

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 札幌厚生会
特別養護老人ホーム 聖芳園

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 | 社会福祉法の法旨や関係法令等の趣旨を踏まえ、利用者の「思いと個々の暮らし」を大切にし、支える。と「理念と基本方針書」に明記している。 |
| Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a | 理念を具体化する職員の行動指針として利用者本位、利用者満足、主体性、親和性、信頼、地域共生に立つ支援を目指す基本方針を明文化している。 |
| Ⅰ－１－（２） 理念、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 | 理念と基本方針書は全職員の参加で作成し、全員に配布している。研修や必要に応じて基本的示唆や学習して周知を計っている。 |
| 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 | 理念等は利用開始に当り、分かり易い利用案内書等でその姿勢を説明、また園内に掲出している。この理念等の具体的姿勢は年１回の満足度調査、利用者と直接対応するオンブズマンの導入など意向のくみ取りに現している。 |

Ⅰ－２ 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 | 北広島市の高齢者保健福祉計画に基づき、地域総合センターの役割を担い、市と提携した計画的運営に準じ、組織・財務、施設、職員・研修等の体制につき中長期計画を策定している。 |
| 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・長期計画に基づき各年次の事業計画書に具体的に反映するとともに、事業結果報告書には収支を含め事業の実施評価を行っている。 |
| Ⅰ－２－（２） 計画が適切に策定されている。 | | |
| Ⅰ－２－（２）－① 計画の策定が組織的に行われている。 | a | 計画の策定に当たっては組織の所掌職員に周知して、計画と実行との意見集約などの実践過程を踏まえた組織的な策定をしている。 |
| Ⅰ－２－（２）－② 計画が職員や利用者等に周知されている。 | b | 職員には計画の概要を示し、単年度計画や結果報告書にいたる過程と結果の周知が見られるが、利用者への周知は園だよりの配布に留まり、十分とはいえず工夫が求められる。 |

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 | 管理者の職掌・責任は規定で明文化してあり、全職員に必要なに応じて組織の広報紙の活用等で基本方針の示唆するなど、組織的な指導的位置の業務を果たしている。 |
| Ⅰ－３－（１）－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 | b | 管理者は所掌の法令の概要をリスト化するなど法令順守の取り組みを行っているが、多岐にわたる法令順守の姿勢を組織的に行うためには各専門分野の組織的な所掌を明らかにして徹底を図ることが望ましく、さらなる工夫を期待したい。 |
| 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り組みに指導力を発揮している。 | b | 年１回の自己評価を実施、各所掌の職員の意向を集約して、サービスの質的課題を明確にしているが、職員の資質向上や研修の組み合わせなど課題は多く、計画策定に活かした取り組みについてさらなる指導性が期待されている。 |

| | | |
|--|---|--|
| I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 | b | 事業経営の効率化は財務・労務・人事・業務全般に渉る組織的で多様な課題が多い。合目的で効果・効率的な執行には職員の勤務・構成・資質などの体制について方向性を示すなど、さらなる指導性が期待されている。 |
|--|---|--|

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 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| Ⅱ-1-1 (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 | 介護保険連絡協議会等の研修会参加、インターネットによる情報収集、行政との連携などで社会福祉全体の動向を把握している。市の高齢者保険福祉計画に基づき利用者の動向を把握して各年度の事業計画に反映している。 |
| Ⅱ-1-1 (1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。 | a | サービス利用率の向上による収益の確保など、サービスのコスト、利用率等の分析を行い、課題については、センター運営会議で協議し改善すべき課題に取り組んでいる。 |
| Ⅱ-1-1 (1)-③ 外部監査が実施されている。 | c | 法人の監事による監査を実施し、指導事項に基づき改善している。公認会計士等による外部監査は実施していない。 |

