

(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直江津愛宕の園	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 馬場 仁美	定員：29名 (利用人数) 29名
所在地：〒942-0081 新潟県上越市五智2丁目1番3号	
連絡先電話番号： 025-539-0195	FAX番号： 025-539-0198
ホームページアドレス	<a href="http://www.joetsu-atago.or.jp/">http://www.joetsu-atago.or.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成21年10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： 24名 非常勤職員 7名
専門職員	生活相談員 2名 介護支援専門員 1名
	看護職員 3名 事務員 1名
	介護職員 21名 管理栄養士 1名
	機能訓練指導員 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 消火設備あり

(2) 理念・基本方針

- ・入居者の思いを大切に、家庭的な雰囲気作りに努めます。
- ・健康で心豊かな暮らしを支援します。
- ・入居者、家族、地域との交流を深め信頼関係を築きます。

### 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11月1日(契約日)～ 令和5年7月24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です。

自宅と同じような環境で暮らせるよう、使い慣れた家具や寝具類、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。

##### 地域との積極的な関わりの取り組み

運営方針には、「地域との交流」が掲げられており、地域関係者の意見を聞き取り、運営に反映させようとする姿勢が窺われます。

海岸の清掃活動を行ったり、保育園児との七夕交流会を開催するなど、地域との関わりを深めるための努力がなされています。

開かれた施設作りを推進していくため、今後もさらに取り組みを増やし、地域住民への積極的な情報発信を継続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

**基本方針・経営状況の周知の仕方について**

職員アンケートでは「周知されていない」「理解・把握していない」との回答が複数ありました。

周知方法については、運営会議でリーダー職員に伝達され、それをユニット会議で全職員に伝達される仕組みになっていますが、ユニット会議録を拝見したところ、それらについて伝達された記録がありませんでした。また、ユニットによってはその会議録の提出が遅れている、綴じるべきファイルに綴じていない等が確認され、職員への周知が上手くできていないと判断せざるを得ませんでした。

**記録管理等について**

全般的に日付間違いが多いと感じました。確認する仕組みの強化が必要です。モニタリングについても提出が遅れる職員については指導が必要だと感じました。

報告書や会議録提出の遅延や、年号が平成のままの記録もあり、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」が最近では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望まれます。

(3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(R 5.7.12)

この度は、ご多忙中当事業所の第三者評価にご尽力頂きありがとうございました。第三者評価を受審したことで、今一度法人の理念・事業所の重点目標を意識する意義の必要性実感しております。法人の目指す姿を共有しサービス向上を図っていきたいと思います。コロナ禍にて“家族との関わりの継続”やサービスの満足度“を確認することが疎かになっていました。改善すべき内容については見直し改善に向けて日々尽力していきます。良い評価に関しては継続して行けるよう取り組みたいと思います。

(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「入居者の思いを大切に、家庭的な雰囲気作りに努めます」「健康で心豊かな暮らしを支援します」「入居者、家族、地域との交流を深い信頼関係を築きます」を事業計画の中で明文化しています。毎年1回4月に年度の事業計画書を配布し、全職員を対象に説明がなされ、周知を図る取り組みが行われています。職員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。施設内には、理念や基本方針がわかりやすく掲示されており、契約時にはご家族へ説明しています。

### - 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が、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。課題については職員にも報告がなされ周知を図っていますが、周知がうまくできていないか不安を感じる点もありました。

### - 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1回4月に、全職員を対象に説明がなされ、周知を図る取り組みが行われています。また、運営会議及び職員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	事業計画は運営推進会議にて年に一度説明の機会を設けているほか、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	毎月のユニット会議にて、より住みやすい環境づくりや個人へのケアの向上、改善を話し合っています。また、サービス内容については、事故の事例を用いて委員会でも検討しています。職員の個人目標も設定し取り組むと共に、上司が評価面談を行い、さらなる向上に繋がられるようにしています。ご家族へも以前は年に一度満足度調査を行い結果を分析していましたが、ここ2～3年の間はコロナ渦で実施されませんでした。
9	b	

