評　価　細　目　の　第　三　者　評　価　結　果

（特別養護老人ホーム）

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。		
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	法人理念である「みんなちがって、みんないい」の実現のため、倫理綱領や行動規範を作成し、施設内に掲示するほか、毎年4月1日の辞令交付時には全職員で確認することになっている。利用者や利用者家族、地域の方に向けて、ホームページやパンフレット、重要事項説明書にも記載し、周知を図っている。施設の広報誌である「ひなの杜・槻通信」は定期的に利用者家族宅や自治会長、民生委員、地域のケアマネジャー等に配布され、折りに触れ理念について伝え触れることにより継続的な周知を図っている。理念実現の結果として、個別性を大切にし、朝食の選択や個浴を実施しているほか、初詣に行けない利用者には、施設にお社を作り、利用者が参拝できるようにするなど、利用者の状況に合わせ、これまでの生活習慣を継続できるよう支援している。

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。		
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。	b	施設長は社会福祉協議会が実施する研修や経営者協議会、地域の施設長会議などに参加する他、オブザーバーとして行政の会議等に参加したり、地域包括支援センター支援会議に参加し、事業所として必要な情報収集やニーズの把握に努めている。経営者協議会では、複数の施設間で事故や事件の情報を共有し、施設を超えて対策について話し合う場となっている。また、収集した情報を基に、コストの分析や地域の福祉施設の価格比較、労務管理や外国人労働者の受け入れなどについても役員会議で話し合われている。
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。	b	外部から収集された情報は施設長から理事会へ報告され、検討している。理事会で上がった課題については毎月行われる役職会議で共有され、次年度の事業計画や、内部研修の内容などに反映される。内部研修については、ブロックごとに話し合い、多職種が研修に参加出来るようにしている。

Ⅰ－３　事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－３－（１）　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　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	安定した運営のため、5年ごとの計画を作成している。稼働率や取るべき加算などの目標を定め、役職会議で毎月数値を含め状況を分析し、理事会に報告されている。併設している特別養護老人ホームの10周年に合わせ、平成31年度は次の10年に向けての計画を立てる年となっている。資金計画については、30年先までの資金収支計画書を作成している。
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。	b	各分野のリーダーごとに当該年度の目標達成度合いと、中・長期計画を基に次年度の目標を話し合い、役員会議で次年度の計画が策定されるようになっている。その結果、稼働率だけでなく、サービス向上と職員定着のため、計画的に内部、外部研修や資格取得サポート制度なども実施されている。
Ⅰ－３－（２）　事業計画が適切に策定されている。		

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。	b	実施状況の把握は各リーダーから役職会議へ、その後理事会へと伝わるようになっている。事業計画の実施状況で問題があった場合には、目標の方向性は変えずに、実施状況の見直しを行う。事業計画は、役職会議で各リーダーに伝えられ、リーダーが自分の言葉で各職員に伝えるようにしている。
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。	b	事業計画書はホームページ上で公開されている。利用者や家族に対しては、「ひなの杜・槻通信」の中で報告が行われる。事業計画書をそのまま載せるのではなく、加算が変わる、職員の体制が変わる、車両の増加など、利用者や家族にもわかりやすい表現にして掲載するよう心がけている。

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。		
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。	b	事業計画をもとに各課ごと、各委員会ごとに、12月から2月にかけ、評価見直しをおこない、次年度の計画を作成している。研修については各研修ごとに職員にアンケートを実施し、その都度評価を実施している。また、各職員に対し、リーダーが面談を行い、サービスの向上に向け、各職員の目標の確認と現状の評価をおこなった。余暇委員会では外出などの行事の見直し、排泄委員会、事故対策委員会ではアクシデント、インシデントの集計やマニュアルの見直しをおこない、サービスの質の向上へつなげている。
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。	b	事業報告を作成する際、各目標の評価を行い、評価結果に基づき次年度の計画を立てる。前回の評価を基に今年度は新たに、研修についての職員の声を反映するためのアンケートを実施し、さらなる改善へとつなげている。各委員会で上がった課題は、役職会議で話し合い、職員会議の中で各リーダーへ伝えられ、リーダーから各職員へ周知されている。

