

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

有限会社プログレ総合研究所

②事業者情報

名称：	越谷なごみの郷	種別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	橋本 かおり	定員(利用人数)：	84 名
所在地：	〒 343- 埼玉県越谷市川柳町3丁目60番地1 0827	TEL	048-987-0753

③評価実施期間

令和元年5月1日（契約日）～令和2年12月12日（評価結果確定日）

④総評

◇特に評価の高い点

1、利用者に安心・安全なサービスを提供するためのリスクマネジメントに力を入れている
ISO取得の経緯があり、事故発生時の対応は、手順が明確化され、職員に周知されるしくみが構築されている。ヒヤリハットについては、事故内容を表にして分類するだけでなく、棒グラフにして視覚的にもわかりやすくすることで、どの部分に気を付けなければいけないかの分析と目標管理をしている。特に、感染症対策は、利用者の生命と健康に直結する重要事項ととらえ、各職員は、毎日チェックリストを使用して各自の健康管理をおこない、冬期には、加湿器の水に除菌剤を加えるなど、まずは、施設内に感染症を持ち込まないことから徹底している。もし、感染症が発生した場合には、最小限で食い止められるよう、事前にレベル1～8までの段階ごとの状況判断とその時の対応を決め、1階廊下の見やすい場所に大きく掲示して周知している。

2、24時間シートという独自の記録用紙を用いて、業務の標準化とケアプランに沿った支援の充実を図っている

利用者ごとに、24時間の各時間帯での生活習慣や利用者本人が自分でできること、支援が必要なこと、その時々リスクなどを「24時間シート」という独自の様式に記録し、情報を集約化している。ケアプランに記載された支援内容は、職員がわかりやすいよう、文字に色を付け、毎日その支援が実施されたかどうかのチェックと出来なかった場合には、その理由も記入している。実施の有無をチェックする欄が設けられていることから、標準的な実施方法に基づいた支援をしているかの確認の記録としても利用されている。職員にとっては、時間ごとにやるべきことが明確になることから、手順書としても利用され、介護技術の標準化につながっている。

3、地域の関係機関と連携しながら、地域貢献に努めている

入職時には、必ず、社会福祉法人の役割について施設長が説明をし、施設の建物、備品は誰が使っても良いし、貸しても良いものであること、関係機関と連携し、地域貢献が求められていることを説明している。施設長は、日頃から、役所で困っていることを聞き取りしたり、地域ネットワーク会議、地域ケア会議などに参加して地域とどのようにかかわりを持ち、施設として何ができるかを考えている。役所から依頼のあったオレンジカフェの継続は、地域とのかかわりの1つである。オレンジカフェは、認知症の方以外の参加も可能であり、障害者の方々に製造したパンを販売してもらったこともある。清掃活動、成人式の手伝い等に加え、毎年10月には、日頃の感謝をこめて、秋祭りを開催し、地域の方々との交流を深めている。

◇特にコメントを要する点

1、事業計画の進捗状況を確認するしくみを検討し、実施することで、計画に基づいたサービス実施の確実性が増すことを期待する

施設の事業計画は、施設の経営状況の把握・分析結果及び地域ニーズに基づいて作成されており、中・長期計画をもとに単年度計画も作成されている。年度の事業計画には、施設長の品質方針が示され、委員会毎の目標のほか、事業の課題と目標を盛り込んだ内容となっている。例えば、今年度は、計画にある、喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制構築のように、計画に記載されながらも、9月現在において、実施が遅れている項目もあるため、事業計画の進捗状況が年度途中に適宜、確認できるしくみ作りを検討することで、事業計画に沿ったサービス提供の実行性が増し、サービスの向上につながることを期待する。

⑤ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設として特に拘りを持ち取り組んでいくことがしっかりと評価されたことは、やりがいとして職員と共有し、更に成果につなげていきたいと思えます。視野を広げ、情報収集や求められるニーズに応えます。

経管栄養の方の入所において制限はしていないが、喀痰吸引については、まずは、事業所登録から進めなければと考えています。職員不足による現場職員の状況等、考慮した上で資格取得を促していきます。

⑥ 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

評価細目の第三者評価結果 (高齢者分野)

