

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

経営創研株式会社

②事業者情報

| | | | |
|--------|--------------------------------|-----------|--------------|
| 名称： | 和光苑 | 種別： | 特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名： | 施設長 中尾 泰次 | 定員(利用人数)： | 60 名 |
| 所在地： | 〒 351- 和光市新倉 8-23-1 0115 | TEL | 048-468-3355 |

③総評

◇特に評価の高い点

- 1) 専属のボランティア・コーディネーターを配置し、積極的にボランティアを導入しています。
- 2) 終末期において看取りを希望する入所者に対して手厚い支援を行っています。
- 3) 東日本大震災の後、利用者や職員の安否確認に資するため、インターネットによる状況確認のシステムを導入しました。
- 4) 新人職員の指導にあたって、プリセプターシップ制度を取り入れ効果的な育成に役立てています。
- 5) 空きベッド期間の短縮のために、目標を設定して取り組んでいます。
- 6) 消防団を組織して災害時の避難訓練や消火訓練、水害に対応する訓練を行っています。
- 7) 月1回、自由参加の茶話会を開催して苑長と利用者が語り合うなど施設生活に変化を与えています。
- 8) 出張寿司、ピヤガーデン、てんやものの日、メニュー選択食、外出居酒屋などの活動を取り入れ利用者の食生活を豊かにしています。
- 9) 買い物会の開催やネットショッピングの活用により利用者が好む品を購入する機会をつくっています。
- 10) 希望のある方には、成年後見制度の利用を支援しています。

◇特にコメントを要する点

組織面、サービス面共に、バランスのとれた運営がなされており、特にコメントを要する点は見あたりませんが、あえて述べるならば、1階食堂が開放的であるために、寒い冬の対策が必要と考えられることでしょう。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回（平成19年度）の第三者評価結果を踏まえ、ご指摘いただいた点につきましては、全て改善を行いました。

その結果、今回の高い評価をいただいたと身の引き締まる思いです。今回ご指摘いただいた1階食堂の寒さ対策については和光市と協議し、エアーカーテンなどの検討をして参りたいと思います。また、紹介いただいた病院等の模範的取り組みなどもヒントに更なるサービスの向上を目指していきたいと思ひます。これからも一人ひとりのご利用者のニーズに添うケアを心がけ、サービスの更なる向上に努めて参ります。

⑤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

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、基本方針が確立されている。 | | |
| Ⅰ－１－（１）－① 理念が明文化されている。 | a | |
| Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a | |
| Ⅰ－１－（２） 理念や基本方針が周知されている。 | | |
| Ⅰ－１－（２）－① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | a | |
| Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | a | |

Ⅰ－２ 事業計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------------|---------|------|
| Ⅰ－２－（１） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| Ⅰ－２－（１）－① 中・長期計画が策定されている。 | a | |
| Ⅰ－２－（１）－② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | a | |
| Ⅰ－２－（２） 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| Ⅰ－２－（２）－① 事業計画の策定が組織的に行われている。 | a | |
| Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。 | a | |
| Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | a | |

I-3 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 |
|--|---------|------|
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | a | |
| I-3-(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。 | a | |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。 | a | |
| I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | a | |

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|------|
| II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | a | |
| II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | a | |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | a | |

II-2 人材の確保・養成

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|------|
| II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | a | |
| II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | a | |
| 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必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | a | |
| II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | a | |

| | | |
|---|---|--|
| 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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | a | |
| II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | a | |
| II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | a | |
| II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | |
| II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a | |

II-3 安全管理

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|------|
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 | | |
| II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | a | |
| II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | a | |
| II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。 | a | |

II-4 地域との交流と連携

| | 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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | a | |
| II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | a | |
| II-4-(1)-③ ボランティア受け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 | |

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | a | |
| Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | |
| 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 地域の福祉ニーズを把握している。 | a | |
| Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | a | |