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。	a	利用者に対しては、重要事項説明書の中で施設長の責任を明記している。職員に対しては、運営規定の中に、施設長を含めた各役職について役割や責任の範囲が明記されている。防災計画の中には、有事の際の施設長の役割を明記して職員へ周知している。毎年4月1日には、法人理念を基に定められた管理者として「こうするべき」というものを行動規範として定め、全職員に対し発表をおこなって、職員への理解を図っている。
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	施設長は老人福祉施設協議会が実施している集団指導や労働基準監督署などから情報を収集し、業務執行理事をおき、各関連法令に合わせて、労務、財務、衛生管理などの、遵守すべき法令等の理解に努めている。また、法令遵守責任者を配置し、取引事業者は評議員になれない、理事長と利害がある契約は施設長が職務代理となる、など適切な運営となるようにしている。
Ⅱ－１－（２）　管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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	利用者への嗜好調査や、職員に対してのアンケート、リーダーが行う面談などを基に、職員会議で話し合い、その中で施設長が最終決定をおこなう。質の向上のための研修は施設長が中心となり、役職者で項目を定めている。
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	内部研修を毎月実施し、業務の向上に努めている。研修には可能な限り施設長も参加し、総括を行うようにしている。シフト上研修に参加できない職員はレポートを作成し、勉強会ごとにアンケートをとるなど、次回にむけ、より実効性を高めるための仕組みがある。また、毎月稼働率を出し、目標に向けての実効性を話し合う。

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	新たな人材の確保に向け、介護者養成施設との連携や実習生の受け入れ、外部の面接会や県の実施する人材確保事業などを活用するなど、様々な方法で、安定した人材の確保に努めている。また、定着のための取り組みとして、資格取得支援サポートや職場定着支援助成金を活用し、処遇の改善も図っている。
Ⅱ－２－（１）－②　総合的な人事管理が行われている。	b	服務規程や行動規範の中に、法人理念を基にした、利用者の個別性に配慮した介護を実現するための、期待する人材像が明記されている。給与規定の中で、昇進、昇格の基準が、職務内容、等級ごとに定められており、職員に周知されている。衛生委員会では、通勤手当や勤務体系などの、処遇改善に取り組んでいる。
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	職員の意向の把握は、入職時の他、年1回リーダーとの面談の中でも行なわれるが、状況によっては施設長が面談をすることもある。本人の状況や意向に合わせ、時短勤務や、法人内での異動などを活用し、長く働ける職場づくりを目指している。福利厚生で行なわれる親睦会は、不公平感が残らないように出席できない人には、商品券で補う等の工夫がされている。

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	施設全体の育成計画は事業計画書に明記されている。職員一人ひとりの育成については、リーダーが面談をする際、今年度より、聞き取り表をとり入れ、各職員と話し合いをおこなっている。個人面談の中で、前回立てた目標の達成状況を明確にし、次期の目標を定めるようにしている。
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	運営規定の中に衛生管理や防災管理者、各専門職ごとに必要となる資格や受けるべき研修などが定められている。また、事業計画の中に、研修計画を定めて、研修ごとにアンケートを実施し、より効果的な研修になるような仕組みとなっている。
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。	b	倫理綱領の中にある「専門性を高めなければならない」を実行できるよう、年間を通しての研修計画があり、内部研修と外部研修を実施している。外部研修は、それぞれが適切なものを受講できるよう、一覧を作成し、偏りが無いよう配慮している。新入職員に対しては、日報の中に習得状況を書き込んで、確認ができるようになっており、夜勤ができるようになるまでが目標とされている。各介護技術についても、一定の技術水準となるよう、委員会活動の中で、必要な工程を整理し、できているかを確認する仕組みとなっている。
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	実習生の受け入れに対して、「ひなの杜実習に当たっての注意事項」を作成し、事前説明を行い、安全に、かつ効果的に実施できるよう取り組んでいる。現在ケアマネジャー、ヘルパー研修、教員実習の実習生や高校生の職場体験を受け入れており、職種によって実習のカリキュラムを変えている。

