

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

| | |
|--------------------------------|--|
| 名称：特別養護老人ホームひまわり園 本館（従来型） | 種別：介護老人福祉施設 |
| 代表者氏名：施設長 常陸 実 | 定員（利用人数）： 40名 |
| 所在地：島根県出雲市神西沖町 2479-6 | |
| TEL：0853-43-2633 | ホームページ： http://www.w-himawari.jp/himawari-en |
| 【施設の概要】 | |
| 開設年月日：昭和56年5月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ひまわり福祉会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 18名 非常勤職員 9名 |
| 専門職員 | 生活相談員 2名 医師 2名 |
| | 介護福祉士 15名 介護福祉士 1名 |
| | 介護支援専門員 1名 看護師 7名 |
| | 看護師 2名 調理員 7名 |
| | 管理栄養士 1名 |
| | 栄養士 1名 |
| | 調理員 2名 |
| 施設・設備 の概要 | （居室数） 16室 （設備等） |
| | 個室 6室 一般浴 2ヶ所 |
| | 2人部屋 3室 機械浴 1ヶ所 |
| | 4人部屋 7室 食堂 2ヶ所 |
| | リビング 2ヶ所 |
| | 共有スペース 1ヶ所 |
| | 男女共用便所 3ヶ所 |
| | （うち車椅子対応可能）3ヶ所 |

③理念・基本方針

◎法人理念

1. 子ども、高齢者、障がい者の権利を守り、一人ひとりを大切にした福祉実践を行います
2. 福祉の専門家として、知識・技能の向上に努め、ゆたかな感性をみがくように努力します
3. 福祉のまちづくりを進めるために、地域のささえあいを広げ、その発展に努めます
4. 利用者、職員の声を反映させ、開かれた運営を行います
5. 憲法を生かした平和でゆたかなくらしと社会福祉の充実をめざします

◎ひまわり園運営方針

1. 施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。そのことにより、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう目指す。
2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定介護老人福祉施設サービスを提供するよう努める。
3. 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、保健医療サービス・福祉サービスの提供者との密接な連携に努める。

◎ひまわり園基本理念

入居者（利用者）の立場にたち、人権を尊重したケア
自由で家庭的な生活が継続できる、寝たきりを防ぐケア
居宅介護サービスへの積極的な取り組み

④施設の特徴的な取組

高齢者福祉施設ひまわり園は、1981年（36年前）に特別養護老人ホームとして開設され、出雲市西部を中心に介護サービスの拡充を推進してきた歴史ある福祉施設です。

本館は、個室6室、2部屋3室、4人部屋7室、食堂兼リビング2ヶ所、共有スペース1ヶ所を有する従来型の特別養護老人ホームです。

「ひまわりの福祉」の理念、伝統を継承し福祉実践や環境の整備を図り、保育・介護サービスの質向上の確立に努め、社会福祉法人として地域の活動に参加されています。

要介護状態により、ご家庭での生活が困難になられた方が、24時間365日、安心・安全・安楽をモットーに、入居者の方にとって居心地の良い生活環境の整備、日常生活全般の支援をします。

日課は設けておらず、各々のペースで生活が送れることをコンセプトにケアが行われています。

入居者自治会によるイベント（運動会、遠足等）の補助や実動援助が行われており、年間行事あり（祭り、敬老会、新年会等）も行われています。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成29年 6月 6日（契約日） ～ 平成30年 2月21日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0 回 |

⑥総評

◇特に評価の高い点

・利用者が居宅での生活への復帰を職員全てが念頭に置き、福祉サービス及び機能訓練、健康管理や療養の援助を行い、利用者の自力に応じた日常生活を営むことを目指し努力されています。

利用者のニーズに沿って、日常生活が少しでも改善するための援助が提供出来る様、全職員に対する接遇・マナー研修をはじめ、知識・技術の習得研修や標準化を明確にして取組まれています。

・事業部合同会議等で経営状態（利用人数、稼働率の把握、コスト削減、修繕計画の立案、設備更新の実施）について分析されています。

・法人の専門員会のほか、事業所において総括方針会議年2回、各種委員会が隔月開催され、サービスの質の向上に向けた取組が行われています。そのほか、各部署単位で都度サービスの見直しが行われています。

・施設と地域との関わりも大事にされており、利用者の方が地元の祭りに職員と共に参加されたり、地区社協、民生委員、児童委員、自治協会、養護学校等との協力の基、福祉サービス施設がコラボレーションしたイベント（じんざい福祉フェスティバル）に参加され、また、神西まつり（救護班）や清掃活動に職員を派遣するなど、積極的に地域の交流に参加されています。

また、ボランティアの受け入れや施設内に売店を週1回設置されたり、ひまわり園祭りに地域の方に参加して頂いたりしています。

◇改善を求められる点

・介護士不足の解消が急務な事業環境にあることから、当施設も職員募集が定例化していますが、応募者がきわめて厳しい現状です。施設としての更なる改善努力に期待します。

・福祉サービスの品質向上には、人が人に対する介護（援助）活動が主な事業ですから、職員が企業理念・基本方針及び事業計画を十分認識・理解した上で運営されていることが基本となります。

