

(別記)

(公表様式1)

新潟県福祉サービス第三者評価結果公表基準

1 第三者評価機関名

MMC 総合コンサルティング株式会社

2 受審施設・事業所情報

(1) 施設・事業所情報 (評価結果確定日現在)

名称：小規模特別養護老人ホーム大潟愛宕の園	種別：地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
代表者氏名：施設長 布施 貴士	定員：29名 (利用人数) 29名
所在地：〒949-3112 新潟県上越市大潟区土底浜 978 番地 1	
連絡先電話番号： 025 - 534 - 6535	F A X 番号： 025 - 534 - 6537
ホームページアドレス	http://www.joetsu-atago.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成26年5月1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人上越あたご福祉会	
職員数	常勤職員： 22名 非常勤職員 4名
専門職員	生活相談員 1名 機能訓練指導員 1名
	看護職員 2名 介護支援専門員 1名
	介護職員 18名 事務員 1名
	管理栄養士 1名 医師 1名(非常勤・嘱託医)
施設・設備の概要	(居室数) 個室×29室 (設備等) ホール(食堂) 各ユニットに1カ所 浴室×4カ所 特殊浴槽×1カ所 個浴×3カ所 リフト浴×3カ所 消火設備あり

(2) 理念・基本方針

- ・笑顔ある暮らし
- ・利用者の思いに寄り添い応え共に歩む
- ・地域、家族とのつながりを大切にする
- ・何でも言い合えるチームワークを築く

3 評価結果

(1) 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年7月4日(契約日) ~ 令和5年6月27日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	3回(令和元年度)

(2) 総評

特に評価の高い点

生活の継続と家庭的な雰囲気重視した環境作り

居室は全室個室で、明るくゆとりのある広さに加え、入り口にのれんを使用するなどプライバシーの保護に努めています。

自宅と同じような環境で暮らせるよう、使い慣れた家具や食器類、写真などを持ち込むことが出来、それぞれ個性を生かした居室環境となっています。

高齢の利用者の中には、環境の変化に馴染めず、心身の機能が低下することも予測されますが、施設ではユニットケアの特性を生かし、その人らしい生活が継続できるよう、環境作りに取り組んでいます。

住む場所が変わっても、今までの暮らしが継続できるよう、サービスを提供していくことを目指して、今後も組織全体で取り組んでいくことを期待します。

職種間の連携と情報の共有に向けた取り組み

「24時間シート」を使い、ご利用者の日々の記録がきめ細かく記載されています。全職種の職員が同じ用紙に記載することによって、変則勤務であってもご利用者の情報が共有できる仕組みとなっています。そのため、ご利用者の心身の変化にも素早く気付くことができ早期対応が可能となっています。

また、個別ケアの推進のため、独自のアセスメント表を使い、結果を基にケアプランが策定され、実施されています。ご利用者の状態やニーズが変わった場合でも速やかに対応できるよう、多職種間や関係機関との情報提供、連携がなされ、個々の状態にあったサービスの展開ができる仕組みとなっています。

今後も、さらに連携を強化し、多職種協働でPDCAサイクルが継続的に実施されることを期待します。

行事、外出等への取り組み

コロナ禍で地域との交流が難しく、活動が制限されている中で、個別の外出や施設内での行事(サンフェス・餅つき等)を行っており、利用者と職員の笑顔(写真)が印象的でした。コロナで何もかも中止するのではなく、感染対策を講じて、さまざまな活動を行い、良い取り組みだと感じました。

今後もさらに取り組みを増やしていくことに期待します。

今後の取り組みが望まれる点

研修の受講について

法定研修の受講が e-ラーニングで行われ、ライセンスを共有しているため誰がいつ受講したか記録に残っていません。

個人ライセンスでないので、修了後の確認レポート等の入力もできないので受講後の感想等をアンケート用紙に記入して提出することになっています。

無記名のため、誰が提出したか分かりません。筆跡でわかるとのことでしたが、白紙に近い状態の用紙もありました。

今後、研修を受講したことが確認できる仕組みを検討されることを期待します。

記録管理等について

ケースファイルの綴じ方が決まっていなかったとのことでした。新人職員や異動職員が戸惑わないよう、統一した方が良いと感じました。

報告書や会議録提出の遅延や、日付の記載ミス、書類紛失のヒヤリハットもあり、記録管理に関する意識を高める取り組みが望まれます。

利用者満足度の向上について

コロナ禍で、例年行っていた「利用者満足に関する家族アンケート」が一昨年から実施されていませんでした。コロナ禍であるからこそ、今までと違う方法で利用者満足度の向上への取り組みが必要だと感じました。