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	毎年の事業計画にて施設長・主任・リーダーの役割について明文化され、全職員を対象に説明がなされ、周知を図る取り組みが行われています。 新任職員研修にて法令遵守に関する研修を実施しているほか、全職員を対象としたプライバシー保護に関する研修も実施するなど、周知を図る取り組みが行われています。
11	a	
- 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	職員会議や運営会議において職員の意見を聞き取り、課題については、会議や委員会で検討し、改善に向けた取り組みが行われています。 月次収支の分析は毎月本部から送られており、運営会議で現状を分析し、課題を検討しています。
13	a	

- 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	人員体制に関する計画は法人本部が作成し、法人内外での研修受講や資格取得に関する支援体制が確立されています。サービスの質を確保するための人材育成についても事業計画の中で明文化されています。 職員の評価も法人の人事考課基準に基づいて実施されています。個別面談も年2回行い、個別の目標設定も行うと共に、人事考課後のフィードバックも行い、さらなる質の向上に向けて取り組んでいます。
15	a	
- 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	職員の有給休暇の消化率や時間外労働は毎月集計し、確認しています。改善策については、運営会議で検討し改善に向けて取り組んでいます。年に1度は人事異動等の職員への意向調査を行い、本部で確認し対応しています。 また、法人内に相談窓口が設けられ、相談しやすい体制が整えられています。

- 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	- 2 - (3) - 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	事業計画において人材育成に対する方針や目指すべきサービス提供の方向性が明文化されています。個別の目標設定も行うと共に、個別面談でフィードバックも行い、さらなる質の向上に向けて取り組んでいます。資格取得については、希望する職員に対して勤務時間等に配慮し、支援を行っています。法人内外の研修についても研修計画が策定され、参加を促す取り組みを行っています。全体の研修計画の中で、階層別研修も計画し、個々にあった研修に参加できるよう配慮されています。新人職員に対しては、特にきめ細かく研修計画が策定され、「100日プログラム」という形で先輩からの指導を受けることができ、習得状況の確認が行われています。
18	- 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。	a	
19	- 2 - (3) - 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	a	
- 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	- 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。	a	受け入れに関するマニュアルが整備されており、実習生の受入にあたっては事前に学校側との面談を行うなど、受入れる際に配慮すべきことについて確認しています。実習期間中も学校と連絡をとり、継続的に連携を維持しています。

### - 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	- 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。	a	毎月広報誌を町内に回覧し、情報提供に努めています。ホームページには、法人及び事業所の取組等も公開されています。また、事務・経理・取引に関して、事業所ごとに内部監査を行い、法人本部では外部監査を受けています。職員への経理状況の周知は運営会議にて行われています。
22	- 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。	a	

### - 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	- 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。	b	基本方針の中に、地域とのかかわりが明文化され、事業所広報を町内に回覧しています。また、地域の清掃活動にも参加していますが、コロナ禍においてしばらくボランティアの方に来ていただいたり、施設の行事に地域の方をお招きすることがありません。
24	- 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。	b	
- 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	- 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。	b	連携が必要な関係機関・団体についてはリスト化して職員への周知を図っています。運営推進会議からの意見集約や地域ケア会議への参加を通して地域の状況把握、課題についての検討を行っていますが、新型コロナウイルス感染症対策の為、地域ケア会議の開催が少なくなり、運営推進会議が対面で行えない状況となっています。

- 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	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	2ヶ月に1回開催される運営推進会議や地域の関係機関との地域ケア会議に出席し、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、地域包括支援センター職員も含まれており、具体的な地域の福祉ニーズについて情報を得ることが出来ます。
27	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	運営推進会議等で把握された意見について集約し、海岸の清掃活動や同じ建物内の小規模多機能でこども食堂を行うなどの支援活動を行なっています。

