

福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

NPO法人未来
鳥取県倉吉市東仲町2571番地
連絡先：電話 0858-24-5725 fax：0858-27-0101

② 施設・事業所情報

名称：岩井あすなろ（ユニット型）	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：理事長 濱崎 淳子 施設長 吉岡 篤志	定員（利用人数）：44（44）名
所在地：鳥取県岩美郡岩美町宇治 1034	
TEL： 0857-72-3571	ホームページ： https://www.t-asunaro.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成21年8月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 あすなろ会	
職員数	常勤職員： 23 名 非常勤職員 6 名
専門職員	介護福祉士 21 名 介護支援専門員 3 名 （介護福祉士兼務）
	看護師（准） 4 名 管理栄養士 1 名 機能訓練指導員 1 名（看護師兼務）
施設・設備の概要	（居室数） 44室（全室個室） 4ユニット
	（設備等） 全室個室、談話スペース（憩いの間） ダイニング、浴室、火災消火設備、 防犯通報

② 理念・基本方針

【理念】

私たちは、あすなろの木にふりそそぐ光と水のように、愛情と使命感を持ち、地域福祉の未来を創造します。

【基本方針】

- ・ご利用者へより質の高いサービスの提供を行い、満足されるものとします。
- ・職員の資質向上を図り、愛情と使命感あふれる働きがいのある職場とします。
- ・地域の意見を反映し、地域とともに発展する社会福祉法人を目指します。
- ・法人事業の継続性を強化し、事業を総合的に運営するための具体的方策を推進します。

【施設の理念】

岩井あすなろが、岩美町にあって良かったと地域の皆様に思っていただけのような施設作り。
〔施設の基本方針〕

- ・ 利用者の尊厳を守り、安心して生活できるサービスの提供を目指す。
- ・ 常にサービスマナー、介護技術の向上に努める。
- ・ 地域の方との交流の場を広げ、利用者満足度を高める。

④施設・事業所の特徴的な取組

44床を4つのユニットに分けてユニットケアを実施しています。
介護職員はユニット単位で利用者にかかわることで、なじみの関係が出来てゆったりと生活を送っていただいています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年 9月 18日（契約日） ～ 令和3年2月3日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ①法人内の各事業所との連携が取れている。全員が「職員必携」を個人持ちし、必要な項目を熟知して、サービス提供の礎にしている。
- ②行政や地域と連携を図り、施設利用の多様化によって、「小さな町」の福祉拠点として、柔軟な機能を保持している。
- ③昨年までは毎年、地域住民と共に300人規模の納涼祭を開催するなど、相互に理解が深まる取り組みを構築している。コロナ禍の今年は、納涼祭や収穫祭など施設内での催しに企画を変更し、利用者とコミュニケーションを深め、笑顔が見えるよう工夫をしている。
- ④町や社協主催の「ふれあいまちづくり推進委員会」、「えんくるり事業」のメンバーとして参画し、情報交換やニーズを把握して、高齢者福祉の問題解決の取り組みの一助となっている。
- ⑤地元の高校に介護福祉士を講師として派遣し、福祉人材を提供している。
- ⑥地域の自治会活動の会場として施設を開放している。地域住民からは施設が身近な場所となり、利用者とのコミュニケーションを図る機会にもなっている。

◇期待できる点

- ①介護の重度化により、理解困難な高齢者も多く入居しているが、様々な場面で説明不足になりがちな傾向に対し、改めて利用者の意向を確認する必要性を認識できた。

◇改善を求められる点

- ①今後、介護の重度化や医療依存度の高い利用者が増えることを見越し、人材の確

保と更なる業務の見直しが求められるであろう。

③コロナ禍により家族との面会制限や、介護場面での密接なかかわりの制限がある中、さらにコミュニケーションの工夫や認知症の進行予防などに努めてほしい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

本年度は、コロナ禍により通常行っている事業や行事が思うようにできなかったうえ、ご利用者様やご家族様には、面会等の様々な制限でご迷惑をおかけした年でした。また、地域とのかかわりも少なくなり改めて地域の大切さを感じた。