Ⅱ-2 人材の確保・養成

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| Ⅱ-2-2 (1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| Ⅱ-2-2 (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。 | a | 事業計画に必要な人材の基本方針を掲げ、平成19年度から、非常勤ケアワーカーで介護福祉士の有資格者を正職員にするための登用試験を実施し、毎年採用している。 |
| Ⅱ-2-2 (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 | 一部職員に「育成面接」を導入して、職務遂行ニーズ、人材育成ニーズ等面談による評価体制を整えようとしている。今後の成果に期待したい。 |
| Ⅱ-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| Ⅱ-2-2 (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。 | b | 職員が相談し意向・意見などを話せるよう育成面接を一部職員に実施している。平成22年7月に職員の就業状況等のデータを定期的にチェックする等を定めた取扱い要領を作成し、定期的にチェック・分析することとしている。今後の成果に期待したい。 |
| Ⅱ-2-2 (2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | a | 北海道民間社会福祉事業職員共済会への加入、昼食代の一部補助、介護看護休暇・休業等、時間休暇など就業規則を改正し福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 |
| Ⅱ-2-2 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| Ⅱ-2-2 (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 | 職員の教育・研修は、法人の基本方針、事業計画に基づき実行され、職務に関係する資格取得については、職務免除、受講料の一部補助の配慮をしている。 |
| Ⅱ-2-2 (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。 | b | 研修企画委員会を設け、個別の知識に応じ新任職員研修、新任職員フォローアップ研修、中堅職員研修を実施している。今後は個々の職員の持つ技量等を評価・分析し、知識、専門資格の必要性などを把握し研修計画を策定することを期待する。 |
| Ⅱ-2-2 (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。 | b | 研修に参加した職員は復命書により報告している。年度当初に全職員に研修計画・研修ノート配布し自身で目標を立てることで、目標を持って自己啓発に努め、研修成果の評価・分析を行っている。センター研修で発表する機会を設けているが次の研修計画に反映されるまでには至っていない。今後の成果に期待する。 |

| | | |
|--|---|--|
| 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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。 | a | 実習生受け入れ対応マニュアルがあり、実習生受け入れに関する基本姿勢が明示され、オリエンテーションの実施方法、カリキュラム等が記載され、学校との覚書を取り交わし責任体制を明確にしている。 |
| II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 | a | 社会福祉援助技術実習、義務教育教員免許取得に係る介護等体験、保健医療総論現場実習など種別に配慮したプログラムを用意し、育成について積極的に取り組んでいる。 |

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）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | a | 緊急時対応マニュアル、感染症対応マニュアルなど利用者の安全確保を目的としたマニュアル、防火管理規定が整備され職員に周知している。事業所にはスプリンクラー、自動火災通報装置を設置し、緊急時の連絡体制も確立している。地震対策としてキャビネットなどが転倒しないよう金具止めしている。 |
| II-3-(1)-② 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。 | b | 消防署職員の指導を受け避難訓練（昼間・夜間）2回、自主訓練2回実施している。医療事故・介護事故報告書に基づきケアワーカー会議・ヒヤリ・ハット検討会議で再発防止について検討している。今後は要因分析と対応策を十分検討され未然防止策の周知を期待する。 |

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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。 | a | 基本方針に「地域共生」を明示し、自治会の清掃作業への参加、ボランティアの受け入れ、買い物・通院などを通して地域への働きかけを行っている。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | a | 地域小中学校の総合学習の体験受け入れ、職業体験学習の講師など、事業所が有する機能を地域に開放・提供している。 |
| 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 | 事業計画にボランティア受け入れに対する基本姿勢を明示し、「ボランティア委員会」を設け、マニュアルに基づき必要な研修を行い、傾聴ボランティア、施設環境整備など平成21年度は延べ391人の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 | 病院、関係機関、団体のリストが整備され、職員間で情報の共有が図られている。 |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | 介護保険連絡協議会、地域ケア会議で関係機関・団体と連携し、情報交換、研修等で共通の問題に取り組んでいる。 |
| 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。 | a | 地域ケア会議に参加し、民生委員、病院、関係機関等から、地域の具体的な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。 | a | 把握した福祉ニーズに基づき、法人としてディサービス、ショートステイを行っている。 |