また、今回の第三者評価の家族アンケートの自由記述の意見についても気になるところがあり、最近の出来事ではないとは思われますが他に家族からの要望を聴く機会があれば、このアンケートへの記載はなかったのかもしれないと感じました。

(3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(R5.6.22)

2014年の開設以来3度目の受審となりました。

定期的に第三者の視点で確認していただくことで当たり前に行っていたことの振り返りが出来ました。評価結果を全職員で振り返り、4つの運営方針のもと「大潟愛宕の園に入居してよかった」「地域に大潟愛宕の園があってよかった」と思っていただけのように、また職員も「大潟愛宕の園で働けてよかった」と胸を張って言える施設運営を行ってまいります。

(4) 評価細目の第三者評価結果（別添：公表様式2のとおり）

【参考情報】施設・事業所の取組（事業者記載欄）

(福祉人材育成の取組、サービスの質の向上に向けた取組など)

評価細目の第三者評価結果

【 高齢者施設(事業所)版 】

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
評価細目	評価結果	コメント
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	法人理念に基づき、施設の運営方針として「笑顔ある暮らし」、「利用者の思いに寄り添い心え共に歩む」、「地域、家族とのつながりを大切に」、「何でも言い合えるチームワークを築く」をご利用者向けパンフレットや事業計画の中で明文化しています。 毎年4月に、全職員を対象に職員会議で説明がなされ、周知を図る取り組みが行われています。また、運営方針と事業計画及び施設長からの具体的な思いを落とし込み、全職員に配布するなど、意識を高める努力が窺われます。毎月のユニット会議及び運営会議でも実行できているか確認する機会を設けています。

- 2 経営状況の把握

- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
評価細目	評価結果	コメント
2 - 2 - (1) - 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b	2ヶ月に1回開催される運営推進会議の中で、地域住民や地域包括支援センター職員の意見を聞き取り、ニーズや現状把握に努めています。新型コロナウイルス感染症対策の為、運営推進会議が対面で行えない等、地域課題やニーズを把握する機会が以前に比べて少なくなっています。
3 - 2 - (1) - 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	また、毎月の運営会議の中で利用状況の報告等がなされ、経営状況の分析が行われています。経営状況や課題については、ユニット会議でも報告がなされ、会議録は全職員に回覧し周知を図っていますが、ユニット会議が定期的の実施できておらず、ユニット職員への周知が不十分であると感じている職員もいます。

- 3 事業計画の策定

- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
4 - 3 - (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	法人本部が3年単位の事業計画を策定し、エリアマネージャーへ周知しています。施設単位でも年度毎の事業計画を作成し、収入・稼働率の前年比較、計画の進捗状況を確認し、毎月の運営会議の中で状況の報告も行われています。
5 - 3 - (1) - 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	
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
評価細目	評価結果	コメント
6 - 3 - (2) - 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	事業計画が策定され、毎月の運営会議にて振り返りの機会を持ち、実施状況の把握・評価が適正に行われています。毎年4月に、全職員を対象とした職員会議で説明がなされ、周知を図る取り組みが行われています。また、毎月のユニット会議及び運営会議でも実行できているか確認する機会を設けています。
7 - 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	事業計画は施設でも閲覧できるようにされていますが、感染症対策のため入居者・ご家族が自由に行き来することが出来ず、周知方法については検討が必要と考えます。

- 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

- 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。		
評価細目	評価結果	コメント
8	b	- 4 - (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。
9	b	- 4 - (1) - 評価結果に基づき組織として取り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。

