

福祉サービス第三評価結果

① 第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

② 施設・事業所情報

名称：レジデンス 花	種別：特別養護老人ホーム		
代表者氏名：林 典子	定員（利用人数）：		100名
所在地：静岡市清水区中河内 2717			
TEL：054-343-2121	ホームページ http://hanazonokai.com		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成 16 年 4 月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 花園会			
職員数	常勤職員：	64名	非常勤職員 34名
専門職員	介護職員	71	介護支援専門員 2
	管理栄養士	1	看護師 准看護師 11
	歯科衛生士	1	機能訓練指導員 1
施設・設備 の概要	(居室数)		(設備等)
	入居 100 床 ショート 20 床		

③ 理念・基本方針

旅路をともに
すべての人がともに助けあいながら、今、この時を大切に生きていくこと
すべての職員がどんな時にも変わること無く利用者に寄り添います

④ 施設・事業所の特徴的な取組

全室個室ユニット型施設によるユニットケア
緑豊かな周辺環境を活用した散策、ウォーキング、ガーデニング等の活動
地域交流活動としてデイサービスの受け入れや夏祭り等の行事を開催

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 6 月 19 日（契約日） ～ 平成 31 年 3 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成 20 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・地域住民に向けて初任者研修を実施し、深緑会等で地域住民の介護相談に応えるなど地域を大切にする姿勢があります。
- ・管理職会議・職員会議等を活用して職員間の情報共有に向けての取組も評価できます。
- ・建物全体が木を多く使用した作りになって、また各ユニット内の廊下やスペースが広く取られ、ゆったりとした空間が広がり、談話スペースはプライバシーにも配慮され、またソファ等設置により、利用者同士や家族来訪時に気がねなく会話ができる環境が作られています。
- ・移動用リフトの導入等の福祉用具を積極的に取り入れ、利用者の生活向上に力を入れています。
- ・偲びのカンファレンスの実施等、看取りの実施に伴う職員のメンタルケアにも力を入れています。
- ・陶芸教室を通じ、関連施設との交流も定期的に行われています。

◇改善を求められる点

- ・経営状況の把握・人事管理・福祉サービス向上・福祉人材確保・職員の育成・地域との関係など先進的な実践や取組が認められましたが、記録・事業の分析と見直等が、表されていないことも幾つか見受けられます。
- ・職員の育成について、個々の職員に対する具体的な研修計画や研修内容の明示が十分ではありません。
- ・利用者、家族からの意見を聞く機会が十分ではありません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、レジデンス花としては2回目の第三者評価の受審でしたが、前回に比べて評価の基準自体も高くなっており、改めて現状の施設サービスの質について確認することができました。また職員全員で自己評価をおこないレジデンス花の現状を把握したことで、取り組まなければならない課題が明確に共有でき、さらに第三者からの評価を受けることで違う視点からの姿に気がつくことができました。

今回の評価結果を現状の基準点にして、職員が協力して課題改善の取組みを進めていきたいと考えております。

⑧第三者評価結果

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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
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>運営方針は職員に周知できていますが、利用者、家族への周知は確認できません。</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>在宅連携会議（地域支援ステーション・民生委員・自治会長等が参加）での地域状況の把握に努めていますが分析資料、分析結果は確認できません。</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>課題等の取組は勧められていますが、職員への周知が十分ではありません。</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)
<p><コメント></p> <p>中期計画は期限が終了しています。</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・b・(c)
<p><コメント></p> <p>利用率、収益率等の評価はされていますが、中期計画が作成中のため、中長期計画のビジョンに基づく計画になっていません。</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 (b) c
<p><コメント></p> <p>会議で各部署の所属長への説明はされていますが、各所属職員への説明は確認されていません。収支状況以外あらかじめ定められた時期・手順に基づく見直しは図られていません。</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・b・c
<p><コメント> 施設入り口のラウンジに常備され、閲覧はできる体制になってはいますが周知効果としては十分ではありません。</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・b・c
<p><コメント> 職員個人の自己評価により事業全体の課題を抽出していますが、組織的な取り組みになっていません。</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・b・c
<p><コメント> 個別的な改善は行われていますが、改善計画を策定しての見直しや改善は実施されていません。</p>		