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-1 (1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	事業計画等に法人理念・方針を掲載しており、地域貢献型施設であることを認識した運営に努めている。基本方針や行動規範等、目視で理解できるように掲示等が工夫されている。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-1 (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。	b	運営会議等において収支や周辺環境の情報共有が図られている。埼玉県社会福祉法人経営者協議会をはじめ外部からの意見を参考に適切な運営に取り組んでいる。
I-2-1 (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	育成、雇用（採用）を目標と掲げている。育成として有資格率向上、人材定着率向上、研修の充実を掲げ、採用においては、法人全体を含めた対策を講じている。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-1 (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	社会福祉法人としての責務を法人が掲げ、3ヵ年の中期計画が策定されている。着実なステップを踏めるよう考慮されており、品質の向上、設備整備、人材確保等に対して計画的な取り組みがなされている。
I-3-1 (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。	b	年度の事業計画には、施設長の品質方針が示され、委員会毎の目標のほか、事業の課題と目標を盛り込んだ内容となっている。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-1 (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。	b	事業計画は、1月から2月において集約され、3月の責任者会議が反映された事業計画が策定されている。4月の職員会議に全体への周知として発表され、職員全体が理解できる体制を持ち、計画に着実な運営に努めている。
I-3-1 (2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	利用者や家族においては定期的に開催する家族会にて事業計画を含めた説明周知が行われている。参加できない家族に対して、施設だよりを含めた理解を深める取り組みを行っている。今後は、参加が難しい家族に対しても、理解しやすい資料作成など工夫を検討されたい。

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 (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。		
I-4-1 (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。	b	年2回内部監査を実施し、法人全体でサービスの質の向上に積極的に取り組んでいる。本年度は福祉サービス第三者評価を受審し、さらなる向上を目指している。
I-4-1 (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。	b	7つの委員会からスキルアップを図り、職員の自己評価を毎年度実施している。事業計画である有資格取得率の向上に対してチェックと指導に取り組んでいる。

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。		
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。	b	組織図を定めており、管理体制を明示している。人員体制、職員の連携、職務の明確化などにより組織としての機能を図っている。
Ⅱ－１－（１）－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	個人カードに行動規範を記載し、職務倫理規定を理解する取り組みが行われ、コンプライアンス、虐待防止、アンガーマネジメントについて理解を図る研修も実施されている。
Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	b	職員入職時の新入職員研修では、管理職が分担して指導にあたっている。福祉以外の法令遵守とワークライフバランスに配慮しており、働きやすい職場環境形成に努めている。
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。	b	育児休暇をはじめ、勤務時間帯や研修時間帯の工夫がなされており、職員が専門職として力を発揮できる環境の構築を意識している。事故防止を含めた安全性確保のため監視カメラの導入を計画している。

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。		
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。	b	人材確保における法人の範囲を定め、事業所においては地域多様なチャンネルを利用して人材確保にあたっている。安定したサービス提供を行うため、職員の連携を図り、離職率低下の取り組みが行われている。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	b	年２回、施設長、部署責任者と職員の３人による人事考課が行われている。法人が保有する３事業所における人事交流も可能となっている。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	b	年次有給休暇、リフレッシュ休暇取得のため、労働環境の整備に努めている。メンタルヘルスにおいて、外部機関と提携し、介護等職員の今後の就業を続けられる環境の整備がある。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	b	法人が期待する職員像が事業計画にあり、新入職員は、育成計画に沿いながら業務の習熟を図っている。個人カード作成して、自ら律し得るよう育成にあたっている。
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。	b	職員の経験年数や過去の研修受講歴に鑑みながら、外部研修への参加がなされている。研修後は報告書の提出、他の職員への指導等により知識の標準化に努めている。
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	７つの委員会から多様な研修を進める中、アンガーマネジメント、虐待防止、リスクマネジメント等に対して注力した指導に努めている。業務評価の中での目標管理により、一人ひとりの育成を確認している。
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。		
Ⅱ－２－（４）－① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	積極的に実習生の受け入れを行っている。学生の就労体験やインターンシップの受け入れがなされており、地域交流と貢献に努めている。

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。		
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。	b	ホームページに事業計画・報告を含めた情報公開がなされている。また、昨年にLINEも開設され、施設内の様子や行事の風景などを利用者や地域への更なる情報発信を目指している。
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。	b	財務をはじめとする各種報告書はホームページに記載され、法人全体での各種規程が整備されており、外部機関税理士等の指導のもと適切な経営にあたっている。