事業方針として、①福祉サービスの質②専門職としての職員資質③風通しのよい職場の3項目を掲げ、職員への各種研修を行うなど三ヶ年計画で取り組まれています。職員一人ひとりが目的・目標の受け止め方に差異が見られますので、事業に対する「やり甲斐」「達成感」を職員が更に強く認識できる取組みとして、職員一人ひとりの自己目標が事業所全体の目標に連動し、組織として「目標・管理者面談・成果振り返り・評価サイクル等の体系的な取組み」と「職員一人ひとりの育成計画」が一体的に運営をされる改善が求められます。

・職務分掌に明記されてはいますが、理事長が施設長を兼務されているという事もあり、現場職員は現場管理者の責任について理解不足の面が見られますので、今後管理者の役割や責務を明確にされサービスの質の向上に努められることを期待します。

・職員間のコミュニケーションが課題と考虑しておられますが、定期的な面談を実施する仕組みがなく、問題が発生したときの単発的に面接に終始しているようです。全職員の定期的な面談実施の検討に期待します。

・職員の教育プログラムを検討されキャリアアップに繋げられることを期待します。
業務の改善や職員の意識について検討され、多くの職員に研修参加頂き、サービスや職員の質の向上に繋げられることを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

理念に基づく事業計画や行動指針が職員に浸透していないことから、法人の理念継承委員会でどう理念を具体化するか議論を続けています。来年度方針には理念の見える化が一步前進するよう準備を進めているところです。

職員間の風通しの悪さを変えていくため、個人面談や個別の育成計画、業務分掌の明確化等について、重点的に取り組んでいきたいと考えています。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三評価結果（特別養護老人ホーム）

共通評価基準（45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・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><コメント></p> <p>施設の見やすい場所に法人の「理念」、「基本方針」が掲示されています。パンフレットやホームページで利用者や家族等にも示されています。</p> <p>常勤、パート職員に法人冊子・2017年度方針を配布され、説明、周知が図られていますが、説明の時間が少ないため理解、把握に差異が見られます。</p> | | |

I-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事業部合同会議等で、経営状況（利用人数、稼働率の把握、コスト削減、修繕計画の立案、設備更新の実施）等に関するデータ収集のほか、行政等の政策動向等における社会や経営環境の変化等について、適切に把握・分析されています。</p> <p>事業所を取り巻く環境の変化が急激と言う事もあり、事業の在り方、経営の在り方等の経営分析・改善対策等が組織的に更に重要となりました。</p> <p>人材確保及び人材育成に関する取り組みは、喫緊の課題としての認識をされていることから改善対策に期待します。</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><コメント></p> <p>月次決算書、各会議報告等や課長以上の会議で経営の課題や問題点の共有をされ、経営課題や改善対策等を明らかにした上で、具体的な取組みが定期的に行われていますが、職員一人ひとりに十分に問題や課題が理解・共有されていません。</p> <p>今後、組織の問題・課題に対する具体策や到達目標、達成過程の進捗分析及び対策等、全職員での取り組みを望みます。</p> | | |

I-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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><コメント></p> <p>法人の中・長期計画及び中・長期の収支計画が策定されています。「ひまわりの福祉」の理念、伝統の継承が中・長期計画に挙げられています。</p> <p>明確にされたビジョンを職員が実行するにあたっては、課題や改善施策（目標・成果分析・対策等）を単年度・中期・長期的に職員が共通指標等を共有する必要があり、今後「見える化」した取り組み等が効果的と考えられます。</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><コメント></p> <p>中・長期計画より「ひまわりの福祉」の理念、伝統の継承に基づき、福社会全体、事業サービス単位、担当単位別の単年度の事業計画・活動指標（事業方針冊子）を策定されています。</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><コメント></p> <p>4月に方針の確認、2017年度の取り組みを基に12月に総括され1月、2月に次年度事業計画を作成されます。方針会議で事業計画の説明がなされ、その後は各課において定期的に進捗状況の確認が行われています。</p> <p>しかし、評価、見直しに職員の意見が反映される場面が余りなく、全ての職員に事業計画の理解は得られていないというのが課題です。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事業計画・施設の運営・行事状況等は、施設内掲示やホームページで周知が図られています。</p> <p>また、家族会の役員会や総会において、行事の様子や施設の状況について説明が行われています。</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 |
|--|---|---------|
| 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><コメント></p> <p>法人の専門委員会、総括方針会議年2回、各種委員会は隔月開催され、サービスの質の向上に向けた取り組みが行われています。</p> <p>各部署で都度サービスの見直しが行われています。総括に向けた自己評価に加え、第三者委員が定期的に来所し、事業所のサービス内容について評価が行われています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>第三者委員からの評価結果や課題が文章化されています。職員の言葉遣いや衛生面等、指摘された内容について改善を図るための話し合いが不足しています。</p> <p>共有された改善策や見直し等の実施状況を記録に基づき、対策検討会等は粘り強い繰り返しと認識して、次なる取り組みへ向け継続していかれることに期待します。</p> | | |