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 | 利用者尊重の精神が理念と基本方針に明文化され、それに基づいた事業計画を職員参加のもとで策定しています。特に身体拘束防止や虐待防止については、内部研修を徹底しています。また日常の言葉についても使ってはいけない言葉や表現を一覧表にして共有しています。 |
| Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。 | a | 個人情報保護規程・マニュアルを策定し内部研修を実施しています。介護現場では、排泄や入浴などの場面が人の目に触れないように、カーテンで一人ずつ仕切って介助しています。また利用者の個人情報を、他の人に聞こえる場所で話題にしないなどの注意を徹底しています。 |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | a | 会話のできる利用者には満足度調査を実施し、率直な意見を聞き取っています。食事の嗜好調査や、家族交流会での意見なども支援に活かされます。職員は利用者との日常のコミュニケーションにより把握した意向をフロアノートに記入し、フロア会議等で改善を検討しています。 |
| Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | a | 利用者との茶話会を毎月実施し、苑長と意見交換を行っています。ご意見箱も設置し、匿名で意見を書いて投入できるようにしています。相談員は日頃から利用者によく会話し、必要な時は個別に相談を受けています。 |
| Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | a | 法人の苦情解決規程に則り、契約書等で苦情解決の仕組みを説明しています。契約書には、相談・要望・苦情窓口、苦情解決委員会、第三者委員等を掲載し、施設内にも掲示しています。 |
| Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | a | 苦情解決のマニュアルに沿って対処しています。居室の変更やテーブルの席替えなど、利用者が平穩に暮らすための要望に対し、フロア会議等で検討のうえ迅速な改善が図られています。 |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
| Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。 | a | 厚労省によるワムネットの自己評価を年1回実施するほか、福祉サービス第三者評価を定期的に受審しています。 |
| Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | a | 評価の結果を法人内で検討し、事業計画に取り入れて改善に結びつけています。最近では給食の配膳車や食堂の椅子を新しくし、ターミナルケア専用の部屋をつくるなどの改善を行いました。 |
| Ⅲ-2-(2) 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-(2)-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サービスが提供されている。 | a | 入浴・排泄などサービスの種類ごとにマニュアルが作成されています。新人には担当職員がついて、手順通りにできるようになるまで指導が行われています。 |
| Ⅲ-2-(2)-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 | 主任会議で定期的にマニュアル類の見直しを行っています。年度ごとに全体で事業の振り返りを行い、必要があれば標準的な実施方法が見直されています。 |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。 | a | 個々のサービス実施計画（ケアプラン）の実施内容や、利用者の日常の様子は、ケース記録に記入しています。ケース記録には、介護職員による日中と夜間の記録、看護師の記録をそれぞれ違う色のペンで記入し、一日の流れが読み取りやすくなっています。 |
| 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 | フロアには、ケース記録や排尿便チェック表、水分と食事のチェック表などが置かれ、そのつど記入するようになっています。個人ごとのファイルには、家族状況や入所前の生活歴、入所相談記録、主治医の意見書や看護記録などが綴じこまれ、個々の利用者に関する情報を一カ所に集中して管理しています。 |
| Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | a | 職員はケアカンファレンスに参加し、利用者一人ひとりの情報を把握しています。日常の様子はケース記録等をチェックし、日々の連絡事項は、フロアノートにより、非常勤職員を含めた全員に伝達されています。 |

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | a | ホームページには法人が実施しているさまざまな福祉サービスが掲載され、当ホームについても詳しい情報を提供しています。ホームの見学を希望する方々を受入れ、案内と説明をしています。 |
| Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。 | a | 契約書と重要事項説明書によって詳しい説明をしています。利用者と家族の関心が高い料金については、別紙でわかりやすく説明し、同意を得て署名を受けています。 |
| Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | |
| Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | a | 利用者が在宅復帰する例はほとんどありませんが、入院する時は看護サマリーを作成して病院に引き継ぎ、継続性のある支援を受けられるように配慮しています。またホームでの居室担当者がお見舞いに行き、気持ちの支えになるように努めています。 |

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--------------------------------------|---------|---|
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | |
| Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | a | 入所時には事前調査書類や相談員から得た情報をもとにアセスメントを行い当面のサービス実施計画（ケアプラン）を作っています。入所後のホームでの様子をみて、1ヵ月後に再度アセスメントを実施し、本格的なサービス実施計画策定の基礎とします。 |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | |
| Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 | a | サービス実施計画（ケアプラン）には、長期目標、短期目標、サービス内容などが記入され、担当職員が見通しを持って支援できるようになっています。 |
| Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a | サービス実施計画（ケアプラン）は、基本として6ヵ月に一度の見直しを行っています。フロアの職員全員が、予め前回のプラン内容に対する評価と現在の状況を「ケアカンファ意見収集表」に記入しています。ケアカンファレンスでは、介護支援専門員（相談員）が中心になり、介護、看護、管理栄養士等とともに話し合いを行って、サービス実施計画の評価・見直し・再策定をしています。 |

