

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

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(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	法人理念「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」と基本方針を明文化し、広報誌・パンフレット・ホームページ等に記載している。職員には毎年度当初の全体会議で、施設長が理念・当該年度の基本方針を資料を用いて具体的に説明している。職員一人ひとりがその目的と意義を深く理解し、日々の実践に主体的かつ創意工夫をもって反映させている。 利用者・家族向けには理念・基本方針を説明した簡易版のチラシと事業計画・行動計画を送付し理解の促進に取り組んでいる。日々において理念(尊厳の保持)に沿った自立支援介護の実践を通じ、職員・利用者・家族への周知を図っている。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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	厚生労働白書や関連書籍、関係団体(老施協、経営協等)・行政からの情報を含めて社会福祉事業全体の動向把握を行っている。法人内に地域包括支援センター(2ヶ所)・居宅介護支援事業所を有しており、地域の情報(利用者数・利用者実態、福祉ニーズ等)を継続的に把握・分析している。施設内では代表者会議にて要因分析を実施して今後の見通しを役職員で共有している。
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	法人内の定例理事会にて経営課題を共有している。施設内では管理者会議の中で経営状況や具体的な課題について協議している。管理者会議での決定事項・提案等は各会議(代表者会議、ユニットミーティング等)を通じて各リーダー・職員と課題を共有して、解決・改善に具体的に取り組んでいる。

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	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。	a	「経営の安定/業務改善で効率力強化」「利用者満足度/専門技術習得・住環境も安全安心と快適性」「人材の確保(育成)/リーダー職担い手人材の育成」「職員満足度/働きがい、やりがいある職場風土、アサーティブコミュニケーションで良好な人間関係の形成」の4項目を柱とする中・長期計画(3ヶ年)を策定しており、社会環境の変化に合わせて随時計画の見直しを検討している。
5	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。	a	中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画(運営計画)・年度スローガンを策定している。運営計画は施設全体の数値目標(1日平均利用者数、職員配置数)や各部門の重点項目を明示した内容となっており、1カ月単位で検証している。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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。	a	運営計画の数値目標は前年度の評価・職員の意見を踏まえて設定している。組織の目指す方向性を踏まえ、各部門の具体的な取り組みを重点項目として明示している。運営計画は職員全体で作り上げる流れとなっており、年度当初の全体会議で周知している。運営計画の進捗状況は半期毎にリーダー会議・部署会議の中で振り返りを実施して評価している。評価実施時に計画の修正が必要な場合は施設長会議・管理者会議にて見直しを検討している。
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	中・長期計画や運営計画の要点について家族向けに簡易版の資料を用いて家族に送付して説明している。利用者向けには生活改善会議(各フロアの利用者が参加)にて運営計画を説明して意見を聞く機会を設けている。

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	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。	a	施設内の各活動・実施案件(自立支援介護、各委員会、研修、行事企画等)は、PDCAサイクル手法に基づいて行う体制が整備されている。年1回、県の介護サービス事業所自己チェックリスト(指導監査様式・第三者評価項目)を用いて、各フロアリーダーを中心に運営上の自己点検を実施して改善点を抽出している。また3年毎に外部評価機関による第三者評価を受審して課題・改善点を把握して福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。
9	② 評価結果にもとづき組織として取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。	a	各委員会・プロジェクトチーム・役職会議・該当部門等において課題を職員間で共有し、改善項目別に実行期間(短期取り組み、年間取り組み)を設定して段階的に実行⇒評価を繰り返して改善に取り組んでいる。