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。		
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。	b	運営推進会議には、南越谷地区コミュニティ推進協議会代表、連合会会長、民生委員代表等、地域の方々が参加しており、川柳まつりやなごみ、和太鼓祭りなど実施し、施設への理解を深めてもらえるよう努めている。
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。	b	ホームページにボランティアの申し込みが掲載されている。受け入れにあたり整備されたマニュアルが設定されており、多様なボランティアの方々の受け入れが実現されている。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	b	運営推進会議には、各種関係機関を招待し、意見交換等がなされている。掲示物等を通して地域の催しを案内するなど関係機関の情報提供にも努めている。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	b	行政と防災協定を締結しており、万一の事態の際には住民への支援を約束している。防災訓練の実施など地域と協同して保安に努めている。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	毎月第一水曜日に認知症カフェ（オレンジカフェ）を実施している。認知症サポーター上級クラスの方々のボランティアも参加され、地域に貢献している。現在、講演会、イベント企画等、オレンジカフェの運営は、多職種の職員が自主的に行っている。職員一人ひとりの日頃の地域社会とのつながりが、企画に反映され、オレンジカフェ継続の源と

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。		
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。	b	法人全体の理念を基に施設の理念を作成し、人権擁護については、新人研修及び年1回の全体研修を学びと振り返りの機会としている。虐待防止委員会、身体拘束委員会が中心となり、職員への啓蒙活動をおこなっており、難しい内容ではなく、現場に即した分かりやすい研修実施を検討している。
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。	b	職員には、新人研修及び全体研修にて、人権擁護とプライバシー保護、法令遵守について周知している。マニュアルは、法人共通のものがあり、不適切な事案が発生した場合の対応は、フローチャートにして分かりやすくしている。
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。		
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。	b	法人及び施設の運営方針や施設の提供するサービスについて紹介したパンフレット、ホームページ等を作成している。ホームページには、施設内環境やサービス提供時の写真を掲載し、利用希望者が施設のイメージを持ちやすいように配慮している。見学は、介護支援専門員、相談員、責任者が対応し、丁寧に説明している。
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	施設サービスの利用開始にあたっては、重要事項説明書を用いて詳しく説明するが、家族だけでなく、利用者本人にも来所してもらい、一緒に聞いてもらっている。意思決定が困難な利用者には、成年後見人がつくこともある。
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	介護保険法の改正で、施設サービスは原則要介護3以上が要件となったことから、要介護1、2の利用者に退去の不安がよぎり、不安解消のために説明の機会をもった。家庭への移行には、施設の介護支援専門員から次に担当する居宅の介護支援専門員に引き継ぎをしているが、利用が終了した後も家族の困りごとに対応できるよう窓口を設けている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足度の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者の満足度を把握するためにアンケートを実施している。アンケートは、実施しただけではなく、それを活かすために、結果を会議で報告し、掲示もおこなった。来所が難しい家族には、結果の送付をしている。家族会は、責任者同席で年1回開催し、今年度は、看取りに関するアンケートを実施した。
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。		
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	利用者にも分かりやすいよう、具体的な例を吹き出しの中に入れて、利用者自身が苦情を表現しても良いことを使えるポスターを廊下に掲示している。苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員の設置もあり、重要事項説明書に記載している。月曜13時に開催する「月曜会」は、部署の誰かが必ず参加する情報共有の場であり、苦情についてもそこで共有している。
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。	b	利用者が何でも相談しても良いことは、口頭で伝えるだけでなく、文書を分かりやすい場所に掲示している。相談室で話すこともできるが、居間のスペース以外にも椅子をおき、他の利用者とは離れた場所で利用者が職員や家族等と話ができる環境を作っている。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>意見を受け付ける手段として、意見箱を玄関入ってすぐのテーブルに設置している。相談や苦情を受けた際は、記録を残し、対応策は利用者、家族にフィードバックすることになっている。特に苦情については、対応方法をフローチャートで示し、迅速に対応できるようにしている。</p>
<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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>職員に対しては、安全確保・事故防止のために、介護技術の研修を実施している。事故防止委員会が中心となって、外傷、与薬等ヒヤリハットの事例は、一覧表にまとめることで、どの事故がどんな場面で多いのかを把握することができるようにしている。結果は、グラフで可視化し、再発防止の目標管理をしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>感染症の予防は各職員が毎日チェックリストを使用して各自の健康管理をおこない、施設内に感染症を持ち込まないことを徹底している。もし、感染症が発生した場合には、最小限で食い止められるよう、事前に１～８まで段階を設定し、それをさらに色分けすることにより、緊急度が目で見てすぐわかるようにしている。状況の判断、共有が正確に早く行えることで、感染を最小限に食い止め、利用者の安全確保をしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>災害委員会を中心に、食料や備品のリスト作成や管理などの安全対策を実施している。職員は、入職すると警備会社に登録をし、災害時の安否確認が警備会社によってなされる体制を整えている。防災訓練は、施設内訓練以外に地域の防災訓練にも参加している。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する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	入所前に聞き取りした内容は、全て24時間シートに記載し、その内容をケアプランに入れている。利用者への支援内容、リスク等を記載した書類には、それぞれの支援が実施されたかどうかのチェック欄があり、出来なかった時には、理由を書くことを毎日の日課としている。
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。	b	サービスの標準的な実施方法については、ユニットごとに見直しができるものと、法人全体で見直しをするものがある。何か変更した方がよいことは、会議で話し合いをするが、細かい情報共有は、SNSを利用することもある。
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。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別の福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	個別の計画策定には、介護支援専門員を責任者として配置している。入居前のカンファレンスにて、関係職員がアセスメント情報を共有し、最初の1ヶ月は安心して生活できることを中心に考えている。
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。	b	個別の計画は、基本3カ月ごとに見直しをしている。計画作成においては、理学療法士、栄養士、看護師、介護職、介護支援専門員等、多職種の職員が日頃のケアの中で気づいた課題を持ち寄り、意見を出し合って丁寧なアセスメントを実施している。サービス担当者会議には、家族の参加も促し、情報を共有した中で、支援内容を検討している。サービス担当者会議であがった変更点は、会議に参加した職員が責任をもって、関係職員に説明することになっている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	支援の実施記録として、24時間シートを統一した書式として使用している。それぞれの時間帯ごとに、利用者のできること、支援内容、リスクが記載され、毎日支援が実施されたかどうかの確認チェックが行われている。
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。	b	利用者の記録は、鍵のある所に保管している。個人情報保護に関する研修では、どのような事がしてはいけない行動なのか、具体的な事例を用いて説明し、職員の理解が深まるよう工夫をしている。

