

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020 年 3 月 31 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 004-0072

住所

札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2

電話番号 011-558-0058

評価機関名 株式会社ソーシャルリサーチ

認証番号 北海道 17-003

代表者氏名 代表取締役 小野寺さゆみ



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)	奥村真一郎	総合	第0270号
	(2)	汐川美恵子	福祉医療保健	第0169号
	(3)	高橋春美	総合	第0018号
	(4)	小野寺さゆみ	総合	第0116号
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	特別養護老人ホーム ユンニこもれびの家			
設置者名称	社会福祉法人 水の会			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 水の会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2020 年 2 月 6 日	～	2020 年 3 月 31 日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2020 年 3 月 11 日			
評価合議日	2020 年 3 月 24 日			
評価結果報告日	2020 年 3 月 31 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 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

株式会社ソーシャルリサーチ

## ②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 水の会

代表者氏名: 理事長 小林 信子

所在地: 〒060-0063札幌市中央区南3条西1丁目1番地南3西1ビル5階 Tel 011-205-0341

## 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

## 1. ユニットと委員会の連携を活かした利用者の生活の質の向上

安全対策、サービス向上、感染対策、給食、アクティビティ、看取りケア、身体拘束適正化検討の7つの委員会があります。それぞれが担当する領域から現在提供しているサービスの見直しを行い、一人ひとり利用者の状態に応じたケアを提供するため24hシート及び介護計画などの日々の具体的なケアに集約されるよう仕組みを構築し、効果を挙げています。

ケア実践の場であるユニットでは各委員会からのテーマを協議し、利用者への実践結果を各委員会に報告しています。それを受け、委員会では継続的に評価するとともに再協議し必要な情報をユニットにフィードバックしています。さらに委員会相互の情報共有を図り、協力して課題解決に取り組んでいます。

またユニットでの課題は関連する委員会に検討課題として報告、協議し課題解決の方向づけを行い、ユニットと委員会の連携を行っています。

一例として、サービス向上委員会が家族等、利用者、職員それぞれに毎年アンケート調査を実施しています。結果を集約し、課題ごとに各職種や委員会で検討しています。接遇の研修会や、アクティビティ委員会の行事、給食委員会のメニューへの反映など、個人のケアの充実と共に施設全体の質の向上に取り組んでいます。委員会とユニットが常に縦横に繋がり利用者に一体的なサービスを提供しています。

## 2. 24hシートを活用した支援の推進

24hシートを活用し、時間を軸に、利用者の暮らし方の希望や、入所前からの生活スタイルなど、利用者の意向や要望を一人ひとり記載し、きめ細かい支援が行えるように工夫しています。利用者の意向や要望を職員間で共有し、毎日の支援に活かすことは、利用者の日々の生活の質を向上させるだけでなく、職員にとっても利用者との関係を良好に保ち、適切な支援を行うのに役立っています。また、人員不足からくる未経験者の採用や今後予定している海外からの労働者の受入れなどにおいても、個別の利用者と接点の少ない職員でも、支援しやすい環境を構築することが可能となっています。

## ◇改善を求められる点

## 1. 利用者や家族等からの苦情の捉え方と、苦情等の記録

苦情解決は、社会福祉法82条に規定されている通り、利用者等の権利を擁護し、適切な福祉サービスを利用するための大切な仕組みです。施設として、利用者満足度を高める仕組みが機能しており成果を上げていますが、苦情等の申し出には謙虚な態度で、真摯に受け止めることが求められます。

施設として、苦情と相談等の基準や区別について明確化されておらず、担当者の感覚に頼った曖昧な状況です。適切な対応ができないことによって、信用の失墜や訴訟等のリスクにもつながります。

また、苦情受付から解決、改善までの経過と、申し出者への結果報告等についての記録も必要です。苦情受付の経過を記録し、個人情報に配慮し職員が確認できる保管方法などの仕組みの構築が必要です。

現在、苦情を記録する書式はなく、利用者個別の、「相談記録」の中に記載しています。苦情の記録書式を新たに作成し、整理する事が望まれます。また、苦情記録については施設の円滑な運営に活用することが望まれます。

意見・要望及び、苦情の捉え方を、今一度改めて全職員で確認する事を期待します。

## 2. 毎年の自己評価の実施

職員個々の目標に対する自己評価は行っていますが、事業所としての自己評価は行っていません。事業所としての自己評価は、社会福祉法第78条1項に定められています。自己評価を毎年行う事で、経年での変化も把握できます。自己評価から得られた課題を明確にすると共に、職員間で共有し、解決・改善に計画的に取り組み、PDCAサイクルをまわしていくことを期待します。

## 3. リハビリや口腔ケアなどによる重度化予防の視点

個別ケアの推進により、利用者の希望する暮らし方や日々の楽しみの実現などに取り組み、毎年施設が独自に行っている利用者や家族等の満足度調査においても評価が高い部分として認知されています。

利用者ができることを支えるため、利用者の能力と、サポートが必要な部分の洗い出しを行い、過剰な介護を行わないことで利用者の自尊心や意欲を引き出しています。

しかし、高齢化や重度化により、能力の減退は起こりえますが、その予防についての取り組みには、余地が見られます。

集団によるリハビリやレクリエーションには取り組んでおり、参加可能な利用者に一定の効果を挙げていますが、個別のリハビリを行うことで能力維持につながる場合については、個別のリハビリの実施を検討することを期待します。