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
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> 職務分掌表は確認されましたが、職員等への責任表明が不十分です。</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> 法令の理解のための研修参加は行われています。内容の周知は所属長会議にて共有化を図られていますが、職員に対して周知はされていません。</p>		
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> 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を参考に次年度計画に反映させ、さらに内部研修改革に沿った研修の実施が図られています。しかし、改善に向けた具体的な取り組みの明示はされていません。</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効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>管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、経営企画会議・週間会議で共通の意識の形成に努めています。しかし、具体的な体制構築及び活動参画は確認されません。</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>事業計画に人材確保の育成の方針が明記され、内部研修で人材育成の取り組みが行われていますが、必要な福祉人材や人員体制の具体的な計画は認められません。</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>人事考課規則は整備されて仕組みもあります。しかし、職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組や、把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施するまでに至っていません。</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組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個人面談や労働安全衛生員会等が行われていますが、改善策等の計画への反映までには至っていません。</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>目標管理について職員個人と施設側とのすり合わせによる目標設定が確認できません。</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>年間計画による研修が行われていますが定期的に計画の評価、見直しは行われていません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>専門資格の取得状況は把握され、個別の職員の知識、技術水準に関して把握しています。職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮は確認できません。</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> 静岡県立大学短期学部からの実習が実施されていますが、継続的な連携維持のための工夫は確認できませんでした。</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> ホームページやラウンジでの公開がなされていますが地域に向けての発信としては限定的となっています。</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。	a・b・c
<p><コメント> 会計事務、労務士の活用が図られていますが、その指導や指摘事項にもとづく経営改善や職員への周知が確認されていません。</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> 利用者の買い物に答えるべく、職員が地域の商店から品物を預り、店を開く等の努力はありますが、地域への行事、活動への参加に対するボランティア体制は出来ていません。</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・b・c
<p><コメント> 実質的な活動としてボランティアの受入や職場体験の協力がなされていますが、マニュアルが作られていません。</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、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
<p><コメント> 関係機関のリストは事務所内に掲示され、共有化がはかられています。年3～4回中河内地区訓練の寄合に参加、地域の共通の問題に対し解決に向けた取組を行っているとのことでしたが、関係機関や団体との連携は限定的です。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>夏祭り等を催して地域交流がなされ、地域住民向けの初任者研修を行っています。さらに、災害時の福祉避難所として位置づけられています。しかし、福祉分野以外の地域への貢献はまだ進んでいません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>民生委員、地域住民との連携を図りつつも、具体的な活動として計画するまでには至っていません。</p>		

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
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・b・c
<p><コメント></p> <p>「花園会の理念」「レジデンス花の運営方針」を、職員の入職時研修、各種会議などで周知し、法人内で共通の理解を持つための取組みをしています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の人権尊重は、「社会福祉法人花園会・個人情報保護規定」で職員に周知されていますが、プライバシー保護のマニュアルは見当たりません。居室は、ユニット個室で、必要に応じて家具の配置を工夫し、プライバシーに配慮されています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページと SNS の発信で、最新の情報を伝えています。施設見学や入所相談を随時行い、複数の職種で丁寧に説明しています。施設パンフレット等書面でわかりやすい情報提供の工夫が見当たりません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス開始前の説明は、本人と家族に「契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書」を用いて複数の職員が対応して説明しています。利用者が分かり易く工夫した資料はできていません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス事業所等の利用変更に伴う情報提供は、文書により行われています。サービス終了後、利用者や家族には相談員が相談に対応していますが、相談窓口の文書による明示は見当たりません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>満足度調査の実施、利用者会および家族会の開催が確認できません。介護サービス提供時に傾聴し、利用者の様子を観察し、ケアプランに反映させていますが、内容の分析・検討結果にもとづく改善の仕組みの確認はできません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に苦情窓口、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を明記しています。施設玄関に意見箱を設置しています。利用者が話しやすい環境を作り、利用者の意見を収集する工夫がされています。苦情解決の仕組みの整備はありますが、アンケート等の実施など、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫ができていません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は、日頃から利用者に声掛けして相談し易い環境を整えています。相談及び苦情に面談を行うスペースを確保しています。「苦情相談マニュアル」が整備され、責任者、フロアリーダーを交えた検討を行っていますが、利用者や家族への文書の配布が確認できません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は、日々の介護サービスの提供時に適切な声掛けをし、話し易い雰囲気づくりに配慮し、意見の傾聴に努めています。把握した情報は申し送り等で共有しています。アンケートの実施等から施設としてのサービスの質の向上への取り組みへの文書の確認ができません。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会を組織し、事故対応マニュアルを作成し、職員に周知していますが、定期的な見直しは、確認できません。</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。	a・b・c