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ-1 個別サービスの提供

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| Ⅳ-1-(1) 利用者に対する食事の提供。 | | |
| Ⅳ-1-(1)-① 食事を楽しめるような工夫を行っている。 | a | 季節を感じる旬の食材を多く使用して薄味に調理し、見た目も美しい食事を提供しています。敬老の日、雑祭りなどの行事食も利用者の楽しみになっています。食事の時間には、音楽を流しテーブルに庭の花を飾ってレストランのような雰囲気を演出しています。 |
| Ⅳ-1-(1)-② 定期的に食事の環境を見直すシステムができていて、機能している。 | a | 管理栄養士は毎回残食を調査し、年に2回嗜好調査を行って、利用者に好まれる食事を提供しています。また月に1回給食会議を開き、職員や利用者の意見を検討し改善を行っています。 |
| Ⅳ-1-(1)-③ 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。 | a | すべての利用者に栄養ケアマネジメントを実施して、栄養状態や食形態を考慮した食事のプランを作成しています。「刻み食では何を食べているのかわからない」という意見があり、料理の色や形を楽しめるソフト食・ゼリー食を取り入れました。栄養状態に問題のある利用者には、補助食品を提供して改善を図っています。食事委員会にて食生活全般の見直しを行い、個人の体格と身体状態に合わせてテーブルの高さの調整も行っています。 |
| Ⅳ-1-(1)-④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。 | a | 誕生日には本人の希望する特別メニューを作り、フロア全体で楽しんでいます。お酒の好きな利用者には、夕食のトレーにお酒のグラスを置いて晩酌を楽しめるようにしています。二択式の選択食の日、店屋物の出前を取る日、おやつバイキングの日などが設けられています。ホームに寿司職人さんが来て注文したお寿司を握ってもらう出張寿司の日、食堂に焼き鳥などの屋台を並べたビアガーデンの日、外の居酒屋に出かけて好きなお酒を飲む日など、多様な食事イベントを行って利用者に喜ばれています。 |

| | | |
|--|---|---|
| IV-1-(2) 利用者に対する入浴の提供。 | | |
| IV-1-(2)-① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。 | a | 一般浴・中間浴・機械浴を用意し、利用者の状態に合った設備を使って入浴できるようにしています。職員は入浴時の事故を防ぐためのマニュアルに従って介助にあたっています。 |
| IV-1-(2)-② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。 | a | 入浴する気になれない利用者には無理じいをせず、入浴日の変更などの柔軟な対応をしています。羞恥心やプライバシーに配慮して、浴室のドアをこまめに閉め、ドアが開いた時も入口の暖簾とスクリーン・カーテンで中が見えないようにしています。脱衣所や浴室内でも間仕切りや仕切りカーテンを活用し、ストレッチャー上の利用者には必ずタオルを掛けています。 |
| IV-1-(3) 利用者の適切な排泄管理。 | | |
| IV-1-(3)-① 排泄の自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している。 | a | 個々の利用者の排泄のリズムを把握し、トイレへの誘導を行っています。おむつ着用であっても便意のある利用者には、ポータブルトイレへの誘導をしています。身体を立てることが困難な利用者の自立を支援するため、トイレでの職員2人介助をしています。おむつでは残尿のある利用者には、ポータブルトイレでの排尿を促し、体調を良くする効果をもたらしています。 |
| IV-1-(3)-② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。 | a | おむつ交換時にはプライベートカーテンを閉め、排泄場が人目に触れることがないように配慮しています。利用者が恥ずかしい思いや面倒をかけて申し訳ないという思いを持たないように、職員からの言葉かけにも注意しています。 |
| IV-1-(4) 利用者の移乗の確保。 | | |
| IV-1-(4)-① 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。 | a | ベッドから起き上がって活動できるように、離床介助を積極的に行っています。体力の弱い利用者には離床時間が長くないよう留意し、横になって休めるようにしています。横になったままベッドから移乗する際に利用者が苦痛を感じないようにフレックスボードを活用しています。車椅子についても、超低床式、リクライニング式、身体を伸ばさずに済むティルト式など、利用者の状態に合わせた各種のタイプが用意されています。 |
| IV-1-(5) 利用者の整容の確保。 | | |
| IV-1-(5)-① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。 | a | 月に1回、訪問理容と訪問美容サービスが行われています。女性利用者が多くを占めていますが、美容師にはカットだけでなく、パーマや毛染め、メーキャップなども頼むことが可能です。年2回、移動販売による衣類の買い物会があり、好きな服を選んで買うことができます。髪を整え髭を剃るなどの職員の整容支援により、利用者は身だしなみの良い姿で食堂に集まっています。口臭にも配慮し毎食後口腔ケアを行っています。 |
| IV-1-(6) 個々の生活、障害に合わせた介護。 | | |
| IV-1-(6)-① 個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。 | a | フロア会議やケアカンファレンスにより利用者の心身状況の変化を把握して、ケアプランの見直しを行い、介護の仕方を変更しています。 |
| IV-1-(6)-② 認知症高齢者への対応を適切に行っている。 | a | 利用者の多くが認知症を抱えて生活しています。認知症高齢者介護マニュアルを作成して内部研修を実施し、認知症をテーマとした外部研修に職員が参加して対応を学んでいます。利用者によって違う認知症の周辺症状に対しては、入所前の生活歴や家族からの聞き取り、普段の様子から職員が気がついたことをヒントに、適切な対応を考えています。 |
| IV-1-(7) 医療依存度の高い利用者への対応。 | | |
| IV-1-(7)-① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携するなど適切な対応を行っている。 | a | 入所後に病気が進行し医療処置が必要になるケースもありますが、できるかぎりホームで暮らし続けることができるように配慮しています。嘱託医や協力医療機関と連携を取りながら、胃ろう、膀胱ろう、バルーンなどの利用者への対応がなされています。 |