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(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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。	a	施設長は各種会議の中で施設の方向性(自立支援介護・人材育成の推進等)を職員に示している。また対外的にも自らの考え方・施設の取り組みを福寿園便り(年1回)や広報誌LIFE(毎月)に表明している。施設長の役割・責任は分掌事務に明示しており、施設長不在時の権限委任について事務局次長及び主任職員による代行権限について文書化により明確化している。またユニット運営に関してはフロアリーダー及びユニットリーダーに権限委譲している。
11	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。	a	施設長は行政機関からの各種通達や研修への参加及び法人本部からの情報を通じて、運営上の関係法令全般について対応している。各規程・法令遵守マニュアルの作成や職員全体会議等の中で職員に遵守すべき事項(コンプライアンス、虐待防止、個人情報の保護、ハラスメント等)を周知している。
Ⅱ-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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。	a	法人理念の実現に向けて科学的根拠に基づく自立支援介護の実践に指導力を発揮している。サービスの質を担保するために人財育成・業務のIT化(省力化、情報共有、設備導入)により生産性の向上に取り組んでいる。人材育成のために多様な専門委員会活動の体制を構築し、職員の自主性の発揮や事業計画への参画推進、介護現場における権限委譲等、サービスの質の向上のために職員にとっても魅力ある職場作りに取り組んでいる。
13	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。	a	施設長は毎月の試算表・目標管理を評価し、人事・労務・財務について分析・把握を行っている。経営課題の改善(人財育成、人材確保)や業務の効率化(ICTの導入:iタブレットによる記録の効率化、介助ロボットの導入等)にも積極的に取り組んでいる。

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(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	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	a	法人全体の要員計画・配置基準(有資格者)に基づき、必要な福祉人材の確保に取り組んでいる。人員配置は休日消化・有給消化が実施可能な体制を整備している。法人全体で各種採用ルート(養成機関の新卒者、ハローワーク、就職フェア、SNSの活用、短時間パート等)を通じて採用活動している。職員研修は階層別で適材適所の研修計画を立案している。働きやすい職場として産休・育休休暇者による人員不足の予測を立てながら求人している。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人として「求める職員像」を明文化し階層別に職員に期待する人材像を示している。人事考課制度では職員の詳細・役割・モチベーション・専門性・職務遂行能力・就業態度等を定期的に評価している。給与規程にキャリアパスの内容を明示している。人事考課表の見直しや考課者の教育訓練、施設長との1ON1ミーティング(中間層職員との面談)を実施している。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	a 職員一人ひとりが働きやすい職場環境作り(計画的有給休暇付与、育児休暇・短時間勤務制度等)に取り組んでおり、「いしかわ魅力ある福祉職場制度」の認定を受けている。若手職員で構成する「魅力アップ委員会」を設けて職員の本音・不満・改善してほしい事をピックアップしてより働きやすい職場環境作りに活かしている。離職理由を分析して休暇の確保・有給休暇取得率・研修体制等を見直し、離職率の改善に取り組んでいる。メンタルヘルスに配慮し、メンタルヘルス研修の実施やストレスチェックの機会(年1回)、相談担当者・ハラスメント担当窓口・産業医によるサポート体制を整備している。
II-2-(3)		
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a 人材の確保・育成・定着に関する方針を、中・長期計画に明示しており、階層別に期待する職員像を示している。人材育成のために人事考課制度を導入し、目標管理(職員の個人目標)に基づく面接と施設長による1ON1ミーティング(中間層職員)を実施している。人事考課の結果は職員にフィードバックし、職員のモチベーションの維持向上を図っている。
18	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。	a 職員の教育・研修に関する方針を中・長期計画に明示している。キャリアパスを考慮した年間研修計画に基づいて施設内での勉強会を実施し、受講後はレポート提出により研修成果を確認している。研修委員会が勉強会の評価・分析を行い、次年度の計画内容に活かしている。新規採用時の研修計画(プリセプター制度の導入)を策定している。
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a 新人職員には新人育成プログラム・プリセプター制度を整備しており、OJTにより育成・スキルアップを図っている。現任者には一人ひとりの経験・能力を分析し必要な外部研修(階層別、専門分野等)の受講を計画している。施設が計画する研修だけでなく、職員が自己啓発的に参加できる外部研修に関する情報を掲示板で周知している。
II-2-(4) 、		
20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a 介護実習受入れマニュアルに実習の方針・目的・流れ等を明示している。実習指導者研修修了者7名を各フロアに配置しており、実習生にとって効果的な実習内容となるよう取り組んでいる。事前に実習指導者連絡会に出席して、養成校が用意したカリキュラムに沿った実習を実施し、巡回時・中間・最終と実習を振り返る機会を設けている。