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	ホームページの中で、法人理念や法人概要、事業概要、事業報告、決算報告が公開されており、利用者や家族、利用希望者、地域のかたが誰でも見ることができる。また、施設の様子を伝える「ひなの杜・槻通信」は、利用者や家族だけでなく、自治会長、民生委員、地域のケアマネジャーなどにも配布され、施設を理解してもらうための手段となっている。
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	物品購入などについては、経理規定により購入に当たっての規定を設け、理事会を通さなければならない範囲や、予算立てが必要となる範囲などを定めている。また、職員への周知は物品管理委員会が行っている。監事の中の税理士が中心となり、内部監査を行っている。また、経営者協会などを通じ、情報収集に努めている。

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	事業計画の中に地域との一体化を明記している。大学で開催される講座、自治会主催の体操教室の会場として場所を提供している。また、利用者は初もうでや外食などの行事を通じ、地域との交流を持つ機会がある。また、施設の協力病院以外のかかりつけ病院への診察も、利用者の希望により、継続が可能となっている。
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	ボランティアの受け入れ施設として登録を行っているほか、併設の特別養護老人ホームや通所介護で、書道教室や体操教室をボランティアの協力で実施し、地域の社会資源の活用に取り組んでいる。必要な場合には、「ひなの杜実習についての注意事項」を用いて、実習の心得、持ち物、服装、言葉使い、個人情報の取り扱いや記録物の取り扱いについて説明しており、安全なボランティアの受け入れとなるよう努めている。
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	職員がすぐ確認できるよう、当直の際に確認するファイルに協力病院、近隣の医療機関、医療関係者連絡先などを明記している。その他利用者ごとに必要な情報や利用する関連機関は、個人台帳の中でも確認できるようになっている。また、運営推進会議では、地域包括支援センターと施設の状況を報告しながら情報共有を図っている。支援会議では、地域の他施設との共有するべき問題についての話し合いをおこなっている。
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	地域交流室は、大学で開催される講座、自治会主催の体操教室に会場を提供し、職員も可能な限り参加しているほか、職員が講師となり、講習を行い、施設が持つ事例や知識を地域に還元している。また、福祉避難所にも指定されている。
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。	b	事業計画の中の地域貢献活動を新たにとり入れることを定め、施設単独ではなく、併設する特別養護老人ホームと一体的な公益事業に取り組んでいる。その一つとして、単独の利用料助成事業を実施してる。