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り組みを行っている。 | a | 基本理念、基本方針には利用者を尊重したサービスの提供を明示している。実施にあたってはサービスの標準的マニュアルを作成して、毎年、組織的な職員研修を行い、職員に周知を図っている。 |
| 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 | 個人情報保護規定を定め、毎年プライバシー保護に関する研修を実施している。入浴、排せつの際、同姓介助を希望する利用者には、可能な限り応じるよう配慮してプライバシー保護に基づいたサービスを実施している。 |
| Ⅲ－１－（２） 利用者満足の上昇に務めている。 | | |
| Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。 | a | 基本理念、基本方針に利用者満足の上昇の姿勢が明示され、年1回全利用者を対象に生活満足度調査を実施している。家族会があり、総会時に事務局、生活相談員が参加し、家族との意見交換を行っている。 |
| Ⅲ－１－（２）－② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。 | b | 意見要望は主任会議で検討分析しているが、分析・検討結果について、具体的にどのような計画をしようとするのか、本人・家族等に提示されることを期待する。 |
| 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 | 相談窓口については重要事項説明書に明記され、利用者がわかりやすいよう各居室に相談窓口職員をリーフレット化し掲示している。殆どの居室は個室化されているが、別に面談室を設けるなど、相談や意見が述べやすい環境に留意している。 |
| 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。 | b | 苦情解決の方法、苦情解決の体制は重要事項説明書に図式化しわかりやすく記載され、契約時に利用者や家族に周知するとともに、苦情受付窓口を掲示している。意見等は状況に応じて「事業報告書」に記載している。今後は利用者・家族の希望があれば、苦情内容や解決結果を事業所に掲示等することを期待する。 |
| 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 | 苦情解決規定に沿った対応をしており、苦情受付簿に記載し、センター運営会議で検討しサービスの改善に努め、マニュアルは随時見直している。 |

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） 質の上昇に向けた組織的な取り組み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。 | b | 毎年年度末に「福祉サービス内容評価基準ガイドライン」を用い自己評価を実施している。平成22年度は第三者評価を受審しサービスの質の上昇に積極的に取り組んでいる。今後は評価結果について十分な分析・検討を期待する。 |
| 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ている。 | b | 自己評価の分析結果や課題は、センター会議で説明しているが、分析・検討の記録が不十分である。 |
| Ⅲ－２－（１）－③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | c | 明確になった課題について、職員が参画し改善計画を立てることを期待する。 |
| Ⅲ－２－（２） 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| Ⅲ－２－（２）－① 個々の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 | 個々のサービスは、サービス行動基準、コミュニケーション行動基準に基づき実施され、プライバシー保護の姿勢を明示し、個々のサービスに関するマニュアルが整備され、職員研修、各会議で、徹底が図られている。 |
| 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 | サービスの実施方法については、ケアプラン評価票により各専門職員がサービス実施記録を作成し、評価、見直ししている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 一人ひとり個別に記録されており、記録は書面及びパソコンに整理され保管されている。施設サービス計画の内容を反映した記録となっている。 |
| 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 | 責任者・保管・廃棄などを明らかにした記録の管理規定、個人情報管理規定を定め管理している。 |
| 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 | 担当者会議の開催、情報共有ノートなどの活用、施設内パソコンの情報共有システムの活用により職員間で共有化しており、パソコンの中に職員が確認したかをチェックできる機能がある。 |

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 | ホームページを作成し基本理念、事業内容、写真等を入れた年間行事などを公開している。体験入所、見学の受け入れ体制も整備され、図や写真等を使用したわかりやすいパンフレットを社会福祉協議会等に置いている。 |
| 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 | サービス開始時に、フローチャートや太線でわかりやすくした重要事項説明書、指定居宅サービス利用契約書、写真等を使用するなどして、サービス内容や料金を説明し、利用者の同意を得ている。 |
| 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 | 重要事項説明書にサービス終了後の相談窓口・担当者を明記し、変更した事業所に文書で引き継いでいる。 |

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 | アセスメントツールソフトを活用し、利用者一人ひとりの身体状況や生活状況等を把握するため統一した様式で記録し、アセスメントの定期的な見直しもしている。 |
| Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | a | アセスメントの情報をもとにニーズを捉えた具体的な課題を明らかにしている。 |
| 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 | サービス実施計画は利用者とは各職種（生活相談員、介護職員、看護師）の合意のもとに策定し、策定責任者が適切に計画を管理している。その内容・実施状況を関係する全職員が確認できる仕組みがあり、機能している。 |
| 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 | サービス実施計画は定期的に評価・見直しが行われている。策定責任者が中心に担当者会議がもたれ利用者の意向を配慮しながら次の計画に反映されている。緊急に変更される場合の仕組みも整備している。 |

