

# 平成27年度実施結果報告書

本評価結果は平成27年8月20日から平成27年8月21日に実施した「ウィンズの森離宮特別養護老人ホーム」の評価報告書です

## ウィンズの森 離宮

## 特別養護老人ホーム

- 経営主体 : 社会福祉法人 ウィンズライフ
- 所在地 : 宮城県大崎市古川稲葉二丁目4番22号
- 電話・FAX : TEL 0229-25-5200 FAX 0229-25-5199
- 開設年月 : 平成25年4月
- E-mail : [winslife3@winslife.jp](mailto:winslife3@winslife.jp)
- URL : <http://www.winslife.jp>

### 施設外観



### 施設概要



## 宮城県福祉サービス第三者評価結果

### 1. 第三者評価機関

名 称	介護の社会化を進める 一万人市民委員会宮城県民の会	認 証 番 号	宮城県(社福)指令第192号
所 在 地	仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウエル仙台ビル2F	評価実施期間	平成27年8月20日～21日

### 2. 事業者情報

名 称 (施設名)	ウィンズの森離宮 特別養護老人ホーム	種 別	指定介護老人福祉施設
代表者氏名	理事長 高橋 純	定 員 (利用人数)	80名
所 在 地	宮城県大崎市古川稲葉2丁目4番22号		
TEL	0229-25-5200	FAX	0229-25-5199

### 3. 講評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 施設の環境 豪華で洗練されたデザインの建築である。配色と機能のこだわりの持ったゆったり空間は高齢者だけでなく誰にも安らぎ感を与える。また、高齢者の生活に考慮した細かな工夫がされている。テーブルの高さや、車椅子に合わせたトイレの微妙な角度や向きの配置等は、その一つである。最新の空調設備による24時間換気、震災に備えた自家発電設備の完備、棟と棟の間の広々としたウッドデッキのテラスは集いの場として格好な空間である。ロビーの広さと空間は、時には地域に開放され様々なイベント会場になる。</p> <p>○ 経営理念と基本方針 「お客様から選ばれる会社に(利用者のニーズに応えた高品質のサービスの提供)」、「人を大切にします(社員の生活の安定を含む)」、「会社の継続的な発展を(安定した利益と成長性)」のこの三つの経営理念と基本方針を掲げ、全職員に徹底して周知されている。</p> <p>○ IT器機を導入し効率的な管理 ”ほのぼのソフト”を導入、パソコン入力による個々の情報を、職員同志がいつでも閲覧し、共有化が図られている。毎日の個々の生活状況や、身体状況の記録はパソコンで管理され、それぞれスタッフの持っているIDパッドはIDパスワードにて24時間管理シートが閲覧できる仕組みになっている。</p> <p>○ 職員の育成と福祉サービスの質の向上 ”期待する職員像”が明確にされ、職員一人ひとりの人事考課、キャリアパス評価シートが作成され、職員目標管理の仕組みが出来ている。当施設は開設から日が浅いが、グループ会社の統一人事管理体制のもとに優秀な人材が育ってきている。自己評価と第三者評価の実施を通してサービスの質の検証とサービスの質の向上に向けた職員意識の改革を図っている。</p> <p>○ 利用者の潜在意欲を考えた環境づくり リハビリ用、機能回復器具やウォーターベットのあるマシンルーム、歌の好きな人の為のカラオケルーム、映画の好きな人のシアタールームやスポーツバー等利用者の潜在意欲を考慮した環境である。女性の大切な髪洗いのきれいな美容室は嬉しい。また、大浴室は温泉そのもの、ジャグジーや露天風呂、足湯もあり広い浴室は床暖房になっている。</p>
--

◇ 改善が求められる点  
 開設し日も浅い事から全ては今後であるが、自己評価の低い以下の点を重点的に追跡して頂きたい。

○ 終末期の対応について  
 契約時において、本人、家族に看取りの体制について十分説明し承諾を得ているが、今後の課題として、協力医との関係を築きながら職員の研修を含め前向きに取り組む事を期待します。