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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。 | c |
| <p><コメント></p> <p>理事長が、施設長を兼任していることもあり、施設長の職務分掌が職員に明確になっていないようです。</p> <p>施設長の役割と責任について文章化されていますが、現場職員は事業所責任者の責任を理解できていません。今後職員が施設長の役割を理解され、事業所責任者の管理責務を明確にされサービスの質の向上に努められることに期待します。</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><コメント></p> <p>人権研修、リスクマネジメント研修、身体拘束廃止研修等、法令遵守に関する研修が企画されていますが、変則勤務の職員の参加率が低い状況にあります。</p> <p>コンプライアンス遵守の職場風土の更なる推進に向け、定期的に法令遵守関連のマニュアルの見直し及び規定の文書掲示等による職員意識の徹底を図り、倫理や法令遵守の取組みを更に推進されることに期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>中期（3ヶ年）目標として、福祉サービスの品質を地域のNo1にすると目指した事業計画方針を掲げ、職員の教育、勉強会の機会を持つ等の取組みが行われています。</p> <p>社会福祉法人制度改革等の多様な変化に適切に対応（改善）するための取組みを推進されていますが、管理者と職員間の適切な意思疎通及び管理者と経営陣との連携等、職員が意欲を高め理解して取り組むための相互のコミュニケーション（会議、打合せ、情報伝達）のあり方（報・連・相の適切な相互化）等の強化定着を望みます。</p> | | |
| 13 | II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>重点項目の取組みとして、①経営基盤の改善（強化）②介護サービスの検証とレベルアップに向けた人材育成（研修の充実）③地域への貢献（地域の困ったを掴む）を柱に取り組みが開始されています。</p> <p>本年度に於いては、2017年度方針冊子より施設サービスの稼働の目標やランニングコストの削減、感染症予防等取り組まれています。経験や知識の豊富な中堅職員が不足していることもあり、十分とはいえない状況です。</p> | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|---|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>良質なサービスを提供するための計画的な福祉人材確保が非常に厳しい現状により、ホームページやSNSの活用、就職面接会のプレゼン方法の見直しを積極的に進められ、労組と協力し環境の改善に取り組まれています。</p> <p>開設時の原点（ひまわりの福祉論）に立ち返る取組みに連動した職員の各種研修（新人研修含む）及び職場風土の変革を掲げ、福祉サービス業務の誇り及びやり甲斐、達成感あるものにしていくための努力が行われています。</p> <p>更に、介護事業そのものの地位向上を目指し、事業価値の社会的向上対策及び更なる新規サービスの開発・改善等、地域アピール活動の更なる展開に期待します。</p> | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人の人事基準等に則って行われていますが、職員への周知が不十分な面が見受けられます。現在、人事考課制度や個別面談等は導入されていませんが、今後検討予定とのことです。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>希望休は可能な限り取得できる配慮がなされていますが、その反動で連続勤務が多くなりがちです。人員不足もあり、有給休暇の取得は難しい現状となっています。</p> <p>職員の相談窓口も設置されていますが、職員は相談し辛いと感じているのが現状です。</p> <p>「風通しのよい職場」方針を掲げ、管理者と職員相互間のコミュニケーションの充実に加え、職員のストレスチェックやカウンセリング、健康診断、インフルエンザの予防接種、安全衛生委員会による事業所内巡視等、職員が安心して働ける健康に関する取組みが行われています。</p> <p>職員一人ひとりの就業状況や意向を把握する仕組みを構築し、更なる風通しのよい職場への一助となる取組みに期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスに必要なマナー・接遇研修及び利用者への目配り・気配りの出来る人材をつくる職場OJTや各種講習会（行政主催も含む）への参加による育成の取組みも行われています。</p> <p>研修計画を体系的に職員一人ひとりの経験や知識・技能の把握と能力に基づき、職員個々の中・長期的な育成目標計画書への研修カリキュラム作成・実行等、育成状況のチェック等の取組みに期待します。</p> <p>職員の教育プログラムを検討中とのことです。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人全体と事業所別の教育委員会の体制や棲み分けを明確にして、人材育成の基本方針に基づいて年間研修計画を策定して教育・研修に取り組まれています。</p> <p>管理者研修、新人教育研修、マナー・接遇研修（全職員）及び外部研修計画に加え、職員個々の福祉サービスに必要な有資格や職場OJT研修等の教育・研修及び昇級・昇格に連動させる等、職員の育成方針に基づいた取組みに期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>職員の園内研修、新人の園内研修、キャリアパス中堅職員研修の参加が行われています。年間研修計画により内部・外部研修に参加されています。外部研修参加後は復命書や報告書等で情報提供が行われています。</p> <p>一律の研修に加え、職員一人ひとりの知識・技術・専門知識の習熟度の基準等を設ける等個別の育成計画（OJT研修含む）に基づいた教育・研修の実施が望まれます。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>実習生指導研修修了者が対応されており、実習生受け入れの基本姿勢は文章で明記されていますが、本年度本館での受け入れは行われませんでした。実習生受入れマニュアルについては見直しをされる予定です。</p> <p>専門学校等の実習マニュアルに沿って、実習プログラムは、学校側と連携して作成されたものに基づいた指導が行われています。</p> <p>人材確保対策として、重要な取組みであることから今後も近隣以外の福祉サービス専門学校や地域等へのアプローチ対策を拡大した取り組みに期待します。</p> | | |