また、口腔ケアについては、利用者からの歯痛の訴えや、嚥下に課題が見られた場合に歯科医につないでいますが、日常的な口腔ケアの場面で、介護職が歯科衛生士等から指導を受けて歯磨きの精度を向上させることや、自分で歯を磨く利用者のチェックなどに活かすことで、肺炎等の感染症予防、又は認知症の予防等にもつながることが期待されます。今後は、予防的な視点を取り入れることで利用者の健康的な毎日を支えていくことを期待します。

## ⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価結果について、「ユニットと委員会の連携を生かした利用者の生活の質の向上」として評価を高かったことは、個人のケアの充実と共に施設全体の質の向上に取り組んできたことに対するもので、理解していただいたことに感謝するものであります。今後も継続して進めて参りたいと思います。

一方で、改善を求められた「利用者等からの苦情の捉え方や苦情の記録」や「毎年の自己評価の実施」等については、確かに十分な対応ができていなかったと反省するところでありました。

今後は、ご指摘いただいた点につきまして、職員一丸となって改善に努め、入居者の皆様、ご家族様から「ユニこもれびの家」に入って本当に良かったと思われるような施設づくりを行って参りたいと思います。

## 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。

<b>本調査票の記入日：</b> 2020 年 2 月 28 日			
経営主体 (法人名)	社会福祉法人 水の会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム ユニニコもれびの家	事業 種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 069-1203 夕張郡由仁町東栄 8 6 番地の 1		
電 話	0123-82-2222		
F A X	0123-82-2221		
E-mail			
U R L	<a href="http://www.mizunokai.ed.jp">www.mizunokai.ed.jp</a>		
施設長氏名	高橋 信明		
調査対応ご担当者	高橋 信明 (所属、職名： )		
利用定員	70 名	開設年	2011 年 4 月 1 日
理念：「自然から学ぶ」  基本方針： <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者にとって魅力あるサービスの提供</li> <li>・社会の変化に対応できる経営基盤の確立</li> <li>・地域住民から期待される地域福祉の創造</li> </ul>			
施設・事業所の特徴的な取組： <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設での生活を自宅での生活していた時と同じよう過ごして頂くため、以前自宅で使用していた箸や食器を使っていた等、自宅の雰囲気配慮しています。</li> <li>・施設内にコンビニや洋服店が出張して販売をしてもらい、入居者の方に買い物する喜びを体験してもらっている。</li> <li>・職員の質の向上を目的として、「まごの手プロジェクト」で施設内でのあった事例等を基に、気付き、想像、配慮に長けた職員の育成を行っている</li> </ul>			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)      2      回 (      平成 27      年度)			
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)

--	--

【利用者の状況に関する事項】（ 2020年 2月 28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	1 名	5 名	6 名	11 名	23 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
15 名	6 名	2 名	69 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	名	1名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	1名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	2名	4名	3名	2名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	4名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	6名	5名	3名	2名	名	1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
0名	0名	0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
13名	6名	4名	12名	8名	8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	3名	2名	8名	名	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
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 3年 10月 )

【職員の状況に関する事項】 ( 2020年 2月 28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	ケアマネジャー	生活相談員
常勤	34名	1名	1名	1名	1名
非常勤	8名	名	名	名	名
	介護主任	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	1名	25名	名	3名	名
非常勤	名	7名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	名	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	1名 ( 名)
介護福祉士	18名 ( 1名)
看護師	1名 ( 名)
管理栄養士	1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	3,403.45 m <sup>2</sup>		
(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	2011	年	
(4) 改築年	-	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>		
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>		
(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)に行つ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		年	
(5) 改築年		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 <sup>2</sup>		
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>		
(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		年	
(6) 改築年		年	



### 【ボランティア等の受け入れに関する事項】

- ・ 2019 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

70 人

- ・ ボランティアの業務

・ 行事の際の入居者の移動、食事の補助。見守り。  
・ 敬老の日にボランティアグループへ歌や踊りなどの披露を依頼している。

### 【実習生の受け入れ】

- ・ 2019 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士            0 人

介護福祉士           0 人

その他                 0 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。

当施設では、サービスの向上を図るため「サービス向上委員会」を設置し、年1回、・ご利用者、・ご家族、・職員へアンケートを行い、サービスの満足度や改善すべき事項等について、把握に努めています。回答いただきましたアンケート内容を検討し、その対応について回答しています。

### 【その他特記事項】

# 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。			
1	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。	b	<p>長年、児童福祉分野に取り組んできた法人の理念と基本方針があり、施設として独自の運営方針も定めています。</p> <p>法人理念と運営方針は運営計画に記載しています。</p> <p>職員には、入職時の研修で説明するだけでなく、年度初めの会議の場で説明し、定期的に周知を図っています。</p> <p>家族等には、入所時に説明しています。法人のホームページと施設のパンフレットの「法人の説明」欄に理念を記載し周知を図っています。</p> <p>しかし、重要事項説明書には理念の記載がなく事業所の運営方針だけを掲載するなど、利用者等にもわかりやすく整合性を図っていくことが必要です。</p> <p>今後は、施設のホームページにも記載するなど、理念や基本方針、施設の運営方針を利用者や家族等に伝える工夫が期待されます。</p>

