

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)を用い、利用者個々の暮らしに関する意向(趣味、楽しみ、習慣等)を把握している。利用者の意向・出来る事はケアプランや24hシートに反映し、日々の個別支援に繋げている。又、利用者個々の心身の状況に応じた自立支援介護(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、その実践に取り組んでいる。利用者個々の持てる力を活かし、日常生活の中で役割(洗濯たたみ、熱帯魚の餌やり等)を担ってもらっている。施設内の様々な行事やクラブ活動(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。 |
| 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 | 個別支援の一環として、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いる。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(例:結婚式を行う、相撲巡業観戦、甲子園での野球観戦、個別の外出等)を図っている。又、利用者の尊厳に配慮した対応・言葉遣いが身につくよう、毎年、外部講師を招いて接遇勉強会を実施している。 |
| 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 | 各フロアに権利侵害に関する具体的な事例を掲示し、利用者への周知を図っている。法人全体で身体拘束ゼロを宣言し、日々のケアで実践している。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、委員会活動や施設内での勉強会を通じて職員への周知徹底を図っている。又、権利侵害の防止に繋がるよう、年1回、不適切ケアに関するチェックリスト(グレーゾーン・身体拘束・虐待内容含む)を用い、日々の支援を振り返る機会を設けている。 |

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。保険安全衛生委員会が施設内全体を巡視し、4S(整理・整頓・清掃・清潔)を保っているか、危険個所がないかを定期点検(年2回)している。又、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、お気に入りのぬいぐるみ等)を入所時に持ち込んでもらっている。 |

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 | 5種類(普通浴、リフト浴、チェアインバス、特浴、個浴)の浴槽を設け、利用者個々の希望(週3回入りたい、一番風呂、湯加減等)や身体状況に応じた入浴を支援している。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え、入浴一連の流れ(お誘い～入浴～生活空間に戻る)をマンツーマンで対応している。入浴時は羞恥心に十分配慮し、同性介助の希望にも応じている。 |
| 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となるよう、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。又、下剤に頼らず自然に排便出来るよう、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)にも継続的に取り組んでいる。必要な方には排泄支援計画書を整備(流れをフローチャート図化)し、排泄機能の向上・排泄状態の改善に取り組んでいる。 |
| 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 | 作業療法士の助言を得ながら、多様な歩行器・車イス・歩行サポート器具等を活用している。利用者が安全に移動できるよう「歩行マニュアル」を整え、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。利用者が移動しやすいよう、環境面の整備(バリアフリー、手すりの設置、廊下の所々に休憩用のイス・ソファの設置等)も施されている。 |
| 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 or パン)・おやつは選択できるようになっており、当日の要望にも即応している。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(ピザの日、アユ・サンマの塩焼き、にぎり寿司、プリの解体ショー、いんどり酒場等)にも力を入れている。 |
| 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 | 利用者個々の嚥下能力・栄養面に配慮した食事(ソフト食、プロテインの活用等)を提供している。胃ろうの方への経口摂取・常食化に向け、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」に基づき他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。 |
| A⑫ | ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a | 担当職員が半年毎に口腔アセスメントを行い、口腔内の観察を行っている。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。外部講師(歯科衛生士等)を招き、口腔ケアに関する勉強会を隔年毎に実施している。 |

| | | | |
|-------------------|---|---|--|
| 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(ブレイデンスケールで年2回のリスク判定、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。又、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事例報告や治療に向けた話し合いを行っている。 |
| 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)や施設内での研修体制を整えている。 |
| 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)や生活リハビリに取り組んでいる。又、作業療法士が作成した個別プログラムに基づき、機能訓練を実施している。利用者の希望に応じ、パワーリハビリを出来る体制(マシンの設置、指導資格の取得等)も整えられている。 |
| 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を整備し、受容・共感の姿勢で接する事を心掛けている。認知症の改善に繋がるよう、4つの基本的ケア(水分・食事・排泄・運動)の充実を図っている。又、必要に応じて嘱託医と連携を図りながら減薬にも取り組み、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。より良い認知症ケアが提供出来るよう、外部の専門研修に参加したり、施設内での勉強会を実施している。 |
| 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。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・嘱託医への連絡手順を整備している。又、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 | 看取りの指針を整え、「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が提供出来るよう、施設内での勉強会(年2回:死生観、事例検討等)を実施したり、看取り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 | 家族の希望に応じ、連絡ノートやメールで情報交換を行っている。家族に電話連絡した際の内容は状況連絡票に記録し、職員間での情報共有を図っている。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・家族会の行事やフロア活動に家族の参加を募っている。 |