○ 利用者の満足の向上について  
 現在まだ開設から日が浅く未実施であるが、利用者や家族へのアンケートの実施や懇談会等の準備をしている。利用者満足の向上に向けた仕組みを整備し、利用者参画のもとでの懇談会等の開催(聴取)、定期的な調査を行い質の向上に結びつけて頂きたい。

○ 実習生等の受入  
 事業所の役割として実習生等の福祉サービスに関する、研修、育成の協力は社会的責務の一つである。今後体制を整備し効果的プログラムを用意する等、専門職の研修、育成に協力される事を期待いたします。

○ 地域の福祉向上のための取組みについて  
 地域の福祉ニーズの把握、民生委員との定期的な会議の開催、地域住民に対する相談事業や関係機関との福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動等を計画に組み入れて実施して頂きたい。

4. 第三者評価に関する事業者のコメント

当施設は平成27年2月に開設した新しい施設です。第三者評価機関からの厳正な評価を受けることにより、将来の施設運営に役立てていきたいと考え受審させて頂きました。

自己評価を全職員で行い、ひとつひとつ施設の現状を確認することができました。自己評価より高い評価を頂いたことにつきましては、私共にとって大きな励みになりました。

今回の調査で、特に評価頂いた点はより良くなるように取り組み、改善が必要な点については、優先順位をつけて改善に向けた取り組みを行って参ります。

第三者評価を受審させていただき施設を評価いただくという取り組みを通して、事業運営を行う上で、より必要なことが見えてきたという点で大きな成果が得られたと感じております。評価調査員の方々からは、たくさんの貴重なご意見を頂きました。そして、何よりも良かったことは、自己評価をまとめる中で、職員自身が自分たちの強みと課題に気づき自主的に改善に取り組めたことです。職員がこれを機にひと回り成長することができました。地域における高齢者福祉の拠点として、選ばれる施設になるために職員一丸となり努力して参ります。

最後に、本調査にご協力頂きましたご家族様及び調査員の方々に厚く御礼を申し上げます。

5. 評価調査者、受審施設対応者

評価調査者		受審施設対応者	
主任	小菅 文雄 團 順子 根本 幹雄	施設長 介護主任 生活相談員 介護支援専門員 管理栄養士 リーダー	遠藤 由美 小野寺 真弥 齋藤 優子 佐藤 和 小野寺 祐奈 鮫名 絵里

6. 各評価項目にかかる第三者評価結果

平成27年度 宮城県福祉サービス第三者評価結果票  
(特別養護老人ホーム)

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
<b>I 福祉サービスの基本方針と組織</b>			
<b>1 理念・基本方針</b>			
(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	法人理念、I.お客様から選ばれる会社、1.人を大切にします、1.会社の継続的な発展、...入社時に理事長から直接訓示され以来、毎朝朝礼時に唱和し周知している。更に、各種会議の席で施設長から理念の主旨や事業所の目指す方向性が訓示され周知が図られている。	a	1
<b>2 経営状況の把握</b>			
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
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。	理事長、施設長は積極的に研修会等に参加し、医療福祉関係の情報誌からも情報を収集している。地元の商工会の会員になり様々な情報を把握、将来の姿を予測、展望につなげている。	b	2
② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	経営環境と経営状況の把握は月に一度の管理者会議に於いて利用者の状況や稼働率について確認し、問題点の早期改善を図っている。	b	3
<b>3 事業計画の策定</b>			
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
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。	法人としての、中長期計画を作成されている。大崎市民が安心して暮らせる町づくりの一環として中・長期計画が策定されている。第二期計画は同敷地内に保育所、カフェ等を計画、第三期計画には高齢者の健康維持の為に農産物の持ち込みや高齢者が元気で参画できる雇用の場を計画されている。	b	4
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。	前項4の中長期ビジョンに従い、特別養護老人ホームとグループホームを中心に、この機能を活かし、市民とのふれあいの場を設け、気軽に地域住民が参加できる施設とする等の計画が策定されている。	b	5