| | | |
|---|---|---|
| IV-1-(8) 利用者の健康管理。 | | |
| IV-1-(8)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。 | a | 入浴前のバイタルチェックにより日常の健康管理を行っています。体調が気になる利用者には随時バイタルチェックが行われます。ホームを訪れる嘱託医により、利用者は定期的に診察を受けることができます。また年に一度健康診断が実施されています。 |
| IV-1-(8)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。 | a | 利用者の服薬に間違いが出ないように、誤薬防止マニュアルによる研修を実施し、どの職員も手順を守るようにしています。薬を準備する際は複数の看護師がチェックする体制を取り、服薬回数別に仕分けして管理しています。服薬する時は、飲み込みを見守り、頬の裏になど錠剤が残っていないか口を開けてもらって確認しています。 |
| IV-1-(8)-③ 感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。 | a | 感染症対策マニュアルを作成し内部研修を実施しています。保健所から届くインフルエンザやノロウイルスなどの流行情報を把握し周知させています。家族の理解を得て利用者のほぼ全員にインフルエンザ予防接種を実施し、職員も施設負担で接種を受けています。 |
| IV-1-(8)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。 | a | 調理関係職員には細菌検査を実施し、衛生面の手順を守って給食をつくっています。食中毒発生時の対応マニュアルも整備されています。 |
| IV-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施。 | | |
| IV-1-(9)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。 | a | 毎日の体操など日常の支援の中で、身体機能の維持向上を目指しています。個々の利用者の状態に応じたレクリエーションを計画・実施しています。 |
| IV-1-(9)-② 機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。 | a | クラブ活動やレクリエーション、行事などを楽しみながら身体を動かす機会を増やしています。手指の動きが不自由な利用者が、ゲームの中でジャンケンをするうちにチョキが出せるようになるなど、遊びによるリハビリ効果が生まれています。 |
| IV-1-(9)-③ 寝たきり防止・離床のための取り組みを適切に実施している。 | a | 基本的に全員が食堂に移動して食事することにより、廃用性症候群の防止をしています。床ずれを防止するため、エアーマットや無圧座布団、体交まくらなどを活用しています。また併設施設の作業療法士の助言を受けポジショニングの徹底を図っています。 |
| IV-1-(9)-④ 利用者の身体状況に応じて福祉用具などを適切に提供している。 | a | 車椅子は、リクライニング式・ティルト式・片マヒ用・自操式・介助式など、数種類が用意され、利用者の状態に合ったものを使用しています。杖やシルバーカー、歩行器も準備され、ケアプランに応じて活用されています。 |
| IV-1-(9)-⑤ 転倒予防のための取り組みを実施している。 | a | 毎月リスク管理委員会を開き、利用者の転倒予防に取り組んでいます。離床センサー利用者28人、転倒防止マット利用者10人、ティルト式車椅子利用者5人については、特に計画的な転倒予防をしています。職員全員が事故・ヒヤリハット報告書を共有し、再発防止に努めています。 |
| IV-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重。 | | |
| IV-1-(10)-① 主体的な生活や余暇活動を保障している。 | a | 生け花・卓球・音楽・絵手紙・書道などさまざまなクラブ活動が行われ、利用者はいつでも希望のクラブに参加できます。他にも大型活字本の貸出し、塗り絵、三味線演奏、ギター演奏、クッキー作りなど多様なプログラムが実施され、利用者の心身を活性化させる刺激を与えています。 |
| IV-1-(10)-② 利用者のライフスタイルを保障している。 | a | 利用者の希望によって、個人で新聞や雑誌を購読することができます。個人用テレビを居室に置いて好きな番組を観ることも可能です。複数ある共同のテレビで高校野球を応援し、居室のテレビでドラマを観るなどの使い分けをしながら生活しています。ホーム内での服装は自由であり、それぞれ好みの洋服やアクセサリーを身につけています。 |