### 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。			
2	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	<p>法人事務局が中心となり、国の動向や政策の流れを含め、事業環境の把握と分析を行っています。法人の情報交換会や高齢者福祉部会で、法人内事業所と情報交換をしています。</p> <p>地域のニーズは、年2回の町社協が主催する意見交換会や、生活相談員が居宅介護支援事業所や医療機関等を定期的に訪問して、情報を収集しています。</p> <p>運営計画において、年度ごとの施設の課題と対応の方向性を示しています。</p>
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	<p>法人の高齢者福祉部会の各事業所が定期的に会合を行い、事務局が中心となって情報を交換し、法人上層部と各事業所間の理解の統一を図っています。また、施設の所在する地域の過疎化など外部要因を反映した運営計画を策定しています。</p> <p>運営計画は冊子にまとめ、全職員に配布し、周知を図っています。</p> <p>現在、具体的な取り組みとして、施設の社宅を活用した海外からの人材の受け入れについて検討しています。</p> <p>今後は、介護現場の職員等からも意見を聴取するなど、施設の方向性について共通の意識を醸成しながら取り組みを行っていくことが期待されます。</p>

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。			
4	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	<p>法人事務局が中心となり、法人全体の中長期計画を策定しています。</p> <p>計画では高齢者福祉部会の重点項目を設定しています。</p> <p>しかし、部会に含まれる事業所や施設ごとの中長期計画としては、第三者評価の受審年度以外は記載していません。</p> <p>施設としての方向性を盛り込んだ中長期計画を作成することや、人件費など具体的な評価指標を明示し、単年度計画に活かしていくことも必要です。</p> <p>今後は、それぞれの施設で計画の進捗状況を確認したり、評価の際に活用できる指標の導入を検討することが期待されます。</p>
5	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	<p>施設の運営方針を掲げ、現状の課題を提示し、方針達成のための取組目標を明記しています。単年度の事業計画（運営計画）は、職員が行事計画等の立案段階から参加し、多職種での検討や修正の後、施設長が確認し策定しています。</p> <p>事業計画には、役職ごとの職務内容や、業務の流れについて記載していますが、具体的な計画や達成度を測るための指標等を設定していません。</p> <p>また、中長期計画で施設としての方向性等が示されていないため、喫緊の課題や単年度だけでは達成できない課題や、計画を裏付ける予算についても職員と共有していくことが期待されます。</p>
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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。	b	<p>年度ごとに運営計画の冊子を作成し、全職員に配布しています。また、年度初めに全体会議を行い運営計画の周知を図っています。</p> <p>運営計画には委員会の設置や委員会の活動計画を記載しています。計画の推進は各委員会毎に各種記録を作成しており確認することが出来ます。</p> <p>しかし、計画に対する具体的な評価や見直しの方法は定めていません。</p> <p>今後、外国人労働者の受け入れの予定など、施設としての内部環境も大きく変わることが予測されます。従来の計画の内容を踏襲するのではなく、施設としての方向性や、評価可能な指標の設定、職員と共有が必要な内容などを適切に盛り込んでいくことが期待されます。</p>
7	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。	c	<p>事業計画（運営計画）は、利用者や家族等に公開していません。また、事業計画等について周知する取り組みは行っていません。</p> <p>行事などについては、一部直近の予定を広報誌で案内することがありますが、今後は、行事だけでなく事業計画について、利用者や家族等に知らせるための資料を作成するなど、理解しやすい工夫を行っていくことが期待されます。</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
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。			
8	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。	b	<p>施設全体の質の向上に向けた取り組みとして、4年に1度、福祉サービス第三者評価を継続して受審しています。</p> <p>また、利用者への個別のサービスについてはユニット会議で目標を定め、年初に振り返りと評価を行い、次年度の計画に反映しています。</p> <p>事業所全体に係る内容を評価する第三者評価受審時の自己評価については役職者だけで行っています。</p> <p>今後は、職員個人が自らの業務について振り返る自己評価だけでなく、施設の自己評価を毎年行い、その結果を分析し、サービスの質の向上に向けた取組を検討することや、苦情相談内容の検討などを質の向上に結び付けていく、組織的な取り組みが期待されます。</p>
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	c	<p>前回の福祉サービス第三者評価受審によって見いだされた課題の共有や、改善の取組について文章化していません。また、毎年の職員参加による自己評価も実施していません。</p> <p>今後は、定期的な福祉サービス第三者評価や、毎年行う福祉サービス第三者評価基準に基づく自己評価から得られた課題を明確にすると共に、職員間で共有し、解決・改善に計画的に取り組むことが期待されます。</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。			
10	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。	b	<p>施設長の役割と責任を職務分掌で明記しています。施設長としての業務範囲と考え方をユニットリーダーの参加する朝礼や、会議の場で周知しています。</p> <p>また、施設広報誌で新年のあいさつなどを掲載しています。</p> <p>着任から3年であり、介護現場の自律性を尊重し、危機管理とコスト管理に手腕を発揮しています。</p> <p>今後は、管理者不在時の権限の委任などを含め、介護福祉施設の管理者の役割と責任について明確化し、リーダーシップを発揮していくことが期待されます。</p>
11	Ⅱ-1-(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。	b	<p>施設長は、法人の高齢者福祉部会で、関係法令の改正等の情報を得ています。消防や労働関係の外部研修に参加し、法令等に関する正しい理解を深めています。</p> <p>今後は、施設として遵守しなければならない法令について、最新の内容が把握されているかなど、法令をリスト化し、研修計画等に盛り込み職員に周知していくことが期待されます。</p>