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 | 契約書、重要事項説明書には提供するサービス内容、利用料金、事業者の義務、損害賠償等明記され、利用者の権利を尊重した適切な内容となっており、契約時に利用者や家族等に説明し、同意に基づき契約締結している。 |
| 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。 | b | 利用者の8割が認知症で、三者契約により契約している。成年後見制度を選任されていても、家族が契約の当事者になっている。今後は利用者の意思能力がある場合は直接契約を考慮され、意思能力の不十分な方は成年後見制度を活用されることを期待する。 |
| 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 | 利用料金の変更など契約内容の変更があった場合には、利用者や家族等に詳細を書面で配布し、説明会を開き、理解・同意をいただいたうえで契約書を作成し、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 | パンフレットは、年間行事予定や利用料金などわかりやすい内容である。サービスの整合性も適切である。 |
| 1-(2) 利用者の主体性の尊重 | | |
| A-1-(2)-① 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。 | a | 入所時に趣味や習慣等の確認をし、現在新聞や雑誌を個人で購読している利用者は10名ほどおり、希望があれば購読手続きや購入手続きの援助をしている。 |
| 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 | 週に1度職員が付き添い、食料品や日用品を購入することができ、スーパーへの買い物支援をしている。また、施設外の商店に買い物を注文し届けてもらっている。 |
| 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 | 月末に翌月の行事やレクリエーション活動などの回覧板を廊下に掲示し、レク担当職員が中心になり、どんな行事を行いたいのか、参加の希望などを個々に聞き取るなどしている。行事の予定表は居室内に貼っている方もいる。 |
| 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 | 面会時間は原則として自由であり、プライバシー尊重のため、別に家族室を用意し、家族が宿泊し一緒に同じ部屋で過ごすことも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・外泊は自由であり、看護職員に体調面の確認をしたらうで、必要に応じて車いす（以前はポータブルトイレもあり）の貸し出しや移送サービスの紹介や送迎の付き添いもしている。 |
| 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 | 喫煙コーナーを設置し分煙している。飲酒については、月2回、それぞれに好きな日を選んでもらい「酒の日」として飲酒している。 |
| 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。 | a | 預かり金については重要事項説明書に取扱い規約を明記し、書面にて同意をいただき管理している。少額であれば、自己管理できるように各居室に鍵がかけられる引き出しを設置している。 |

A-2 適切なサービスの実施

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| 2-(1) アセスメント・施設サービス計画 | | |
| 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。 | b | 施設計画書原案は事前に説明し意向を確認しているが家族の積極的なかわりが少なく、施設側も家族のサービス担当者会議の参加に積極的ではない。今後は家族の有無にかかわらず、利用者や家族に参加を促していくよう期待する。 |
| 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。 | a | 相談員、介護士、看護師、栄養士、介護支援専門員が参加し施設サービス計画書の作成にあたっている。月2回の往診時等で嘱託医からの医療の面での注意や指示を受けるなど、看護師と連携している。 |
| 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。 | b | 利用者や家族から、生活歴や本来持っている能力、あるべき姿、ありたい姿など情報収集を行い施設サービス計画を作成しているが、自立支援という観点から十分とは言えない。本人のやる気を見出し、何のためにするのかという動機づけの観点から検討されることを期待する。 |
| 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。 | a | 個別の情報等はパソコンで管理し、別に個別にファイリングされ、職員がいつでも閲覧できるようにしている。月1回のモニタリングを行い、随時見直しもしている。 |
| 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。 | a | 施設サービス計画書は利用者や家族等の面会時に説明をし、遠方のご家族には書類を送付し電話で説明をし、文書での同意を得ている。ご家族からの意見は意見要望書に記載し、迅速に検討し回答している。 |
| 2-(2) 食事 | | |
| 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。 | a | 管理栄養士を配置し、すべての利用者の栄養マネジメントを提供する仕組みができています。職員に対し年1回以上の栄養教育も行っている。 |
| 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。 | a | 栄養管理マニュアルを作成し、多職種（介護・看護・相談員など）が参加しケア計画を作成し実施している。 |