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	- 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持つための取組を行っている。	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。
29	- 1 - (1) - 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	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が、今後SNSに関する内容も同意書の記載することが求められます。
- 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	- 1 - (2) - 利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	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。理念や実施する福祉サービスの内容について、カラーの写真等を用いてわかりやすく紹介したパンフレットを準備しています。見学も随時可能となっています。
31	- 1 - (2) - 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。	a	契約書・重要事項説明書等の資料をもとに、窓口である生活相談員がご利用者、ご家族と面接し、説明を行い同意を得るまでの過程・経過を記録に残しています。
32	- 1 - (2) - 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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	申し送りや伝達事項を書面で作成し、入院時など他のサービス利用の際に引継ぎが行われています。入所契約時に「契約書」・「重要事項説明書」で入退院時の対応について説明されています。入院中のご利用者には、定期的に関係職員が出向き、病状確認を行うとともにご利用者、ご家族の相談にのっています。退院後に再入所の希望があれば、医療機関からの情報を得てスムーズな施設での生活ができるよう対応しています。
- 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	- 1 - (3) - 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	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。ご家族へも以前は年に一度満足度調査を行い要望を確認していましたが、ここ2～3年の間はコロナ禍で実施されませんでした。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	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の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。 苦情解決の体制は、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。
35	a	
36	a	
- 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	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。定期的に事故対策委員会が開催され、ご利用者の安全・安心を確保する体制作りが定期的・緊急時とともに実施されています。検討された改善策は速やかに実行され、再発防止に努めています。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。 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。 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があり、発生した際の対応マニュアルも整備されています。マニュアルについては定期的に研修を実施し、職員に周知するとともに、玄関や洗面台には手洗いの方法をわかりやすく掲示してあります。 厨房の清掃や消毒殺菌などは確実に実施できるよう厨房に掲示されています。衣服や履物衛生面の管理が徹底されています。
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。 マニュアルについては、必要に応じ見直しを行っています。ご利用者の心身の状態変化に伴ってサービスの見直しを提案し、サービス担当者会議にて検討しています。
42	a	

- 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 - 2 - (2) - アセスメントに基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	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。 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せん。
44 - 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	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。しかし、調査時点でモニタリングのチェック漏れや日付が記載されていない方もいましたので、今後は担当職員によってミスが無いように実施されることを期待します。
- 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 - 2 - (3) - 利用者に関する福祉サービスの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	ご利用者個々の介護計画に基づいた記録が適切に記され、記録の仕方については、組織間で統一されており、職員間で差異が生じないよう、職員会議の中で全職員に説明されています。 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、職員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 - 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	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、入所後も居室担当者の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、個別の外出支援・外食支援個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。	a	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、ケアに生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。

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。	a	ご利用者の人権・虐待防止について定期的に研修を実施し、職員の意識を高める取り組みを行っています。又、実際のサービス提供場面においては、不適切な声掛け等が見受けられた際には職員間で注意する体制ができています。「身体拘束廃止に関する指針」の方針が明文化され、ご利用者及びご家族に十分説明し「24時間シート」等に状況・状態を記録しています。

## 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。 新聞・雑誌は持ち込みができ、読み慣れた新聞を定期購読されているご利用者もいます。テレビなどの番組選択も職員がご利用者に聞き対応しています。 ご利用者の嗜好品について把握し、健康上の影響に留意しながら個人の希望があればルールを作り対応するよう配慮されています。現在、お酒の好きなご利用者には提供しています。 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、寝具は個人の物であり、必要時にご家族が持参しています。 ご利用者の主体性を尊重し、個性や好みを踏まえた取り組みが行われ、着替えの衣類は、可能な限り自分で選択してもらう等、必要な支援が実施されています。