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	<p>b</p> <p>施設全体での取り組みの方向性を維持するため、施設長が会議の議題を事前に確認し、必要があれば議題の修正や提案を行っています。 職員のサービス向上への意欲を重視し、各種委員会やユニット会議の議題は、職員の意見を取り入れています。委員会毎に指針と設置目的が明確になっており、職員が理念に沿った支援を実現するための共通の理解があります。 今後は、目の前の課題や問題への対処だけでなく、予防的な視点を重視し、活動の幅を広げていけるよう予算の配分等を含め権限移譲等を行い、活動をバックアップしていくことが期待されます。</p>
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	<p>b</p> <p>入所率等を指標とし、入所前カンファレンスは相談員が中心となって行っています。空床期間を短くし、速やかな入所支援を実現するなど、経営の実効性を高める工夫をしています。 今後は、事故防止の観点と、現場の担当職員の負担軽減のため、事前情報の共有を進め、経営的な視点を職員の意識に形成する取組が必要です。 また、利用者への良質なサービスの提供と共に、加算の算定などについても計画的に取り組んでいくことが期待されます。</p>

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。			
14	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。	c	<p>職員の確保についての具体的な計画は作成していません。 職員の欠員があれば募集を行い、最低配置基準を満たすよう人員配置を行っています。 事業計画では、「働きやすい職場」作りのため管理者が職員からの改善の要望に応えることになっており、年2回の面談を行っています。面談等を通じ職員の要望や不満を聴取し、定着率の向上を目指しています。 今後は、最低基準のみを指針とするのではなく、施設を円滑に運営していくために必要な職員の人数や資格者など、施設の課題に合わせた具体的な計画を策定することが期待されます。</p>
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	<p>人事考課制度やキャリアパスは定めていません。「求める職員像」を運営計画に記載しています。 運営計画に沿った職員個別の目標管理を行っており、自己評価を行い、2次評価は主任が行っています。 労働契約法の改正にあたり、非正規職員に関しては、無期転換ルールに該当する職員はいませんでした。 今後は、人事の評価や基準、福利厚生を含め、職員の人事管理の仕組み作りを進めることが期待されます。</p>

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	<p>b</p> <p>職員の有給消化率や時間外労働は、月次管理し、介護主任と施設長が確認しています。労基法改正による変更点を職員に周知し、年5日以上の有給の消化を勧めています。 しかし、有給の消化率は5割程度であり、ユニットごとに職員を1名補充しなければ消化率を上げていくことは難しい現状となっています。 働きやすい職場づくりプロジェクトの推進や、職員のワークライフバランスに配慮した環境構築が期待されます。</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。		
17	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。	<p>b</p> <p>職員育成のために自己評価制度を採用し、個人ごとの目標を職員自身で設定しています。目標達成のために年2回の面談を行い、モチベーションの維持と進捗の確認を行っています。 今後は、キャリアパスを設定するなど、職種や職員ごとに研修計画を立案し、個々の目標達成に向けた支援を充実させることが期待されます。</p>
18	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。	<p>b</p> <p>外部研修の予算を確保し、委員会ごとに必要な研修を企画し、実施しています。職員個々の研修計画は立案していませんが、個人面談の際に要望を聞き、研修に参加しています。 今後は、事業所が必要とする職員の知識や技術、資格について、具体的な目標を定め、目標を達成するために必要な研修計画を策定することが期待されます。</p>
19	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>b</p> <p>職員一人ひとりの教育・研修計画は策定していません。新任職員へのOJTマニュアルを策定し、マニュアルに基づき業務の中で研修を行っています。外部研修は、研修案内の中から職員に参加を促しています。 外部研修への参加時にはシフト調整を行っています。また、職員が研修終了後のレポートの中で、研修の理解度について振り返っています。 今後は、職員ごとに知識、技術、資格を把握し、適切な教育・研修が実施できる環境の構築が期待されます。</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。		
20	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>b</p> <p>介護福祉士の実習指導者を養成し、受入指針とマニュアルを策定しています。 専門学校等に対し研修の受け入れは表明していますが、施設の立地が研修生のニーズとマッチしないため、介護福祉士の研修実績はありません。 また、栄養士の実習を受け入れていますが、実習内容に合わせた研修計画や、実習の効果を高めるための職員の協力など、受け入れ態勢を整えていくことが期待されます。</p>

