

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011 年 11 月 7 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 003-0801

住所

札幌市白石区菊水1条2丁目1-8-215

電話番号 011-815-4008

評価機関名 (有限会社) NAVIRE

認証番号 北海道 第10-001号

代表者氏名 船橋 明美

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) | 牧村 匠 | 組織 | 第0188号 |
| | (2) | 牧村 美保 | 福祉 | 第0054号 |
| | (3) | 加藤 礼子 | 組織 | 第0115号 |
| | (4) | 船橋 明美 | 組織 | 第0021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ハイツ・野いちご | | | |
| 設置者名称 | 社会福祉法人 浜中福祉会 | | | |
| 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) | 2011 年 4 月 7 日 | ～ | 2011 年 11 月 7 日 | |
| 利用者調査実施時期 | 2011 年 7 月 20 日 | ～ | 年 月 日 | |
| 訪問調査日 | 2011 年 7 月 20 日 | | | |
| 評価合議日 | 2011 年 8 月 4 日 | | | |
| 評価結果報告日 | 2011 年 11 月 7 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

有限会社 NAVIRE

②運営者(指定管理者)に係る情報

| |
|----------------------------------------------|
| 名称：社会福祉法人 浜中福祉会 |
| 代表者氏名：理事長 西原 基治 |
| 所在地：〒088-1361 厚岸郡浜中町茶内緑91番地 TEL 0153-65-3100 |

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

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>○事業所が有する機能の地域への還元 当法人設立時から行政とは密接な協力関係が築かれており、町内高齢者福祉の拠点としての社会的責任を自覚している。具体的な施策の一つとして、町と災害時避難協定を締結し要援護者の一時避難施設となっており、実際に本年三月の東日本大震災には津波警報により二日間施設の提供を行っている。この経験を活かし今後更に行政と協力関係のもと受け入れ設備の充実を図る計画となっている。又、法人職員が Outreach の家族介護教室を開催し、地域で生活する高齢者と介護にかかわる家族を支え、地域の高齢者介護の質の向上に取り組んでいる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>○将来の方向を見据えた中・長期計画の策定 現在社会福祉法人浜中福祉会は中・長期計画を策定していない。平成8年の開設以来高齢者福祉政策は多くの変遷がありケアのあり方も集団施設ケアからユニットケアに変わってきている。その為事業所は、時代の要求に沿った支援やサービス提供を求められて来たがその時々への対応ではもはや対応出来なくなっている。その為にも先を見据えた中・長期計画を早期に策定する事は、職員にとっても方向性が明示されモチベーションアップにも繋がってくる。全ての職員が共通認識の中で方向を一にし、将来に備える体制を整備される事を期待する。</p> <p>○各介護サービスマニュアルの整備 整備されている介護サービスマニュアルは一般的なものは揃っているが十分ではない。更にきめ細かく接遇・身体拘束等利用者への介護サービスのあらゆる場面を想定し、標準化したマニュアルに加え個別対応マニュアルの強化がサービスの質の向上の指針として必要となってくる。又、常に状況に応じた内容の充実を図る見直し体制の構築も望まれると共に、マニュアルを活用した内部研修の実施により、各職員の専門性を育てサービス向上に反映して行く事を期待する。</p> <p>○介護サービス個人記録の充実 介護支援記録の記入は担当職員が利用者との関わりや申し送りノートを参考に記入する事になっているが、記入が少ない状況と成っている。介護計画を実行し、サービスの質の向上にはPDCAサイクル(計画策定→実行→評価→見直し)とSDCAサイクル(標準化→実行→検証→見直し)を継続して実行する事が求められ、その際に日々の介護記録の情報は重要であるし、職員にとってもその日のサービス実施の振り返りと気づきを得る事にも繋がってくる。サービス提供や利用者の生活の質の向上の為に職員一人ひとりが記録の重要性を認識し、記録内容や記録様式の改善に向けて取り組む事を期待する。</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

