

(別紙)

第三者評価結果

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>理念と基本方針は毎年度の計画書に記載されています。また各ユニット内に理念を掲示しています。利用者と家族に対しては、入居前に重要事項説明書を用いて理念を説明しています。家族会にも理念を説明する機会があります。地域の方への理念の周知活動は、施設見学者、地域交流行事の開催時に行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>経営状況の把握と分析は栃木県済生会高齢者ケアセンターの管理部で行い、概況・昨年実績・今年度計画を示して各部署の職員に周知しています。コスト削減の分析やサービス利用の統計を把握して改善した結果、収支に一定の成果を上げています。今後は、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人が位置する地域での特徴・変化の経営環境や課題を把握・分析することを期待します。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>経営課題を分析した結果、事業所内でコスト削減委員会を立ち上げています。省エネ診断を受けて空調設備の温度管理の見直しや、事務用品などの使用状況も見直してコスト削減に繋がっています。人事・労務関係では、人材育成のために階層別教育を導入して階層ごとにスキルアップする仕組みを取り入れています。階層ごとにスキルアップすることで、以前の年功序列の給与制度を見直し、職員のスキルに応じた給与制度も取り入れています。</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。	a・b・c

<コメント>		
平成30年度から5年間の事業計画を済生会栃木支部の病院、特別養護老人ホーム、ケアハウス、乳児院の4事業所に分けて作成しています。事業計画の項目は、法人の使命の追求、新たな分野への挑戦、経営基盤の強化、法人ブランドの確立と発信、コンプライアンスの徹底、国際連携の推進、災害対策の推進の7つに分けた内容になっています。作成した企画は、各事業所の運営会議で発表され、職員に周知しています。また、当期活動増減差額利益率について、年度ごとの目標値を設定して取り組んでいます。		
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。	a・b・c
<コメント>		
毎年度事業所の年間サービス目標及び計画書を冊子にして、各ユニットに配布し職員への周知を図っています。内容は、運営理念や基本方針をもとにした計画やサービス利用の目標数値、専門職の目標、各ユニットの目標と具体的な実施内容も明記されています。単年度の収支予算も作成されており、数値目標を達成するために取り組んでいます。各委員会が単年度の目標を設定し、活動していくと更に目標達成が近くなります。		
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。	a・b・c
<コメント>		
定期的ではないが、事業計画を達成するために各委員会や各専門職が評価・見直しをしています。評価・見直しの会議では、正規職員だけでなく非正規職員も参加して職員参画のもとで評価・見直しが行われています。委員会の会議を開催しても参加人数が少ないため、会議の時間を変えたり時間を短くしたりなど、多くの職員が参加することが出来るように工夫していますが、まだ、改善が必要です。		
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。	a・b・c
<コメント>		
利用者や家族は、入居契約時に職員から事業計画の説明を受けています。また、事業所の玄関窓口や1階図書コーナーで自由に閲覧することもできます。家族会でも資料を配布して周知を図っています。		

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。	a・b・c
<コメント>		
サービス向上委員会が中心となり利用者・家族の苦情相談の対応や接遇マニュアルの作成を行っています。利用者満足度調査を毎年実施して評価・分析を行っていますが、その後の具体的な取り組みは、十分とは言えません。接遇に関しては、毎年職員に対して接遇チェックシートを活用して、自身の振り返りチェックをする機会があります。今回の第三者評価の取り組みは、サービス向上委員会が主体となって実行しています。		

9	I-4-(1)-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・b・c
<p><コメント></p> <p>今回、初めて第三者評価を受審したことで、評価結果をもとに職員が一丸となり改善策の実行に期待します。</p>		