今後もコロナ感染症対策は継続していくので、ご利用者様・ご家族様とのコミュニケーション工夫や行事等の実施方法、地域との連携の継続を考えていきたい。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

【別紙 1】

第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	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)・b・c
〈コメント〉 法人のホームページ及び職員必携・パンフレットに理念・基本方針が記載されている。 職員全体会に於いて職員必携の周知を図るとともに、全職員は職員必携を所持している。 毎年見直し、規定に変更があればその都度周知を図っている。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	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。	(a)・b・c
〈コメント〉 全国・県老人福祉施設協議会に加入している。管理者は、岩美町の地域福祉計画の策定委員として参画し、岩美町のニーズ調査を実施し、潜在的利用者に関するデータの分析をしている。適宜、経営について行政との意見交換をしている。		
3	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	(a)・b・c

	る。	
<p><コメント> 経営企画会議等で経営課題を共有し、法人の中・長期計画に反映させ、具体的な取り組みに向けて事業計画・行動計画等を掲示している。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	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。	(a)・b・c
<p><コメント> 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっており、必要に応じて見直しをしている。</p>		
5	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。	(a)・b・c
<p><コメント> それぞれの事業の年次計画があり、具体的な内容となっている。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	(a)・b・c
<p><コメント> 各事業毎に事業計画を策定し、それを元に拠点として計画策定、見直しをしている。 補正予算等の時期には具体的な稼働率等を見直している。 事業計画は、職員必携に添付し、理解が得られるよう努めている。</p>		
7	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。	a (b) c
<p><コメント> 法人の事業計画は、ホームページにて掲示している。従来は、家族会等で口頭で説明しているが、令和元年・2年度は、インフルエンザ、新型コロナウイルスにより家族会総会が開催されていない。</p>		

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
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。		
8	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。	(a)・b・c
<p><コメント> 職務基準書に基づき、年2回、自己評価を実施している。また、ヒヤリハット記録、評価対策委員会、事故防止や苦情解決委員会等も同様に評価を実施している。 法人の内部監査評価委員会があり、定期的（数年に1回）内部評価を実施している。</p>		

中・長期計画に於いて、今後も第三者評価は定期的に受審予定である。		
9	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の内部評価結果を受けて、改善計画を立て、再評価を実施する仕組みがある。代表者会、ユニット会、ユニットリーダー会等で職員間の共有化を図っている。</p> <p>中・長期計画に於いて、第三者評価を計画的に受審することとなり、今回が初回である。</p>		

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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	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・(b)・c
<p><コメント></p> <p>代表者会等で役割や責任を表明し、職員への理解を図っている。また、人事考課にて目標、役割を設定し、反映させている。広報誌など様々な機会をとらえ、共通理解を図ってほしい。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-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。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、法令遵守の観点での研修に参加し、取り組みを行なっているが、本年度はコロナ禍により研修の機会がなかった。内容は職員全体会を通して周知している。</p> <p>管理者は取引業者等との適正な関係を保持し、法人本部に伺い、決定している。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、各委員会に出席し、サービスの質の向上に向けた課題把握に努めている。また、法人内研修や外部研修等に参加し、適宜伝達をしている。</p>		
13	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。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>経営改善や業務改善に指導力を発揮するよう努めている。それに伴い、必要に応じて、内部異動等を行っているが、人事管理は本部にある。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
14	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。	a (b) c
<p><コメント></p> <p>法人の定数規定等に基づく人材配置をしている。施設ごとに職員数がある程度決まっており、人材確保と育成に努力している。ホームページでも採用募集している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度を職員が周知しており、職員の専門性、職務に関する貢献度などに基づいて評価している。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>定期健康診断やストレスチェックを実施し、職員の健康と安全の確保に努めている。有給取得を推進し、法人の行動計画として50%を目標にしている。ノー残業デーの推進、時短勤務や常勤継続、育休延長あるいは再雇用の促進など様々な改善策に取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>年1回自己申告書に職務についての意向や希望を記入して提出している。理念・基本方針に基づき、職員が目標設定を行い、評価・分析し、年2回の面接をして目標達成度の確認をしている。</p>		
18	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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>法人としての研修過程に基づき、新人から管理職まで研修の機会を設けている。資格取得のための奨学金制度や研修・勉強会を実施している。</p>		
19	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) b・c
<p><コメント></p> <p>法人としての研修過程により、新人から管理職まで職員の習熟度に配慮した個別的な研修がある。外部研修に関しては、研修案内により参加する職員を選択及び希望を確認し、研修の機会を確保している。</p>		
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。		
20	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。	(a) b・c
<p><コメント></p>		