○ 食事環境の改善

現在は2ヶ所の食堂で食事を提供しているが、配膳時間がかかり食事の開始に差が出てきており、十分な食事介助・見守りには至っていない。利用者にとっての食事は健康維持、増進はもとより楽しみの一つであるが、雰囲気等の環境を含めなごやかな食事風景とは言いがたい。食事環境の整備と工夫を期待する。又、利用者の嗜好や食事形態についてはアセスメント、サービス担当者会議等で把握されているが栄養マネジメントは実施されていない。利用者の生活の質の向上の為に栄養マネジメントが必要であり全ての利用者の栄養マネジメント実施を期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

特別養護老人ホームハイツ・野いちごが提供する各種サービス等が第三者の視点から見た場合、どのような評価となるのか、又、あらゆる課題を把握しサービスの向上と体制の確立に資するため、第三者評価機関である“NAVIRE”に評価業務を委託いたしました。評価結果は非常に厳しいものですが、施設として本来あるべき姿、方向性をご示唆いただいたものと真摯に受け止めております。自己評価と第三者評価に大きな乖離があったことは、自己評価が甘かったという事であり、改めて現状をしっかりと見つめ直し、改善に取り組まなければならないと役職員深く反省しております。今後は、今回の結果を検証し、記述いただきましたコメントを参考にしながら、サービスの向上と各種体制の確立に努め、利用者をはじめ、家族、地域、関係者から期待される施設づくりを目指し、役職員意を新たにに取り組んでまいります。

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

【利用者の状況に関する事項】（平成 23 年 4 月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人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 |
| 1 名 | 2 名 | 3 名 | 11 名 | 10 名 | 7 名 |
| 90～95歳未満 | 95～100歳未満 | 100歳以上 | 合 計 | | |
| 13 名 | 2 名 | 1 名 | 50 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ヶ月未満 | 6ヶ月～1歳3ヶ月未満 | 1歳3ヶ月～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 | | | |

○障害等の状況

・身体障害（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 | 7級 |
|-------------------|-----|----|----|----|----|----|----|
| 視覚障害 | 1名 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 聴覚又は平衡機能の障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 音声・言語、そしゃく機能の障害 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 1名 | 名 |
| 肢体不自由 | 6名 | 5名 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 重複障害（別掲） | 5名 | 1名 | 1名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 12名 | 7名 | 2名 | 名 | 名 | 1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。

・知的障害（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 |
|--------|----|----|
| 1名 | 名 | 名 |

・精神障害（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(保育園を除く)

| | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 6ヶ月未満 | 6か月～1年 | 1年～2年 | 2年～3年 | 3年～4年 | 4年～5年 |
| 5名 | 6名 | 19名 | 2名 | 5名 | 2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 |
| 1名 | 名 | 4名 | 名 | 5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 | 1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： 3.3年)

【職員の状況に関する事項】 (平成23年4月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

| | 総数 | 施設長 | 事務員 | 主任指導員 | 指導員 |
|-----|-----------|------|------|-------|----------|
| 常勤 | 32名 | 1名 | 3名 | 2名 | 1名 |
| 非常勤 | 4名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 主任介護職員 | 介護職員 | 保育士 | 看護職 | OT、PT、ST |
| 常勤 | 1名 | 19名 | 名 | 3名 | 1名 |
| 非常勤 | 名 | 4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 | 名 | 名 |

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」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 | 名 (名) |
| 介護福祉士 | 12 名 (3 名) |
| 保育士 | 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 | 3, 119. 68 | | 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 | 平成 | 7年 | |
| (4) 改築年 | 平成 | 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) に行き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 22 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

110 人

・ボランティアの業務

古布切り、舞踊、民謡、小学生慰問交流、高校生スポーツ慰問交流、夏まつり行事支援

【実習生の受け入れ】

・平成 22 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 _____ 人

その他 4 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。

契約の説明時に利用者、家族からの意見を聞くほか、利用者支援の担当制により日常的にサービスに対する意見を聞いている。

【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)