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
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は自らの役割と責任を明文化して職員への周知を図っています。年2回の家族向けの広報誌では、事業所の取組みや方向性を述べています。会議や研修において組織内で表明するなど取り組んでいますが十分と言えない状況です。災害や事故等の役割と責任についても組織内に十分に伝え、理解を得るための工夫が必要です。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者が中心となり法人本部から得た法令などの情報を職員に伝えていきます。新しく入職する職員に対して必ずコンプライアンスの研修を行い、その後も年に数回に分けて全職員が参加できるように開催しています。毎年度作成する事業計画の冊子にもコンプライアンスを確立するための説明があり、職員への周知に努めていますが十分と言えない状況です。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は利用者のケアカンファレンスや各委員会に参加して意見を述べ指導力を発揮しています。また年1回職員面接を実施し、仕事のやりがいや給与面、職場配置、家庭の事情など質問事項マニュアルに沿って聞き取りを行い、職員のモチベーションアップに繋げています。ただ、一部の職員面接となっていますので、全ての職員面接の取組みに期待します。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の働きやすい環境整備に取り組むつつコストバランスも考えて業務を実行していますが、指導力を十分に発揮しているまでには至っていません。経営の課題は、人事・職員育成・労務・接遇と結果がすぐに出るものではないため、今後も継続した指導が必要となります。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>入職した職員に対して施設長や課長が教育担当として指導力を発揮しています。職員が定着するために人事考課制度を取り入れ、職員のレベルに応じた給与体制など実力次第で給与がアップする仕組みを導入しています。それに伴いレベルを上げるため一人ひとりの研修計画を立てています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>昨年度、職員の意見を集めた中で、人事管理の見直しを行っています。人事管理の内容は、従来の年功序列制度を見直し、職員の専門性や遂行能力、職務に関する成果や貢献度を適切に評価して、それに沿って職員の処遇整備も行っています。人事考課制度を導入するにあたり外部のコンサルタントに定期的なアドバイスを貰うなど、人事管理の取組みに力を入れています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>働きやすい職場づくりとして、職員の出産前後休暇や育児休暇の取得しやすい環境を整備しています。職員の多様な働き方を認め、家庭の事情から日中のみの短時間で働くことなどワークライフバランスに配慮した取組みを行っています。職員が委員会の会議に参加して超過した時には、残業手当が支給されています。労働衛生管理者が週1回各事業所を巡回して職員の労働環境、メンタル面のチェックなども行っています。また、職員の精神的なケアのために、看取り後のカンファレンスも行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>キャリアパスは、ステップ1からステップ6の階層別になっており個人の社会カスキルと介護カスキルに分けて、目標設定がされています。目標を到達するには内外の研修に参加しなければならないシステムになっており、研修計画も重要な要素となっています。たとえば、新人の職員がステップ4まで到達するには、どのようなスキルを得てどのような研修に参加すればよいか明確になっています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>教育委員会が中心となって職員教育・育成のための研修計画を立てています。各委員会や専門職などが講師となって看取りや感染防止、食中毒など、その時期に合わせた研修が行われています。新人職員・中途採用の職員がレベルに合わせて受けられるよう、幅広い研修プログラムが用</p>		

意されています。さまざま研修プログラムを開催していますが、参加率が低い研修もあり改善が望まれます。		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>キャリアパス制度には、新人職員からリーダークラス職員の階層別に、受講すべき内外の研修名が記載されています。その表記された研修を目標に一人ひとりの研修計画が立てられています。研修計画は全ての職員を対象にしています。階層が上がるごとに、さまざまな知識が得られるため介護福祉士や社会福祉士の資格取得にも繋がっています。職員が研修に参加しやすいように、同じ研修の複数回開催、講義DVDの貸し出しなど受講環境を整備しています。今後は外部研修に参加した職員が事業所で伝達研修を行うなどの取組みに期待します。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>実習生の受け入れは、相談員が窓口となって積極的に対応しています。社会福祉士と介護福祉士の指導資格を取得した職員を配置し、実習生の指導にあたっています。実習プログラムは養成校側の実習内容に合わせて対応していますが、社会福祉士、教員免許取得に伴う介護等の体験プログラムは整備してあります。実習生を受け入れることで、職員も業務の振り返りもできるため、新たな気づきを得られる機会となっています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>情報公開の手段は、主に事業所のパンフレットやホームページ、家族向けの年2回の広報誌です。広報誌は行事の様子や事故報告、苦情・相談に対しての内容及び対応、更に再発防止策を掲載しています。イベントや普段の生活の写真も多く事業所の様子がひと目で分かります。現在、ホームページをリニューアルしていますので、この機会に財務に関する情報提供も期待します。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>会計監査は、同法人本部の内部監査と監査法人会社の外部監査を受けています。透明性の高い適切な運営を行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p>		