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
21	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	<p>法人のホームページに法人全体の収支や事業に関する情報を公開しています。</p> <p>施設での取り組みは、四半期ごとに広報誌を作成し、ホームページで公開すると共に、家族や関係機関に配布しています。</p> <p>施設のホームページの更新は施設独自に担当者を決めて行っていますが、今後は、苦情や第三者評価の受審結果、苦情等への対応結果などを公表して行くことが期待されます。</p>
22	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	<p>事務や経理に関する規則を定め、事務員の業務として業務分掌に手続きを定めています。運営計画に記載し、全職員に配布しています。</p> <p>法人として、外部監査を受けています。</p> <p>3か月に1度、利用者の預かり金について、法人本部の内部監査があり、加えて通帳の写しを家族に送付しています。</p> <p>更に、重要事項説明書に、第三者評価の受審の有無の記載を行うとともに、受審の実効性を高めるための工夫等を行うことにより、高い効果を実現して行くことが期待されます。</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。			
23	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	<p>幼稚園や保育所の子どもが施設のクリスマス会に参加したり、中学生の職業体験を通じた交流があります。</p> <p>施設の1階で地域の商店や衣料品の出張販売があります。利用者の要望で、4人程度のグループで車で出かけることもあります。</p> <p>今後は、多様化する利用者のニーズに対し事業所の力だけでなく、地域の社会資源を活用し利用者が地域活動へ参加しやすい体制づくりを行うことが期待されます。</p>
24	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	<p>法人のボランティア受入れマニュアルがあり、相談員が受け入れ担当となっています。</p> <p>また、学校教育への協力として、近隣の中学校の職業体験の受入れも行ってはいますが、マニュアル等は整備していません。</p> <p>今後は、ボランティアの募集を積極的に行い、多彩な人材を確保していくとともに、受け入れや困った際の相談窓口を決めるなど、ボランティア活動が活発になるよう環境の構築が期待されます。</p>
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	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。	c	<p>緊急時や災害時など、非常時に必要な社会資源は把握していますが、利用者によりよいサービスを提供するために必要となる社会資源についての情報収集の場は、年2回の町社協の会議であり、施設として十分な把握やリスト化を行っていません。</p> <p>今後は、平常時でも関係機関や団体など、地域の社会資源との連携を保ち、利用者によりよいサービスを行っていくことが期待されます。</p>

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	<p>b</p> <p>由仁町より業務委託を受け、認知症カフェを開催しています。毎月、施設の1階ホールを活用して、地域に対し認知症への理解を深める活動を行っています。</p> <p>また、施設ケアマネが地域の講演会の講師として参加するなど、高齢者介護の専門的な知識を活用して地域に貢献しています。</p> <p>今後は、施設のホールなど設備の開放や専門性の地域への提供など、町内会の一員として災害時の地域との連携を進めていくことが期待されます。</p>
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	<p>c</p> <p>施設として、積極的な地域ニーズの把握の取り組みや、公益的な活動には着手していません。平成28年の社会福祉法人制度改革でも公益的な取り組みについての考え方が示されている通り、地域からも期待されている部分でもあります。施設としての考え方などについても事業計画等に位置付け、取り組んでいくことも必要です。</p> <p>今後は、民生委員や関係機関との連携を通して、地域の具体的な福祉ニーズを把握する事に努め、把握したニーズに基いた具体的な事業や活動を行う事が期待されます。</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	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。		
28	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。	<p>b</p> <p>運営規定と運営計画内に法人の設立理念「自然から学ぶ」の具現化を目指し、施設の理念を「温かな温もりの中で心豊かな暮らし」と定めています。</p> <p>新入職員はOJTマニュアルを基にした指導を受けています。サービス向上委員会でも、理念を実現する支援について検討しています。さらに、定期的に職員個別の自己評価に取り組んでいます。</p> <p>また新人職員のオリエンテーションや、身体的拘束適正化検討委員会等で研修を行い、共通理解と周知に努めています。</p> <p>しかし、スピーチロックについての研修を行い意識付けを行っていますが、権利擁護や尊重に関して位置付けている研修は行っていません。</p> <p>今後は、職員全員に対して、権利擁護に関する研修を実施する事が期待されます。</p>
29	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。	<p>b</p> <p>サービス向上委員会やユニット会議で、プライバシー保護に関する話し合いを行い、職員は介護マニュアルやOJTマニュアルを基本に、プライバシーに配慮し、一人ひとりの入浴、排泄などに対応しています。また、24hシートを活用し、利用者個別の価値観を踏まえた支援を行っています。しかし、スピーチロック以外の身体拘束や、虐待防止のマニュアル等の整備なども、権利擁護には必要な取り組みです。</p> <p>身体拘束の研修は実施していますが、虐待や権利擁護についても研修を行うなど、研修計画に位置付け、定期的に振り返っていくことが期待されます。</p>