II-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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><コメント></p> <p>企業理念・基本方針及び事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容・ご意見や問い合わせ等のお知らせをホームページの活用や家族会総会、広報誌「ひまわり」、「ひだまり通信」等で、情報公開されています。</p> <p>地域の方々へ福祉会の特徴や強みの更なる情報公開に期待します。</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><コメント></p> <p>施設経営・運営、財務管理等は、法人本部が総括的に内部統制により適正に取り組みがなされています。</p> <p>外部監査（税理士等）及び社内監査の実施等による透明性の高い運営となっています。</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営には、不正を正す社内規定等、定期的見直しが組織的に確実に実行されているかのチェックが必要であることから、各種のマニュアル及び手順書等の改善・見直しが適正かどうかを統制する仕組みを望みます。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 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。 | | |
| 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><コメント></p> <p>施設と地域との関わりも大事にされており、利用者の方が地元の祭りに職員と共に参加されたり、地区社協、民生委員、児童委員、自治協会、養護学校等との協力の基、福祉サービス施設がコラボレーションしたイベント（じんざい福祉フェスティバル）に参加、また、神西まつり（救護班）に参加するなど積極的に地域の交流に参加されています。</p> <p>ひまわり福祉会主催の「秋のまつり」に地域の神楽団及び木遣り唄保存会等々の方々に参加を頂き、「福祉のまち神西」を定着させるための交流が図られています。</p> <p>地域の歯科、皮膚科に受診されています。また、ボランティアの受け入れや施設内に売店を週1回設置されています。</p> <p>今後も交流の輪を拡げ、全職員が利用者と地域との交流が重要との認識を高かめ、更なる取り組みに期待します。</p> | | |
| 24 | II-4-(1)-② ボランティア等の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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人として、法人主催のまつり等、開催時のボランティア等の受け入れは積極的に行なわれていますが、法人内共通のボランティア等の受け入れ指針がありません。特別養護老人ホーム本館としては、新館と合同でボランティア等の受け入れが行われています。</p> <p>グループホームやデイサービスにおいても地域の踊りや太鼓等、数々のボランティアに参加頂いています。</p> <p>なお、参加頂く方々への事前説明やプライバシー保護、個人情報保護等もマニュアルに沿って説明、参加者の理解を頂き適正に行われています。</p> <p>ボランティア等の受け入れに関する指針及びマニュアル等について、受付担当窓口以外の職員も対応手順等の理解を深める取り組みを望みます。</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 施設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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>警察、病院（救急医療施設等）、地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健所、消防署、行政（健康福祉部）、他の居宅介護支援事業者等の関係機関とネットワークを構築し、「関係機関連絡一覧」を掲出して職員への周知を図っていますが、組織が大きくなると窓口担当以外の職員は、連携の目的、内容、緊急対応等の施設運用において、重要であることの認識が薄くなります。</p> <p>定期的に関係機関との情報交換等、職員と共有深められ、関係機関の動向や意見・要望の収集・対策及び対応方法等を適切に周知されることを望みます。</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 施設が有する機能を地域に還元している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>地域の祭り、フォーラム、イベントや地域の清掃等にできる限り職員が参加され協力されています。地域の「困りごと等」を掴み地域の福祉向上のための責務を果たされるよう取り組まれています。</p> <p>施設主催の「まつり」は、施設利用者・家族を中心に行われ、事業の一環としての取り組みですが、地域の方々の伝統的な唄保存会や神楽団や地域のうぐいす会（カラオケ自慢の方々）の発表の場としても喜んで頂いています。</p> <p>更に、施設の有する機能を地域還元に利用するための情報収集を行い、取り組まれる事に期待します。</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・活動が行なわれている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>福祉施設の専門的な立場で「じんざい福祉フェスティバル」等へ協力し参加され、介護に関する「地区住民が抱える不安」と「福祉施設に期待すること」等々の貴重な情報を承る等、地域の福祉サービス事業者として事業に役立てる要望等を収集されています。</p> <p>福祉サービスのニーズ収集は、民生委員・児童委員やコミュニティセンター等の方々もフェスティバルに参加されていることから、連携を更に強められ、地域の多くの意見・要望や課題等の情報が日常でも入ってくる仕組みを構築されることに期待します。</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 |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の人権尊重について、運営方針に明記され事業計画説明時の周知及び毎月の会議の中で職員へ理解を深める取り組みが行われています。</p> <p>年間研修としてコンプライアンス研修も実施されています。</p> <p>組織全体として、「入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、機能訓練、療養支援」等ごとの実施基準等が職員に共通に理解されているかの理解度チェック等（職員一人ひとりが参画して、課題検討・基準作成・実践までのキメの細かな仕組み作り）利用者・家族からの安心と信頼を更に深めていく取り組みに期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護及び虐待防止（権利擁護）の規定が作成され「身体拘束廃止検討委員会」（隔月定例開催）を施設長及び各担当から構成されたメンバーにより、現状把握～改善対策や職員への研修等の取り組みが行われています。</p> <p>マニュアルについては見直しの検討を行われる事を望みます。</p> <p>利用者の人権尊重研修等の定期的な実施及び権利擁護の可視化（カメラ使用等）の可否についての検証も議論をされた事業運営を望みます。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人本部を窓口として、ホームページ・広報誌等により、施設概要、施設案内、サービス案内等、利用者本人、家族等の方が選択に必要な情報を明記し積極的に提供されています。</p> <p>利用者等からの見学希望があれば、随時施設の見学に対応されています。</p> <p>ホームページ・広報誌等の見直しは法人本部で統括的に行われていますが、情報の陳腐化が発生しないよう適切なメンテナンス（時期・内容等）による積極的な情報提供が行なわれることに期待します。</p> | | |
| 31 | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>契約時に契約書、重要事項説明書を使用し、できるだけ分かりやすい言葉で説明するよう心掛けておられます。</p> <p>また、サービス開始・変更前に、利用者家族等の要望・意向も聞き取りながら、他職種からの意見を踏まえ施設サービス計画書（ケアプラン）を作成し、計画内容をサービスの開始・変更時に分かりやすい言葉で説明されています。本人の理解が難しい場合には家族等に説明し同意を得られています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>現状の情報提供書、看護サマリー等の作成、次サービスの担当者と電話で連絡を取り、不足の内容の配慮がなされています。</p> <p>なお、移行後も何かの相談がある場合の連絡先（窓口）等をお知らせして利用者自身や家族の問題解決等の継続的な支援も行われています。</p> | | |