評価対象 組織の運営管理

- 1 管理者の責任とリーダーシップ

- 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
10	a	- 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。
11	b	- 1 - (1) - 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。
- 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
評価細目	評価結果	コメント
12	a	- 1 - (2) - 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。
13	a	- 1 - (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。

- 2 福祉人材の確保・育成

- 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。		
評価細目	評価結果	コメント
14	a	- 2 - (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。
15	a	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
評価細目	評価結果	コメント
16	a	- 2 - (2) - 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り組んでいる。

- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
評価細目	評価結果	コメント
17	a	- 2 - (3) - 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。
18	a	- 2 - (3) - 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。
19	a	- 2 - (3) - 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。
- 2 - (4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
20	b	- 2 - (4) - 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。

- 3 運営の透明性の確保

- 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。		
評価細目	評価結果	コメント
21	a	- 3 - (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。
22	a	- 3 - (1) - 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。

- 4 地域との交流、地域貢献

- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
23	b	- 4 - (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。
24	b	- 4 - (1) - 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。
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
25	b	- 4 - (2) - 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。

- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
評価細目	評価結果	コメント
26	a	運営推進会議にて地域の福祉ニーズの把握に努めています。運営推進会議のメンバーには町内会長、民生委員、区の総合事務所職員、地域包括支援センター職員も含まれており、地域の福祉ニーズについて情報を得ることが出来ます。また、町内会と防災協定を結び災害時における支援及び協力の体制を整えています。市の福祉避難所としても災害時に地域の要援護者の受入を行います。施設長がまちづくり大湊の会員となり、地域から要請があった際、職員がイベントに参加・協力しています。
27	b	

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
評価細目	評価結果	コメント
28	a	法人の理念として、「ご利用者の生き甲斐を尊重しニーズに応えられる施設」と明記されており、さらにその実現のために職員が取り組むべき事業計画の中に、具体的にケアの方向性が示されています。ご利用者を尊重したサービス提供の考え方は、マニュアルに反映され、統一したケアが実施できるよう、全職員に周知されています。身体拘束・虐待防止、プライバシー保護に関する研修は年間計画の中で毎年実施しており、職員の意識を高める取り組みとして効果を上げています。個人情報の取り扱いについては契約書に記載されている他、入居時に入居者・家族との同意書を交わして取組を周知しています。
29	a	
- 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。		
評価細目	評価結果	コメント
30	b	法人全体でホームページ・ブログを作成し、公開しています。利用希望者に関しては生活相談員が個別に面談して説明します。パンフレットや料金表の内容の変更を随時行い、最新の情報を発信できるようにしています。現在新型コロナウイルス感染症対策の為、体験入所や一日利用等の希望には応じられていません。入居前の事前面接や入居時の面談にて生活相談員・介護支援専門員が入居者、ご家族の意向を聞き取りしています。説明にあたっては契約書・重要事項説明書の他、各種説明・同意書を用いて分かりやすい説明を心掛け、同意をいただいています。契約書の中で契約終了後希望される際にはその後の生活が継続するように支援する旨の記載があり、終了後も相談に応じることとなっています。
31	b	
32	b	
- 1 - (3) 利用者満足の向上に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
33	b	ご利用者、ご家族等から寄せられた意見や要望は、即時対応を心掛けています。これまではご家族アンケートを年に1度実施していましたが、令和4年度は実施できませんでした。面会時等の声掛けや広報誌の送付・個別の近況報告、日常的な連絡を密に行いご家族との関係作りにも努めています。