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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。	当年度の事業計画が策定され鋭意進行中である。重点目標は、人材の確保と育成、高品質の介護サービスの提供、地域社会との連携、広報活動の強化等が掲げられている。職員は良く理解しているが幹部職員だけで作成している。次回からは組織的に行われるよう期待したい。	c	6
② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	事業計画書は理事長の承認後全体ミーティング時に全職員に配布し説明をし周知しているが、利用者には周知していない。利用者の行事計画は運営規程にあるが、事業計画には明記されていない。利用者に理解を促し周知されるよう期待します。	c	7
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組			
(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。			
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。	組織的にPDCAにもとづき福祉サービスの質の向上に日々取り組んでいる。開所間もない中で自己評価や第三者評価が今回実施された。この受審結果を組織的に改善活動に活かして行くという強い意欲を感じた。今後に期待したい。	a	8
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。	前項8に引き続き、自己評価、第三者評価の結果を分析し明確になった課題を改善策や改善実施計画を作成し実施して頂きたい。	b	9
II 組織の運営管理			
1 管理者の責任とリーダーシップ			
(1) 管理者の責任が明確にされている。			
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。	管理者の役割と責任については、職務分掌に明文化されている。職員の面接時や入社時、研修会、ミーティングの席で表明している。事業所の目指す方向性を訓示している。管理者の不在時の権限移譲についても分掌規定に文書化されている。	a	10



事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
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。	事業計画書にコンプライアンス委員会の設置が重点項目に盛り込まれている。環境への配慮等を含め、個人情報の取り扱い、虐待防止、身体拘束廃止等入社時研修に於いて指針に沿って研修や勉強会を実施している。	b	11
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
① 福祉サービスの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。	個別ケアの充実を図るため、基準値を超える職員の配置を行っている。コスト管理面から更なる職員のレベル向上が必要である。管理者は意欲的に職員の教育、研修の取り組みに指導力を発揮している。成果を期待します。	b	12
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。	管理者は人事、労務、財務を含め働きやすい環境整備、意識統一、体制の構築に指導力を発揮しているが、現在事業計画を大きく下回る状況である為、計画の見直しに伴う経営改善を図っているところである。成果を期待します。	b	13
2 福祉人材の確保・育成			
(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。			
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。	事業計画に則り、取り組みが実施されているが、重点目標に掲げてある人材確保の数が未達成の状況にある。研修計画に沿った研修は実施されている。	b	14
② 総合的な人事管理が行われている。	”期待する職員像”に向けた教育・育成を基本にしている。人事管理はグループ会社の統一された体制で管理されている。職員の入社時からの履歴等データが保存されている。	b	15
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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。	職員が常に仕事に対して意欲的になれるよう環境を整え、働きやすい職場づくりに配慮している。職員の心身の健康管理も定期的な健康診断や予防接種を実施している。シフトの勤務体制は職員の意向を取入れ有給休暇、時間外労働にも配慮している。	b	16

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	”期待される職員像”に沿った人事考課、キャリアパス、評価シートが作成されている。職員一人ひとりの目標管理の仕組みがあり、育成に向けての取り組みが行われている。	b	17
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。	”求められる職員の在り方”に沿った教育や研修計画が作成され、その計画に則り実施されている。新人社員研修の他に年間研修計画が策定され、外部研修及び内部研修が実施されている。	b	18
③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	新人職員を含めて職員一人ひとりについては、年間の教育・研修の計画があり、それに基づき実施されている。	b	19
(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。			
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。	実習生等の受入協力は、社会的責務であるが専門職の研修・育成への受入は実施に至っていない。今後に於いて高校、専門学校、大学などの実習生の受入に積極的に取り組んで行かれる事を期待します。	c	20
3 運営の透明性の確保			
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
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。	事業所・ウィンズのホームページ、広報誌、パンフレット等で情報公開している。利用者の生活の様子の写真や財務諸表等も公開され透明性の確保に努めている。	b	21
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。	事務・経理・取引先ルールは適正に運営され、職務分掌も確立している。内部監査は適時実施され問題ないが外部監査の活用は無い。外部の専門家を組織網の中に加え透明性の高い経営・運営を希望します。	b	22