評価対象Ⅳ 個別評価基準

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 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	入所前の実地調査の際に、利用者本人の24時間を聞き取り調査し、24時間シートに記載している。起きたらすぐに歯磨きをする等の生活習慣の継続や、傾聴ボランティアとの会話、ふれあい広場での音楽、体操など、一人ひとりが好きなことを選んで日中活動に参加できるようにしている。
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。	b	24時間シートを基に、利用者が自分でできること、支援が必要なこと、リスク等を明確にして、ケアプランを作成している。衣類をたたむ、新聞を取りに行く、カーテンを閉める等、一人ひとりの意向を確認しながら、役割持って生活ができるよう支援している。
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。	b	支援は、自分でできない部分にとどめ、利用者の残存能力の維持に努めている。理学療法士が定期的に身体能力のチェックを行い、24時間シートに記載することで情報共有し、褥瘡予防や誤嚥予防等は、委員会が中心となって組織的に管理をしている。
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	日々の支援の中で聞いた利用者の声は、フロア会議で共有し、ケアプラン作成に繋げている。特に、言葉での意思表示が困難な利用者には、スキンシップやジェスチャー等を加えながら、受け留める配慮をし、誰かと話せる機会を増やすために、ボランティアの受け入れをしている。
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	虐待防止委員会があり、年2回チェック表を用いて言葉使い等の振り返りをする機会を設けている。身体拘束は一切しないことを明確にし、虐待行為は「第三者が見て、虐待と思ったら虐待である」という認識を、全職員共通の判断基準としている。

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 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	施設内は、季節に応じた室温、湿度の設定やエアコンの風向き、部屋の用途に応じたカーテンの色選定等、利用者が快適に過ごせるよう配慮されている。テレビや本棚、テーブル、椅子は、居間以外に廊下にも配置し、共同生活の中でも、少し離れた場所でも過ごしたい利用者の快適性にも気を配っている。