実習の受け入れマニュアルがある。医療・看護・福祉など、実習生受入れに際して、専門職の特性に配慮したプログラムになるよう学校側との説明会等連携して実施している。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
21	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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページに施設概要、事業計画、事業報告、予算、決算情報、特徴や活動報告を適切に公開している。法人が受審した第三者評価結果を公表している。</p> <p>地域へ向けた広報誌があり、それをより多くの住民に広報している。</p>		
22	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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>適正な経営・運営の取り組みについて事務分掌表に明示している。法人本部が、外部監査として公認会計士や本部事務局に相談して実施している。</p> <p>鳥取市の実地指導や監査を受けている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>地域とは、岩井あすなろ救護協力会（住民ボランティア 21 名程度）を中心に以前から連携の強い関係である。コロナ禍の今年はできなかったが、地域住民と共に 300 人規模の納涼祭を開催するなど、相互に理解が深まる取り組みをしている。定期的及び必要時の協力体制が取れている。</p>		
24	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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れに関するマニュアルを整備している。日赤、社協、役場、地域の公民館、老人クラブ等と連携して（傾聴・車いす掃除・繕い物・しめ縄作り・米の収穫など）体制を確立しているが、今年はコロナ禍により制限せざるを得なかった。地元の小中高校のボランティア受け入れの準備を整え、学校教育に協力している。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	(a) b・c

<p><コメント> 岩美町ボランティアセンター活動推進協議会（にこにこネットワーク）の一員として、地域の関係機関と連携し、事業に参画している。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	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。	a (b) c
<p><コメント> 自治会活動の場として地域に施設を開放し、地域住民の施設の認知度を高めている。専門職である介護福祉士を岩美高校に福祉コースの講師として派遣している。毎年、施設の交流センターを会場に地域の「独居老人なべの会」の会員との交流を図り、質問や相談に応じる機会を作っているが、今年はコロナ禍で実現していない。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-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。	(a) b・c
<p><コメント> 岩美町、県社会福祉協議会、老人福祉施設協議会等の多数の委員会（ふれあい町づくり推進委員会・えんくるり事業など）のメンバーになり、地域のニーズを把握し、地域と一体化した取り組みを積極的に行っている。施設の事業計画にも明示している。</p>		

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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	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。	(a) b・c
<p><コメント> 法人・施設の理念、基本方針等を掲げた倫理綱領を策定し、広報誌やホームページに明示している。全員に「職員必携」を配布して、利用者を尊重した福祉サービスの共通理解を図るようにしている。職員は、自己評価と上司面談で、ケアの目標について振り返り・見直しの機会を設けている。</p>		
29	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。	a (b) c
<p><コメント> 利用者のプライバシー保護等の権利擁護への配慮に関する規定マニュアルを整備し、利用者のプライバシーを守るサービスを提供している。利用者への周知は十分とは言えない。</p>		
<p>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。</p>		
30	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。	(a) b・c
<p><コメント></p>		

