

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 施設・事業所情報

| | |
|--------------------------------------|---|
| 名称：サテライト型特別養護老人ホーム ほくら園ユニット | 種別：特別養護老人ホーム (地域密着型介護老人福祉施設) |
| 代表者氏名：施設長 永井 正明 | 定員：20名 (利用人数) 20名 |
| 所在地：〒942-1103 新潟県上越市大島区大平 5131 番地 | |
| 連絡先電話番号： 025-594-3311 | FAX番号： 025-594-3312 |
| ホームページアドレス | http://www.kubiki-sjk.or.jp/publics/index/53/ |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 平成26年4月1日 | |
| 経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人くびき社会事業協会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 24名 非常勤職員 8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 4名 介護支援専門員 1名 |
| | 介護職員 12名 医師 1名(非常勤・嘱託医) |
| | 管理栄養士 1名 |
| 施設・設備の概要 | (居室数) (設備等) |
| ○個室×20室 | ○ホール(食堂) 各ユニットに1カ所 ○浴室×3カ所 特殊浴槽×1カ所 個浴×2カ所 ○消火設備あり |

③ 理念・基本方針

入居者の意志や人格を尊重し、これまでの暮らしが継続できるように支援する

④ 施設・事業所の特徴的な取組

川の流れとふるさとの田園が望める立地の施設です。
平屋建ての建物にはゆとりのある20室の個室を用意しています。豊かな空間を擁したデイルームでお仲間と交流いただきながらおくつろぎいただけます。
10人単位のユニットが2つ。固定配置の職員がなじみの関係を創らせていただきながら介護に取り組んでいます。入居者の意思、人格を尊重し、お一人おひとりのケアプランに基づき、各ユニットにおいて相互に社会関係を築いていただきながら自

律した日常生活を営めるよう支援しています。
 利用者と地域のつながりとして、外食ツアー、地域めぐり、地域行事への参加をおこなっています。
 医療機関との連携を迅速かつ的確な対応を取れるようつとめています。
 食事に関しては、地元の山間地の新鮮な野菜なども利用しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 平成28年6月23日（契約日）～ 平成29年2月20日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | ※今回受審が初回受審 0回（平成 年度） |

⑥ 総評

◆ 特に評価の高い点

① 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。

② 地域との積極的な関わりと施設機能の地域還元への取り組み

事業計画の中で「地域との交流」が計画されており、保育園や小学校の運動会や文化祭に見学に出かけたり、施設の祭りに地域の方に来て頂いたり、地域のボランティアにも来て頂くなど、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していくことに期待します。

◆ 改善を求められる点

① 中・長期計画の整備に向けて

事業所では事業計画は単年度で策定しているが、中・長期計画は明確に策定されていないのが現状です。実施する福祉サービスの更なる充実や解決に向けた課題の明確化、地域福祉ニーズに基づいた福祉サービスへの取組をも含めた目標を明確にし、その目標を実現するために必要な組織体制、職員体制、人材育成等に関する具体的で長期的視野に基づいた計画策定が望まれます。地域の高齢者へのサービス課題や方向性の明示等を確実なものにして行くためにも今後は法人全体と事業所ごとの中・長期計画策定が望まれます。

② 施設内ルールの構築と周知

事業所では、ご利用者に対するサービス提供をしっかりと行う為、排せつチェックシートでの排泄状況の確認や、多職種でのケアカンファレンス等が行われていますが、チェックシートの記入方法が統一されていなかったり、チェック表の確認がされていない箇所があったりするものが現状です。今後は、施設内でのルールを検討する機会を設け、職員への周知・徹底が望まれます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H29. 2. 20)

第三者評価の受審は法人として、また施設としても初めてのことでした。

この機会に自らの取り組みを見つめ直し、明日につなげたいとの思いをもった受審でもありましたので、この評価結果を真摯に受け止めて、近年の取り組みの調査・整理と共に現状実態を確認し、先々を俯瞰して目指すものを定めて、そのことの達成に向けて計画的に進めて質の向上につなげていきたいと思えます。