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
4 地域との交流、地域貢献			
(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
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。	運営規程や事業計画書に地域との関わりの基本的な考えが明記されている。地域行事への参加や利用者のニーズに応じた外出等、職員の支援体制は整っている。事業所は地域との交流を広げるために、1階のメインホールを地域交流スペースとしてサークル活動や研修の場として開放し、また、災害時の受入れ等、施設が持つ機能を地域に還元する取組を行っている。開設して半年、地域への働きかけを積極的に行おうとしており期待したい。	b	23
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。	ボランティア受け入れに関する基本姿勢は運営方針に明記されている。受入れに当たっての手順はマニュアルに沿って行われ、施設の行事では大正琴やダンス等披露されている。地域の小、中学生の体験学習や職場体験等への受入れ、ボランティアへの必要な研修・支援等はこれからとしており期待される。	b	24
(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	利用者によりよいサービスを提供するために、必要な社会資源や関係機関のリストを作成している。定期的な連絡会は課題とし、関係機関の機能や連絡方法を記載した資料や内容を職員会議で説明し、情報の共有化を図っている。医療関係者や行政との連携も良く、市の担当者を変えて勉強会を開催する予定である。	b	25
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	地域交流スペースを活用し、サークル活動の受入れや災害時の避難場所として施設を開放する仕組みがある。尚、イベントや研修会等への地域への参加を呼び掛けたり、災害時の地域における役割などを自治体や地域住民等とあらかじめ定めて連携を強化することも必要です。	b	26
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。	地域の福祉ニーズの把握、民生委員との定期的な会議の開催、地域住民に対する相談事業や関係機関との福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動等を計画に組み入れて実施して頂きたい。	c	27



事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
<b>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</b>			
<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>			
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>			
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持つための取組を行っている。	事業計画書に利用者を尊重したサービスの実施が明記されている。倫理規程を策定して利用者のQOLを高める為の研修や勉強会を実施し、ユニット会議で定期的に利用者の状況を把握し検討されている。	a	28
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。	個人情報マニュアルを作成し利用者のプライバシー保護は守られている。虐待防止や権利擁護についても職員研修等で周知を図りサービスが実施されている。重要事項説明書で利用者のプライバシー保護について利用者や家族に説明されている。居室は少人数(10名)のユニット型になっており、プライバシーに配慮した個室が用意され快適な環境を提供されている。	a	29
<b>(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。</b>			
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。	利用者の視点に立った情報を法人のホームページやフェイスブックで公開し、事業所の特色を紹介したパンフレット等はカラー写真にして、わかりやすい資料を公共施設・生協・タクシー会社等、多くの人の目に触れる場所に置かれている。施設見学などは利用希望者に応じて対応が行われている。	a	30