施設のパンフレットや、法人のホームページで、わかりやすく情報を提供している。利用を希望している住民には、随時説明や見学等を受けている。		
31	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。	a (b) c
<p><コメント></p> <p>職員や介護支援専門員は、福祉サービス提供前とプランの変更時に、利用者家族等へ理解できるように説明し、同意を得ているが、利用者に対しては十分とは言えない。</p>		
32	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。	a (b) c
<p><コメント></p> <p>病院への入院等に移行する際は連携して、求められた用紙に様子を記入したり、看護・介護連絡票を作成して、引き継いでいる。移行後・退所後も関係機関と連携して連絡を取り合っているが、手順が整備されていない。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	(a) b c
<p><コメント></p> <p>年1回、利用者及び家族へ満足度調査を実施している。例年は家族代表も参画した検討会議を行い、結果を施設内に掲示している。</p>		
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。		
34	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 (b) c
<p><コメント></p> <p>苦情解決についてのマニュアルを作成し、体制を整えている。入所時に、利用者・家族に重要事項説明書で説明し、周知している。第三者委員に、直接苦情を受け付けられる体制をとっている。利用者に対する周知については十分とは言えない。</p>		
35	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。	(a) b c
<p><コメント></p> <p>いつでも利用者・家族の意見や相談に応じる体制を整えている。利用者の思いや意見を年1回職員が聞き取り、意見を述べる機会があり、「よろず相談」として文章にしている。</p>		
36	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。	(a) b c
<p><コメント></p> <p>年1回利用者の「よろず相談」や長谷川式認知症スケールを利用したりして意見の把握に努め、内容を分析し、迅速に対応している。また、意見箱を設置している。</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。		
37	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。	(a) b c

<コメント> 月1回事故防止委員会でヒヤリハットや事故事例を検討し、内部研修で発生要因を分析・改善・再発防止に組織的に取り組むなど、リスクマネジメント体制を構築している。		
38	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。	(a)・b・c
<コメント> 「感染症食中毒のまん延防止に関する指針」や「感染症の予防・まん延防止マニュアル」を作成している。コロナ禍の今年は、看護職員が中心となってマニュアルに沿い、適切な対応を行い、全体会でも周知を図っている。		
39	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。	a (b) c
<コメント> 岩美町の作成したハザードマップを利用して、2年前には蒲生川のそばという立地に合わせた浸水避難訓練も実施し、土砂災害浸水避難計画を策定している。緊急時には、職員用緊急メールが一斉に届く仕組みがある。防災マニュアルに従い、地域の「岩井あすなろ救護協力会」、消防署、役場、近隣住民参加による訓練を実施している。備蓄については、栄養士が中心となって、リストを作成し管理している。災害後の事業継続計画について法人で策定中である。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-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。		
40	Ⅲ-2-(1)-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。	(a)・b・c
<コメント> 看護と介護のケア別のマニュアルを作成しており、それに基づく標準的なサービスの提供に努めている。職員はマニュアルと連動した自己ケアチェック表を用いて年4回チェックし、理解や確認ができる仕組みになっている。		
41	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 (b) c
<コメント> 年1回、法人各部会でマニュアルの見直しや検討を行い、組織的に見直す仕組みがある。適宜、利用者の意見が反映されるような工夫を望む。		
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。		
42	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 (b) c
<コメント> 福祉サービス実施計画の責任者を設置し、アセスメントを行なった上で、医療面、リハビリ、メンタル面の支援等を含めた総合的な視点から、個別援助計画を策定している。支援困難ケースへの対応については、繰り返し検討を重ねて改善に努めている。		

43	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・c
<p><コメント></p> <p>担当職員は、毎月利用者のケア内容をモニタリングし、6ヶ月毎に、あるいは必要に応じ福祉サービス実施計画の評価、見直しをPDCAサイクルで行い、職員全員に周知する仕組みがある。プランの変更は利用者・家族に説明し、同意を得ている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>サービスの実施状況は、記録のマニュアルに沿い、統一した様式と方法（電子記録システム）によって経過を記録し、利用者の状況等を、他部門の職員とも共有している。今後は、情報の流れがさらにスムーズになるよう期待する。</p>		
45	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・c
<p><コメント></p> <p>法人で文書取扱規程を作成し、適切に管理している。職員に対しては、守秘義務について就業規則や労働条件通知書に明記し、研修等を受け、周知徹底に努めている。利用者・家族には入所時に同意を得ている。</p>		