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 | 基本理念「その人がその人らしく生活できるように支え地域社会から信頼される存在であり続けたい」が法人の事業計画書の冒頭に明文化され役職員の指針となっている。 |
| Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | b | 基本方針が法人の「サービス提供の基本方針」と「職員のケア方針」、特別養護老人ホーム事業計画の「3つの基本方針」と複数で明文化され体系的になっていない。理念に基づく体系的な基本方針の明確化を期待する。 |
| 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。 | b | 全職員に事業計画書が配布され年度当初の全体会議にて管理者から説明されているが一度だけであり、又、細部にわたっての説明にはなっていない。部署単位等の少人数での周知の機会を設ける事を期待する。 |
| Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | c | 入所契約時の口頭説明となっているが説明記録がなく確認できない。また口頭だけではなく文書での説明も望む。 |

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。 | c | 平成22年度、23年度の事業計画では中・長期計画を策定する準備をする事になっているが策定していない。事業の今後の方向性を確立する為にも大切な計画であり、早急な策定を望む。 |
| 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。 | c | 事業計画の策定に中・長期計画が必要不可欠だという事は理解しているが策定は今後の課題となっており早急な策定を望む。 |
| 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。 | b | 主任段階で作られた計画を管理者がまとめ作成しているが、毎年の業務を検証し見直しをして反映させている記録がない。また、中・長期計画が策定されていない為どの位置付の事業であるかが検証できていない。さらに、平成22年度と23年度の事業計画はほとんどが同一であり作成の体制作りから構築する事を期待する。 |
| Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | b | 全職員に配布されているが周知する具体的取り組みは職員全体会議だけであり十分な取り組みとは言えない。部署単位の取り組みを期待する。 |
| Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | c | 事業計画書は利用者や家族には配布していない。今年度の法人や事業所としての取り組みを解りやすく理解出来る方法や体制の構築を望む。 |

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。 | b | 本年度から新理事長により全体会議での所感の表明があり考えを述べる機会を設けている。今後中・長期計画や事業計画の方針に反映させる事を期待する。 |
| 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。 | b | 遵守すべき法令等を理解する為の取り組みは高齢者虐待防止法を始めとした研修が行われているが、掲示のポスター等古い情報もあり常に最新の情報を取り入れる事を期待する。 |

| | | |
|------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | b | 管理者は理念や基本方針に沿った福祉サービスの提供や、質の向上に向け、課題を把握すると共に職員への指導を行っているが成果が認識できず、改善には至っていない。 |
| 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。 | c | 経営や業務の効率化について調査、分析、検証して具体的な問題点を把握し、見直しする事を望む。 |

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。 | b | 管理者は経営者研修などで福祉事業が進むべき方向や将来の環境について把握しているが、それを法人の将来に反映させる計画は今後の取り組みとなっており、計画策定に反映する事を期待する。 |
| 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。 | c | 法人の監査で財務内容は良いとの指摘は受けているが職員待遇の問題と考慮しており、根本的な経営状況の分析をして問題点の把握をしていない。経営分析からの問題把握、改善を望む。 |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | c | 外部の専門家による公平、公正な検証を通じて法人運営の透明性を確保する事を望む。 |