事業所名（ ウィンズの森 離宮 ）

評価項目	評価結果コメント記入欄（調査機関）	評価結果 (a~c)	連番号
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。	サービスの開始にあたり利用者の自己決定を尊重し、サービス内容や特に利用料金表などは具体的でわかりやすく記載され、重要事項説明書の別紙で利用者や家族に説明し同意を得て契約書等と一緒に書面で渡している。同意を得るまでの経過の記録は、判定会議議事録に収められている。	a	31
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。	契約書第12条に退所時の必要な援助が明記されている。事業所の変更や家庭への移行等サービスの継続的な配慮は、生活相談員が窓口となり支援している。移行にあたり申し送りや引継ぎ書で対応を行っており相談支援の体制は整備されている。	a	32
(3) 利用者満足の向上に努めている。			
① 利用者の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。	開設して半年、利用者満足に関する担当者の設置、利用者や家族へのアンケートの実施、懇談会等の利用者参画のもとでの検討会議の開催等はこれからとしており、仕組みを整備して利用者満足の向上に努めて頂きたい。	c	33
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	重要事項説明書に苦情解決責任者(施設長)・苦情受付窓口(担当者)・第三者委員(3名)・行政機関の苦情受付窓口を各々明記されている。苦情解決のための仕組みをフローチャートで説明し、各ユニットの出入り口に掲示されている。苦情の受付・経過や解決策などはカンファレンス議事録に記録され、苦情内容や対応策は利用者や家族にフィードバックされている。サービスの質の向上に関わる取組みとして結果の公表など願いたい。	b	34
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。	重要事項説明書に利用者の立場に立った相談窓口として第三者委員3名を委嘱し、相談方法の選択肢として位置づけている。尚、パンフレットや広報誌(離宮だより)等に相談・苦情窓口を掲載し、また、利用者にも分かり易い掲示物の掲示の工夫などが望まれます。意見箱や相談室を1階と2階に設けて相談しやすい環境が整備されている。	b	35
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。	苦情対応規程をマニュアル化し、対応策など検討されている。居室担当制を取っており利用者との信頼関係は構築されている。相談や意見に対しても迅速に対応するよう取組みを行っている。	a	36

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
(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。			
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。	事業計画書の重点目標にリスクマネジメントの充実が明記されている。リスクマネージャーに介護主任(責任者)を配置し、事故発生委員会を設置して事故検証など行われている。また、ヒヤリハット報告書を活用して様々な事例の検討を研修会を通して行われているが、会議議事録によると実際の事故の件数の方が多し報告となっている。事故を減少する方法を全職員で見出して取組んで頂きたい。	b	37
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。	感染症対策委員会を設置して看護師(責任者)を中心に感染症対策マニュアルに基づき、感染症予防や安全確保等、定期的に勉強会を開催している。予防策などの課題は、新しい対応マニュアルで見直しを行っている。	b	38
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。	災害時の対応体制(避難先・避難方法・ルートの確認等)を定めて、防災委員(防火管理者)が防災計画を作成し消防署の協力の下、避難訓練マニュアルに基づいて年2回(5月・11月)1回は夜間想定で訓練を実施している。建物は耐震構造となっており、設備類(自家発電装置・貯水タンク・スプリンクラー・災害通報装置・自動火災報知機・防火壁・防火扉・防煙カーテン・煙感知器・熱感知器)など対策を講じている。備蓄リストを作成し食糧や備品類等を最低3日分確保している。利用者や職員の安否確認の方法(確認取れたらPHSを持って出る)が決められており、全ての職員に周知されている。	a	39
2 福祉サービスの質の確保			
(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。			
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。	運営規程にサービスの標準的な実地方法や利用者の尊重・プライバシーの保護・権利擁護等を明示している。新人研修や各種の研修会及びスタッフ会議・ユニット合同ミーティング会議・各種の委員会会議等を定期で開催し、理事長を始め全職員の声を吸い上げてサービスの質の向上に反映させている。会議議事録は詳細に記録され周知を図っている。個人ファイルは個々の特徴が特記事項に記録されている。	a	40

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
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。	スタッフ会議でマニュアルに沿ったサービスが提供されているか評価し、改善の際は業務の見直し等職員間で検討し、居室担当職員から利用者の意見や提案が反映される仕組みになっている。見直しの時期など組織で定めている。	b	41
(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。			
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。	施設の定める用紙「状態確認票と私のプロフィール」を活用し、各職種の情報を得てアセスメントは実施されている。そのアセスメントを基に、ケアマネジャーを中心にケアプラン策定のための課題検討シートを使用して計画書は作成されている。利用者一人ひとりのニーズに対する具体的なサービスは、担当会議で合議し決定してケアが実践されている。	a	42
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。	サービス計画書はPDCAのサイクルで継続して実施されている。モニタリング表を活用し入居1ヶ月後と3ヶ月毎(状態安定時)に評価・見直しが行われている。急変時に於いてもカンファレンスを開催し関係職員と検討し、その際の計画変更についても速やかに実施されている。	a	43

