽での入浴支援の提供が出来ているかどうかの確認をしている。</p>	
<p>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。【※ 軽費B型は評価外】</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>立位や座位が保てれば、トイレでの排泄を基本として支援をしている。利用者が一番適した排泄介助を作業療法士からアドバイスをもらい、全職員で統一し実施している。</p>	
<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。【※ 軽費B型は評価外】</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>作業療法士にアドバイスをもらい、利用者の残存能力に応じた支援方法を実施している。環境整備を行い、安全面にも配慮している。介護計画には自力で移乗・移動ができるよう機能維持を目標に掲げている。</p>	
<p>A-2-(4) 褥瘡の発生予防を行っている。</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>毎月褥瘡予防委員会を開催し、褥瘡の処置記録を基に原因と対策を検証している。褥瘡の予防対策として、こまめに体位変換したり、栄養補助食品の摂取に努めている。</p>	
<p>A-3 食事</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。【※ 軽費B型は評価外】</p>	<p>a・㉒・c</p>
<p><コメント></p>	

利用者がおいしく食べられるよう味付けにもかなり気を配っている。管理栄養士は食事時間に館内を巡回し、利用者に意向を聞いている。どの介護施設でもかかえる問題だが、人材確保が難しく最低基準を満たす職員数配置の日は、適温の状況で提供することが難しいことがある。

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。【※ 軽費B型は評価外】

a・b・c

<コメント>

管理栄養士は食べやすさがおいしさに繋がっていると考え、利用者の心身の状況に合わせて調理方法を工夫し提供している。また利用者が嚥下しやすいようろみ材の使用方法を調理員に指導している。利用者の食事中の姿勢が、全員まで気を配れない時もある。

A-3-(3) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。

a・b・c

<コメント>

歯科衛生士が館内を巡回し、利用者の口腔状態を確認してくれる。今年度は衛生士による口腔ケアの研修を実施し職員へ意識付けを図ったが、別の支援に追われて口腔ケアが後回しになっていることもある。

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。【※ 短期入所、通所介護は評価外】

a・b・c

<コメント>

職員資料にも看取りに関する指針を載せ手順を確立している。平成27年度から、看取り終了後にカンファレンスを実施し、反省点や見直し点を確認するとともに、職員間で看取りの意義について話し合いを行っている。

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・b・c

<コメント>

認知症の理解を深めるため研修を実施している。利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行い、ケアプランに目標を掲げているが、全て実行するまでには至っていない。

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・b・c

<コメント>

環境福祉委員会を設置し、利用者が移動する際転倒しないよう周囲の環境整備に努めている。居室のレイアウトはヒヤリハットを基に、作業療法士と一緒に家具を配置している。

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。【※ 軽費B型は対象外】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>作業療法士による機能訓練や介護予防活動を行っている。利用者の心身の状況に合わせ、移乗・移動動作をこまかくケアプランに掲げて支援に努めている。</p>	
A-7 健康管理、衛生管理	
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
<p><コメント></p> <p>毎日看護師がバイタルを確認し、状態把握に努めている。介護者が利用者の体調不良に気づけば、看護師や医師へ連絡する体制が確立している。</p>	
A-7-(2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症や食中毒が発生した場合の対応手順を文書化している。また看護師が感染症に関する研修を職員へ実施している。職員の健康状態をチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。利用者か職員がインフルエンザに感染した場合は、予防対策としてタミフルが処方される。</p>	
A-8 建物・設備	
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。【※ 訪問介護は評価外】	①・b・c
<p><コメント></p> <p>生活リハビリ・ユニット推進会議で利用者が快適に過ごせるよう、生活空間に問題は無いかどうか話し合い改善に努めている。他施設の見学にも行き、良い点を取り入れるようにしている。</p>	
A-9 家族との連携	
A-9-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・①・c
<p><コメント></p> <p>家族の面会時には利用者の近況を報告し、要望を確認している。開園記念行事と敬老の日に家族を招待し、交流を深めている。ケアプラン作成時にも家族の意向を確認している。</p>	
A-11 その他快適生活のための支援	
A-11-(1)-① 利用者の身だしなみや清潔への配慮について支援が行われている。	a・①・c
<p><コメント></p>	

<p>利用者のできることは自分で行うことを尊重し、必要があれば整髪を手伝うなど支援を行っている。衣服は季節に合ったものを着用するよう配慮がされている。汚れや破損が生じた時の対応について職員の気づきに任されているが、職員により個人差が見られる。</p>	
<p>A-11-(1)-② 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>2種類の訪問理美容院から利用者の希望するサービス事業所を選んでもらっている。髪を染めたりパーマをかけたりする人もいる。こだわりを持つ利用者が居た時は、近くの美容院へ行っていたこともある。</p>	
<p>A-11-(2)-① 安眠できるように配慮している。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>寝具は事業所が提供しているが、毛布を持ち込む人は多い。日中出来るだけ居間に出て来てもらい、夜は熟睡できるように支援をしている。おむつ交換は安眠の妨げにならない様な配慮をしている。</p>	
<p>A-11-(3)-① 外出、外泊は利用者の希望に応じて行われている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p><コメント></p> <p>利用者から外出、外泊の希望を言われれば、家族の協力を得て対応をしている。敷地内にある売店へ買い物に行っている。実習生が来た時は、利用者と一緒に外出しアイスクリームなどの軽食を食べて帰ることもある。</p>	
<p>A-11-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】</p>	<p>㉑・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>預り金管理規定を定め、管理体制を明確にしている。自己管理が出来る人には毎月現金を渡し、自ら売店へ買い物に行く利用者もいる。</p>	
<p>A-11-(5)-① 利用者の余暇活動や生きがいがづくりへの支援が適切に行われている。【※ 軽費B型及び訪問介護は評価外】</p>	<p>a・㉑・c</p>
<p><コメント></p> <p>数種類のクラブ活動を用意している。入所時は全てのクラブ活動に参加してもらい、その後は好みの活動のみ参加してもらっている。利用者の好みに応じた趣味の提供がなかなかできていない。</p>	