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 | 基本方針や目標達成のための6つの具体策、具体的施策及び留意事項を実現させる為の具体的な人員計画が出来ていない。計画に基づいた人員体制、それに必要な資格等のプランの策定を望む。 |
| 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。 | c | 法人役員や管理者により人事評価や査定をしているが、客観的な視点に基づいた人事考課制度はなく、整備する事を望む。 |
| 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。 | b | 年に一度ではあるが法人役員との面談や、毎月の職員会議等を職員の意見聴取時間としているが有給消化率等の記録は無く就業状況を的確に把握していない。また、職員の資格取得や研修等の希望記録は無く、これらを把握し支援する事を期待する。 |
| 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。 | b | 北海道民間社会福祉事業職員共済に加入して退職時の対応としたり、定期的な健康診断での健康管理をしているが、セクハラ、パワハラ等のトラブルを相談解決する体制が未整備であり体制構築を期待する。 |
| 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。 | b | 法人の事業計画や特別養護老人ホームの事業計画には専門職としての資質向上の為に必要な知識、技術の習得に努める。とだけ明記され研修計画の整合性が不明確であり、目的をもった研修基本方針の策定を期待する。 |
| 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組が行われている。 | c | 経験別職員研修計画はあるが、職員一人ひとりの教育、研修計画は策定されていない。将来的な計画や、職員配置計画がないことにもよるが、教育・研修に対する抜本的な改革を望む。 |
| 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。 | c | 経験別職員研修計画はあるが前年の検証はされていない。また、個別計画はなくなりがって評価、見直しはない。早急な体制構築を望む。 |

| | | |
|----------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | b | 実習生の受入れが施設機能の開放と捉え法人の重点項目とし、福祉関係の学生や教育職員の実習生を受け入れている。総務課を担当窓口としてはいるがマニュアルやプログラムとしての文章化は整備されておらず、体制構築を期待する。 |

II-3 安全管理

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| II-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保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。 | b | 事故防止委員会、感染症対策委員会等を事故発生に関わらず開催して安全確保の取り組みが行われているが、これは昨年からの重大事案の対策としての取り組みでありこれからの継続を期待する。 |
| 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。 | b | 災害時の対応マニュアルを整備し避難訓練等の対策を取っているが夜間に対する訓練はされていない。あらゆる想定のもとでの対策を取り組む事を期待する。 |
| 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。 | b | 利用者の安全を脅かす要因を排除する為のヒヤリハット等の事例収集をしているが利用者の身体に關しての事のみであり、あらゆる具象を対象に危険事例を収集し分析し対応を検討する事を期待する。 |

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | b | 町の政策の一環として出来た経緯があり地域に期待されたもので利用者は地域の夏祭りの参加、地域住民は敬老会などの行事に参加しているが交流は少なく日常的になっていない。災害時の救助体制に地域の協力はあるが、日常的な地域との相互交流を期待する。 |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | a | 法人として有する機能を使い家族介護教室を開催している他、本年度からは身体機能回復に関する教室の開催も予定している。また町との災害協定に基づき災害時要援護者の一時避難所となっており、今回の東日本大震災時の津波避難住民を受け入れ地域に貢献している。 |
| 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。 | c | 事故防止の観点から利用者の身体に直接接触しない歌謡慰問や古布切のボランティアを受け入れているがマニュアルは整備されていない。基本姿勢、受入手順等のマニュアルの整備とボランティアへの研修体制の整備を望む。 |
| 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。 | c | 事業所の役割や機能を達成する為に不可欠な、関係機関との連携や情報を管理者、職員が共有していない。関係機関のリスト化とそれを周知する事を望む。 |
| II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | b | 鉦根地区老人福祉協議会や、地域の学校、保育所との行事交流を行っている。また、町の要請にこたえた取り組みもしているが、さらにサービスの質の向上に向けた具体的な交流を期待する。 |
| 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。 | b | 地域ケア会議にて行政関係者から情報提供を受け地域における福祉ニーズの把握をしているが、行政関係者に限られており、地域住民の求める方向を把握する具体的な取り組みを期待する。 |
| 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 | 自治体と災害時における協力協定を結び緊急対応をする体制を作っている。先般の東日本大震災時の津波災害による避難住民の受け入れ活動を行っている。また、地域住民からの高齢者福祉に關しての相談を受けたり、家庭介護教室を開催し地域福祉向上のための取り組みを行っている。 |