<p><コメント> 感染症対策会議を2ヶ月に1回開催し、外部の研修会にも参加し、安全確保の取り組みを行っています。「感染症対応マニュアル」で、具体的な介護サービス提供方法を明示しています。職員は感染症流行時、適切な対応をとれる体制整備がされています。</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している。	a・b・c
<p><コメント> 防災マニュアルを作成し、非常災害時、地震、水害等に対する対応が明示されています。備蓄品の確保にも工夫がされています。行政、関係機関、地元住民と連携した訓練の実施が確認できません。</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・b・c
<p><コメント> 提供サービスへの個別の実施サービスマニュアルが文書化され、新人職員へ指導と確認が行なわれていますが、全職員対象となっていません。</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・b・c
<p><コメント> 個別のサービス会議等から、ユニット会議での検討を経て、マニュアル委員会で標準的な実施方法の検証・見直しが行なわれています。検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められていません。</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・b・c
<p><コメント> 利用者の福祉サービス実施計画は、介護支援専門員が策定管理しています。サービス担当者会議（本人及び家族、看護師、栄養士、介護士）等で検討、介護支援専門員が作成し、サービス提供しています。初回ならびに再アセスメント時の、多職種の評価が確認できません。</p>		
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・b・c
<p><コメント> 心身状況等の変化、介護認定更新時、数ヶ月ごとの見直し時は、サービス担当者会議で検証し「施設サービス計画書」を更新作成しています。福祉サービス実施計画の変更事項はユニット会議等で職員に周知し、福祉サービス提供を行っています。</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、職員間で共有化されている。	a・b・c

<コメント> 介護サービス情報の伝達は申し送り、介護記録の閲覧は職員間で周知徹底し、個別の伝達も行なっています。		
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 (b) c
<コメント> 利用者および家族に、個人情報の取り扱いについて、契約時に説明しています。記録物についての保管規定の文書が確認できませんでした。また、「社会福祉法人花園会・個人情報保護規定」は職員個人を対象とした「個人情報保護規定」であり、利用者の個人情報取り扱いに関する内容は確認できませんでした。		

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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
<コメント> 各ユニットに行事予定表が配布され、サービス計画に位置づけられてなくても、本人の希望があれば制限なく参加することが出来るようになっていきます。また、陶芸を通じ同一法人内の他施設との連携もできています。一人一人の生活のリズムに配慮し、生活に張りや生きがいを持てるよう、計画が作成されています。支援において利用者の自立に配慮して援助を行い、自立や活動参加への動機づけをサービス計画書で位置づけられています。複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムの実施はありません。		
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。	a・b・c
<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。	a・b・c
<コメント> 		
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
<コメント> 尊厳に配慮するため、接遇マニュアルが整備され、新人職員に対しては定期的にチェックを行い、達成度を年4回上司が確認をしています。現任職員は12月に自己評価を実施し上司がそれを元に面談を行い、確認をしています。コミュニケーションでは、本人の思いや意向を確認し、サービス計画、サービス担当者会議、ユニット会議を活用、情報の共有を行っています。利用者の思いや希望を十分に把握については、記録での確認はできません。		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の権利侵害が起きないように、身体拘束と虐待に関してはマニュアルが整備され、それに対する研修も毎年行われています。虐待については、対応方法もフローチャートで分かりやすく明示されています。身体拘束については、マニュアルに基づき会議も行われています。しかし、権利侵害の防止等の内容について利用者に対し、周知ができていません。</p>		

評価対象 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>室内には木が多く使用されて、温もりを感じられる室内になっています。談話スペースがユニット毎に置かれ、ユニットを出た部分にも共有の談話コーナーがあり、家族との会話や相談などが落ち着いた環境で、プライバシーにも配慮がされています。また、居室内は自宅にいたときの環境に近付けるよう、アセスメントを行い、家具などを持ってきてもらうことで落ち着いた環境を作りあげています。環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫について、ユニット会議で話し合われていますが、個々への対応については、確認ができませんでした。</p>		

評価対象 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>入浴・清潔マニュアルの他、入浴時の緊急対応マニュアルも整備されています。入浴日は毎日、基本入浴日は決まっていますが、本人の希望により毎日の入浴も可能となっています。心身の状態を把握し、体調面で不安があるときや拒否がある時などは代替のサービスの提供も行われています。</p>		
A⑧	A-3-(1)-② 排泄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>排泄マニュアルが整備され、それに基づき対応がされています。排泄委員会が設置され、個々の意向を踏まえ、排泄の支援やそれに対する配慮、自然な排泄に向けての取組などが話し合われ、各ユニットに伝えられています。また、尿や便の確認をする事で、本人の健康状態を</p>		

