

(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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は、会議や研修会で職員に説明して周知を図っています。利用者に対しては入居の契約時に理念や基本方針を説明しています。事業所の玄関の掲示板に運営理念を掲示して訪問者にも周知できるようにしています。職員への周知を図っていますが、今後は職員が理解しやすい工夫を期待します。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>栃木県済生会高齢者ケアセンターの運営会議で事業経営に関する把握・分析が行われています。高齢者ケアセンターの各事業所の代表者9名で、話し合いが毎月行われています。高齢者ケアセンターでは、資金収支計算書の状況(事業活動・施設整備・その他の活動)に分けた収支計算が作成されています。定員ひとり当たりのサービス活動収益は、計算式を用いて計算しています。今後は社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向も含めた分析も期待します。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>栃木県済生会の支部理事会や支部監査等において経営状況の共有が図られています。経営状況や改善すべき課題については、職員に周知して組織的に改善努力が行われています。事業所内でコスト削減委員会を立ち上げて室温管理などに取組まれた結果、コスト削減に繋がっています。</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。	㉠・b・c

<p><コメント></p> <p>栃木県済生会高齢者ケアセンターの各事業所に果たすべき役割を明確にして、中長期の目標が設定されています。良質なサービス提供のための職員の確保や利用者の利用率の向上、人材育成、地域交流、災害対策などの項目に分けて、数値目標や具体策が設定されています。また、計画は必要に応じて見直しを行っています。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>中長期計画の内容が単年度計画に反映されています。単年度の事業計画は実現可能な計画が作成されて、職員に周知されています。今後の課題として、計画を作成する段階で職員の意見を取り入れるなどして具体策まで作成できるよう期待します。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>毎年4月に栃木県済生会高齢者ケアセンターの運営会議で事業計画の目標と取組の結果について確認しています。今後は職員に対して、事業計画の理解を促すための取組を期待します。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族等に対しては、事業計画の内容を掲示板に掲示したり口頭で説明されています。利用者によっては事業内容の理解に個人差があるため、今後は説明の仕方に工夫が必要です。</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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>組織的に福祉サービスを向上させるための活動が行われています。正規職員には業務を8項目に分けて自己評価を行っています。また、短時間職員の自己評価は簡易バージョンで行っています。利用者サービス・職員の業務など初期に立てた目標と来期の目標を記載して何をどのレベルまで、どのように取組するかが、求められています。第1次・2次に上司のコメント欄があり、職員への気づきを促しています。今後は定期的に第三者評価の自己評価等を繰り返して行い、更なる職員の気づきが得られるような取組に期待します。</p>		
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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>改善課題に対して職員の共有が図られ、職員参画のもとで改善策や改善計画を作成しています。今後は具体策を明記し、課題改善が組織的に行われることを期待します。</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・㊸・c
<コメント> 施設長は、事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしています。施設長の役割と責任の説明は、職員に十分に周知されていない点があるので周知の工夫を期待します。		
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・㊸・c
<コメント> 施設長は遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者との適切な関係を保持しています。また、法令遵守の観点から経営に関する研修や勉強会に参加しています。職員への法令遵守は機会を作り取組んでいますが、十分な周知までには至っていません。		
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。	㊸・b・c
<コメント> 施設長は実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っています。また、職員の教育・研修の充実に向けて階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保して積極的に行なっています。		
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・㊸・c
<コメント> 施設長は経営の改善や業務改善の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務などを踏まえて分析を行っています。経営の改善を最重要課題として取組でいますが、成果が十分に発揮されていない点もあるため今後の取組に期待します。		

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・㊸・c
<コメント> 必要な福祉人材が定着できるように法人の基本的な考えや人材の育成が示されています。また、福祉人材の確保では常勤職員と非常勤職員のバランスを考慮し障害者雇用への対応も含めた立案が行われています。職員紹介制度があり、職員が新たに対象職種の職員を紹介した場合に		