<p>3 2年続く事業所主催の盆踊りは、地域住民が楽しみにしている夏祭りの行事です。模擬店なども出て盛大に開催されています。毎年、施設利用者も地域の文化祭に参加するなど、積極的に地域との交流を図っています。地域の中で認知症サポーター—講義を開き、認知症の理解が得られるように活動しています。また、地域包括支援センターと共に地域の人を対象に徘徊者に対する声掛け活動の模擬訓練を行っています。事業所内の喫茶室は地域にも開放して、地域の方がくつろげる場所となっています。</p>		
24	<p>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。</p>	<p>㊦・b・c</p>
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れは、余暇活動支援委員会とボランティア委員会が協力して詩吟、書道、アニマルセラピー、かたりべ、園芸、大正琴のイベントを定期的で開催し利用者も楽しみにしています。ボランティア登録カードの管理やイベント後の記録などが整理されています。利用者の希望するものと合致するボランティアを受け入れるなど個別ケアにも対応しています。イベント活動終了後、ボランティアの方と職員は振り返りを行い、反省点などを今後の活動に活かしています。</p>		
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	<p>a・㊦・c</p>
<p><コメント></p> <p>ケアハウス、グループホームなどの高齢者ケアセンター内の各施設や済生会宇都宮病院などとの連携は勿論、地域包括支援センターや自治会などと連携が行われています。地域の各関係機関とは年度初めに顔を合わせる機会がありますが、定期的な会議を設けてはいないので、定期的な会議を開催して関係を深めることを期待します。</p>		
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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>	<p>a・㊦・c</p>
<p><コメント></p> <p>地域交流スペースを開放して、地域の方がイベントを開催できるようにしています。智賀都神社のお祭り際には、事業所の駐車場を関係者の休憩スペースとして開放しています。事業所内の喫茶室は地域の方も気軽にランチを食べたり、コーヒーを飲むなど利用することができます。また、宇都宮市と災害時の福祉避難所として協定を結んでいます。障害者や高齢者が避難できる施設として期待が大きいです。</p>		
27	<p>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>	<p>a・㊦・c</p>
<p><コメント></p> <p>平成28年4月からいちごハートねっと事業を始め、障害や児童、貧困などの「おこまり福祉相談窓口」を設置して相談支援を行っています。今後は地域の具体的な福祉ニーズを把握し、事業所独自の公益的な事業・活動を積極的に行うことを期待します。</p>		