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 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。	b	入浴の形態は、利用者の心身状態に合わせて決め、週2回を基本回数とするが、看護師の判断により、入浴日以外の日でも必要に応じて入浴することができる。拒否のある利用者に対しては、どの部分に嫌な気持ちがあるのかを検討し、羞恥心への配慮として、同性介助の対応も行っている。
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	尿意、便意の有無、便座に座ることができるかどうか、ズボンの上げ下ろしができるかどうか等、一人ひとりの状態に合わせ、できるだけトイレで排泄できるよう、工夫をしている。自然な排泄を促すために、栄養士と相談しながら水分量、オリーブ油、食物繊維量等で調整をしている。
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	車椅子や歩行器の利用、前方からの介助、後方からの介助等、利用者の心身状況や意向をふまえて支援をしている。ポータブルトイレの設置場所は、利用者がいつもどのように移動するかを何度も確認して決め、いつもの位置が変わらないよう、写真を撮り、申し送りノートに貼って共有している。
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	定期的に嗜好調査を実施して食べたいものを確認し、敬老の日、お正月等、行事の際のメニューにとり入れるようにしている。ミキサー食の利用者には、何を食べているのかが視覚的に分かりにくいいため、その日の献立が何であるかを説明しながら提供するようになっている。
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	利用者の心身状況に合わせて、食器の素材や形を選んだり、自助スプーンの利用を検討する等検討し、自分で食べることができるように支援している。嚥下機能向上委員会があり、特に高リスク者は、ごっくんup計画により飲食前に体操やマッサージを行い、誤嚥防止をしている。
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。	b	一人ひとりの状況に応じた歯磨きの仕方、入れ歯の対応等は、ケアプラン、24時間シートに記載されて、実施している。委員会が中心となって口腔ケアに関する研修を実施しているが、毎週訪れる歯科医師、歯科衛生士に直接相談し、指導を受ける職員も多い。
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	褥瘡防止委員会があり、褥瘡の発生しそうな人をフロア会議で抽出し、体位交換、衣服のよれ防止、座位の除圧等で予防を行っているが、発生した場合は、集中ケアとして、毎日のシャワー等を実施している。褥瘡対策に関するケア計画には、危険因子の評価や褥瘡の状態が記載され、褥瘡発生時には、医師の指示の下、看護師が毎日処置を行う。医療面での支援に加え、栄養士が、アルブミン値等から栄養状態を判断し、栄養面からのアプローチも行っている。
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。	b	現在は、喀痰吸引・経管栄養が必要な利用者には、看護師が対応している。介護職員に対する研修が事業計画にあり、必要に応じて、これから実施の検討をする予定である。
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て機能訓練や介護予防活動を行っている。	a	機能訓練は、暮らしの中での生活訓練と考えている。一人ひとりの心身の状況に応じて、理学療法士の助言を受けながら、ベッド上での運動や廊下歩行など行っている。廊下に出発点からの距離を記すことで、歩いた距離が自分で分かり、楽しみながら歩行できるよう工夫している。
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。	b	入職時研修の際、認知症対応研修を実施している。研修では、本人が、他者から認知症であると思われない状況を作る声かけの工夫など、専門職としてできる支援を検討し、実践できるようにしている。また、認知症実践者研修受講者が指導者となって、認知症の人への対応を学ぶこともあり、否定しない支援を身につけている。例えば、外出希望があった場合にも、否定をせず、一緒に出かけて何気なく見守る環境を作っている。
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。	b	緊急時対応マニュアルがあり、研修も実施している。夕方までに、看護師が早めに対応をし、夜間に緊急対応が必要とならないように努めている。もし、急変した場合には、看護師に連絡し、迅速に対応できる体制となっている。
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。	b	入所時に、終末期を迎えたときの対応について意向を確認している。気持ちは、変わることを理解しており、家族会や施設サービス計画の更新時等、折に触れ確認するようにしている。施設長は、職員に、終末期のケアに携わって良かったと思ってもらえるようなアドバイスを心掛け、心の準備に向けての支援に努めている。

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 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。	b	家族には、毎月の請求時に、担当職員が毎月写真を添えて近況報告をしている。ケアプランは、おまかせではなく、必ず家族に説明をし、要望を聞く機会を設けるようにしており、電話、手紙等伝達方法をいろいろ変えて対応している。

A-5 サービス提供体制

	第三者評価結果	コメント
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。		