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組を行っている。 | b | 法人の理念、基本方針、今年度の目標を事業計画に明示し職員に周知している。職員は各部会（グループケア、ヒヤリハット、体交、排泄）に所属し月一度理解を深めるように取り組んでいるが、十分とは言えない。更なる充実を期待する。 |
| 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。 | c | 重要事項説明に守秘義務の条項はあるが、プライバシー保護に関するマニュアルは整備されておらず研修も行われていない。 |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | b | 施設サービスの評価が行われ利用者の満足度を調査しているが、あくまでも職員の自己評価である。利用者の満足度を客観的に把握、評価して満足度の上昇を目指す体制を整備する事を期待する。 |
| 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。 | b | 職員は利用者が話しやすい環境づくりをしている。また、家族が、いつでも相談できる関係を構築するように努めているが日常的に相談窓口等の周知はしていない。 |
| 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 | 苦情解決委員会を設置して問題解決を図っているが、その仕組みを利用者、家族に周知する取り組みが少ない。更に機能させる為の体制の構築を期待する。 |
| 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。 | c | 意見、要望があった場合は、苦情解決委員会や、各委員会で対応し利用者、家族に報告を行っているがマニュアルは未整備となっている。 |

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) 質の向上に向けた組織的な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。 | b | 全体での施設サービス評価は毎年行い、サービス内容を検討する部会、委員会は月一度開催され今年度より、第三者評価受審の計画となっている。 |
| 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。 | b | 事業計画に各部会、委員会の取り組み課題を明らかにしているが、検証が不十分となっている。 |
| 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。 | c | 入浴、食事、排泄、投薬、夜間緊急時等のマニュアルを作成しているが、更にきめ細かく提供するサービスのマニュアル作成を望む。 |
| 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。 | c | マニュアルを定期的に見直す仕組みは確立されていない。現場職員が意見を出し合い定期的な見直しを行う事を望む。 |
| 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。 | c | 担当職員が記入することになっているが記録のない日もありサービス実施計画と連動した記録とはなっていない。 |
| 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。 | c | 個人情報及び開示に付いて運営規定、重要事項説明書に明記されているが記録の管理体制確立には至っていない。保管場所を含めた整備を望む。 |

| | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|
| 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。 | b | 定期的にカンファレンスを開催し情報の共有を図ると共に、変化があった場合は申し送りノートで情報を記録しているが十分共有しているとは言えない。 |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|

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。 | b | 併設サービスのショートステイ利用から同施設入所となる利用者が多い、見学、体験入所は随時対応しているが、サービス選択に必要な情報は古いパンフレットのみであり十分とは言えない。 |
| 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 | 利用前に契約書、重要事項説明書を説明し同意を得ている。重度化看取りケアの説明も行われ同意書を交わしている。 |
| 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。 | b | 事業計画書の事務分掌で、退所時の対応は生活相談員の職務になっており、連絡調整を行なっているが、さらにきめ細かい対応を期待する。 |

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 | 利用前調査の段階から手順に沿ってアセスメントを行い、ケアチェック表で確認しながら、定期的に見直しを図っている。 |
| 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。 | b | 毎月、担当介護職員の評価表を参考に、カンファレンスを実施し介護計画を作成している。家族の意向把握は訪問時に聞き取りを行っているが十分ではない。 |
| 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。 | b | 毎月、担当職員が評価表を作成している。介護計画は期間を決め見直しを行っているが職員間の情報の共有が十分ではない。 |