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	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。	a	施設の各種情報(理念、運営方針、中・長期計画、運営計画、広報誌LIFE、ブログ他)をホームページ上で公開し、運営の透明性を確保している。利用者・家族からの苦情・意見は施設対応を玄関横の見やすい場所に掲示している。地域のコミュニティセンターや県内の福祉施設にも広報誌を配布し、施設の活動を幅広く広報している。
22	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。	a	施設内の取引に関するルールを経理規程に定めている。運営面に関し必要時は外部専門家の助言を受けている。法人内で定期的に監事による内部監査を実施している。

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	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。	a	町内回覧板から町内情報・行事企画を各フロアに配布している。施設の三大大行事(夏祭り、敬老会、餅つき会)や地域交流カフェ(毎月)に地域住民や他事業所が参加している。地域の行事(こども園交流、地域敬老会等)に参加している。また利用者にとって馴染みの自宅・美容室や行きたい店への外出支援に取り組んでいる。施設の三大大行事は地域住民と共に企画・運営しており、地域行事の一つの位置付けになっている。
24	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。	a	ボランティア受け入れマニュアルを整備し、各種ボランティア(傾聴、洗濯・シーツ交換、クラブ活動等)の受け入れを行っている。学校教育への協力の観点から、中学生のわく・ワーク体験、高校生の職場見学や花植え訪問(中庭の花壇)の受け入れもしている。
Ⅱ-4-(2)			
25	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。	b	地域の社会資源に関する情報をとりまとめて職員間で共有している。地域の社会福祉法人連絡会や介護老人福祉施設相談員連絡会に参加し、連携している。地域交流カフェの中で地域住民との交流を図っている。今後は、地域の状況やニーズをより把握するために地区の民生委員との定期的な意見交換をする機会を構築されることを期待する。
Ⅱ-4-(3)			
26	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが行われている。	a	施設内のギャラリースペースに地域住民の作品(写真、絵画等)を展示している。図書館を住民に開放しており、子ども達が日常的に利用している。施設内の多目的ホールで毎月交流カフェ「一福」(各種イベント・介護何でも相談等)や施設駐車場を開放しての秋祭りを開催し、地域住民との繋がりを深めている。災害発生時には地域の福祉避難所としての役割を担っており、今後は地区住民の一時避難場所も兼ねるように協議している。
27	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。	a	地域の福祉ニーズの把握のために公民館での福祉講座に出向き、コロナ過での対応などの講和を実施している。「介護110番」を玄関に掲示し、地域住民の気軽な介護相談に応じる体制を整備している。施設が有する自立支援介護・認知症ケアのノウハウを利用者家族・地域住民に還元できるよう、「認知症あんしん塾」を実施している。

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	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。	a	「個人の尊厳の保持」を法人理念に明示し、自立支援介護の実践に取り組んでいる。職員アンケートを実施してフロア毎に集計して職員にフィードバックし職員の意識向上に繋げている。毎年の全体会議で職員倫理について確認する機会を設けている。人権擁護研修や認知症ケア研修(能動療法)、身体拘束・虐待防止研修を実施し職員への意識づけを図っている。
29	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。	a	利用者の権利擁護のためにプライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアルを整備している。毎年「プライバシー保護」「虐待防止」をテーマとする研修・勉強会を実施し、職員への周知徹底を図っている。生活場面では羞恥心に配慮し、トイレを改修し、排泄・入浴介助時は同性介助の希望に対応している。不適切事案が発生した場合の対応手順は、虐待防止マニュアルの中に明示している。
Ⅲ-1-1 (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	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。	a	法人理念や提供するサービス内容を記したパンフレット・ホームページ・広報誌等を整備し、利用希望者に対して必要な情報を提供している。広報誌は地域のコミュニティセンター・近隣の病院・児童館にも配布している。施設全体で取り組んでいる自立支援介護についても、利用者・家族が分かりやすい資料・施設内案内動画を準備している。入所申し込み・電話相談時には、見学を受け入れている。
31	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。	a	入所時は「ご利用のしおり」を用いてサービス内容(理念、自立支援介護の取り組み、料金等)を事前面談確認表に沿って詳しく説明して確認している。契約書・重要事項説明書の内容については書面で同意を得ている。利用者の意思決定が困難な場合は必要に応じ、成年後見制度を活用している。
32	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。	a	福祉サービスの継続性に配慮し、サービスの変更(家庭復帰、病院・他事業所への移行時)を想定した「移行マニュアル」を整備している。サービスの変更(家庭復帰、病院・他事業所への移行)後に家族に渡す書面に退所後の相談窓口担当者・連絡先を明示している。
Ⅲ-1-1 (3)			
33	① 利用者満足度の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	年1回、利用者アンケート(意向調査:ヒアリング形式)を行い、利用者満足度の把握・分析を行って職員と情報共有している。また、家族会総会や家族会のイベントに出席して家族の意見・ニーズの把握に取り組んでいる。アンケート結果は内容を検討して施設の対応をフィードバックしている。