確認されています。排泄介助については、本人の要望にできるだけ早く応えることができるよう、ユニット内で話し合いが行われています。

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

<コメント>

移動支援のためのマニュアルが整備されています。また、ユニット居室に固定式のリフトと、どの居室でも使えるよう移動用のリフトが設置されており、安全にまた本人に負担を掛けない移動が行われています。また、居室も広く、車椅子での移動もストレス無く行うことができます。移動方法については、外部の理学療法士に来てもらい、個々に確認することも行っています。移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにコール対応をしていますが、具体的な対策や、記録が確認できません。

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

<コメント>

ユニットでの調理マニュアル、配膳マニュアルを作成し、ユニット毎に対応されています。食事は基本的に厨房で作り、ご飯とお粥は各ユニットで作っているため、個々の状態に合わせる事が可能になっています。お茶碗とお箸は自宅で使用していた物を持ってきてもらい、馴染みの環境づくりも行われています。全く食べられない物がある利用者に対しては、厨房と相談し、代替の物を提供できるように対応されています。選択メニューは行われていません。

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。 a・b・c

<コメント>

誤嚥や窒息事故が起きないように、誤嚥のリスクが高い利用者に対しては「誤嚥リスク対象者アセスメントシート」を使用し、アセスメントを行い、注意の喚起がされています。また、栄養マネジメントを作成され、栄養状態についても各ユニットで各々の利用者の状態を把握することができます。栄養計画が策定されていますが、検討、見直しの確認が出来ません。

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・b・c

<コメント>

摂食・嚥下機能評価シートを活用し、歯科衛生士も交え経口維持計画を作成されています。定期的にMT会議も行われ、看護師、介護職員、歯科衛生士、管理栄養士、機能訓練指導員が参加し、計画についての確認も行われています。口腔ケアや口腔内のチェックは各ユニットで行われ、実施や口腔内の状態などは記録がされています。

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。 a・b・c

<コメント>

褥瘡発生予防に関する指針を施設で作成、褥瘡対策委員会を設置し対応をされています。また褥瘡対策についてはフローチャートを作成し、職員にも対応が分かりやすく伝えられています。褥瘡対応については、介護・看護関係職員に加え、管理栄養士や施設長なども参加し、会議が行われ、施設全体で取組が行われています。褥瘡ケアの新しい情報を収集については、理学療法士や看護師からの情報提供はありますが、記録が確認できません。

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ための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>現在吸引が必要な人や経管栄養の人も入居されています。吸引については、研修を受けた介護職員は口腔内だけ、医師の指示に基づき行っています。新しく吸引ができる職員の養成も検討されてはいますが、実地研修の対象者がいないため、現時点では未実施になっています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>月に2回、理学療法士が来所し、施設に常駐する機能訓練指導員と連携を取りながら、機能訓練や介護予防活動を行っています。理学療法士は来所時に機能訓練を行い、助言や指示、計画の策定を行っています。日々の状況はカルテや支援経過、看護記録に記入されています。医師へは看護申し送りで行われています。他機関との連携については、確認できません。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>認知症介護に対応するマニュアルを整備しています。また、アセスメントにより個々の状況を把握し、利用者が安心して落ち着いて生活ができるよう、個室環境などの整備を行っています。経過やカンファレンスの内容について、医師に報告し、医療面からのバックアップも行われていることを、看護記録で確認ができましたが、分析の記録については確認できませんでした。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>緊急時対応マニュアル（夜間・緊急搬送時）が整備されています。また、夜間緊急連絡網などもフロー図で作成されており、緊急時に慌てず的確に連絡ができるようになっています。日中の対応についても、夜間に準じて行われています。緊急、急変時対応については、施設内研修で実施し、個別研修は新人研修で実施しています。研修の実施記録が確認できません。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>看取りマニュアルが整備されています。終末期には利用者家族には看取り同意書に基づき医師が状態を含め丁寧に説明をし、意思を確認しています。研修では穏やかな見取りを支えるためのポイントなどを学び、看取りの体制づくりが行われています。また、携わった職員の精神面のケアとして、偲びのカンファレンスが行われています。医療機関との連絡体制は、日中はもちろん、休日・夜間も医師の携帯電話へ連絡は取れるようになっています。</p>		

評価対象 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		
A(19)	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>定期的や変化があったときなど、必要に応じ家族には連絡を取っており、それらの内容は記録がされています。家族会の設置はありませんが、意向確認書などを活用し、家族の意向を把握するよう、努力しています。家族からの相談については、担当職員おり、窓口は一本化しています。</p>		

評価対象 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		
A(20)	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。	a・b・c
<p><コメント></p>		