は、報奨金を支給する制度なども取り入れて人材確保に努めています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>3年前から人事考課制度を取り入れています。現在は試行段階ではありますが、年1回の評価を行い、評価結果は次年度の業務改善につなげています。また、評価結果は昇格に反映される仕組みで、施設長と管理職上級のメンバーからなる考課委員会で決定される予定です。今後は人事考課制度の早期の本格運用と運用するリーダーの研修等が充実することに期待します。</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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の仕事と生活の両立に配慮した、勤務シフトが立てられています。現在はコロナ対策で中断していますが2ヶ月に1回「おしゃべりない」と実施して、職員が集まりお菓子や飲み物を飲みながら雑談できる企画を行っています。職員の資格補助制度では資格取得等の支援や受講料補助などの取組が行われています。法人は職員から自由な意見を募集して、働きやすい職場環境づくりに努めています。</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・㊸・c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度では、職員一人ひとりの目標を設定して取組んでいます。年に2回の上司の面談などもあり目標管理が行われています。職員の目標が明確になっていないこともあるため、今後は目標設定を具体的に設定して取組まれることを期待します。</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・㊸・c
<p><コメント></p> <p>栃木県済生会高齢者ケアセンターが作成した教育・研修計画にもとづき、教育・研修が行われています。認知症介護研修や高齢者介護の医学的知識の講習などにも参加しています。研修に参加した職員は、復命書に資料を添付して他の職員が把握することができるようにしています。現在、計画的に研修を実施していますが、評価と見直しをする機会が不足していますので改善を期待します。</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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアハウス職員に対しては、職員の勤務時間にも配慮した研修時間を設定して参加できるように配慮しています。職員にはステップ登録書が作成され、今年度は何の研修に参加が必要であるかが示されています。外部研修では、感染症対策のためリモートで行われています。</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・㊸・c
<p><コメント></p> <p>実習の手引きや受入れマニュアルと指導マニュアルが整備されています。また、実習最終日に</p>		

実習生のアンケートを行い、今後の実習受入れに反映させています。福祉専門学校の介護実習や短期大学の介護福祉専攻など幅広く実習を受け入れています。実習受入れの経験が少ないため今後は受入れの強化を期待します。

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・㊸・c
<p><コメント></p> <p>昨年、栃木県済生会高齢者ケアセンターのホームページの見直しが行われ、写真などを多く取り入れられたものになっています。各事業所の情報を公表しブログやツイッターなどでも情報を発信しています。年1回、開催されるケアセンターフェアでは地域住民に高齢者ケアセンターの各事業所の特徴などの情報を提供しています。財務情報については栃木県済生会の法人本部で公表しています。</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。	㊸・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、栃木県済生会の監事が事業所の監査を行っています。経理規程を定め適切な経理事務を行っています。資金の収支の状況や経営成績及び財政状態が適正に実施されています。外部の監査法人の監査も実施されており、公正かつ透明性の高い運営・経営のための取組が行われています。</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・㊸・c
<p><コメント></p> <p>法人と施設の基本方針に地域交流推進が明記されています。設立当初に地域の盆踊りに参加することから始まり、中学校を含めた地域行事には年に数回の参加が恒例になっています。日常的な交流の機会は新型コロナ沈静後に期待します。</p>		
24	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。	a・㊸・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受入れ規程や登録制度が確立しています。定期的に傾聴などの地域ボランティアが訪問したり、地元の中学校との交流会などで教育への協力が行われています。今後は施設の特性を活かした地域ボランティアへの支援を期待します。</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 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関	a・㊸・c

	係機関等との連携が適切に行われている。	
<p><コメント></p> <p>法人全体として地域の福祉機関や富谷地区まちづくり推進協議会をはじめとする市民活動団体、地元中学校等との連携活動が行われています。今後は主要な機関・団体との日常的な関わり方に強化が必要となりますので、新型コロナ沈静後の取組に期待します。</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	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>とみや祭りや高齢者ケアセンターフェアを通じて地域団体・住民との交流の機会を続けています。今後はイベントを通じて主体的に地域の福祉ニーズや課題を把握する取組が必要です。福祉に関する勉強会や地域団体・住民へのアンケートなどの取組にも期待します。</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・活動が行われている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>高齢者ケアセンターフェアや栃木県事業のいちごハートねっとに参加するなど法人としての公益的な活動を実施しています。今後は当法人の強みの認知症ケアや看護を活かした具体的な活動が望まれます。法人の強みを活かした専門性を地域社会で貢献できるよう期待します。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針に利用者尊重が明示されています。また、定期的に虐待の芽チェックを実施しています。さらに虐待防止と身体拘束廃止の研修も複数回行われています。今後は利用者の様態変化に伴った意思決定支援や日常生活自立支援事業、成年後見制度等の幅広い取組にも期待します。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針にプライバシー保護についての明示があります。現在、プライバシー保護の独立したマニュアルや規定は用意されていないので、年間サービス目標及び計画の中にも取り上げられるよう期待します。</p>		
<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。</p>		