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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>基本方針をはじめとするさまざまな計画やマニュアルに利用者尊重の姿勢が反映されています。しかし、利用者尊重を総括した独立の規定、あるいはマニュアルが無いので周知・共有化する点で十分な取組みとは言えません。待遇マニュアルと違った視点での利用者尊重の項目が出来ることを期待します。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>基本方針や各種マニュアルに利用者のプライバシー保護等の権利擁護関係の記載はあります。身体拘束廃止委員会が中心となり身体拘束ゼロを目指していますが、虐待防止に関する取組みが不十分です。待遇とは違った視点での取組みに期待します。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>見学者等への説明、ホームページやパンフレット等で必要な情報は提供できています。しかし、利用者本人にとって知りたい情報をわかりやすく伝える点では、工夫が望まれます。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>入居等のサービス開始・変更にあたって個別に対応しています。しかし、本人が説明を理解しているか、同意をしているかが不明瞭な場合の対処・留意点等を組織として標準化することに期待します。</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・c
<p><コメント></p> <p>提供されているサービスの特性から変更・移行の具体例は少ないですが、他の施設・事業所また諸機関との連携のもと、適切に対応しています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>定期的に利用者満足度調査を実施、サービス向上委員会で分析・検討が行われています。しかし、改善・向上への具体策が利用者等および職員に十分に周知がされていません。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決のため苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置も含めた体制、その周知、さらに検討と対応、それらの公表まで整備されています。とちの木荘だよりによる公表を行っていますが、事業所内に掲示するなどの取り組みに期待します。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>入居時の説明から、相談体制、意見箱の設置、また相談室を設けているなど環境は整備されています。しかし、日常的な声かけや傾聴、本人の意向を推測するための環境・注意観察などへの工夫、取組みを向上させることが望まれます。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族からの意見や要望、提案などには相談員をはじめサービス向上委員会で対応しています。相談や意見を受け付けた後の対応と公表のマニュアルは未整備です。苦情にまで至らない意見や要望に対しての体制整備を期待します。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>事故防止対策委員会を中心に体制整備が来ています。要因分析から改善策に至るまでの再発防止を行っています。職員周知のため「りすくまねじめんと通信」「りすくまねじめんと検討結果」を全ユニットに配布しています。しかし、事故報告を収集し、要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施に至るまでの取組みは十分とは言えません。</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・c
<p><コメント></p> <p>感染症予防マニュアルと関連するマニュアルは写真付きで理解しやすいものとなっています。職員に対する研修等の開催も行われ、予防策が適切に講じられています。感染症予防委員会は、その季節や時期による感染予防の通知を作り、職員周知に力を入れています。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>防火対策や自然災害、地震対策の対応マニュアルが整備されています。しかし、現実的な検討の上での防災計画を策定して、災害時のライフラインの混乱など火災対応以外の訓練を実施・検討す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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>基本サービス計画をはじめとする各種マニュアルや計画で適切に文書化されています。更に標準的な実施方法に沿ったサービス提供をするために、写真や映像などを活用した具体的手順のマニュアル作成や研修を通しての再確認など一層の向上の取組みに期待します。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会を中心とした仕組みは確立しています。しかし、標準的な実施方法を定期的に検証・見直しする時期を決めるなど、PDCAサイクルを組織的に行う仕組みの確立に期待します。</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支援計画を適切に策定している。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>一人ひとりのサービス実施計画を策定するための、アセスメントから計画策定、実施、評価・見直しといった一連のプロセスが専門職も含めて行われています。しかし、利用者一人ひとりの具体的なニーズの介護計画の反映は、不十分です。利用者の「その人らしさ」が見える介護計画に期待します。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>定期的に個別支援計画の評価・見直し手順を実施しています。今後は見直しをする際、目標そのものの妥当性や、具体的な支援や解決方法の有効性などについて検討を深めることを期待します。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>デジタル記録システムによって、記録と共有化が行われています。記録を職員に十分に周知するには、組織的な取組みが必要です。知っておくべき情報が職員に正確に伝わる仕組み作りや、他職種との抽象的言葉の差異など、研修を通して学ぶことも期待します。</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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>栃木県済生会高齢者センター個人情報保護基本方針、情報セキュリティ対策基本方針、特定個人情報取扱規程のもと、取り扱いや漏洩対策、情報開示の対応などを定め、また職員にも研修が行われています。</p>		