- 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。		
評価細目	評価結果	コメント
34	a	<p>苦情相談対応マニュアルが整備され、苦情に関わらず、意見箱の設置や日常的なご利用者の申し出により、希望職員とご利用者の望む場所で相談できる環境ができています。ご家族等から寄せられた意見や要望は、即時対応を行っています。</p> <p>苦情対応の体制は、入所契約時の重要事項説明書に明記されており、ご利用者・ご家族に説明されています。又、施設内にも相談・苦情の受付窓口や仕組みについてわかりやすく掲示されています。</p>
35	a	
36	b	
- 1 - (5) 安全・安心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。		
評価細目	評価結果	コメント
37	a	<p>事故発生防止・事故発生後の対応マニュアルが整備されています。月に1回リスク委員会が開催され、発生した事故・ヒヤリハットごとに報告書を作成し多職種でカンファレンスを行い、期間を決めて評価しています。集約した内容については毎月のリスクマネジメント委員会で議題に掲げ、内容の周知と必要な検討・検証を行っています。職員に対しては、普通救命講習や緊急招集訓練等の研修を実施し、事故防止に向けて意識を高める取り組みを行っています。</p> <p>防災訓練は定期的に行われており、備蓄品もきちんと整備されています。また、町内会と防災協定を結び災害時における支援及び協力の体制を整えています。</p> <p>感染及び食中毒の予防及びまん延の防止に関するマニュアル、新型コロナウイルス感染症初動対応等を策定しており、発生した際の対応マニュアルも整備されています。新型コロナウイルス対策会議も毎月実施し、蔓延予防策の検討と発生時の対応を検討しています。マニュアルについては定期的に研修を実施し、職員に周知しています。</p>
38	a	
39	a	
40	a	

- 2 福祉サービスの質の確保

- 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。		
評価細目	評価結果	コメント
41	a	標準的な実施方法については、「入浴介助」「食事介助」「排泄介助」等、介護実践マニュアルでサービス毎に利用者尊重やプライバシー保護に配慮したマニュアルが整備されています。標準的な実施方法に基づいて確実にサービスが提供されるよう、新任職員研修・OJTなどで指導が行われています。
42	a	また入居者ごとに24シートを作成し、確認しながら日々の介助を行うことに関わる職員全員が同じケアを行えるようになっています。24シートは変更がある際に随時変更する他、年1回のケアプラン見直しに合わせて居室担当が変更しています。ご本人の好み、意向が含まれたものとなっています。
- 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。		
評価細目	評価結果	コメント
43	a	独自のアセスメント表を使用し行っています。定期的にカンファレンスやモニタリング等を行い、部門横断の関係職員が順次課題の検討を行い、個々のご利用者の意志が反映されるよう実施しています。
44	a	アセスメント結果をもとに介護支援専門員がプランを作成し、ご本人・ご家族の参加のもとサービス担当者会議を開催しプランを決定しています。「24時間シート」を活用しサービス計画の周知、計画に沿ったサービス実施の確認を行っています。所定のモニタリングの様式を使って月に1度、評価・見直しを実施しています。緊急時においてもカンファレンスを開催し、関係職員で検討しています。その後の計画変更についても速やかに行われています。
- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
45	a	記録システムを使用して統一した様式で記録しており、ネットワークで事業所内のどこでも情報が確認できるようになっています。規程の中で、記録の保管・保存・廃棄について定められ、適切に管理が行われています。記録の管理については、個人情報保護と情報開示の視点から定期的に研修を実施するとともに、ユニット会議等でも繰り返し指導し、周知を図る取り組みが行われています。
46	a	「24時間シート」「介護記録」等の活用、サービス担当者会議、申し送り等で情報を共有化し、職員への周知がされています。

評価対象 福祉サービス内容

A - 1 生活支援の基本と権利擁護

A - 1 - (1) 生活支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A A - 1 - (1) - 利用者一人一人に応じた一日の過ごし方が できるよう工夫している。	b	入所前の事前訪問時、生活の実態調査を行い、ご利用者・ご家族の意向を確認しています。又、入所後も居室担当がご利用者の意見や希望を聞きながら、一人ひとりに応じた生活ができるよう、支援しています。新型コロナウイルス感染症対策の為、個別の外出、地域への行事参加の機会が以前に比べ減少しています。
A A - 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。	対象外	評価対象外項目
A A - 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。	対象外	評価対象外項目
A A - 1 - (1) - 利用者一人一人に応じたコミュニケーション を行っている。	b	日常の小さな不満や要望など、ご利用者と向き合い、聞き取ることによってご利用者の思いを知り、ケアに活かす取り組みが行われています。ご利用者への言葉遣いや接遇に関する研修も定期的実施しています。現状では、個別に改めて時間を作ることは難しく、入浴の際など日々の中で時間を見つけて話をする機会を設けるようにしていますが不十分と感じている職員もいます。
A - 1 - (2) 権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A A - 1 - (2) - 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b	権利擁護については年2回の身体的拘束等適正化研修で扱い、2ヵ月に1度の身体的拘束等適正化委員会でも議題に挙げて状況確認を行っています。 「身体拘束廃止に関する指針」の方針が明文化され、ご利用者・ご家族への周知は契約書をもって入居時に実施している他、現在ケースはないものの拘束を行う際の手順には事前に十分な説明と同意を必要としています。 規定・マニュアルも明文化されたものがありますが、周知が不十分と感じている職員もいます。