| | | |
|---|---|--|
| 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。 | a | 必要に応じ嚥下医の指示をもらい、個別に立てられたケア計画に基づくサービス内容の実施、経過、評価の見直しをしている。 |
| 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。 | a | 食堂は中庭に面し窓も大きく、明るい日差しが差し込む。落ち着いた気持ちでゆったり食事ができるように音楽を流し、エプロンの使用はご本人に確認を得て使用している。 |
| 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。 | b | 保温食器を利用し、盛り付けはできるだけ配膳車に乗せる直前に行い、また夏季にはワゴンを2回に分け時間差をつけての配膳をしているが厨房と食堂の距離があり、適温で提供するまでには至っていない。配膳等に工夫を期待する。 |
| 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。 | a | 夕食は18時となっている。個々の食事のペースに合わせて、その時間に食欲がない人・入眠中の時は取り置きし、後でレンジ等で温めて配膳している。 |
| 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。 | a | 義歯の調整が必要な方は毎週来ている歯科医の往診時に診てもらい常に適切な状態にしている。先割れスプーンや握りやすいスプーンなどの自助具を使用するなど自力で食事ができる工夫をしている。自力摂取が困難な利用者には必要に応じ食事介助を行っている。 |
| A-2-(2)-⑧ 利用者の身体の状況（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。 | a | 管理栄養士が中心になり、利用者全員の嗜好調査を行い、月1回の給食会議（外注先の栄養士・調理師も参加）で検討し盛り付けや献立に反映している。嚥下状態に合わせて、おかゆ、刻み食、ミキサー食などの食事形態で提供している。 |
| 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。 | c | 管理栄養士が中心になり、利用者全員の嗜好調査を行っているが調理担当者が直接利用者とコミュニケーションを取る機会はなく、今後は機会を作る取り組みも考えている。今後の成果に期待する。 |
| 2-(3) 入浴 | | |
| 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。 | a | 入浴全体のマニュアルに沿って、プライバシー保護や安全に配慮し個々の入浴方法（全身浴、手浴、足浴、陰部浴、シャワー浴等）に合わせた対応をしている。また、同性介助を希望する利用者には、可能な限り応じるよう配慮している。 |
| 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。 | a | 感染症防止マニュアルがあり、入浴順番を変更したり、ウィーラ浴（座浴）で個別に入浴するなどの対応をしている。個々の身体状況や留意事項は施設サービス介護計画に明記している。 |
| 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。 | a | 浴室の使用後は清掃チェック表を活用し、設備・器具の不具合等はミーティングで報告し検討・対応している。マニュアルに基づき浴室清掃後に除菌消毒を毎回行っている。簡易水質検査は月1回、詳細な水質検査（51項目）を年1回実施している。 |
| 2-(4) 排泄 | | |
| 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。 | a | 排泄ケアマニュアルに沿って、同性介助を基本とし、多床室の場合は必ずプライバシーカーテンを使用するなどプライバシーに配慮し、臭気についてはポータブルトイレに殺菌消臭剤を使用し、サニタリールームも設置されている。 |
| 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。 | a | ケアワーカー業務マニュアルに沿って対応し、個々の排泄時間や量、食事量・水分摂取量の記録はパソコンに入力し書面でも確認でき職員間で共有して、排せつサイクルを把握しながら個々の状態に応じて排泄ケアをしている。 |
| 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。 | a | 夜間おむつを使用している方も日中はトイレ排泄の誘導をし、トイレ内の手すりは右麻痺、左麻痺の利用者にも安全に立位が保てるように左右対称の作りになっており、男性用小便器もある。個々の利用者にあったおむつの形状・種類を検討し使用している。 |
| A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。 | a | トイレの清掃は清掃員が毎日清掃しチェック表を活用している。職員も気が付けば適時に清掃し、臭いへの対策として常時換気し消臭スプレーも設置して清潔に保っている。トイレを常に清潔に保つために使用後にチェックを行い、汚れている場合はすぐに清掃するよう努められたい。 |
| 2-(5) 整容・清潔 | | |
| 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。 | a | ベットメーカーマニュアルに沿って対応し、週2回シーツ交換をし、随時汚れがあれば交換している。 |
| 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。 | a | 清潔保持マニュアルに沿って対応し、爪切り、髭剃り等身だしなみに配慮しているが時間帯もあり利用者の希望に添えない場面もあるが随時対応し、居室には個別のチェック表を置いている。 |