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。		
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	倫理綱領や行動規範の中に利用者の声を尊重すること、利用者本位のサービスを提供することが明記されており、職員には入職時に配布されるほか、年度初めの朝礼で職員に周知されている。身体拘束廃止委員会は毎月の活動の中で、外部の事例も収集し職員間で共有できるようにしている。
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	利用者に対して、契約書の中に、権利擁護について明記することにより周知している。倫理綱領にプライバシー保護について定め、各種マニュアルの中にもプライバシー保護に配慮することが明記されている。その結果、個別の空間には、カーテンではなく2面を壁にすることにより、ドアを開けた際にすぐに見えないよう工夫し、入浴は個浴のみとするなどサービス提供に反映されている。不適切な事例が発生した場合については、苦情解決のプロセスを使い、話し合いが行われるようになっている。
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	ホームページ、パンフレットには、理念のほか、施設案内、サービス概要、施設の特色、利用料金に分け、それぞれ、写真や絵を使用して、わかりやすい言葉を使い、施設での生活の様子を伝えるよう工夫している。地域包括支援センターや学校、協力病院にパンフレットを設置してもらっており、利用希望者が情報を収集しやすいようにしている。問い合わせに対しては、可能な限り夜間の説明にも対応している。説明の際には介護保険制度がわからない方にも理解しやすい内容とすることを心掛けている。また、利用者、家族双方が納得して入所できるように、何度見学に来ても良いことを伝えるようにしている。
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	利用し開始時には食事や、入浴、居室など実際の場所を見てもらうことで理解しやすいよう工夫している。料金の改定などサービスの変更時には、細かく説明するよう心がけている。サービスの変更や終了で利用するサービスが別の場所になる場合には、次の場所の見学に一緒に行くなど、利用者の次の選択を支えるようにしている。家族が「本人には説明は必要ない」と言う場合でも、原則一緒に聞いてもらうようにしている。
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	サービスの変更や家庭への移行に当たり、看護サマリーや利用者の大切にしていること、好きなことを手紙にして送付するなど、次のサービスに向けての支援をしている。サービスの終了後もいつでも相談できること及び、入所が必要な場合には、再度利用することが可能であることも伝えるようにしている。
Ⅲ－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ－１－（３）－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。	b	ケアプラン作成時に、楽しみにしていること、食事について、楽しかったことなど、利用者の要望を聞くようにしている。年1回の食事の嗜好調査の他に、栄養士は、利用者の食事中に話を聞いたり、作業療法士、相談員などそれぞれの立場で利用者から意見を聞いたことをケアプランに反映している。また、月末に実施状況や満足度の把握をおこなっている。毎月のブロック会議では、全利用者についてユニットごとに話し合う時間を設け、満足度が向上するよう努めている。また、可能な場合には担当者会議には本人も参加して、意見を伝えられるようにしている。
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。		
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。	b	苦情解決責任者を施設長、苦情受付担当者に相談員、ケアマネジャーを置き、苦情解決の流れを定めている。苦情解決の仕組みは、契約書に明示されているほか、施設内の廊下に掲示している。受け付けた苦情は、解決までの記録を残すことになっており、原因を調べ、リーダー会議や職員会議で話し合い、家族へ報告する流れとなっている。苦情を言いやすい環境を作るよう、目安箱には、用紙も置き、施設内の自動販売機の内容など、日々の生活の中で気が付いたことを気軽に書けるようにしている。
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	施設内に掲示している苦情解決の流れや、第三者委員会については、見やすいよう、大きくしたものにしている。意見が述べやすい関係づくりを重視し、面会時の家族への声掛け、話を聞くときには、否定しない、話の腰を折らないを心掛け、プライバシーに配慮した相談室の他、廊下にソファを置いて、日常の面会の時なども、気軽に腰を掛け職員に相談しやすい雰囲気づくりをしている。
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。	b	利用者からの日々の意見は日誌に記録され、相談や苦情について専用の記録用紙で対応している。利用者の意見は、それぞれ関連する委員会等で検討され、対応方法が決まるようになっている。自動販売機での販売商品や、おやつの内容、買い物ツアーなどに利用者の意見が取り入れられた。
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。		

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。	b	ヒヤリハットやインシデントは朝礼で発表され、共有する仕組みとなっている。各ユニット代表者から構成される事故対策委員会で、毎月インシデント、アクシデント、ヒヤリハットについては、介護、看護、相談員など、それぞれの立場からの意見が取り入れられ、検討されている。事故、苦情、災害時のマニュアルが整備されており、対応手順が定められている。
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。	b	毎年11月に感染症の研修を実施するタイミングで、看護課がマニュアルの見直しを行い、改正したマニュアルが職員へ配布されている。年一回の研修以外にも、感染症対策委員会を毎月開催しているほか、管理栄養士からの研修によって、手の洗い方の研修、手洗いチェック用のライトでの洗い残しの確認など、他部門が連携し、感染症対策をしている。
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。	b	防災計画書を作成し、年１回の防災訓練、年2回の消防訓練を行っている。近隣3地区の自治会長に監事として施設運営に参画してもらったり、「ひなの杜・槻通信」を配布し、施設の様子を理解してもらうよう努めている。夜間帯の災害には、夜間参集可能職員を一覧にして職員間で共有する。マニュアルの中には避難方法の中、建物のチェック手順、行政への報告方法までが記載されている。今年度は昨年、目標としていた、福祉避難所として、行政と協定を結んでいる。