| | | |
|---|--|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 33 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者との日々の会話の中から思いや希望等を把握されていますが、利用者満足度調査等は行われていません。</p> <p>家族等とは、面会時等にコミュニケーションをとるよう努めておられます。</p> <p>今後法人として、サービス自己評価、利用者満足度アンケート、外部評価等を行い、その分析・改善計画に基づく福祉サービスの質の向上を図る取り組みを計画されています。</p> <p>家族会総会、地域へのイベントで得た情報やホームページ等で取り込む意見・要望を分析し対応するよう努めておられます。</p> <p>組織的に体制化を図り、利用者や地域の小さな声を拾い上げ、福祉サービスに活かす精神を更に法人全体で取組みされることに期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されています。</p> <p>施設内に意見箱が設置されており、手順に則り月1回確認をし、意見等あれば苦情解決委員会で検討されます。苦情、相談等は都度対応されており、苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書に記載し、事業所内に掲示されています。</p> <p>併せて、第三者委員会や介護相談員による利用者からの聞き取りも行われており、その内容については職員に周知されています。</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、子ども等に周知している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>苦情、相談は都度対応されています。利用者や家族から意見等ある場合は、意見を述べやすい部屋も確保されています。</p> <p>日々の関わりから、相談や意見等を訴えようとされる利用者には、1対1で関わりの時間を意識的に設けるよう努めておられ、内容の記録もとられています。</p> <p>施設内には意見箱を設置され、ホームページ等での意見・要望等の受付は福祉会法人本部が窓口となっています。相談や意見の検討及び問い合わせに対する回答が組織的に行われています。</p> <p>今後とも利用者代表の会等を通じ、事業所においても利用者の小さな思いを積極的に受け止めてサービスに反映されることに期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見は相談員が対応され、相談、意見の内容を記録する手順があり明確に記録されています。相談、意見は施設内で対応できる事であれば速やかに結論を出し、職員に周知が図られます。</p> <p>法人が運営する各施設で受け付けた苦情等は、すべて法人本部に報告されています。報告された内容は、月一回開催される法人の専門委員会において検証が行われています。</p> <p>組織的に苦情処理対応内容等を取りまとめ、事業の改善への有効な情報手段として法人の共通認識として取り組まれています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事故発生時の対応、安全確認のマニュアルは職員に配布されています。</p> <p>リスクマネジメント体制として、「安全衛生委員会」「防災・BCP委員会」「事故防止対策委員会」等の体制を構築して、総合防災訓練や利用者の安心・安全に対するサービスの品質向上への取り組みや不審者侵入マニュアル等の整備及び防災マニュアルの見直し検討を行い、安心・安全な組織運営の取り組みが行われています。</p> <p>また、想定外の自然災害・大事故等発生事体を想定した取り組みとして、危機管理委員会と連携した取り組みが行なわれています。</p> <p>入所者及び職員の災害時の身体的な安心・安全に加え、堅固な福祉サービスとしての機能の維持及び最優先で事業を再開する災害後の対策や安心・安全の取り組みの到達点は無く、更に充実されることに期待します。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を組織的に体制構築して、感染症及び食中毒の予防対策から発生時の対応マニュアルに加え、学習会（年2回）の実施や利用者の安全最優先の取り組みが行われています。</p> <p>また、外部からの感染防衛策として、職員へのインフルエンザ予防接種が推奨されていますが、職員が感染した場合の出勤有無の判断、家族等の面会制限判断等の基準を明確に整備されることを望みます。</p> <p>感染症予防対策として、食後の歯磨きやトイレ後の手洗いの確実な実施等マニュアルに沿った対応が取られています。感染予防対策は、今後も継続した取り組みとして組織全体として徹底されることに期待します。</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><コメント></p> <p>防災・BCP委員会が設置されており、自然災害発生時の非常事態を想定したマニュアルが検討されています。年2回の総合防災訓練及び防災機器・用品の整備が行われています。</p> <p>施設の立地条件は、これまで水害や津波等での被害が発生した地域ではありませんが（ハザードマップでは対象外）、あらゆる災害（火災の想定・地震診断・神西湖や神戸川の決壊による水害予測・大雪等）を想定した利用者の避難体制・方法及び防災用品の整備（保管・自主点検の確認）等を組織的に取り組まれています。</p> <p>災害時において、安否確認システム（緊急連絡網等）による職員の安否確認や自宅等の被害情報及び被災支援対策等、更に効果的な見直し改善等を継続実施されることに期待します。</p> | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>一人ひとりの利用者については、施設サービス計画書のサービス内容よりケアが行われますが、当日の利用者実態を十分観察しながら、各種マニュアル等に従い、日々の営みや食事・入浴等が同様な手順で提供されていますが、マニュアルの更新や情報共有については更なる工夫が必要です。</p> <p>職員が必ず行う標準的サービスと、介護支援専門員が利用者の一人ひとりに作成した施設サービス計画書との関係性を職員個々が十分理解できる気付きの取り組みに期待します。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画については状態急変時や6ヶ月に1回のモニタリング、評価・見直しを行う仕組みとなっています。</p> <p>標準的な手順書（マニュアル）等の見直しについては定期的に行えて無いものもありますので今後期待します。</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>入所時や施設サービス計画更新時、施設内介護支援専門員（ケアマネジャー）のアセスメントに基づく利用者一人ひとりの計画原案が作成され、サービス担当者会議等で、栄養士及び介護士等の参加による利用者、家族と意識合わせを行った上で本案とし、利用者へのサービス提供が行われています。</p> <p>日々の援助を行った時の気付き及び一人ひとりの要望・意見等を介護支援専門員に適切にフィードバックする等、「施設サービス計画書」に対する実施記録（業務日誌等を反映）を日々確実にこなされることに期待します。</p> | | |
| 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>施設内で定めた期間に基づき、6ヶ月に1回のモニタリングが行われ、評価・見直しが行われます。サービス担当者会議で担当職員、栄養士、看護師等も参加しアセスメントを行い施設サービス計画書に反映されています。</p> | | |
| 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、職員間で共有化している。 | b |
| <p><コメント></p> <p>介護ソフトが導入されており、一人ひとりの利用者の「施設サービス計画書」に基づく、サービス実施状況等を「サービス実施記録」に入力して、職員間でケース記録等が共有出来る仕組みとなっています。</p> <p>記入内容が確実に実施されているか等の確認方法については、チェック方法の見直し等、更なる改善に期待致します。</p> <p>また、記録内容や書き方に差異が生じないように記録内容の統一、指導が必要です。</p> | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>入所時に利用者及び家族に個人情報保護の説明が行われ、同意が得られています。</p> <p>職員に対しても個人情報保護の研修が行われており周知されています。</p> <p>組織的に情報保護の研修及び規定を整備した運営がなされています。</p> <p>利用者の個人ファイルを見やすく・分かりやすく整理、整頓（保管・保存・廃棄等）を行い、手順書や報告書データ等の責任者を配置して適切に行なわれています。</p> <p>利用者記録が書庫（施錠付き）に保管されているかなどの管理体制等については、更なる改善に期待します。</p> | | |

