

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) 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。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を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) 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	法人の定例理事会にて報告事項を共有して経営課題を共有している。また、毎月の管理者会議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)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	「経営の安定性と利用率の確保」「無理、無駄のない経費削減」「施設等の計画的整備」「個別ケアの充実と科学的根拠に基づく自立支援介護の強化」「人材の確保、育成、定着／魅力ある職場作り」「社会貢献活動・積極的な地域との交流」の6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も検討している。
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。	b	中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画(運営計画)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(欠席者には資料を共有)。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5名程度が参加)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)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・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) 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副施設長の新設や事務局次長による代行権限について文書化により明確化している。
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の対応している。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、個人情報の保護等)を周知している。
Ⅱ-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(尊厳の保持)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材育成・業務のIT化(省力化、情報共有)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、職員の自主性を重視し、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(人材育成)や業務の効率化(ICTの導入: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) 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(行動規範)」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も実施している。

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」(施設の魅力発信)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。メンタルヘル스에配慮し、ストレスチェックの機会(年1回)や相談担当者・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、目標管理に基づく面接を実施している。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。年間研修計画に基づいて施設内での勉強会(法定、サービス強化、自立支援介護の勉強会等)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。
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。介護分野の専門実習(実務者、認知症実践者、認知症認定看護師等)の受け入れも行っている。

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。
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(公認会計士、社会保険労務士等)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	中・長期計画(6項目)の1つに「社会貢献活動・積極的な地域との交流」を明示している。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。コロナ過では自粛していたが、施設の三大行事(夏祭り、敬老会、餅つき会)や交流カフェ(毎月)に近隣住民の参加を募っている。地域の行事(こども園交流、地域敬老会、朝顔展等)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。
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	ボランティア活動マニュアルに目的(地域福祉の向上、ノーマライゼーションの推進、サービスの透明性等)を明示し、各種ボランティア(傾聴、シーツ交換、クラブ活動、体操指導等)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、高校生の施設見学や花植え訪問の受け入れもしている。コロナ過では受け入れを制限していたが、今後は再開していく方針である。
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。	a	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、関係機関・団体と連携している。
II-4-(3)			
26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	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)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。コロナ過では地域住民の利用が減少したが再開に向けて取り組んでいく方針としている。
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。「認知症あんしん塾」は全国大会での発表もでき、地域の在宅介護への貢献活動に取り組んでいる。

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。			
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5月の全体会議で各職種(介護福祉士、看護職員、介護支援専門員)の倫理綱領を確認する機会を設けている。毎年度末に法人全体で人権擁護研修(外部講師)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。プライバシー保護のために居室は全室個室となっている。生活場面では羞恥心に配慮し、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-(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(ブログ)・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。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、施設側から見学やお試し利用を勧めている。
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(退所されたご家族様へ)に相談窓口担当者・連絡先を明示している。
Ⅲ-1-(3)			
33	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	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、満足度の把握・分析を行って職員と情報共有している。また家族に対しての満足度アンケートの実施と、家族会役員会で家族の意見・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。	b 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(年2回)の場で、苦情内容・考察・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。カンファレンスは本人の居室で行い、話しやすい雰囲気づくりに配慮している。利用者の希望に応じ、相談室・会議室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に声かけし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。又、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(月1回・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、迅速な返答を心掛けている。
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(リスクマネージャーの選任:介護部長、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、当日に対応・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・分析したり、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、全体会議の場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(6月:食中毒/10月:インフルエンザ、ノロウイルス)実施し、職員への周知徹底を図っている。感染症流行期(11月~3月)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、コロナ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 非常時(火災、地震、風水害、雪害、断水等)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今後の対応策検討に期待する。

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。	a	各種介護マニュアル(食事、入浴、排泄、口腔ケア他)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)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する機会を設けている。現任者には「遵守確認表」を用いた日々のケアをマニュアルに基づいて実施しているかを振り返る機会を設けている。
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(介護部長)・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。
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(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(例:結婚式を行う、相撲巡業観戦、甲子園での野球観戦、個別の外食等)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・会話のほか相談員による別角度から会話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・言葉遣いを職員に徹底している。利用者別にコミュニケーション方法を検討しており、筆談等でのコミュニケーションにも取り組んでいる。
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(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。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(法人内他事業所職員)が施設内全体を巡視し、5Sを保っているか、危険個所がないかを点検している。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。家具の配置(ベッドの向き等)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～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	作業療法士への相談・指導のもと各種歩行器・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「歩行マニュアル」を整備して、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、環境面を整備(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・ウォーターサーバーの設置等)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全施設コール・センサーマットを活用している。

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)・おやつは選択肢を準備しており、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、刺身、カニ、アユ・サンマの塩焼き、にぎり寿司、プリの解体ショー、喫茶、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/バランスチャート評価」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 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。歯科医による往診体制を確保している。今後は定期的な歯科検診の実施を検討している。
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対応を話し合っている。
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)を整備しており、施設内研修(年1回)を実施している。
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)や生活での役割設定と生活リハビリ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。4つの基本的ケア(水分・食事・排泄・運動)に取り組む中で認知症がどのように生活に影響するかを検討している。より良い認知症ケアが提供のために、外部研修の受講や毎月の認知症改善委員会(隔月で薬剤師が参加)、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。認知症の診断(型等)がある場合は基本情報に記載して情報共有している。
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(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の使用方法、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出のために、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		
A⑲	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)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、職員間での情報共有している。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・家族会の行事やフロア活動に家族の参加を募っている。(コロナ禍でも夏祭り・長寿の会)