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	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a 苦情解決の仕組み(受付窓口・解決責任者・第三者委員の設置等)を整備している。入所契約時に渡すチラシ(苦情受付フローチャート図)、施設内でのポスター掲示、ホームページを通じて利用者・家族への周知を図っている。苦情を申し出やすいよう、玄関にご意見箱を設置している。苦情が生じた場合は受付書に記載し、適切な対応改善策を講じている。苦情内容・改善策は家族の同意を得て、玄関に掲示・公表している。職員には全体会議の場で、苦情内容・改善策等を周知している。今後、苦情の内容・改善策をホームページ・広報誌等でも公表する取り組みが期待される。
35	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。	a 各ユニットに担当職員の顔写真を掲示している。利用者の希望に応じ、相談室・会議室・図書コーナー等でも話や相談出来る環境を整備している。担当職員の顔写真の下に、利用者が誰にでも相談出来る旨の明示が期待される。利用者との会話はケース記録に記載して情報共有している。日頃より職員が利用者へ声かけて他のサービスの利用希望や生活上の悩み等を述べやすい機会作りに取り組んでいる。
36	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 利用者・家族の声に組織的かつ迅速に対応出来るよう、「意見・提案等に関する対応マニュアル」を整備している。また生活相談員が各フロアに出向き、利用者の声を吸い上げる機会(生活改善会議)を設けている。意見・提案・要望等については各会議で検討し、迅速に返答している。今後、利用者の意見・提案を受けた場合の一連の流れについても、フローチャート図化が期待される。
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	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 安心・安全なサービスの提供のためにリスクマネジメント体制(リスクマネジャーの選任、事故発生時対応マニュアルの整備、事故防止対策委員会の開催、ヒヤリハット・事故報告書等)を構築している。ヒヤリハット・事故報告は各フロアで検討し、対応・改善策を講じている。毎月、事故防止対策委員会でヒヤリハット・事故報告の内容を集計・分析を行い、再発防止策の有効性についての検証を行っている。年2回、委員会で施設内のヒヤリハット・事故の事例報告を行い、再発防止策の周知を図っている。法人で賠償責任保険に加入して賠償リスクを担保している。
38	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 感染対策マニュアル(予防策、発生時の対応手順等)を整備しており、感染症対策委員会を毎月開催している。県・保健所からの最新情報を踏まえ、マニュアルの内容を随時見直している。毎年、全体会議で感染予防に関する勉強会を年2回実施し、職員への周知徹底を図っている。感染症流行期に職員自身がウイルス等を持ちこまないよう、勤務前に検温を行い体調を確認している。法人全体でBCPを策定しており感染編も準備している。
39	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。	a 災害発生時(火災、地震、風水害、雪害、断水等)対応マニュアルを整備しており、防災委員会を毎月開催している。防災委員会が中心となり、年1回、災害時の対応に関する勉強会の実施を通じて職員に対応周知を図っている。年2回の火災想定総合避難訓練、年1回の地震・水害を想定した対応訓練を実施している。また2ヶ月毎に通報訓練を実施している。利用者の安否確認(点呼)や勤務外職員の安否確認(ネットサービス活用)方法を取り決めている。地域消防団との協定締結しており、備蓄については食品(管理栄養士)・日用品(SPD業者)が管理し、リスト化して各ユニット・厨房に準備している。水災対策について課題を認識しており対応策を検討している。