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。		
30	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>b</p> <p>近隣市町村の病院等にパンフレットを配布しています。利用希望者には、パンフレットや料金表等を使い、相談員が説明を行っています。施設のホームページに施設の概要や料金、施設便りを掲載しています。見学の希望には随時対応し、施設の見学が可能です。しかしこれらの情報は、パンフレットに網羅してないため、高齢の利用者などへの周知の工夫をすることや、施設の様子を知ってもらうための体験入所等の希望への対応など、利用者の選択に必要な情報をどのように伝えるかを検討し、更にわかりやすいものとしていくことが期待されます。</p>
31	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>b</p> <p>入所に当たり、相談員とユニットリーダーが利用予定者の自宅等へ出向き、施設の状況を説明しています。入所時には重要事項や運営規定に基づき丁寧に説明を行い、契約内容が変更となる時も利用者、家族等に通知し、同意を得ています。入居契約時の説明は、家族優先となり、利用者への説明が難しい状況となっていますが、本人の意思決定や意向の聴取などの工夫が期待されます。</p>
32	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>b</p> <p>施設の退所理由として、医療の必要性が増し、療養型病院への移転事例がありました。相談員が窓口となり、受け入れ先医療機関との調整を行っています。多職種により作成した個人記録等を基に、変更時の関係機関各所への連絡調整や、サービス終了後の相談の対応を行っています。必要に応じて、転出先に施設介護計画を提供していますが、利用者にとってサービスの継続性に配慮した手順書や、引き継ぎ文書を標準化することが期待されます。</p>
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	<p>a</p> <p>利用者と家族等に対し、毎年アンケートを実施しています。利用者には職員が聞き取りをするなど、出来る限り回答を得て、サービス向上委員会で取りまとめしています。課題に合わせ各委員会に下ろして話し合い、分析・検討し改善に向け取り組んでいます。アンケート集計結果とその対策については、広報誌に掲載し、透明性を確保しています。</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。		
34	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>b</p> <p>苦情解決システムがあり、毎年の理事会で第三者委員に報告しています。家族には、契約時に苦情解決の体制を説明しています。相談や要望レベルでの対応は相談員が行い、利用者個別の相談記録に記載し、その都度申し出のあった利用者、家族等へ対応状況を報告しています。しかし、何を苦情とするかなどの基準があいまいで、苦情相談用の専用の様式も整備していません。苦情の捉え方を改めて全職員で確認すると共に、結果公表等の具体的な取り組みが期待されます。</p>

35	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。	b	<p>利用者、家族等に対して、入居時に重要事項説明を行い、相談窓口・苦情対応について伝えています。定期的に、利用者及び家族にアンケートを行い、意見・要望の汲み取りに努めています。本人の意向把握が困難な場合は、家族に相談し情報収集を図っています。</p> <p>ユニット型施設のため、相談の際は利用者の個室や相談室など、プライバシーに配慮した場所を利用しています。</p> <p>施設として、相談や苦情をどのように捉えているのかなどを職員に周知するとともに、家族等にも伝え、適切な対応を行うことが期待されます。</p>
36	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。	a	<p>意見・苦情の申し立て方法は、入居時に重要事項説明書を用いて利用者、家族等に説明しています。利用者及び家族等へのアンケート結果を踏まえ、改善策の検討は、施設全体で組織的に取り組んでいます。結果を広報誌に掲載し、施設内にも掲示しています。</p> <p>アンケート以外についても、寄せられた意見や要望を実現するために、各種委員会で検討し、利用者や家族等の満足につなげています。</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。			
37	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。	a	<p>緊急対応マニュアルを基に、安全対策委員会でヒヤリハット・事故の分析を行っています。再発防止策について検討を行い、作成した報告書は多職種で回覧し、情報を共有しています。</p> <p>利用者の基本情報やリスク管理の見直しを定期的に行い、介護計画に取り入れています。</p> <p>毎日の昼礼でヒヤリハットの周知を図り、事故件数が減少した事例があります。更に、利用者には喜ばれたり、介護が上手くできたなどの良い事例もヒヤリハットに挙げる事で、職員の意欲に繋げています。</p>
38	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。	a	<p>感染対策委員会を中心に、組織的に感染予防のための取り組みを行っています。</p> <p>入職時及び全職員に対して年2回内部研修を開催し、季節毎の感染予防の周知など、実習を交えた研修も行き、予防や対応の理解を深めています。</p> <p>今回の新型コロナウイルスの対応策を検討し、新たに感染マニュアルを見直す予定となっています。</p>
39	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。	b	<p>由仁町のハザードマップ上では洪水該当地区に当たるため、垂直移動水害訓練を実施しています。</p> <p>災害時対応のマニュアルを作成し、昼夜を想定した火災避難訓練を、消防署指導の下に年2回実施していますが、避難訓練には地域住民の参加が得られていません。</p> <p>更に、避難に係る利用者全員の、薬や緊急連絡先のリストを毎月更新するなどの特筆すべき取り組みもありますが、広域大規模災害発生時を想定した訓練の実施検討や、町内会活動などを通じた地域住民とのネットワークによる協力関係の構築が期待されます。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉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	「介護マニュアル」の各ケア項目に、利用者の尊重やプライバシー保護について具体的な考え方や方法を明記しています。 職員へのOJTによる研修で、マニュアルの周知を図っています。 マニュアルの指導方法の周知や実施状況の確認は、委員会を設け対応しています。
41	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。	b	マニュアルの検証は委員会を設け、毎年対応しています。しかし平成27年に改定した標準マニュアルは、法人本部の管轄であり、事業所独自の改定は難しい状況です。 今後は、委員会での検討内容を法人本部と共有し、マニュアルの見直しを働きかけるなどの取り組みが期待されます。
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。			
42	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。	b	業務分掌に、計画策定と実施の責任者を明記しています。アセスメントの結果を多職種で検討し、計画に反映しています。施設サービス計画の他に、細かなケアの内容を記載し運用する24hシートがあります。 今後は、計画策定の根幹であるアセスメントの実施について、手順や頻度を定め、利用者ごとに希望とニーズを把握し、計画に反映していくことが期待されます。
43	Ⅲ-2-(2)-② 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。	b	多職種が参加し3ヵ月毎に短期目標を評価し、計画の見直しを検討しています。 24hシートの活用も行っているため、今後は、計画と24hシートの連動についてや、緊急に計画を変更する場合の手順、見直した計画内容を職員に周知する方法などについて、手順を明確に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。			
44	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。	b	利用者に対するサービスの状況は、日誌やチェック表に記録しています。 ユニットにより共有方法が異なり、ノートやパソコンで利用者に関する情報共有を、職員がもれなく行えるように工夫しています。 ユニットごとに「利用者対応表」を作成し、利用者ごとに注意点などをまとめ、職員が対応しやすい工夫をしています。 今後は、施設として情報共有を目的とした会議の定期的な開催などが期待されます。
45	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。	b	個人情報保護に関する基本方針を定め、利用者、家族等に説明しています。情報の保護に関して、就業規則内に定めています。 今後は、ユニットごとに行っている記録や職員の共有の方法に合わせた管理規定の策定や、職員に対して定期的な教育や研修を行う事が期待されます。