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりを把握した「24時間シート」を用いて、一人ひとりの望む暮らしの生活に取り組んでいます。起床時間や就床時間、食事の好みなど、本人の希望を取り入れた過ごし方をサポートしています。また、アニマルセラピー、傾聴、かたりべ、園芸等、多くのボランティアが訪問して、利用者の希望に応じて参加することができるようになっています。寝たきりや意思疎通が困難な利用者に対して、日常生活の暮らしの支援に更なる工夫が必要です。</p>		
A②	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。	非該当
<p><コメント></p> <p>非該当のためコメントなし。</p>		
A③	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。	非該当
<p><コメント></p> <p>非該当のためコメントなし。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>接遇マニュアルをもとに利用者とのコミュニケーションを図っています。意思疎通が困難な利用者に対しては筆談やジェスチャー、目の動きを観察して何を訴えたいのか汲み取っています。毎年、接遇診断テストやケアチェック表を用いて改善を図っていますが、チェック後の分析や見直しが不十分なため改善が期待されます。</p>		
A-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・c
<p><コメント></p> <p>県が主催する高齢者権利擁護等推進事業が当事業所内にある研修センターで開催されることもあり、該当する職員が受講しています。事業所内において指導的な立場にある者が対象者となり講義・演習・自施設実習（60日間）が組まれた内容となっています。研修終了後は、他職員に内容を周知し権利侵害を未然に防いでいます。事業所内では、事故予防対策委員会及び教育委員会が中心となり身体拘束防止についての内部研修が実施されています。</p>		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>当事業所は5年前に多床室から、全室個室の造りとなっています。居室はベッド、ベッドマットレス、タンスは事業所の備え付けですが、その他は家族の持ち込みとなっています。利用者のこれまでの生活環境を尊重するため、仏壇などの持ち込みもできます。リビングは床暖房の設備があり、冬季は過ごしやすい環境となっています。今後は、利用者の意向を尊重した環境の整備に、より一層取り組まれることを期待します。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各ユニット内に個浴が整備されている他、利用者の心身の状態に合わせた入浴ができるように事業所内に機械浴が整備されています。重度化した利用者に対して、介護機器を導入して安全に入浴支援をしています。</p>		
A⑧	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・b・c
<p><コメント></p> <p>各ユニット内に3ヶ所のトイレがあります。個人別排泄表を活用して適時にトイレへの声かけや誘導を行い一人ひとりに応じた介助を行っています。バルーンカテーテルが留置されている利用者には、看護職員、介護職員が連携して対応しています。一昨年から排泄プロジェクトが組織されていて、毎月1回、介護員、栄養士、看護師による話し合いで、適切な食事や水分量の確認などが行われています。また、取引業者を講師に招いて、おむつの当て方の研修会を開催し、適切な排泄介助が実施できるようにしています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>月に1回、理学療法士が来居しています。予めユニットから見て欲しい利用者をあげておいて、来居時にその利用者に適した支援方法の助言を貰っています。寝たきりの利用者の適切なポジショニングや、移乗時の助言を貰っています。また、利用者本人から歩きたいと訴えがあった場合は理学療法士にその旨を伝えて、歩くためにはどのような訓練が必要なのかなどのアドバイスを貰っています。</p>		
A-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・b・c
<p><コメント></p> <p>ご飯・お粥は各ユニットのキッチンで炊いており、食事の時間になると炊きたてのいい香りが漂い、出来たてのご飯を提供しています。主菜・副菜等は、外部の委託業者が事業所の厨房で調</p>		