A - 2 環境の整備

A - 2 - (1) 利用者の快適性への配慮		
評価細目	評価結果	コメント
A A - 2 - (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	職員の気づきや提案等でご利用者が快適に過ごせるよう環境整備や工夫に取り組んでいます。ご利用者が思い思いに過ごせるようソファを配置する等、落ち着ける雰囲気づくりに配慮がなされています。 居室は個室のためそれぞれのご利用者の状況に合わせて環境が整備されており、出来る限り自宅で慣れ親しんだ家具や本人が作った物やお好きだった物を置いてその方らしいお部屋になるように配慮できています。 設えを変更する際はご本人の承諾を得て行います。

A - 3 生活支援

A - 3 - (1) 支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A A - 3 - (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	リフト、特殊浴槽の設備があり、どのような身体状況の方でも入浴が可能となっています。また、リフトは個室についており出来る限り職員と1対1でプライバシーに配慮した入浴が可能です。同性介助を希望されるご利用者の希望を尊重して対応したり、入浴を拒否するご利用者には、言葉かけや曜日の変更等、職員間で連携し柔軟に対応しています。入浴方法も本人の状態を見ながらリフト使用や部分的に2人介助に変更する等、ご本人に合わせた対応が来ています。
A A - 3 - (1) - 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	ご利用者個々の排泄の状況は排泄チェック表に記入するとともに、介護職員と看護師が連携して自然排便を促すための水分摂取が行われています。介助量の多い方でも自然排便を促す為など目的を持って安全に介助が行えるように2人介助でトイレを使用しています。尿の色や便の性状に普段と違う変化を感じたら看護師に報告し健康状態についての情報共有が来ています。
A A - 3 - (1) - 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて 行っている。	b	ご自分で歩行や車椅子での移動が出来る方には声をかけて促しながら出来る限りご自分で移動してもらいます。併せて安全に移動してもらうために動線を確保する等の環境設定をしています。 より安全に介助できるようスライディングボードやリフトを使用し移動できるようにしています。又、普段から歩行等の状態を観察していますが、福祉用具の変更については転倒や内出血事故等を契機に変更することもあるため、入居者に合わせた福祉用具の変更を速やかに行っていく必要があります。
A - 3 - (2) 食生活		
評価細目	評価結果	コメント
A A - 3 - (2) - 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	テーブルやいすの高さなどを入居者に合わせる、入居者同士の関係性から食席の配置に配慮するなど食事環境を整えています。 衛生管理については各種マニュアルが作成されており、感染症委員会でごユニットの衛生管理状況を確認、改善の為の取組みを行っています。
A A - 3 - (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	入居前に入居者の状態についてアセスメントし、当施設での食事内容や介助方法、食器、姿勢等について検討しています。 入居後も日々の食事の状況について介護職員が記録する他、管理栄養士が定期的に確認を行い、栄養ケア計画に反映させている他、必要時は食事カンファレンスを実施することで入居者の状態に合わせた検討と見直しをしています。
A A - 3 - (2) - 利用者の状況に応じた口腔ケアを行ってい る。	a	全入居者のスクリーニングを年1回の口腔検診で実施し、訪問ケアを月1回歯科医師、月2回歯科衛生士が行い、継続的に入居者の口腔状態を確認しています。内容は看護師から職員へ周知します。 スクリーニング、訪問ケアによる助言・指導に基づいて必要な口腔清掃の用具を選択して方法をケアプラン(24Hシート)に記載し、介護職員がケアを行います。 施設職員への研修を歯科医師・歯科衛生士からの助言・指導内容に基づいて年1回行っています。 必要に応じて、介護職員、看護職員が口腔機能に応じた食事の提供、食形態等について歯科医師等に相談をしています。