【別紙2】

内容評価基準（特別養護老人ホーム）

※すべての評価項目（20項目）について、判断基準（a・b・c）の3段階に基づいた評価結果を記入する。

A-1 生活支援の基本と権利擁護

評価項目	判断した理由・特記事項等	第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
1	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>1週間の個別24時間生活シートを作成するなどして、利用者の心身の状況と暮らしの意向を把握・理解し、ケアプランに活かしている。毎月、チーム会で、個々の生活・処遇について検討している。カンファレンスには、本人・家族の参加も促し、希望を取り入れた生活が送れるように配慮している。</p>		
2	A-1-(1)-② 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>該当しない</p>		
3	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）	a・b・c

	を行っている。	
<p><コメント> 該当しない</p>		
4	A-1-(1)-④ 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)・b・c
<p><コメント> 利用者の思いや希望を把握するために、様々な場面（よろず相談・長谷川式スケール調査）で話せる機会をつくり、内容を支援に活かしている。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉使いができるよう「接遇の基本」を職員必携に掲げ、定期的に勉強会を行っている。話すことや意思表示が困難である利用者に対しては、表情を読み取り、意思の伝達が確実に出来るように「ノート」を用い筆談を行う等、個別にコミュニケーションを行なっている。また、町へ派遣依頼して2名の介護相談員が年8回、利用者と面談し、独自に相談対応の機会をもっている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
5	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。	a・(b)・c
<p><コメント> 高齢者虐待マニュアルを職員必携に掲げて、権利侵害防止等に取り組んでいる。法人・施設内で人権研修の定期開催、年1回の虐待防止チェックリストの実施、毎月のチーム会で不適切ケアのチェックを行っている。虐待権利侵害防止等の取り組みを行っているが、利用者の周知は十分ではない。法人で身体拘束ゼロ宣言をしており、現在該当者はいない。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
6	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)・b・c
<p><コメント> 全室個室で、プライバシーは保たれている。各居室には、冷暖房設備、温湿度計を設置し個々に対応している。環境面について、利用者及び家族アンケート等を実施し意向に対応している。よろず相談も受け付けている。入所前に、利用者の生活歴・趣味・嗜好等の聞き取りを行い、入所後の環境面に配慮している。</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
7	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。	(a)・b・c
<p><コメント> 入浴ケアマニュアルに沿い、羞恥心やプライバシーに配慮して入浴支援を行っている。具体的には、入浴形態・入浴方法等を記載した個別入浴表の活用。入浴前に浴室内の安全確認と脱衣室の温度管理。肌の露出を避け、バスタオルで体を覆う等の配慮。入浴を嫌がる場合は、日時の変更や清拭を行う等、臨機応変な対応。利用者へのヒアリングやバイタ</p>		