<p>理・提供しています。利用者一人ひとりの生活に合わせた喫食時間に提供し、かつ衛生管理を適切に行うために、「クックチル」と呼ばれる調理システムを導入しています。当事業所のクックチルシステムは外部の委託業者が厨房で調理したものを急速に冷却し、各ユニットへ配達しています。ユニットでは冷却された食事を再加熱して中心温度を確認後、利用者の起床時間等に温かい食事を提供しています。月1回開催される栄養管理委員会は委託業者も交えて、利用者の嗜好を考慮しつつ季節を感じられる食事やイベントに応じた行事食などの話し合いが行われています。</p>		
A⑪	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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>食事の時間や食事の回数等、一人ひとりの希望や状態にあった時間・回数で対応しています。また、ソフト食やトロミを使用し誤嚥を予防しています。食器の工夫や自助具を使用し自力摂取できる支援を行っています。食後や水分摂取後は摂取量をシステムに入力・管理しています。毎日、昼食時には事業所の栄養士が各ユニットを回り利用者の摂取状況や本人の状態を観察しています。</p>		
A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>協力歯科医療機関から歯科往診や歯科衛生士の訪問があり、各ユニットを回りながら、指導や助言を貰い内容を職員が共有しケアにあたっています。口腔ケア維持機能に関するマニュアルはあります。</p>		
<p>A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア</p>		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>看護師がリーダーとなり褥瘡予防対策委員会を設置しています。リスクが高い利用者を把握し、ケア内容や食事内容の検討を行っています。高齢者のリスクアセスメント・スケールとしてOHスケールを使用し、毎月リスク管理を行い褥瘡の予防に取り組んでいます。褥瘡予防に関する基礎知識の研修や褥瘡予防支援マットレス講習を開催し、利用者の状態に合った福祉用具を使用しています。</p>		
<p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
A⑭	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>現在、痰吸引の必要がある利用者が数名います。看護師と介護職員が協力して喀痰吸引を実施しています。喀痰吸引の研修機関が少なく研修の機会がないことで、吸引を行える職員が増えない状況です。経管栄養も、医師の指示のもと看護師が実施しています。</p>		
<p>A-3-(5) 機能訓練、介護予防</p>		
A⑮	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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>日常生活動作やグループ活動などを含め、個別機能訓練とした個別機能訓練計画書が作成され、それをもとに実施し記録されています。月に1回、理学療法士が来居し、予め見て欲しい利用者</p>		

<p>をあげ、助言や指導を受け、本人の状態に合わせて個別機能訓練計画書を修正しています。判断能力の低下や認知症の症状の変化が見られた利用者に対してはユニットの職員から看護師に相談し、看護師から医師の回診時に診てもらうようにしています。</p>		
<p>A-3-(6) 認知症ケア</p>		
A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりのアセスメントを適切に行い、認知症の状況を把握し計画を作成しています。行動・心理症状のある場合は定期的に見直しを行い、症状の改善に努めています。認知症高齢者のケアについて内部研修が計画されています。当事業所には、認知症ケア専門士の資格を持つ職員が在籍していますので、専門士と認知症介護実践リーダー研修の修了者と協力して力を発揮することを期待します。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>体調に不安がある利用者については看護師が医師へ相談し、看護師からユニットの職員に指示を行い早期に対応しています。夜間帯は、看護師の24時間オンコール体制が整備されています。緊急時は緊急時対応マニュアルが整備されていて手順に沿って対応しています。予め協力ユニットが決められており、2ユニットに1人夜勤者で対応しています。看取り介護を実施するようになってから、以前より救急搬送するケースは少なくなっています。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>看取りの方針があり、協力医療機関の医師との連携体制や手順、看取り介護に関する職員研修が確立されています。看護師が担当となり、看取り介護に関する計画が作成され定期的なカンファレンスと家族への状況報告を行っています。昨年は32名の看取り介護を行っています。終末期には家族が施設に宿泊できる環境も整えられています。看取り委員会が設置されていて、ケア内容の検討や研修も行われています。職員に対しては、「しのびのカンファレンス」が行われていて死後の精神的なケアも行われています。</p>		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
<p>A-4-(1) 家族等との連携</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族に支援する職員を覚えてもらえるように各ユニット内に、職員の写真を掲示しています。利用者に変化がある都度、担当職員が家族に連絡を入れたり、定期的に介護計画作成時や見直し時に本人や家族の意向を聞いています。職員は普段から面会に訪れた家族から要望を聞くように心がけています。前項目でも記載していますが、終末期には本人や家族の思いを大切に、</p>		

自宅外泊の支援や家族が事業所に宿泊し最期を一緒に過ごせるような環境を提供しています。身寄りのない利用者に対しては、成年後見制度を活用しています。年に2回広報誌を発行し、利用者の生活の様子や、行事予定や報告、苦情相談、事故発生状況の内容を伝えています。

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A⑳	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。	非該当
<コメント> 非該当のためコメントなし。		