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 | 利用契約時に利用者、利用者家族に契約内容を説明し、同意を得ている。利用契約書、重要事項説明書は利用者の権利を適切に記載している。 |
| 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 | 利用契約書の契約は意思表示能力のある利用者は直接本人の契約であるが、ほとんどの契約は家族との三者契約になっている。 |
| 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。 | b | 利用契約内容に変更が生じた場合文章による変更説明をしているが契約変更の手続きは行われていない。遅滞なく契約変更手続きを行うよう期待する。 |
| 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。 | c | 法人の事業内容全体を掲載したパンフレットはあるがサービスの記載が少なく、理念、基本方針を含めて利用者、家族の求める情報掲載パンフレットの作成を望む。 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 新聞の購読は利用者の希望により個人で購入しているが、事業所では2紙の購入をし提供している。また、テレビはデジタル変更時に利用者全員に事業所で購入し自由に視聴出来るように配慮している。 |
| 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。 | c | 利用者本人の直接購入は外出の希望があれば対応するが、現在は無い。外出支援や、売店、移動購入等の支援体制構築を望む。 |
| 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 | 行事・環境委員会が年間行事計画をもとに行事を企画している。参加については利用者の希望を尊重している。 |
| 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。 | c | 契約時から利用者への面会に配慮しているが、宿泊に関しては、従来あった家族用の部屋は現在、他の目的に使われており、小会議室で対応しているが、居室としては十分ではなく、改善を望む。 |
| 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。 | b | 外出、外泊についてはその日の体調を看護師に確認しながら利用者の希望を尊重している。外泊の送迎体制は家族対応であり、外出の希望は介護体制から必ずしもその日の対応はできていない。 |
| 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。 | c | 飲酒については利用者の健康状況により認められているが、煙草は禁止している。ただ、利用者の希望する嗜好品との考えから今後の検討課題としており、意思や希望が尊重される支援を望む。 |
| 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 | 利用契約時に預かり金に関しての管理契約を結んでいる。出納内容は3ヶ月に一度家族に報告されている。 |