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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。	サービス実施状況の記録は、事業所が定めた「ほのぼのソフト」を導入しパソコンを通して多職種間で日々の記録が記入され、サービス内容等の確認が共有できる体制となっている。記録のばらつきについては新人指導カリキュラムに基づいて実施されている。また、引継ぎや申し送り、回覧等は事業所内で情報を共有されている。	a	44
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	個人情報保護規定により文書管理の記録の責任者を配置し、保管・保存・廃棄の規程を定めている。日々の記録の管理はパソコンを通して各々の職員がIDパッドを所持して記録が行われ、各職員のパスワードで閲覧できる仕組みとなっている。情報開示の請求や個人情報の取り扱い等は、契約書及び重要事項説明書で利用者や家族に説明し同意が得られている。書面での記録の管理は施錠できる場所で保管されている。	a	45
IV 適切な処遇の確保			
1 個別サービスの提供			
(1) 支援の基本			
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。	入居時アセスメントにより、心身の状況を把握し、一人ひとりに応じた生活リハビリを中心として支援している。ケアプランに基づき、趣味、興味、希望を把握し、買い物等の外出、施設内のカラオケ・シアタールームを活用し、本人が自由に選択できるようにしている。メインホールにおいて大正琴やダンス等地域の交流も盛んに開催されている。	a	46
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。	アセスメント時に視力、聴力、言語障害の有無など、心身状況をしっかり把握し、利用者一人ひとりに応じた対応をしている。特に意思表示が困難で配慮が必要な場合はジェスチャーやクローズクエスチョン等(二者択一の意思表示)の対応をしている。接遇に関しては新人研修や定期研修等において継続的に検討し実践している。	a	47



事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
(2) 身体介護			
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。	その日の体調(バイタルチェック、精神面)を把握し、必要に応じて看護師等に連絡し入浴支援につなげている。利用者一人ひとりの心身の状況に合わせて誘導している。手すりが移動できる個浴やユニット機械浴、チェアインバス、特殊浴槽等が設置され安全に配慮されている。入浴週間予定表に基づき実施している。	a	48
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。	利用者の心身状況を把握し、排せつチェック表等を活用し、自然な排せつが出来るようトイレに誘導している。居室は24時間換気で衛生が保たれている。夜間はポータブルトイレを持ち込まずこまめに巡回を行い、睡眠を妨げることのないよう排せつ介助にあたっている。	a	49
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。	利用者の心身状況に合わせて、出来るだけ自力で移乗や移動が出来るよう手すり等の設置が工夫されている。福祉機器や福祉用品は常に職員が点検し、修理が必要な場合は業者に依頼している。特に車イスのタイプや介助方法など各職種で検討し、専門職(OT, PT)等の個別の対応が望まれる。	b	50
④ 褥瘡の発生予防を行っている。	アセスメントにより皮膚の状況や栄養状態は把握されている。常にパソコンにて情報は共有化し、介護員、看護師、管理栄養士等が褥瘡マニュアルにより対策を検討している。また、褥瘡評価表を作成し、褥瘡委員会において、ケアの選択や具体的な方法を検討している。褥瘡発生予防として、個々の利用者全員にグリーンマット(表裏の硬さが違うタイプ)が配置されている。	a	51
(3) 食生活			
① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	日常的な会話の中から希望や好みを聞き取り、食事サービス委員会において献立に反映されている。出来るだけ地元の旬の食材を利用し、食器や盛り付けも工夫されている。食堂では職員が明るいエプロンを使用したり、利用者に合わせたテーブルの高さや配置・席順など雰囲気づくりにも気を配っている。	a	52