<p>ル測定等の体調確認の実施。感染症に配慮した対応や入浴順。利用者の心身状況をふまえた浴槽（臥位式・座位式）や入浴方法で実施している。</p>		
8	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)・b・c
<p><コメント> 排泄ケア（プライバシー保護）マニュアルに沿い、排泄の支援をしている。排泄表を作成するなど、利用者の排泄パターンを把握し、個々に合わせた支援をしている。トイレは手すりを設置し消毒剤等を用い、衛生面や安全に配慮している。個々の状態に合ったおむつの種類について検討している。</p>		
9	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)・b・c
<p><コメント> 移乗・移動ケアマニュアルに沿い支援を行っている。ユニットごとに個々の移動状況表を作成し、心身の状態の変化があればチーム会で検討し、職員間で共有している。トランスファー委員会でも移動支援について検討し、安全に努めている。</p>		
<p>A-3-(2) 食生活</p>		
10	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)・b・c
<p><コメント> 衛生管理マニュアルに沿い、調理を行っている。献立や提供方法について、栄養士部会で検討を行っている。利用者の希望により、顔馴染みや仲の良い利用者同士がテーブルを囲めるように配慮している。好き嫌い等食べられないメニューについては、代替品を提供している。選択食は事前に要望を尋ね、リクエスト食を提供している。</p>		
11	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)・b・c
<p><コメント> 食事ケアマニュアルに沿い、食事の提供を行っている。自力摂取に向け歯科医と連携し、経口摂取を維持する取り組みをしている。3か月に1回栄養ケアマネジメントを実施し、利用者の心身の状況に合わせて柔軟に対応している。</p>		
12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a (b) c
<p><コメント> 歯科医師と連携し、歯磨き指導や経口維持カンファレンスを開催し、口腔ケアマネジメント計画を作成している。さらに一人ひとりに応じた口腔ケア計画に反映させてほしい。</p>		
<p>A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア</p>		
13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	(a)・b・c
<p><コメント> 褥瘡予防対策に関する指針及び褥瘡予防マニュアルを整備し、褥瘡委員会を開催している。体重測定を月1回以上行い、利用者の栄養や食事の摂取状況を把握している。</p>		
<p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
14	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	a (b) c

	の体制を確立し、取組を行っている。	
<p><コメント></p> <p>医療ケアに関する指針を整備し、手順に沿い安全に実施している。介護職員による喀痰吸引等の研修の機会を確保し、経管栄養剤変更時も安全に実施できるよう研修や個別指導等を行なっているが、定期的ではない。</p>		
<p>A - 3 - (5) 機能訓練・介護予防</p>		
15	A-3-(5)-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。	a・(b) c
<p><コメント></p> <p>利用者個々の機能訓練計画を作成し実施しているが、利用者の状況に応じた専門職の助言・指導は受けていない。</p>		
<p>A - 3 - (6) 認知症ケア</p>		
16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・(b) c
<p><コメント></p> <p>認知症ケアマニュアルに沿い、ケアを提供している。行動・心理症状（BPSD）がある利用者には、医師に報告・相談し、症状改善に向けた取り組みを行っている。研修等に職員を派遣し、受講後は他職員への伝達講習を行っているが、今年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり実施に至っていない。</p>		
<p>A - 3 - (7) 急変時の対応</p>		
17	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。	a・(b) c
<p><コメント></p> <p>体調の変化の発見及び対応方法マニュアルや服薬管理マニュアルに沿い、対応している。平日・日中は、必要に応じて施設の嘱託医に連絡し、受診を依頼している。休日・夜間は、看護職員への24時間365日のオンコールにより、救急病院等へ受診できる体制を整えている。最近ではビデオ通話により視覚による観察ができ、早い対応が可能となっている。更には緊急時の対応についての研修の工夫を望む。</p>		
<p>A - 3 - (8) 終末期の対応</p>		
18	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。	a・(b) c
<p><コメント></p> <p>看取り指針を整備し、入所時に、家族（身元引受人）と利用者の看取りについての意向確認を書面で行っている。また、可能な利用者には毎年よろず相談の時に、看取りに対する意向を確認している。施設の嘱託医、歯科医師、協力病院と契約を交わし連携体制をとり、施設で看取り介護を実施している。研修は定期的実施しているが、今年度は実施していない。</p>		

A - 4 家族等との連携

A - 4 - (1) 家族等との連携

19	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。	a (b) c
<p><コメント></p> <p>入所契約時にサービス内容について同意の署名を得ている。また、体調等の変化や受診状況等は都度電話連絡している。定期的に家族・身元引受人へ近況報告（写真入り）を送り、施設の行事案内や広報紙等も定期的に送付して施設での様子を伝えている。年1回家族へ満足度アンケートを実施している。また、苦情等の受付担当者を定め、施設内に意見箱を設置し、意見・要望等を聞いている。家族の希望時に相談対応し、内容を記録している。今年度はコロナ禍により面会制限等の制約があったが、テレビ電話等により家族との伝達方法を試みた。</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		
20	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。	a・b・c
<コメント> 該当しない		