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。 | c | サービス担当者会議に利用者、家族への参加案内は行われていない。参加の有無に関わらず参加を促して行く事を望む。 |
| 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 | 看護師、介護担当者、介護主任、機能訓練指導員、栄養士、生活相談員が参加して介護計画を作成している。 |
| 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 | 今年度より機能訓練指導員による自立に向けた意見を介護計画に反映させているが、協力医の意見が見られない。 |
| 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。 | c | 介護計画を申し送りノートに挟み職員に周知を促しているが、介護記録には反映されておらず、目標達成の過程が解りにくい。 |
| 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 | 家族には十分説明し同意捺印を頂いている、今年度より2ヶ月に一度、利用者の様子を手紙で知らせている。 |
| 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。 | c | 栄養ケアマネジメントはしていない。サービス担当者会議にて利用者の状態や嗜好を集約し給食会議を実施しているが、すべての利用者の栄養ケアマネジメントを適切に行い提供する体制の構築を望む。 |
| 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。 | c | 利用者の栄養状態について栄養士、看護師、介護支援専門員、介護師等と連携をとりカンファレンスを行っているが一人ひとりの栄養ケア計画は作成していない。 |
| 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。 | c | 医師の指示で必要に応じ介護食が提供されているが個別に栄養マネジメントは行われておらず、対応が十分といえず早急に今後の改善を望む。 |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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>c</p> | <p>2ヶ所の食堂に分かれ一斉に食事する体制になっている。テーブルメイトも配慮しているが会話はあまり無く、室内は殺風景であり、喫食環境を和やかな雰囲気にする装飾、音楽等の工夫を望む。</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>c</p> | <p>配膳車から各テーブルに配膳し直前にお粥、汁物を盛り付けて提供するが、配膳まで時間がかかり一斉に食事ができない為揃ってテーブルにつけるような配膳工程のスピード化を望む。</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>c</p> | <p>重要事項説明書では、通常夕食が18時となっているが、実際は17時30分と守られていない。状況により多少の時間のずれはやむを得ないが、夕食は18時以降の配慮を望む。</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>b</p> | <p>声かけながら自力摂取出来るように食事形態、自助食器を使用しているが、食事介助については、職員が少なく、ゆとりある食事になっていない。職員の配置を検討するよう期待する。</p> |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>献立表は、字も大きく見やすい。状況により治療食も提供している。歯科医により定期的咀嚼状態をチェックされるが、口腔ケアは一部利用者に拒否される場合もあり、ケアできる体制を検討するよう期待する。</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>c</p> | <p>調理担当は委託になっている。調理室は現在使用している2ヶ所の食堂とは離れ利用者とのコミュニケーションはとれていない。意見やニーズも栄養士から伝えられるだけであり身近に感想や雰囲気が感じられるような工夫を望む。</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>b</p> | <p>職員3名で3名を入浴させるが、個人入浴ではない為プライバシーが保てない。現在週2回入浴しているが、時間、曜日、同性介助、回数など利用者の希望に沿った対応の工夫を期待する。</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>b</p> | <p>感染症対策マニュアルは整備しており、感染防止の為の入浴順番は配慮している。水虫対策も足浴にて対応しているが浴槽の区別は無く配慮が十分とは言えない。今後の検討を期待する。</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>b</p> | <p>脱衣室の戸を開けると浴室が目に入るので暖簾等の目隠しを下げる工夫をしている。又清掃は委託清掃が毎回清掃しているが、清掃チェック表の活用を期待する。</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>b</p> | <p>トイレ利用者は、プライバシーカーテンでの利用が多いが臭気や音等プライバシー保護とは言い難い。奥にドア付トイレがあるが車椅子で利用するには狭く十分ではない為今後検討を期待する。</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>b</p> | <p>利用者個々の排泄パターンをチェックしオムツ交換は随時交換にむけ移行中であるが夜は定時交換をしている。日中はトイレ誘導に取り組んでいるが十分でなくきめ細かい対応を期待する。</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組を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>トイレに行くのが困難な利用者が多く自立にむけ取り組んでいるが改善までには至っていない。チェック記録はあるが介護計画に上手く反映できておらず今後の取り組みに期待する。</p> |
| <p>A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。</p> | <p>b</p> | <p>清掃は委託業者が毎日午前中に行い、汚れた場合は随時職員が行う。戸が開いた状態でカーテンの仕切りの為快適な環境とはいえない。さらに、防臭対策とトイレ清潔チェック表の活用を期待する。</p> |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | c | 月曜日から金曜日迄毎日10組ずつシーツ交換している。汚れたときもその都度交換しているが職員の欠勤があると実施できない。交換日、要領の検討を望む。 |
| 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。 | b | 利用者の状態に合わせて毎日着替え、オムツ利用者の陰洗、清拭など必要に応じた支援を行っているが、経管栄養の利用者に対しては毎日の着替えは十分でなく今後の検討を期待する。 |
| 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。 | b | 毎月理容師が施設に来て対応している。衣類については、現在買い物希望する利用者は無く家族の代理購入になっている。季節ごとの外出支援、移動購入など考慮されることを期待する。 |
| 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。 | b | 毎年1回歯科医の検診を受診し随時チェックする仕組みになっている。口腔ケアは、毎日実施しているが拒否する利用者もあり、利用者の希望や意向を鑑みながらも毎日ケア出来る様な工夫を期待する。 |
| 2 - (6) 健康管理 | | |
| 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。 | a | 年に1度定期健康診断を実施している。診断結果を医師の指導のもと看護記録に残し利用者の健康管理に役立て、利用者、家族の安心に繋げている。 |
| 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。 | a | 毎日バイタルチェック、睡眠、食事、水分摂取、排泄等観察を行い記録を取っている。変化時は医師に連絡を取り、必要に応じ即対応できる体制を構築している。 |
| A - 2 - (6) - ③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | c | 内服薬、外用薬の管理は看護師が職務分担し勤務中は朝昼夕セットし服用介助している。不在時は介護職員が担当している。不在時は看護師室に鍵を掛けているが薬の放置が見られたので確実な保管を望む。 |
| 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。 | a | トロミ等の工夫で水分摂取は利用者の状況に応じ対応し、最低1000ccを目標にしている。摂取できないときは日誌にて申し送りをして適切な水分摂取に努めている。 |
| A - 2 - (6) - ⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。 | c | 現在褥瘡の利用者は1人おり、治療ケアに努めている。オムツ交換時に体位交換しているが体表交はない。記録し利用者の健康管理に役立てることを望む。 |
| 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。 | a | 週1回囁託医により回診が行われている。又、必要に応じ、電話相談で指示を受け、囁託医と連携を取りながら適切な医療が受けられる様に配慮している。 |
| 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。 | a | 緊急対応マニュアルを整備し適切な対応が出来る医療機関の協力を得ている。休日や夜間には、囁託医の診察を受診する事が出来、AEDも設置しており、安心に繋げている。 |
| 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。 | a | 利用者の状態に応じ専門医療機関へ受診できる連携が図られている。近隣医療機関に看護師が付き添っての受診も対応している。 |
| 2 - (7) 衛生管理 | | |
| 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。 | b | 感染防止マニュアルが策定されており、毎月委員会において見直され各部から職員に周知されている。研修が十分とは言えず活用されていないので検討を期待する。 |
| 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。 | b | 委託業者が毎日衛生管理マニュアルにて消毒など行い衛生管理しているが、施設としてのマニュアルが策定されておらず策定を期待する。 |
| 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。 | b | 利用者、職員、来客等は除菌剤で手拭を感染流行時にはマスク着用しているが、来客用のうがい場所がなく感染予防の観点からも衛生管理の徹底を期待する。 |
| 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。 | b | 各窓の開放と季節に合わせて加湿器、冷風機を使用し湿度、温度を適切に保っているが猛暑には対応しにくい部分も考えられるので、今後の設備状況の検討に期待する。 |