A - 3 - (3) 褥瘡発生予防・ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A	A - 3 - (3) - 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a 褥瘡予防のマニュアル、褥瘡ケア計画を作成しています。 予防については看護師が研修を行い、職員に周知しています。 日々の排泄介助、入浴介助時に皮膚状態の観察を行い、 皮膚状態の変化があった際は看護師に報告し、速やかに 悪化予防の為の対応を取っています。 皮膚状態が悪化傾向にある時はカンファレンスを行い、褥瘡 治癒に向けた対応の検討をしています。
A - 3 - (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
評価細目	評価結果	コメント
A	A - 3 - (4) - 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 研修を修了し吸引や経管栄養を行える職員はいますが 該当する入居者が限られる為、実際に行える機会が少ない 状況です。 対象者ごとに実施方針や個別計画の作成を行っています。
A - 3 - (5) 機能訓練、介護予防		
評価細目	評価結果	コメント
A	A - 3 - (5) - 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 会議の中で機能訓練指導員が立てた計画を検討し、入居者 の生活維持のための支援が行えるようにケアプランを作成し ています。計画に基づいて日々の生活動作の中で意図的に 関わりをもっています。 機能訓練指導員の資格により、専門性が不十分なことがある ため他事業所の専門職の意見を聞きながら対応しています。 訪問調査時点では、介護計画書やモニタリングシートに日付 が入力されていない方もいました。
A - 3 - (6) 認知症ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A	A - 3 - (6) - 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a 入居時他、定期的に入居者の心身の状態を生活支援シート に記載してアセスメントを行っています。 居室やリビングの設えを入居者に馴染みがあるものとなるよ うに工夫し、家具などを配置しています。 職員への研修を行い、認知症に対する理解が深められるよ うにしています。特にBPSDがある入居者の対応は繰り返しカ ンファレンスを行い、記録や報告から多職種で検証を行うこと で症状の軽減に繋がりました。

A - 3 - (7) 急変時の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A	A - 3 - (7) - 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 日々の検温や体調観察、必要時のバイタルチェックを行い、 記録に残しています。変化時は速やかに看護師に報告して 適宜嘱託医へ報告することが出来ています。 入居者の状態に応じて確実に服薬が出来る様、介助方法を 24Hシートに記載して統一したケアが行えるようにしていま す。
A - 3 - (8) 終末期の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A	A - 3 - (8) - 利用者が終末期を迎えた場合の手順を確立 し、取組を行っている。	a 入居時に施設の終末期に対する取り組みを説明し入居者・ご 家族の意向を確認しています。又、実際に終末期と判断され た際にも改めて意向確認を行い、その方らしい暮らしが最期 まで継続できるようにカンファレンスを行っています。 ご逝去後に対応職員が看取りを振り返り、想いを話すことで 精神的ケアにつながるように看取り終了のカンファレンスを行 います。

A - 4 家族等との連携

A - 4 - (1) 家族等との連携			
評価細目		評価結果	コメント
A	A - 4 - (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	<p>新型コロナウイルス感染症対策の為以前と比較すると家族参加の行事や自由に外出する機会が減り、繋がりを感じられる機会が減少しています。</p> <p>サービス担当者会議に参加いただくことが叶わない中ですが、会議前後に介護支援専門員からご家族に連絡し、意向を踏まえた計画作成と情報共有をしています。</p> <p>入居者の状況は随時生活相談員から行う他、消耗品を家族に依頼するときなど居室担当からより詳細な生活の様子の報告が来ています。</p> <p>対面での面会が再開した他、施設内で行事を行った際には様子を広報誌に載せるなどの工夫をしています。</p>

A - 5 サービス提供体制

A - 5 - (1) 安定的・継続的なサービス提供体制			
評価細目		評価結果	コメント
A	A - 5 - (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。	対象外	評価対象外項目