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
<p>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。</p>	<p>利用者の嚥下能力に合わせて、食べやすい6種類の形状や調理方法が準備されている。出来るだけ自力で食べれるように食器や形状にも気を配っている。介護員、看護師、管理栄養士、ケアマネジャーが一体となって栄養マネジメントのためのチェック表を作成している。個々の体調に合わせて時間も調整され、居室へ配膳する場合もある。</p>	<p>a</p>	<p>53</p>
<p>③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p>	<p>食事前に口腔機能を保持、改善するための口腔体操を行っている。洗口スペースは各居室と食堂に設置されており、声掛けによりブラッシング、スポンジブラシ、舌ブラシ等を使用し、必要に応じて介助している。現在は歯科治療は通院にて個別対応している。利用者の心身状況に合わせて、訪問診療による支援、指導してもらいたい。</p>	<p>b</p>	<p>54</p>

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
(4) 終末期の対応			
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。	契約時には本人と家族へ終末期の体制について説明して承諾を得ているが、対応できる協力医との連携、対応マニュアルの作成には至っていない。今後の課題となっている。	c	55
(5) 認知症ケア			
① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	利用者の日常生活状況をケース記録に記録し、定期的な会議において評価、検討している。協力医(精神科医)による支援内容も検討されている。一人ひとりに合わせて生活的な役割(テーブル拭き、タオルたたみ等)を行っている。夜間においては必要人員よりも多く職員を配置し、じっくり傾聴できるようケアにあっている。	a	56
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。	自宅で使用されていた馴染みのものが持ちこまれている。居室の出入口には表札(名前と写真)が貼ってある。共有スペースには大きくわかりやすい表示がされている。心身の状況に合わせてイス、テーブルが配置工夫されている。テレビが見れるスペース、ゆっくり過ごせるスペースも準備されている。	a	57
(6) 機能訓練、介護予防			
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。	一人ひとり合わせた生活リハビリを重点にしており、廊下での歩行訓練や体操、洗濯物のたたみ等生活的動作の中でおこなっている。協力医による月1回の往診において相談、助言、指導をうけている。一人ひとりの応じた機能訓練のプログラムを作成し、評価し見直しが望まれる。	b	58

事業所名( ウィンズの森 離宮 )

評価項目	評価結果コメント記入欄 (調査機関)	評価結果 (a~c)	連番号
<b>(7) 健康管理、衛生管理</b>			
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。	緊急時対応マニュアルが整備されており、新人研修、定期研修等において周知徹底されている。体調急変時には協力医と常時相談できる体制がある。服薬管理や服薬確認については、誤薬を防止するため厳重なチェック体制があり、内服確認表で周知徹底されている。	a	59
② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	感染症や食中毒に対するマニュアルが整備され、看護師、介護管理者による研修が定期的に行われている。感染症にかかった場合の対応は明文化されており、予防接種等も実施されている。必要な場所には手洗、消毒が設置されており、来館者へは玄関受付にて手指消毒の声掛けを行っている。なお、「離宮だより」等に掲載する等、より徹底してもらえよう理解をもとめて協力を頂きたい。	b	60
<b>(8) 建物・設備</b>			
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。	快適空間を創ることに特に気を配り、落ち着いた色調の調度品等の設備となっている。高低差のあるテーブルを心身状況に合わせて自由に使用することができる。利用者の嗜好に合わせてカラオケルーム、シアタールーム、足湯コーナー等を自由に選択でき、利用者の快適性に配慮している。	a	61
<b>(9) 家族との連携</b>			
① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	月1回施設からのお知らせ「離宮だより」を発行し、利用者の日頃の様子をわかりやすく写真で掲載し、本人と家族に渡している。また、来館される家族へは近況報告をしており、各種行事についても参加されるよう通知している。今後、家族会の結成が望まれる。	b	62