| | | |
|--|---|---|
| IV-1-(10)-③ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。 | a | ホームで預かったお金は、利用者の希望に応じて柔軟に出し入れができるようになっています。自動販売機で飲み物を買ったり電話をかけたりするために、小銭を手元に持つことも可能です。通信販売で必要な品を購入するケースもあります。ホームからは出納帳を家族に年4回送付しています。 |
| IV-1-(10)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。 | a | 外に出たいという利用者の要望に応え、大きな公園や観光名所へのバスハイク、居酒屋での飲み会、農園でのぶどう狩りなどを実施しています。ホーム内でも、注文して握ってもらえる出張寿司や、好きなメニューを選べる選択食など、食べるものを自由に選ぶさまざまな機会を提供しています。 |
| IV-1-(10)-⑤ 生活の継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。 | a | 多くの利用者が居室に思い出の写真を持ってきています。愛用のアクセサリなどの他、小型の仏壇などを持ってくる例もあります。職員は利用者の生活歴や趣味を把握し、興味が持てそうな活動に誘って、好きなことを続けられるように配慮しています。 |

IV-2 家族との交流の確保

| | 第三者評価結果 | コメント |
|----------------------------------|---------|--|
| IV-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保。 | | |
| IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。 | a | 家族との談話コーナーを設けて、気兼ねなく会話ができ、一緒に食事できるように配慮しています。敬老会や複合福祉施設全体のお祭りなどの行事への参加をポスターや手紙で呼びかけ、利用者と家族と一緒に楽しんでもらう機会にしています。 |
| IV-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。 | a | 職員は来訪した家族とコミュニケーションを取ることが心掛けています。季節ごとにホームの行事の写真などを掲載した通信を発行し、個々の利用者の近況を伝える職員からの手紙を添えて郵送しています。 |

IV-3 利用者の人権の擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止。 | | |
| IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。 | a | 基本的に身体拘束は行わない方針を持ち、月1回身体拘束対策委員会を実施して、拘束廃止への取り組みを行っています。 |
| IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。 | a | 倫理規定を明文化し、内部研修を実施して利用者の虐待につながる言動を取ることがないように徹底しています。職員数が少ない時間帯に利用者を待たせることをくり返していないかといった日常的な対応もふくめ、利用者を傷つせずに介護する方法を話し合っています。 |
| IV-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。 | a | 成年後見制度等が必要と思われる利用者には説明を行ったうえで資料を渡しています。現在8人の方が成年後見制度を利用しています。 |
| IV-3-(2) 生きがいのある生活。 | | |
| IV-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。 | a | 日常の中で利用者に積極的に話しかけ、レクリエーション活動へのお誘いなどを行っています。傾聴ボランティアがよく訪れ、1対1で話す、仲の良い2人で話す、グループで話すなど、多様な会話の機会を設けています。 |
| IV-3-(3) その他。 | | |
| IV-3-(3)-① 自己評価を実施している。 | a | 毎年、厚労省のワムネット自己評価を実施して、法人のホームページを通じて「設問」「評価」「事業者からのコメント」を公表し、利用者、利用希望者等に対して透明性の高い組織にしています。 |
| IV-3-(3)-② ターミナルケアを利用者、家族の希望に応じて行っている（ターミナルケアの検討をしている）。 | a | 早くからターミナルケアに取り組み、今年度も利用者2人の看取りを実施しました。ターミナルケアについて利用者と家族の意向をあらかじめ聞き取り、可能な限り意向に沿う方針で支援しています。新たにターミナルケア専用の部屋を用意し、利用者と家族が落ち着いた雰囲気と一緒に過ごせるようにしました。 |