評価対象 特別養護老人ホーム 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

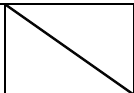
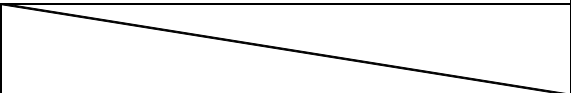
	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本		
A <sup>①</sup> A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a	<p>利用者の入所時より、個別の24hシートを作成しています。生活全般の意向や好みを記載し、ケアに反映しています。ケアは自分で出来ることとサポートが必要なことを明記し、利用者の自立を柱としています。</p> <p>また、3ヵ月毎及び変化に対応して随時の見直しを行っています。利用者のその日の状態に合わせて日課を決め、支援をしています。</p>
A <sup>②</sup> A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。		
A <sup>③</sup> A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。		
A <sup>④</sup> A-1-(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	<p>24hシートとケアチェック表などを定期的に見直し、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ます。声かけの方法や日課の過ごし方を介護計画に組み入れ、支援しています。</p> <p>意思疎通困難な利用者には表情・身振り・アイコンタクトなどを交えています。</p> <p>また、サービス向上委員会が中心となり「まごの手」メンバーが職員同士の演習などの研修会を開催し、コミュニケーションスキルの向上に取り組んでいます。</p>
A-1-(2) 権利擁護		
A <sup>⑤</sup> A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c	<p>身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、基本方針を明記しています。新入職員のオリエンテーション時にDVDで学習したり、接遇研修会を開催しています。マニュアル全般にわたり、利用者尊重の方向性を読み取ることができます。</p> <p>虐待についてはスピーチロックの研修を行っています。虐待防止のためのマニュアルの整備や研修、職員の自己チェックなどの権利侵害防止の取組みや、職員等からの通報窓口の設置など、予防や防止に向けた組織的な取組みが期待されます。</p>

A-2 環境の整備

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A <sup>⑥</sup> A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a	<p>居室には、利用者の入所前から馴染んだ家具や仏壇などを置き、共用スペースは季節感のある飾りつけを行い、ソファやテーブルなどを配置し寛ろげるコーナーがあります。</p> <p>居室内の環境整備は、家族アンケートなどから要望を取り入れ、ゴミや臭気などに配慮しています。</p> <p>加湿器の設置や、温湿度計を設置し記録するなど、健康面への配慮を行っています。車イス対応のトイレや洗面台など、利用者が快適に過ごしやすい環境を整備しています。</p>

A-3 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A <sup>⑦</sup> A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	<p>心身の機能に対応した機械浴槽、個別浴槽があり、利用者ごとに入浴方法を決めています。</p> <p>また介護マニュアルでプライバシーに配慮した支援を行うことや、利用者ごとに湯船の湯を交換し、好みの湯温にするなどを含め、安全で快適な入浴を支援しています。</p> <p>健康状態に応じて入浴、清拭を実施していますが、拒否がある場合の理由の把握や、支援の方針などについても定め、対応していくことが期待されます。</p>
A <sup>⑧</sup> A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	<p>プライバシーに配慮したマニュアルを整備し、職員は排泄介助時の「1ケア1グローブ」を徹底し、感染防止に努めています。利用者の意向で同性介助へも極力対応しています。</p> <p>排泄パターンを把握し24hシートに記載し、ユニット会議で介助の見直しをしています。利用者の身体状況により、2名でトイレ介助をしています。</p> <p>職員には排泄時の健康観察事項を周知し、変化がある時は看護師と連携し、必要時には主治医に相談し対応しています。</p>
A <sup>⑨</sup> A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	<p>マニュアルを整備し、利用者の状態に対応した移乗、移動介助を行っています。また、事故防止の面から、利用者個別の24hシートに介護場面での注意点を明記しています。</p> <p>スライディングボード、滑りシート等の福祉用具を活用し、利用者の安楽な移動や、職員の腰痛防止などに配慮しています。</p> <p>福祉用具の導入の検討は、ユニットリーダーを中心に多職種協議のうえ検討しています。</p> <p>車いすは移動道具であり、イスではないとマニュアルに規定し、積極的な支援に努めていますが、今後も職員確保が困難な状況が予測される中、工夫と理念に沿った取り組みが期待されます。</p>
A-3-(2) 食生活		
A <sup>⑩</sup> A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	<p>毎年の利用者アンケートで利用者の要望を行事に取り入れるなど、個人の好き嫌いの意向を尊重しています。</p> <p>ユニット単位の調理レクリエーション時は、利用者が楽しめるメニューを考え、利用者も野菜のカットなどに参加しています。</p> <p>栄養士は昼食時に食事の様子を確認し、利用者や職員から意見や要望を聞き、献立に反映しています。</p> <p>麺類やパンなどの選択や、近隣の商店からのデザートやアイスの配達、カタログ注文もできます。</p> <p>給食委員会で調理責任者等の食事の委託業者とも毎月話し合いを行い、利用者に美味しい食事を提供するために取り組んでいます。</p>