| | | |
|---|----------|--|
| <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>季節に合わせた服装や就寝時起床時の更衣介助で生活にメリハリをつけ、買い物ツアーを企画したり、買い物代行をし、衣料品・装飾品・化粧品等の購入も自由にでき、月に2回訪問理美容室を開店し利用している。</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>口腔ケアマニュアルや業務マニュアルに沿って対応し、食後の義歯の洗浄、歯磨きの声掛けや介助をし口腔内の清潔保持に努めている。週1回歯科医の往診があり、歯科医と看護師の連絡ノート等を利用して口腔ケアの指導も受けている。</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>2週間に1回嘱託医が往診し、2か月に1回の採血（糖尿病の方は毎月）をし、記録は医務室管理の個人ファイルに保管され常に看護師と連携を取っている。</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>週2回バイタルチェック（血圧が高めの方は毎日）をし、リスクの高い方は1日3回の検温をしている。睡眠状況、食事、排泄に関して記録し必要に応じて医療機関を受診している。</p> |
| <p>A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。</p> | <p>c</p> | <p>服薬管理マニュアルに沿って対応し、服薬の袋の名前を大きくし、声だし確認をして誤薬防止に努め、アクシデント・ヒヤリハットシートも活用し事故防止改善策を検討する仕組みがあるが誤薬のアクシデントがある。誤薬は発生頻度の高い事故で健康状態に影響を与えるため、職員一人ひとりが危機感を持ち、誤薬防止の成果を上げる取り組みをするよう期待する。</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>毎日の水分摂取量を記録し、必要な水分量摂取のため、とろみ剤の使用や嗜好に合わせた飲み物等に対応している。</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>褥瘡ケアマニュアルに沿った対応をし、身体状況に応じたケア方法を検討し、個々に合った介護用品を使用している。入浴時やおむつ交換時に皮膚の状況を確認し看護師が対応することもある。今後は体位交換表の作成も検討している。</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>2週間に1回嘱託医の往診を受け、利用者に変化があるときは指示を受け、常に医師との連携を取っている。</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>b</p> | <p>緊急対応マニュアルに沿って、医師等と連携を図り指示を受ける体制を整えている。看護師による緊急時対応の職員訓練を実施している。休日・夜間の緊急時にはいつでも対応できる医療機関との更なる連携を期待する。</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>嘱託医や協力医療機関と連携し、必要な専門医療機関の通院、入院がスムーズにいくような体制になっている。</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>感染対策マニュアルに沿って対応し、毎年職員の食中毒・感染症研修を行い、感染対策委員会でマニュアルは随時見直し、感染症が発生しやすい11～翌4月まで各フロアごとにミストフロー（殺菌水を空間噴霧（ミスト）する）を作動させている。</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>食品衛生管理マニュアルに沿って、厨房や調理器具の消毒、殺菌の徹底や感染症が発生しやすい11～翌4月までは一般の職員の厨房への出入りは電話で連絡をとるなど厨房職員との接触制限をしている。</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>感染症防止マニュアルを整備し、洗面所、トイレにはハンドソープ、消毒液やペーパータオルを設置しうがい手洗いの徹底や出入り口に看板を掲げ来訪者にも手指の消毒、うがいを依頼して感染症防止の対策をしている。</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>b</p> | <p>換気・空調設備により施設内の温度を制御している。年1回空調設備のメンテナンスを実施しており各階7か所に温湿度計を設置しているが記録はされていない。場所により温度差もあり、今後は定期的に記録することを期待する。</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>利用前に感染症の有無を確認し、入所者と同様に感染症対策マニュアルに沿って対応している。</p> |
| <p>2-(8) 機能回復訓練</p> | | |
| <p>A-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に応じた個別プログラムを策定し、実施している。</p> | <p>a</p> | <p>利用者個々の状況により個別プログラムを作成し、日常生活動作訓練としての理学療法士による評価見直しもしている。</p> |

| | | |
|--|---|---|
| 2-（9） レクリエーション | | |
| 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。 | a | レク担当職員が中心になり、利用者の意向を個々に聞き取り、行事やレクの計画を実施している。レクリエーション研修やグループ研修にも反映させ、レクリエーションマニュアルの作成もしている。 |
| 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 | 移動ケアマニュアルに沿った対応をし、ケアプランに位置づけた移動方法を実施している。移動の際に使用する福祉用具は個々に合ったものを検討し購入している。 |
| 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 | 認知症ケア研修を通し、グループワーク研修等で特性を考慮したプログラムを作成し、認知症の方10人前後を日中、グループワーク（集団援助技術）を実践している。6か月の評価で表情に変化が表れている。 |
| A-2-（11）-② 身体拘束は原則として禁止としている。 | a | 重要事項説明書に身体拘束を行わないことを明記し、身体拘束廃止マニュアルに沿った対応をしている。 |
| 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。 | c | 入所時に利用者・家族等に看取りの意向を確認して看取りマニュアルを作成し、職員研修もしているが看取りケアは実施していない。今後は看取り実施に向け検討して行きたい。今後の成果に期待したい。 |
| 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。 | c | ご家族などの宿泊できる家族室もあり、今後は実施に向け検討して行きたい。 |
| 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。 | c | 今後は実施に向け検討して行きたい。 |