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	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	各種介護マニュアルに標準的なサービスの実施方法・手順を定めている。羞恥心を伴う場面(排泄、入浴時等)ではプライバシーに関して配慮すべき点を明示している。新入職員にはプリセプター制度を導入し指導職員によりマニュアル内容の達成度を定期的に確認して個別指導を行っている。今後は、現任者にも「遵守確認表」を用い日々のケアをマニュアルに基づいて実施しているかチェックされることを期待する。
41	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	マニュアルの遵守確認表の確認結果を基に、年1回職員(介護部長、リーダー、各委員会担当者等)が参加して「介護マニュアルの見直し検討会」を行い、実情に合わせてマニュアル内容の点検・見直しを実施している。
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	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。	a	ケアプラン作成マニュアルに計画策定の責任者及びアセスメントの手順を定めている。各種書式(包括・口腔ケア・24hシート等)策定して適切にアセスメントを実施している。ケアプランにサービス・自立支援介護の内容を具体的に明示している。また利用者一人ひとりの思い・願いを叶える「夢プラン」を立案し、ケアプランとも連動させてその実現に取り組んでいる。
43	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	ケアプラン作成マニュアルに、計画内容の見直しを行う時期・手順を定めている。ケアプランは基本、入所1ヶ月後、その後は6ヶ月毎・状態変更時に見直しを実施している。モニタリングを1ヶ月毎に実施して半年毎に総括してケアプランの更新・見直しに反映させている。カンファレンスには本人・家族も参加している。
Ⅲ-2-(3)			
44	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。	a	日々の支援がケアプランに沿って行われているかを、ケアチェック表や毎月のモニタリングで確認・評価している。初任者・中堅職員研修にて記録の書き方に関する外部研修を受講している。効果的なモニタリング実施のために、記録方法のルール化(利用者が発した言葉は「 」書きで残す、5W1H方式で客観的に記入する等)に取り組んでいる。パソコンのネットワークシステム・タブレット端末を活用し施設内の各種情報を共有する仕組みを整備している。
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	文書管理規程に記録の保管・保存・廃棄・開示に関するルールを定めている。個人情報保護規程を整備し、毎年全体会議で職員への周知を図っている。契約時に個人情報の利用目的を家族に説明し、書面で同意を得ている。

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

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			
A①	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	入所時に各シート(私の暮らし方、病歴、生活史等)を事前に利用者・家族に渡して記入してもらい、利用者の暮らしに関する意向(趣味、楽しみ、習慣等)の把握に活かしている。利用者の生活習慣・意向・出来る事・サポートが必要な事・必要な物品をケアプランと24hシートに反映し、自立支援介護(4つの基本ケア:水分・食事・排泄・運動)の目標をケアプランに明示して実践に取り組んでいる。利用者の生活習慣・出来る事について日常生活の中で役割を担ってもらっている。施設内の各種行事やクラブ活動(習字、生け花、編み物、茶道、民謡等)を楽しむ機会も設けている。利用者一人ひとりの思い・希望を叶える支援に取り組んでおり、担当者を中心に普段のかかわりを通じて、個々の思い・希望を把握→「夢プラン」を作成し、その実現に取り組んでいる。
A④	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	毎日の声かけ・会話・関わりを通して利用者とのコミュニケーションを図っている。毎年、外部講師による接遇研修を実施しており、会話のスピードや聞きやすい口調、利用者の尊厳に配慮した対応・言葉遣いの徹底を図っている。利用者毎のコミュニケーション方法を検討し、筆談等でのコミュニケーションにも取り組んでいる。認知能動理論のフレンドシップにより指示・命令的介護によるBPSDの改善に取り組んでいる。
A-1-(2)			
A⑤	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。	a	玄関・各フロアに権利侵害に関する具体的な事例・相談先を掲示して利用者・家族に周知している。職員向けには毎年全体会議にて人権擁護に関する研修を実施している。身体拘束廃止・虐待防止に関する指針・マニュアルを整備し、3ヶ月毎の委員会活動(事例検討)や施設内勉強会を通じて職員に周知している。毎年不適切ケアに関するチェックリストを用い、日々の支援を振り返る機会を設けている。緊急時やむを得ずの場合は手順をフローチャート形式で明確にしており、研修にて職員に周知している。