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	排泄、食事、外出、機械浴操作、などサービスごとにマニュアルを整備し、標準的なサービス提供方法を統一している。排泄マニュアルは、排泄委員会が見直しを検討するなど、各関連委員会で担当することとなっているが、どのサービスも原則は個別性に配慮し対応することとなっているため、晩酌の対応、本人の状況によっては主食をおにぎりにするなど、本人の要望によって柔軟に対応する仕組みとなっている。
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。	a	感染症、防災など年間を通して各分野の内部研修を行っているため、そのタイミングで見直し、改定される。毎日のフローについてはリーダー会議で検討され、その都度変更を行っている。
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。		
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	入所時のアセスメントを基に一か月の暫定プランを作成し、その間の利用者の様子などを基に、正式なプランを作成する。統一したアセスメントシートを使用し、カンファレンスで多職種の職員が共有できるようにしている。利用者や家族に説明する際には、家族にも来所してもらい説明する以外に郵送などでも対応している。減額制度の利用などの情報提供も行っている。
Ⅲ－２－（２）－③　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	法定通りの見直しの他に、計画通りサービスが実施されているかは毎週居室担当者が確認を行っている。計画通りのサービス実施が困難な場合や、急変時、病院からの退院時には見直しをすることとなっている。
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、職員間で共有化さている。	a	利用者の状況は介護ソフトを使用し、記録されているほか、毎朝夕の申し送り、朝礼などで職員間で共有される。申し送りの内容は申し送りノートに記入され、その場にいない職員にも共有される仕組みとなっている。パソコン上の記録は、介護、看護、計画作成担当者等で共有されている。紙媒体の介護日誌などは職員間で回覧されている。
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。	a	個人情報保護規定があり、新入職員へのガイダンスによって周知される。既定の見直し変更は衛生委員会が担当し、その都度職員へ周知される。内部の保管文書は、5年保管の物、永久保管の物、と保管年数を定め、鍵付きの書庫で管理されている。

評価対象Ⅳ 個別評価基準

	第三者評価結果	コメント
Ａ－１　支援の基本		
Ａ－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	サービスの提供にあたっては、入所時の情報及び日常生活の中で一人ひとりの身体の状態や気持ちの把握をおこない、できるだけ好きなことを継続できるように支援している。活動参加への動機づけにおいては、「これができたら～ができるよ」等わかりやすい目標を伝え、ゆっくりでも自分でできることは見守り、残存能力を活かす取り組みをしている。編み物や折り紙の好きな方への材料の確保や、相撲の好きな方のために番付け表を用意する等、一人ひとりに応じた過ごし方の支援をおこなっている。
Ａ－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	利用者とは、会話だけでなく、身振りや握手、通りすがりのハイタッチ等、いろいろな方法でコミュニケーションをおこなっている。話すことや意思表示が困難な人には、時間をかけて聞いたり、隣に座って表情を読み取れるよう努めている。会話が少ないと思われる利用者には、好きなことを話題にして話しかけたり、これまでやってきたこと等を聞き、話をしてもらう機会を作るように努めている。
Ａ－２　身体介護		