## 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	ご利用者の心身の状況や意向を踏まえた入浴形態がケアプランに位置付けられています。ご利用者の尊厳や羞恥心に配慮し支援し、必要に応じ清拭や足浴で清潔保持に努めています。 同性介助や夜間入浴したいというご利用者の希望を尊重し、職員間で連携し柔軟に対応しています。 職員により定期的な清掃や消毒が実施されています。お風呂の雰囲気が出るように暖簾を掛けたり、浴室や脱衣場は暖房を使用し、室温管理を調節するよう取り組んでいます。 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。医師と相談して下剤で調整が必要なご利用者もあり、排泄介助は定期と随時に行っています。 できるだけオムツに頼らない排泄ケアの取り組みを行っています。尿意、便意のあるご利用者には状態に合わせたトイレ誘導や、夜間にはベッド脇にポータブルトイレを設置したりして必要に応じて介助しています。
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	カンファレンスの実施によりご利用者の声を聞きながらトイレの環境等の検討を実施しています。清掃は専門の職員により毎日実施され、清潔なトイレが保たれています。 個々の心身の状況に合わせて2人で移乗・移動を行っています。ご利用者ごとの移動移乗の注意事項を職員間で共有することで、どの職員が介助しても変わらない方法で介助できるようにしています。
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。	a	

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	喫食環境についてはご利用者の声を聞き、職員会議で検討しています。各ユニットごとにご利用者の状況に応じた雰囲気作りが図られており、落ち着いて、美味しく食べることが出来るよう喫食環境を工夫しています。また、テーブルや椅子の高さ等、そのご利用者に合った物を利用してもらうようになっています。
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	入所時、ご利用者の心身の状況や嗜好の確認が行われ、栄養アセスメントを実施しています。食事の形態はご利用者の状態に合わせて提供されています。定期的には選択食を設けたり、行事食を提供しており、管理栄養士はカンファレンス等において随時見直しを行い個々に適した食事形態を提供しています。
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	カンファレンスにご家族が参加し、自力摂取の可能性について検討しています。食事の前には口腔体操などを実施しており口腔ケアについての記録も残されています。
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が整備されており、自力で体動できないご利用者には、褥瘡予防マット等段階に応じて使用しています。栄養マネジメントを実施して食事面からも褥瘡予防を図っています。
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。	a	該当者には実施手順表で個別計画を策定し、痰吸引の有資格者による喀痰吸引を実施しています。痰吸引実施報告書が整備されており、定期的に委員会でも振り返りの機会を設けています。
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て機能訓練や介護予防活動を行っている。	a	サービス担当者会議で職員間でリハビリ計画を検討しています。カンファレンスで見直し評価されており、その際も多職種で検討されています。
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	ご利用者個々の状態に合わせた介護計画が策定されています。認知症に関する研修を実施し、理解を深めるとともに、丁寧で、やさしい言葉かけと見守りのもと、ご利用者が落ち着いて過ごせるよう、ケアの提供に努めています。浴室やトイレなど整理整頓され、安全面に配慮していることが窺われます。共有スペースには、ご利用者ご自宅で使用していた家具やご利用者の作品が飾られていたり、施設周囲には季節の花や緑が楽しめる環境が整備されています。

A - 3 - (7) 急変時の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A	a	入浴前のバイタルチェックや日々のご利用者の健康管理が行われています。また、ご利用者の食事摂取の状況や排泄状況等は毎日チェックが行われています。健康状態を記録し、申し送り等でいつもと違う状態の時は看護師に報告されるなど、健康管理への連携は図られています。ご利用者の体調不良時の対応・手当のマニュアルが整備されており、2週に1回往診の嘱託医との連携も図られ、健康管理が日常的に行われています。

A - 3 - (8) 終末期の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A	b	入所時や必要な時にご利用者及びご家族の意向を確認し、可能な限り対応する方針を示しています。実際に看取り希望されていても、揺れ動くご家族の希望、相談に応じて、関係職員との連携を図り、ご利用者やご家族の希望に沿った終末期の介護が行える体制が整備されています。看取りに関する同意書や介護計画書についての日付や記載者等に記載ミスがありましたので、今後改善されることを期待します。

#### 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	b	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少しています。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。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。

#### 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	対象外	特別養護老人ホームは対象外項目