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>ホームページでは、写真やイラスト、SNS を使って具体的な情報など工夫が施されてわかりやすい内容になっています。今後は紙資料にも施設の特徴や強みなどを盛り込んだ資料の作成に期待します。</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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始・変更にあたっては契約書と重要事項説明書をもとにわかりやすい説明と同意を得る取組が行われています。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>サービス内容の変更や他施設等への移行にあたっては継続性を損なわないよう引継等に配慮しています。今後は住み替えの基準を含めた手順のルール化に期待します。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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>年2回の利用者懇談会や随時の個別面談等で個別・具体的な対応が行われています。今後は匿名の利用者アンケートなどを行って、サービス向上委員会を中心に組織的な満足度向上への取組が行わ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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>法人全体としての苦情解決の仕組みが確立されています。生活上の苦情や意見はその都度対応・解決され、法人全体の苦情処理報告会に出るケースは僅かです。苦情の記録に関しては、ケア記録とは別に所定の苦情記録に残し、今後の傾向を分析するなどの活用に期待します。</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>意見箱や相談スペース設置、入居者懇談会等で相談や意見を述べやすい仕組みが作られています。今後は複数の相談方法や相談相手を用意した取組みに期待します。また、第三者委員の役割等での工夫にも期待します。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>利用者の具体的な相談・意見については職員がその都度対応しています。今後は利用者の意見・相談・提案等について総括的に対応手順や検討・記録を行う仕組みに期待します。</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>介護事故防止・発生時対応マニュアルが用意され、事故予防対策委員会が毎月1回開かれています。また、リスクマネジメントに関する研修は、職員研修に必須の事項と位置づけられて周知されています。今後は安全確保についての定期的評価・見直しの改善に期待します。</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・c
<p><コメント></p> <p>法人の特性を活かしたきめ細やかな予防と発生対応マニュアルが整備されています。年2回の感染症予防研修も実施されています。看護師が3名配置されて専門職も充実しています。</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>法人策定の防災マニュアルに沿った取組が行われています。また、様々な状況を想定した避難訓練が行われています。今後は自然災害への対応や職員への周知等に更なる努力が必要です。災害別の対応訓練や日常的な連絡網の更新、地域の行政機関との連携等が充実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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>法人策定のケア・マニュアルに基づき個別のケアプランが作成され、モニタリングでの確認と文書による職員への周知が図られています。今後はケア・マニュアルでのプライバシー保護や権利擁護に関わる点に向けた取組も期待します。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>ケア・マニュアルは、法人策定のもので定期的に高齢者ケアセンターの運営会議で見直しが行われています。今後は職員や利用者等からの意見や提案が反映される仕組みにも期待します。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>ケアマネージャーを中心に多職種職員の協議で適切なアセスメントに基づくケアプランが作成</p>		

されています。施設では認知症状が進行した利用者に対しての支援に不安があります。利用者のニーズ把握と同意形成への手順策定を含めた仕組み作りに期待します。		
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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画の策定同様にケア・マニュアルに基づいて多職種による計画のPDCAサイクルが確立しています。今後は、サービス実施計画の策定時に課題を明確にして組織的に評価・見直しが行われ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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>デジタル機器とアプリを介して記録と共有化が整備されています。タブレット端末を使用することで、記録の効率化や情報の共有が図られています。今後は職員間の記録すべき内容や書き方等を平準化するような研修等の取組に期待します。</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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>法人による個人情報保護規程で利用者の記録の保管や保存、廃棄などの管理が適切に行われています。今後は介護記録がデジタル化されていることも含めて、記録の保存や廃棄の取り扱いが職員に周知・遵守されることに期待します。</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。	非該当
<コメント>		
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
<コメント>		
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。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>日々の関りやアセスメントシートなどから本人の意向を把握し、介護記録に記載することで利用者の状況を全職員が共有しています。モニタリング総括表には本人の満足度、家族の満足度という項目があり支援状況を確認する指標の一つとなっています。入居前からの趣味活動もできる限り継続できるように支援しています。介護が必要な利用者に対して、介護計画に沿い、見守り</p>		