| | | |
|----------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | a | 短期入所利用者についても利用前に感染症の確認をして感染マニュアルに基づき入所者同様に感染対策を行っている。 |
| 2-(8) 機能回復訓練 | | |
| 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。 | b | 作業療法士を増員し個別プログラム策定に向け準備しているが現在全員のプログラム策定は出来ておらず、利用者の機能回復訓練に差が生じている。早急に整備されることを期待する。 |
| 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、十分に反映した取組を行っている。 | b | 夏祭り、サンマ祭り、チャンチャ祭りなど季節に合わせた行事やレクリエーションを家族、地域住民、ボランティアの参加を得て取り組んでいるが利用者の意向が反映していない。意向を聞き計画に反映する事を期待する。 |
| 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。 | b | 個々の利用者の心身の状況に合う車椅子、歩行器、ベッド等機能訓練士と検討支援しているが、利用者のペースに合わせたサービス提供にはなっていない。 |
| 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。 | b | 全員何らかの認知症症状があり、適切なケアができるように努力しているが認知症のマニュアルは無く研修も十分では無い。マニュアル、研修体制の整備を期待する。 |
| A-2-(11)-② 身体拘束は原則として禁止としている。 | c | 経管栄養利用者があり抜管する為、夜間のみつなぎを着せていた。現在は行動も治まりつなぎの着用はしていない。身体拘束が及ぼす弊害についての研修は行っているが認識が少なく、職員への研修と独自のマニュアルの整備のもと、身体拘束のしないケアを望む。 |
| 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 | 看取りを行う方針が明確化されており、過去5名の看取りをしている。利用者、家族に看取りについての説明がされ、意向を尊重しながら、医師の指示を受け対応している。 |
| 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 | 契約時に同意を得て早めに家族との終末期のありかたについて相談をし実施する場合には家族の協力を得て、さらに医師の助言も受け対応している。 |
| 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 | 協力医療機関と連携を取り看取りケアを行っている。必要に応じ往診、入院が可能な体制が構築されている。 |