<p>A-3-(2)-② 食事の提供、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>栄養ケアマネジメントは栄養士が担当しています。アセスメント・モニタリングシートにより3ヵ月毎に経過観察しています。利用者の咀嚼能力が低下した時や体調が悪い場合は、看護師、介護職も加わり食事について協議していません。 窒息の危険性が高い場合は、看護師による食事介助やサクション利用など事故防止に努めるとともに、介護マニュアルに緊急時対応について明記しています。また、嚥下メカニズムなどを理解し食事介助する方法について研修会を開催しています。</p>
<p>A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p>	<p>b</p>	<p>毎食後口腔ケアを行い、口腔内の異常、義歯の不具合などは近隣歯科に通院介助しています。歯痛などは、本人の訴えがあった場合に治療につないでいる状況です。口腔ケアは、肺炎などの疾病や認知症の進行、摂食にも大きな影響があります。 歯科医師、歯科衛生士の助言や指導を受けて、介護職員が行う毎食後の口腔ケアの向上や、自分で歯を磨いている利用者の口腔状態の確認などを行っていくことが大切です。併せて嚥下機能の定期的なチェックを行い、利用者の状態に応じた口腔ケア計画とその実施が期待されます。</p>
<p>A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア</p>		
<p>A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>褥瘡が発生した場合は、「危険因子報告書」にて発生から治癒に向けた各段階を2週間ごとに撮影し、褥瘡マニュアルに掲載した「褥瘡スケール」で確認しながら治癒に向けた経過を記録し、再発時に活用するようにしています。 感染対策委員会を毎月行い、褥瘡予備軍も対象に検討しユニットに周知しています。実施・評価は翌月の委員会で報告し、多職種で協議し完治に向け取組んでいます。</p>
<p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
<p>A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。</p>		
<p>A-3-(5) 機能訓練、介護予防</p>		
<p>A-3-(5)-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。</p>	<p>b</p>	<p>看護師とアクティビティー委員会が中心となり、日々の嚥下体操、歌を歌いながらの体操、行事での集団体操、園芸、クラブ活動でのゲートボール、ちぎり絵などレクリエーションの中で取組んでいます。 日常生活の中での生活リハビリは意識されていますが、レクリエーションに参加できない利用者等についても、機能訓練の視点を持って支援することが重度化を予防するためにも必要です。 現在個別機能訓練は実施していませんが、専門職の助言・指導を受けたり、医師・医療機関と連携し、利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や認知症等を含めて、介護予防に取り組むことが期待されます。</p>

A-3-(6) 認知症ケア		
A <sup>⑩</sup> A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	<p>24hシートは利用者ごとに作成し、生活全般の意向や好みを記載しています。自分で出来ることと職員のサポートが必要なことを明記し、日常生活を支援しています。</p> <p>ユニット会議で、認知症のBPSD（周辺症状）への対応として「利用者が何に困り、何がしたいか」を協議しています。</p> <p>医療面では看護・嘱託医と連携していますが認知症研修は開催しておらず、認知症の医療・ケアについて最新の知識・情報が得られるよう、定期的に職員の知識を更新していくことが期待されます。</p>
A-3-(7) 急変時の対応		
A <sup>⑪</sup> A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a	<p>日常の健康観察や症状への対応について看護・介護で情報を共有しています。また、夜間・急変時対応マニュアルを整備し、緊急時フローチャート、酸素、サクシオン使用方法などを明記しています。</p> <p>夜間はオンコール体制をとり、適宜指示を受ける体制が整っており、緊急時は、嘱託医並びに協力医療機関、消防の連携も確保しています。</p>
A-3-(8) 終末期の対応		
A <sup>⑫</sup> A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a	<p>看取りケア指針を整備し、事前確認からデスカンファレンスまでのかわわりと各職種役割を明記しています。</p> <p>協力医療機関との連携を行い、看取り委員会が中心となって施設ケアマネ、看護師、介護職、栄養士など多職種で協議し、利用者、家族の意向に添った取り組みをしています。</p> <p>また、看取りの理解を深める職員研修を実施しています。</p>

A-4 家族等との連携

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携		
A <sup>⑬</sup> A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a	<p>家族等への連絡は、家族の仕事などに合わせ、連絡の時間帯や方法などに配慮しています。家族等の来所時や面談時、電話があった場合などに、利用者の生活や健康状態について報告と相談をしています。</p> <p>家族の意向の汲み取りのため、定期的に家族アンケート調査を行い、要望をサービス向上委員会で検討しています。アンケート結果を活かして、利用者と家族との交流の機会が増えるよう、家族が行事に参加できるようにしています。</p>

A-5 サービス提供体制

	第三者評価結果	コメント
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A <sup>⑭</sup> A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。		