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			
A⑥	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	利用者が快適に過ごせるよう、共有空間の温度・湿度・明るさ等に配慮している。各ユニットのリビングは大人の生活空間・家庭的な雰囲気を意識したしつらえとしている。年2回、保険安全衛生委員会が職場巡視チェック表をもとに施設内全体を巡視し、5S(整理・整頓・清掃・清潔・しつけ)を保っているか、危険箇所がないかを点検している。必要に応じて家具を入れ替えている。居室で居心地良く過ごせるよう、自宅で使い慣れた物・安心出来る物(家具、仏壇、家族の写真、冷蔵庫等)を入所時に持ち込んでもらっている。家具等の配置は利用者の動きやすさ・安全性を重視している。

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			
A⑦	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。	a	8ヶ所に(普通浴、リフト浴、チェアインバス、特浴、個浴)の浴室を設けている。アセスメント後に利用者毎に適した入浴方法を検討して、利用者個々の希望(回数、時間帯、シャワー浴・清拭への変更、スキンケア、同性介助等)や身体状況・体調に応じた入浴介助を支援している。利用者が安全・快適に入浴出来るよう、入浴マニュアル・個別の注意事項を整備しており、入浴介助一連の流れ(声かけ～衣服選び～入浴～生活空間に戻る)をマンツーマンで対応している。
A⑧	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	自立支援介護の一環として「トイレでの排泄」を基本とし、平成27年3月～「日中オムツゼロ施設」の認定を受けている。利用者一人ひとりの心身の状況に合わせた支援のために、3ヶ月毎に排泄状態に関するスクーリングを実施して支援計画書を作成している。また毎月の職員間での検討(排泄委員会、自立支援ミーティング)や施設内での勉強会を重ね、排泄ケアの向上を図っている。4つのケア(水分、下剤中止、歩行訓練、トイレでの排泄)、その中の下剤に頼らない自然排便について便秘を治す7つのケア(規則正しい生活、常食、食物繊維、水分、運動、定時の排便、座位排便)に継続的に取り組んでいる。身体に無理なく立位を補助するロボットや踏ん張りができる器具についても身体に合わせて使用している。
A⑨	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。	a	作業療法士の指導のもと各種歩行器・各種車イス・歩行サポート器具等を活用して移動支援している。利用者が安全に移動できるよう個々の有する力・使用する器具等に関する情報を職員間で共有している。利用者の施設内での歩行・散歩時にいつでも休憩できるよう、廊下の所々に休憩用のイス・ソファ・ウォーターサーバーを設置している。利用者が移動介助を希望した時に即応できるようにリアルタイムモニターを活用している。
A-3-(2) 食生活			
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	食事時の環境・雰囲気づくり(盛り付け方、マイ箸の使用、姿勢、車イスの方は椅子に座って等)に配慮している。毎日の主食(ごはん、パン、おかゆ)・おやつ・食事の一部は選択肢を準備している。利用者個々の嗜好にも配慮し、苦手な物がある場合は代替品を提供している。毎食のご飯・朝食時の味噌汁は各ユニット毎に調理している。「食の楽しみ」を感じてもらえるよう、行事食(ピザ・パンの日、刺身、カニ、アユ・サンマの塩焼き、にぎり寿司、ブリの解体ショー、喫茶、いざり酒場等)にも力を入れている。パンの日を設け、ベーカリーふくふくと銘打ってパン屋(県内各地)で購入したものを提供している。
A⑪	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。	a	利用者個々の体調や状況に応じて食事形態と食事場所を変更している。利用者の嚥下能力・栄養面に配慮した食事(ソフト食、栄養補助食品の活用等)を提供している。胃ろうの方への経口摂取・常食化に向け、毎月の栄養改善委員会での検討やミールラウンドを実施している。「KTバランスチャート」に基づき多職種協働で取り組んだ事例を全国大会の研究会議で発表し、奨励賞を受賞している。利用者のスピードに合わせて職員は時間かけて食事介助している。