Ａ－２－①　入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	入浴は、安全と気持ちよく入ってもらうことを重要視している。入浴時の安全確保のためのマニュアルを作成し、必ず１対１で対応している。浴室は、利用者の身体能力や希望によって介護用の個浴、ひのき浴槽、設樂焼浴槽を選び、その日の体調や気分によって、清拭やシャワー浴で清潔保持をすることもある。職員の支援によって不快な気分にならないよう、一人ひとりの入浴手順を共有している。
Ａ－２－②　排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	排泄マニュアルを作成し、排泄委員会がマニュアル通りにおこなっているかのチェックをしている。利用者一人ひとりの排泄の間隔や量、状態を記録し、オムツのあて方やパッドの大きさを検討している。利用者のプライバシー確保と自尊心への配慮をし、できない部分だけを援助することにしている。トイレは、右麻痺、左麻痺の人がそれぞれが使いやすいよう、便器や手すりの向き等が工夫されており、使いやすいトイレを誘導支援している。
Ａ－２－③　移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	移動の支援は、介助が必要な場合は、出来る限り対応し、自力で立つことが難しいと判断された時に車いす等の準備に入る。杖、車いす等の福祉用具の利用にあたっては、試供品の利用等で、本人に使い方の説明をし、作業療法士が利用者の心身の状態に合わせ調整をしている。使用している福祉用具については、物品管理委員会が毎月点検し、安全を確認している。
Ａ－２－④　褥瘡の発生予防を行っている。	a	褥瘡対策指針があり、標準的な対応方法が確立されている。管理栄養士、作業療法士、看護師、介護職員、介護支援専門員等が参加する褥瘡対策委員会を毎月開催し、褥瘡の状態について情報共有しており、対策を話し合っている。必要に応じ、捕食を入れて、栄養面での予防をしたり、体位交換や軟膏の塗布、クッションやエアマットの使用によ褥瘡の発生を防いでいる。
Ａ－２－⑤　着替え、整容等の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	着替えに関しては、利用者の着たいものを聞いて選んでもらうようにしている。基本、衣服の衣替えは家族に協力してもらい、季節にあった衣服を選べるようにしている。髪型は、訪問理美容のサービスを２社お願いしているので、好きな理美容師に依頼することができる。髪型にこだわりのある方は、希望を伝えると、それに応じてもらえる。
Ａ－３　食生活		
Ａ－３－①　食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	年１、２回、嗜好調査をおこなっており、利用者の好みをメニューに反映させている。温かいものは温かい状態で提供し、朝食は、好みに合わせて、和食、洋食を選ぶことができる。見た目の楽しさも考慮し、食器は、重さへの配慮が必要な場合を除き、陶器の食器を使い、給食ではなく家庭の雰囲気が出せるように工夫している。食事からも季節を感じられるよう、七草がゆ、流しそうめんなどの特別メニューの日も設けている。
Ａ－３－②食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	利用者のアセスメント情報を基に食事形態を決めている。できるだけ自分で食べられるように、麻痺等利用者の身体状態に合わせて自助食器を使用したり、作業療法士がクッション等で座位の調整をして、食べやすいよう配慮している。通院等で、昼食時間に間に合わず、ご飯と汁物の提供となった利用者も、クックチル方式で食事を提供するようにしたことにより、戻った時間にその人の分を温め、他の利用者と同じ昼食を提供できるようになった。
Ａ－３－③　利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	一人ひとりに応じた口腔ケアは、業務の一貫としておこなうことになっている。できる限り口からの摂取を維持して、食事を楽しめるよう、機能維持のための口腔体操を実施し、食後は口腔内のチェックもおこなう。義歯は、寝る前に洗浄をして衛生管理の支援をしている。
Ａ－４　終末期の対応		
Ａ－４－①　利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	b	現在は、医療が必要でなければ、事業所での支援が可能である。利用者が終末期を迎えた場合、入院先の相談員と連携しながら家族に情報提供をし、病院や他の施設等、新しい生活の場を探す相談にのっている。