最後に、今回受審にご協力いただいた、ご利用者（ご家族）様と評価に当たられた評価員の方々にお礼を申し上げます。

⑧ 評価細目の第三者評価結果（別添：公表様式2のとおり）

評価細目の第三者評価結果

【 高齢者施設（事業所）版 】

サテライト型特別養護老人ホームほくら園ユニット
(介護老人福祉施設)

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

| I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立されている。 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| I-1-1(1)-① 法人や施設(事業所)の理念が明文化されている。 | a | 「福祉サービスと医療の提供で地域の生活を支えます」を法人の理念として掲げ、ホームページや事業計画の中にわかりやすく明文化されています。ご利用者の「暮らし」を支え、「その人らしく」を尊重したケアに取り組む姿勢が読み取れます。 |
| I-1-1(1)-② 法人や施設(事業所)の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a | 法人理念に基づき、施設の運営方針として「入居者の意志や人格を尊重し、これまでの暮らしが継続できるよう支援する」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。 |
| I-1-1 (2) 理念や基本方針が周知されている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| I-1-1(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | a | 毎年1回4月に、全職員を対象とした説明がなされ、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でも実行できているか確認する機会を設けています。 |
| I-1-1(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | b | 契約時にはパンフレットを使用し、ご家族へ説明しています。また、年に2回の家族会の際に説明の機会を設けるなど、ご家族へも周知しています。今後は、施設内に理念や基本方針をわかりやすく掲示し、さらに周知を図る取り組みに期待します。 |

I-2 事業計画の策定

| I-2-1 (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 |
| I-2-1(1)-① 中・長期計画が策定されている。 | c | 現状として施設単位での中・長期計画は策定されておりません。今後は収支も含んだ中・長期計画を策定し、ユニット会議等で現状を分析し、課題を明らかにする仕組みが構築され、定期的に見直されることを期待します。 |
| I-2-1(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | c | 事業計画は策定されていますが、中・長期計画に基づいたものとはなっていません。今後は収支も含んだ中・長期計画を策定し、ユニット会議等で現状を分析し、課題を明らかにする仕組みが構築され、具体的な事業計画に繋がれることを期待します。 |
| I-2-1 (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 |
| I-2-1(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。 | a | 事業計画が策定され、毎月のユニット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。 |
| I-2-1(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | a | 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、毎月のユニット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。 |
| I-2-1(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | a | 事業計画はわかりやすく作成されており、ご家族に対しては年に2回の家族会の際に説明の機会を設けるなど、ご家族へも周知しています。 |

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

| I-3-(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 |
| I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | c | 現在、施設長・役職者の役割について明文化されていないためC評価とします。施設長・役職者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を期待します。 |
| I-3-(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。 | b | 新潟県社会福祉協議会で開催する研修に計画的に参加し、参加者よりユニット会議にて周知を図る取り組みが行われています。今後は多様化する不測の事態に備えた、各種法令等の資料を作成する等、いつでも閲覧・活用が可能となる取り組みがなされることを期待します。 |
| I-3-(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 |
| I-3-(2)-① 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。 | a | 毎月行われるユニット会議において職員の意見を聞き取り、改善する仕組みが構築されています。2ヶ月に1度の運営推進会議や年に2回の家族会の際にご家族からの要望を確認し、対応されています。 |
| I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | b | ユニット会議で現状を分析し、課題を検討しています。今回の第三者評価受審をスタートに、職員参画での現状分析による日常的な課題分析検討がなされ、より働きやすい職場作りを目指していく取り組みに期待します。 |

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

| II-1-(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 |
| II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | a | 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。地域ケア会議にも参加し、関係機関との連携を密に行い、把握されたデータや情報を基に事業計画が立案されています。 |
| II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | a | 毎月のユニット会議の中で、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。 |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 | c | 法人内部で内部監査が実施され、適正に運用されていますが、現在外部監査は行われていないためC評価とします。 |