A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	月に2フロアを対象に口腔衛生士によるラウンドを実施している。担当職員が半年毎に口腔アセスメントを行い口腔内を観察している。口腔ケアマニュアルを整備し、ケアプランにも反映しながら口腔ケアを実施している。嚥下性肺炎の予防・口腔機能の維持に繋がるよう、利用者個々の口腔内の状況に応じて回数を調整している。歯科衛生士を招き、口腔ケアに関する勉強会を実施している。全体会議にて誤嚥発生時の対応研修を実施している。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a 褥瘡発生予防に関する指針・マニュアルを整備し、多職種協働で予防対策(ブレードスケールで年2回のリスク判定・評価、体位変換の実施、エアーマット・体圧分散マットレスの使用、栄養状態の改善等)や早期の発見・対応に取り組んでいる。毎月の褥瘡委員会や週間ミーティングの中で皮膚トラブルの有無を確認して、施設内事例をもとに各フロアで情報を共有して予防に取り組んでいる。外部のスキンケア研修を受講(介護士、看護師)して研修内容を褥瘡委員会メンバーで共有している。
A-3-(4)		
A⑭	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。	a 業務方法書に介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施手順を明示している。指導看護職員を2名配置し、安全管理体制(医師の指示書あり)を整備しており、順次施設内研修を実施している。夜間に対応可能な職員を1名配置している。
A-3-(5) 機能訓練・介護予防		
A⑮	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。	a 自立支援介護の一環として、利用者個々の身体状況に応じた運動(歩行・立位訓練)や生活の中での役割設定(タオルたたみ等)と生活リハビリ(仏壇参りを目的場所とした歩行等)、食事の姿勢についてケアプランに反映させて支援に取り組んでいる。作業療法士が作成した個別プログラム(目標、目的ある運動)に基づき機能訓練を実施している。利用者の希望に応じてパワーリハビリ体制(マシンの設置、指導資格の取得等)を整備している。
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a 認知症対応マニュアル・認知症アセスメント・ケアチャートを整備し、受容・共感の姿勢を職員に徹底している。認知能動理論の学びからBPSDにはフレンドシップケアに取り組んでいる。4つの基本的ケア(水分・食事・排泄・運動)と「BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」をもとに、フレンドシップケアなど薬剤に変わるケアにより向精神薬の必要性を低下させ、嘱託医・薬剤師と多職種が連携を図りながら減薬に取り組む、症状の改善(活気を取り戻す、言葉数が増える等)を図っている。
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	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 利用者個々の病歴・薬事情報を職員間で共有し、日々の健康管理(定期・随時のバイタルチェック、内服支援、医療処置等)を行っている。利用者のデータは毎月の回診時に医師へ相談表として共有している。高齢者に多い病気・症例について、施設内の勉強会で学習する機会を設けている。利用者の急変に備え、緊急時対応マニュアルや看護職員(夜間オンコール体制)・嘱託医(救急搬送判断)への連絡手順を整備している。また緊急時対応(AEDの使用法、誤嚥・窒息時の対応、酸素の使い方等)に関する勉強会を毎年行い、職員への対応周知を図っている。
A-3-(8)		
A⑱	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 看取りの指針を策定し「看取り介護・支援の流れ」に終末期の対応手順を明示している。終末期に関する意向を家族(可能な場合は利用者本人)に定期的に確認している。嘱託医が終末期と判断した場合は家族との話し合いの場を設け、意向を確認・書面での同意を得ている。終末期は看取りプランを作成し、施設で可能な限りの緩和ケアを行っている。より良い看取り支援提供のために、施設内での勉強会(年2回:死生観、事例検討等)を実施しており、看取り事例後は偲びのカンファレンスを実施している。

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			
A⑱	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	必要に応じてフロア担当者・生活相談員より電話・メール・LINE(写真、動画)・手紙等でコミュニケーションを図っている。家族との面会・電話連絡の内容は状況連絡票に記録し、職員間で情報共有している。面会時やカンファレンスの場で家族の意向・要望を確認し日頃の支援に反映している。入所後も利用者・家族との繋がりが途切れないよう、施設・家族会の行事(視察旅行)やフロア活動に家族の参加を募っている。