Ａ－５　認知症ケア		
Ａ－５－①　認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	利用者の日常生活能力、残存能力は、作業療法士が長谷川式評価を用おこない、必要に応じて精神科受診につないでいる。周辺症状があった場合には、ケース会議で話し合って、症状に合わせた対応をしている。職員は、認知症のケアに関する外部研修に順番に参加し、最新の知識を得て、利用者の生活を支援している。家族から骨折等を防ぐための拘束希望があった場合でも、身体拘束はしない方針であることを説明している。
Ａ－５－②　認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a	認知症の利用者が安全に暮らせるよう、はさみ等危険な物はカギのかかる場所にしまい、異食防止のために、石鹸は手の届かない場所に保管している。居室には、仕切りをして落ち着ける空間を作り、同室者の組合せは、状況をみて決めている。ベッド周囲の個別の空間には、好みのものやテレビ、ＤＶＤ、家族の写真などを持ちこみしてもらい、できるだけ慣れた環境作りをしている。共有スペースの移動は自由であり、席は利用者同士の相性を考慮して決める。
Ａ－６－①　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。	b	特にプログラムは作成していないが、個々に必要な機能訓練を実施している。訓練の内容は、介護職員が中心となり、嚥下体操をおこなったり、整体院の職員指導による集団体操をしており、利用者に「参加してみよう」と思ってもらえるよう、職員は声掛けをしている。利用者の状況によっては、作業療法士等が、立つための介助方法や座り方、体位交換の方法等の助言や指導をしている。
Ａ－７　健康管理、衛生管理、医療ケア		
Ａ－７－①　利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a	バイタルの測定は、毎日おこない、記録をしている。体調不良時は、看護科に連絡して受診の判断をしてもらうことが、手順として決まっている。できるだけ夜間の受診とならないよう、昼の時間帯に体調変化がないかのチェックをおこなうようにしている。薬は、全て一包化して、それぞれに名前と服薬時間を記載してもらい、誤薬がないように管理している。
Ａ－７－②　感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	感染症予防委員会があり、特に11月から3月までを対策期間としている。インフルエンザ予防として、職員には対策期間中の手洗いの励行をマスクを着用を義務付けし、来訪者にも手洗いとマスク着用の協力呼び掛けをしている。11月には、職員と利用者全員が予防接種を受け、インフルエンザ対策の指針により、職員が発症した場合及び職員家族が発症した場合にも自宅待機の期間を定めて蔓延を防ぐ。
Ａ－７－③　医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切に対応している。	a	経管栄養、酸素療法、カテーテル、透析治療等、医療依存度の高い利用者の受入もしている。看護師が常駐してはいるが、対応できる人数には限りがあり、責任を持てる範囲での受け入れとしている。当該利用者については、症状に合わせて対応マニュアルが作成され、協力病院と連携しながら、利用者の生活支援をしている。
Ａ－８　利用者の人権の擁護		
Ａ－８－①　身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束を廃止する旨の指針を明確にし、事業所内に掲示している。利用者、家族には、利用契約時に、丁寧に説明して了解を得ている。やむを得ず身体拘束が必要と思われた場合は、身体拘束廃止委員会で話し合い、代替的な方法がないと判断された場合に限り、期間を決めての実施とすることとしている。その時には、決められた書式に心身の状況及びやむを得ない理由を記録し、利用者、家族に説明の上同意を得ている。
Ａ－８－②　職員による利用者への虐待が行われないための具体策を講じている。	a	職員による虐待行為が起こらないよう、毎年4月1日に施設長が倫理綱領、行動規範について全職員に説明し、唱和をしている。虐待に関する心構えを周知徹底するために、定期的に人権擁護に関する研修もおこなう。何か気づきあれば言えるよう、施設長のみが見ることが出来る意見箱の設置や、職員のストレスチェックを実施して、虐待がおこなわれないためのこころのケアに取り組んでいる。
Ａ－９　利用者の希望の尊重		

Ａ－９－①　利用者が自由な生活を送れるように配慮している。	a	刃物や火災のもととなるもの以外は、何でも持ち込みができる。個人用のテレビを持ち込みして一人でゆっくりテレビを観ることもできるし、新聞の個人購読もできる。基本的な起床時間や消灯時間は決まっているが、希望があれば変更も対応し、趣味活動への参加も強制することはない。
Ａ－９－②　預かり金の管理を利用者の希望に沿って適切に行っている。	a	家族が遠方の方など、入院の保障金を預かるケースもあり、預り金の金額は相談により調整している。毎月出納状況を領収書の原本と合わせて家族に送付し、報告している。利用者の中には、小銭を自分で管理している人もあり、基本買い物の支払いは、職員がおこなうものの、事業所内にある自動販売機は、自分で支払いをしている人もいる。
Ａ－１０　建物・設備		
Ａ－１０－①　施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a	施設の建物は年に１回、消防設備は年２回定期点検をしている他、エレベーターや浄化槽等も決まった時期に点検をしている。手すりの設置や補修等は、要望があれば随時対応し、利用者の安全を確保している。共用スペースでは、利用者同士の様子に合わせて配置変更ができるよう、小さなテーブルを増やすことにより、利用者それぞれが快適にすごせるよう工夫している。
Ａ－１１　家族との連携		
Ａ－１１－①　利用者の家族との連携を適切に行っている。	a	家族には、ひなの杜・槻通信を毎月送付し、利用者の様子を知らせている。介護計画の作成や見直しの時には、介護支援専門員が要望を聞き、内容の説明をおこなっている。家族の面会は、９時から１８時まではいつでも可能であり、それ以外の時間は電話での確認をお願いしている。家族との外出を楽しめるよう、薬の準備や、健康状態の申し送り、排泄の方法等を丁寧に伝え、家族が困らないよう支援している。