内容評価基準（特別養護老人ホーム 16 項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 1- (1) 生活支援の基本 | | |
| A① | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や要望等の意向が記載された「施設サービス計画書」について、サービス担当者会議やユニット会議で検討され、計画書に沿ったケアが行なわれています。</p> <p>看護師と連携し一日の健康状態を把握しながら支援されています。</p> <p>利用者の身体や向上意欲等の自立を目的とした取り組みとして、毎月のクラブ活動、役割を持ってもらえるようタオルたたみや食事の盛り付け等、声掛けをし、参加動機付けや支援が行われています。</p> <p>利用者の心身の状況変化を観察、尊重して更なる利用者志向の生活習慣の介助を期待します。</p> | | |
| A④ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>聞こえにくい方には筆談を利用しコミュニケーションが図られています。</p> <p>利用者の訴えには傾聴し納得された支援提供を心掛けておられます。また、ユニット会議やミニカンファレンスで過ごしやすい環境作り、個別のコミュニケーションの方法等、話合われ支援に繋がられています。</p> <p>職員は利用者一人ひとりの心身状態の観察や気持ち（心）の尊厳を大切にされ、意思疎通が図られた支援をするためには、利用者の信頼を得るためのコミュニケーション力の向上が最も重要であるとの認識でおられ、利用者の多様さを尊重した支援が行われています。</p> <p>組織でマナー・接遇研修を開催（年間4回：全職員が参加を予定）する等、取り組みが行われています。</p> | | |
| 1- (2) 権利擁護 | | |
| A⑤ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>組織的に「身体拘束廃止検討委員会」の設置がされ、指針、規律、各種対応様式等が整備され、利用者の尊厳保持等の権利擁護の取り組みが実施されています。</p> <p>検討委員会では、虐待等の権利侵害防止に加え、発生時の迅速な体制を組織し、適切な対応・手続き等の委員会を組織化されています。</p> <p>また、虐待防止の研修企画や拘束（虐待）事例の有無・内容の確認調査（年間5回）を行い、組織全体での取り組みが実施されています。</p> <p>利用者、家族に対しては、入所時の契約書、重要事項説明書に明記し説明を行い、また、リーフレットを使用しての説明も行われています。</p> | | |