支援や入浴・排泄支援等、利用者の状況に応じた支援を行っています。		
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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>法人の接遇マニュアルをもとに職員は利用者とのコミュニケーションを図っています。年に2回、虐待の芽チェックリストを使用してコミュニケーションの取り方の振り返りや検討を行っていますが、十分に徹底されていないので、今後の取組に期待します。</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。	②・c
<p><コメント></p> <p>法人内に身体拘束廃止委員会が設置され、身体拘束廃止に関する指針が施行されています。年に2回、身体拘束廃止に向けた研修や虐待の芽チェックリストを使用し、権利侵害を未然に防いでいます。身体拘束廃止と虐待防止の取組は徹底されています。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>建物は自立の利用者を対象とした造りで、全室個室の5階建てです。エアコン・トイレ・ミニキッチン・クローゼットは備え付けてありますが、それ以外は自宅で使っていた物を持ち込むことができます。食事は1階の食堂で自分の気に入った席で食べることができます。居室で食べたい方は居室で食べることもできます。浴室は5階にあり地域の景色を眺めながら入れる展望風呂です。また、談話室・洗濯室が設けられ自由に使用できます。しかし、自立の利用者を対象とした施設であるためバリアフリーにはなっていない箇所があります。そのため重度化した利用者への対応に職員は苦慮しているところもありますが、職員間で創意工夫して対応しています。</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・⑥・c
<p>(コメント)</p> <p>入浴は支援が必要な方と自立で入浴できる方の入浴時間を区切って実施しています。支援が必要な方は看護師がバイタルサインをチェックしています。職員は尊厳や羞恥心に配慮して介助を行っています。利用者の心身の状況に合わせて検討や見直しを行っていますが、ハード面においては限界があり今後の課題です。自立の方は利用時間内であれば自由に入浴ができ、利用者から</p>		

も高評価を得ています。季節に応じて菖蒲湯やゆず湯を取り入れるなど、入浴を楽しむ工夫が行われています。		
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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>介護計画書に沿い介助の必要な利用者の居室へ訪問し排泄介助を行っています。自然な排泄を促すために午前・午後の体操への参加や乳酸菌飲料の摂取を勧めています。虐待の芽チェックリストや権利擁護などに関連するビデオを活用し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援の振り返りを行っています。</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・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況に合わせて車いすやシルバーカーを使用しています。また、利用者の状態に合わせ、職員が付き添うなどして安全に移動できるように支援しています。介助の方法について、適宜、検討や見直しが行われ状態に応じた支援が行われています。利用者の身体状況維持のために午前・午後の体操や敷地内の散歩を勧めています。</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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>献立は管理栄養士が中心となって、利用者や他の職員の意見も取り入れながら作成しています。調理は外部に委託していますが、利用者の好き嫌いにも応じた代替えメニューも取り入れています。月に1回、セレクトメニューの日を設けたり、調理レクリエーションの開催、全国の味噌比べなど、食への楽しみが高まる取組を行っています。</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>利用者の嚥下状態や咀嚼力に応じて、刻み食やペースト食を提供しています。麻痺のある方にはスプーンやフォークなどを用意しています。誤嚥する危険性が高い利用者には必ず職員が見守るようにして事故を未然に防いでいます。</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>協力歯科医院から歯科往診が週1回あり、医師から直接の指導や助言を貰い口腔ケアを実施しています。食後や就寝前の口腔ケアを促す声かけは行っていますが、利用者全員のチェックまでは行えていません。</p>		
A-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。	非該当
<p><コメント></p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
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	非該当

	ための体制を確立し、取組を行っている。	
＜コメント＞		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
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・㊸・c
＜コメント＞ 午前・午後に集団で体操を行ったり、日常生活の中で洗濯物を畳んだり塗り絵をするなどの取組が行われています。職員会議の中で機能訓練が必要であると決定した利用者には、看護師が利用者の居室に訪問し個別に運動を指導しています。エレベーターの使い方が分からなくなったり、帰宅願望など認知症状が出現した利用者には、家族に相談して医療機関の受診を勧め早期対応に努めています。		
A-3-(6) 認知症ケア		
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・㊸・c
＜コメント＞ 職員会議にて利用者の認知症状の対応について検討し、適切なケアができるように取組んでいます。施設としてサービスの質を向上するために「認知症の理解を深める」を特に重要と取り上げています。認知症高齢者の利用増加に伴い、今後は全職員が認知症の研修への積極的な参加や資質向上への取組に期待します。		
A-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。	㊸・b・c
＜コメント＞ 看護師が3人配置され、利用者の健康状態を把握し管理しています。夜間時など、オンコール体制が整っており24時間の対応が行われています。急変時には夜間緊急時対応マニュアルや救急車手順マニュアルに沿い、看護師が中心となり迅速に対応しています。		
A-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。	非該当
＜コメント＞		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
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。	㊸・b・c
＜コメント＞ 利用者の定期受診の付添いで家族が来訪した際や衣替え、日用品の購入依頼の際などに、家族		

に日頃の様子を伝えたり家族からの意見・要望を聞くようにしています。ケアプランの作成や見直しの際にも家族からの意見や要望を聞いています。施設で行われる行事の際は、家族を招待しています。利用者の要望は必ず家族に確認してから実施するようにして連携を図っています。

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>		