A-2 環境の整備

| | | |
|---|---|---|
| 2-(1) 利用者の快適性への配慮 | | |
| A⑥ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>本館は1981年(36年)に設立され、過去幾度かの改修や増築が行われていますが、清掃、洗濯関係は外部委託されており、利用者が清潔で安心して過ごせる環境が整えられています。居室は4人部屋が中心となっています。</p> <p>職員により季節に合わせた適温設定が行われています。ホール等にソファがありくつろいで過ごせるよう工夫されています。家族に説明され入所前からの馴染みのものを持ち込んでもらい安心して過ごせる様配慮をされています。</p> <p>清掃等は、外部に委託しておられますが、分業だと思って任せっぱなしでなく、職員各自が担当部屋で汚れ等に気が付けば、自らも清掃・片付けなど生活空間の清潔さや安心・安全確保に今後も配慮した取り組みに期待します。</p> | | |

A-3 生活支援

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| 3-(1) 利用者の状況に応じた支援 | | |
| A⑦ | 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><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>利用者の心身の状況(入浴の可否希望や入浴前の看護婦と連携したバイタルチェック及び検温の健康管理等)の変化を踏まえて、安心・安全確認の上、週2回の入浴支援が行われます。体調が悪い場合は、看護師の調整・指示を受けて、清拭に変更するなどの対応も行われます。利用者の意向に沿って入浴日を変更できます。入浴拒否があった方は翌日に変更する等対応されます。</p> <p>介助なしで入浴ができる方は少ないですが、快適で自立性の高い入浴を目指し、利用者の安全を考慮しながら介助浴にするか、リフト浴にする必要があるか等、現在、看護師や職員が意欲的に連携して検討されています。</p> <p>今後も利用者が気持ち良く快適に入浴できる介助方法等の工夫に期待します。</p> | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| A⑧ | A-3-(1)-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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>排泄表や個人マニュアルを使用し、おむつ交換、トイレ声掛けの時間、訴えのある方は都度対応等、職員間で統一した支援が行われています。</p> <p>排泄時にその場をカーテン等で仕切る、長い間露出をしない等の工夫が行なわれ、羞恥心へ配慮されています。自力で排泄ができる方は、見守り等を行い、自立に向けた支援が行われています。</p> <p>尿量や便の状態等観察され記録が行われています。</p> <p>また、感染リスクの高い利用者等への清潔保持の対応も、排せつ時に併せて毎回実施される等の配慮が行われています。</p> | | |
| A⑨ | 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><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>利用者に合ったポニョニングバーの設置やスライディングボード、シート等の福祉用具を利用されます。学習会議等で移動方法、車椅子の自操作方法、福祉用具の使用等、安全に使用できるよう検討、見直しが行なわれています。</p> <p>移動は、出来るだけ自分の力で歩いて移動されるよう助言する等、利用者の心身状態や意識の自立化に向けた改善取組みに期待します。</p> | | |
| 3-(2) 食生活 | | |
| A⑩ | 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><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>献立表は管理栄養士によりカロリー計算や季節に合った食材を使用され、利用者の心身に合った食事等（特にソフト食には力を入れておられます。）工夫された食事の提供が行なわれています。</p> <p>はっきりとした味付けで利用者に喜ばれています。食事の席は話の合う利用者同士が近くに座られる等、楽しく食べられるよう工夫されています。</p> <p>また、介助が必要な食事の場合は、いつも以上に利用者とのコミュニケーションを深めながら利用者の求めに応じた食事提供が行われています。</p> <p>衛生管理マニュアル等が整備され、食材、調理、食器類及び食事の前の手洗いやノロウイルス対策のポスター等の壁面表示等、職員の安全・安心意識の高揚や実践を組織的に取組まれています。</p> <p>更に、食の安全及び楽しみや食の美味しさ（利用者要望や旬の食材の等）への工夫や清潔な食事環境の提供等を職員間で検討され取り組まれることに期待します。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| A⑪ | A-3-(1)-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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>栄養ケア計画、経口維持計画、個人マニュアル、食事、水分マニュアル、緊急時マニュアルが有り、対応や記録も出来ています。</p> <p>毎月栄養カンファレンスが行われ、利用に則した対応を検討されます。</p> <p>食事形態の変更がある時は家族に相談、報告し支援が行なわれます</p> <p>水分量の少ない方には食事やおやつの時間にゼリー等を提供する等の工夫が行なわれています。また、自力摂取ができるよう主食をミニアンパンやおにぎり等に代え、本人が食べやすいように工夫が行なわれています。</p> <p>スプーンや器についても、利用者の状態に応じたものに変更する等の工夫が行なわれています。</p> | | |
| A⑫ | A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画書、口腔維持計画 に沿ったケアが行われています。</p> <p>経口摂取、胃瘻で寝たきりの方の口腔ケアも実施されています。</p> <p>口腔ケアの研修、学習会は行われていませんが、利用者一人ひとりの口腔衛生状態を把握されケアが行われています。</p> <p>職員が歯科疾患の予防及び肺炎予防や認知機能の低下予防などの口腔ケアの専門的な必要知識（利用者個々の口腔ケア計画書作成等含め）を習得する場を更に増やした取り組みを望みます。</p> <p>今後口腔ケアの研修に参加され職員に伝達講習をされより良い口腔ケアの実践を望みます。</p> | | |
| 3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A⑬ | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>褥瘡の方がおられる場合、看護師が対応されます。</p> <p>介護職員は看護師の指示によりポニショニングの統一を図り、その利用者にあったベッドマットや定時の体位交換が実行されます。</p> <p>また、管理栄養士と看護師、介護職員は連携して褥瘡の軽減、完治に努められています。</p> <p>島根医大の褥瘡認定看護師による研修が事業所内で開催され、褥瘡予防の為のポニショニング研修も実施されています。発赤や傷ができた方には看護師が処置をされ軽減、完治に努められています。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 3 - (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| A ⑭ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>喀痰吸引及び経管栄養を必要とする利用者への対応は、看護師が主体で実施されていますが、研修を受けた介護職員が、筆記及び実技試験の後に実地研修を修了して資格を取得され、医師の指示書等に基づき取り組まれています。</p> <p>喀痰吸引同意書、実施計画書も策定されています。</p> <p>現在本館で喀痰吸引の対象者はおられません。</p> <p>有資格者に対し、喀痰吸引及び経管栄養のフォローアップ研修が行われていませんので、職員への個別指導等を計画的に行うことを望みます。</p> | | |
| 3 - (5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A ⑮ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>生活の中でトイレ使用時に歩行や立位を促す、起居動作時に掴まり立ちしてもらう、施設内を杖使用で散歩、歩行をしてもらう、レクリエーションの参加等、生活動作の中で利用者の心身の状況に合わせた機能訓練とされ身体動作の維持、向上を目指されています。</p> <p>また、寝たきりの利用者には拘縮予防に向けた対応が行われています。</p> <p>タオルたたみ、エプロンたたみ等できる事をされ身体の維持、向上が行われています。</p> <p>また、判断能力の低下や変化等に気づきがあれば、看護師に相談して必要な対応が行われています。</p> | | |
| 3 - (6) 認知症ケア | | |
| A ⑯ | 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><コメント></p> <p>施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>施設内には認知症の専門研修修了者が在籍されており、その職員が講師となって学習会も開催されていますが、職員は業務のため参加が少ない状況です。</p> <p>「認知症の種類」「認知症の接し方」「認知症に対してのリハビリの有効性」等より症状を進行させない、症状を穏やかにすることから、家事的な日常動作等やレクリエーション参加、会話を多く持つ等の支援を行い、日々の行動等を観察し記録されています。</p> <p>会議やミニカンファレンスで、利用者の言動、行動に否定的な発言をしない様、意識され受容的な関わりを持ち支援する等、認知症の支援方法が話し合われています。</p> <p>施設サービス計画書の見直し等、介助活動の変更等が行われていますが、専門的な認知症医療やケアの研修等、職員の知識・技術の向上を更に高め、自信を持ったケアの実践で利用者の安心が深まるように期待します。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 3-(7) 急変時の対応 | | |
| A⑰ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>事故対応マニュアル、急変時マニュアルが整備されています。救急救命、AEDの使用方法等の研修も行われています。</p> <p>施設内には、急変時マニュアル、薬マニュアル等が掲示され適切に対応されています。</p> <p>看護師と連携を取り、日々の体温検温、血圧測定等健康状態を把握されており、体調変化の時は看護師と連携し対応されます。</p> <p>今後も各種のマニュアル見直し時に職員への十分な周知とマニュアルの保管状況の確認、利用者個々の体調変化を注意深く観察した介護の継続に期待します。</p> | | |
| 3-(8) 終末期の対応 | | |
| A⑱ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>終末期の支援の希望は、施設サービス計画書に沿ったケアが行われています。</p> <p>終末期の指針は作成されていませんが、終末期マニュアルは作成されています。</p> <p>終末期対応マニュアルに沿って、家族からの希望や意向把握等及び医師等を交えたカンファレンスが行われ、医師と介護支援専門員及び看護師との連携により、利用者の終末期ケアが行われています。</p> <p>看取りでは、食べられる状態の見極めや、点滴の場合は家族が協力される等、医師を交えて話し合いをされ、納得頂き支援が行なわれます。</p> <p>介護職員は終末期ケアの研修参加は少なく、主に看護師が指導されています。</p> <p>また、介護職員の精神的負担の改善対策及び終末期ケアの研修等を望みます。</p> | | |

A-4 家族との連携

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| A-4-(1) | | |
| A⑲ | 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>利用者家族との連絡網は、適切に把握管理されており、何かあればすぐに電話及びメールや手紙で連絡して、家族等に報告・相談（面談含む）を行う等、家族との信頼関係の構築をするための取り組みが実施されています。</p> <p>利用者の体調変化及び転倒等（怪我無しの場合でも）の急変時や利用者の要望等も随時連絡されます。</p> <p>また、家族への連携・支援の情報連絡等は、ケース記録、施設サービス記録や家族会関係綴り等へ明記して、後日、職員の誰でも対応ができ、更には行き違いのないよう配慮工夫されています。</p> | | |