II-2 人材の確保・養成

| II-2-(1) 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 |
| II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | b | 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。今後は、必要な人材や人員体制について適正であるか、現状把握も含めて検討・見直しを行い、具体的な計画に反映していくことを期待します。 |
| II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | c | 現在人事考課は行われていないためC評価とします。個別の目標設定も行うと共に、人事考課のフィードバックも行き、さらなる質の向上に向けて取り組まれることを期待します。 |
| II-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 |
| II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | b | 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、ユニット会議で検討し改善に向けて取り組んでいます。今後は人事異動等の職員への意向調査も行い、対応されることを期待します。 |
| II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | b | 法人内で互助会があり、納涼会や職員旅行などの活動を通して、職員間の交流、親睦が図られています。今後は、定期的に個別面談や意向調査の機会を設け、相談しやすい体制が整えられることを期待します。 |

| II-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 |
| II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | b | 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、参加を促す取り組みを行っています。今後は、どのような計画で人材育成・人事管理を実施していくのか、方針を決定し計画的且つ効果的に運用されていくことを期待します。 |
| II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | b | 外部研修参加計画が策定され、研修受講者は伝達講習及びレポート提出で情報共有を実施しています。今後は、内部での階層別研修を設定し、幅広い知識と技術の習得に努められることを期待します。 |
| II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | b | 外部研修に参加した職員については、報告書を作成し、ユニット会議で発表する機会を設けています。今後は、個々の職員の希望や研修成果、到達目標などについて評価、分析を行い、研修計画に反映させていくことに期待します。 |
| II-2-(4) 実習生の受入れと育成が適切に行われている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a | 受け入れ窓口の設置や実習指導者研修修了者の配置など、受け入れ体制が整備されています。マニュアルは、実習生の受け入れに関する意義・方針から実習内容プログラムの実践まで整備され、わかりやすいものになっています。 |

II-3 利用者の安全・安心の確保

| II-3-(1) 利用者の安全・安心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 |
| II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全・安心を確保するための体制が整備されている。 | 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。月に1回リスクマネジメント委員会が開催され、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。 |
| II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全・安心の確保のための取組を行っている。 | b | 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。今後は最悪の事態を想定し、非常食のチェックルールの構築、地域との協定を文書で交わしておくなど、よりきめ細かい対策を整備することを期待します。 |
| II-3-(1)-③ 利用者の安全・安心を確保するためにリスクを把握し対策を実行している。 | a | 月に1度のリスクマネジメント委員会の中で、事故及びヒヤリハット事例の分析・改善策の検討を行っています。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。 |
| II-3-(1)-④ 緊急時(事故、感染症の発生時など)に、迅速な対応ができる仕組みがある。 | a | 事故発生時における対応マニュアルが整備され、職員が迅速な対応が取れるよう周知しています。 |

II-4 地域との交流と連携

| II-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 |
| II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | a | 事業計画の中に、地域とのかかわりが明文化され、施設のお祭りには地域の方にも参加して頂いています。地域の敬老会に参加したり、保育園や小学校の運動会にも見学に出かける等、地域との交流に努めています。 |
| II-4-(1)-② 施設(事業所)が有する機能を地域に還元している。 | a | 地域住民との関わりを深め施設の活動への理解を高めるため、施設のお祭りには地域の方にも参加して頂いています。また、中学校の職場体験も受け入れるなど多様な支援活動を行なっています。 |
| II-4-(1)-③ ボランティア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 | ボランティア受け入れマニュアルがあり、ボランティアに必要な説明を行ない、定期的に地域のボランティアの方に来て頂いています。 |

| Ⅱ-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 |
| Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。 | a | 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。 |
| Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | 2ヶ月に1回、運営推進会議が開かれ、地域の状況の把握や情報の収集・共有化を図っています。また、定期的なサービス担当者会議や地域ケア会議に参加し、課題について解決を図る仕組みが構築されています。 |
| Ⅱ-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 |
| Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。 | 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、老人会代表も含まれており、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。 |
| Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | c | 運営推進会議等で把握された意見について集約し、今後は地域に向けた研修会を開催したり、広報誌を回覧し情報提供を行うなどし、地域に向けた活動も行われることを期待します。 |

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

| Ⅲ-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 |
| Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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 | 事業計画において「入居者の意志や人格を尊重し、これまでの暮らしが継続できるよう支援する」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。 |
| Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。 | a | 各種マニュアルにプライバシー保護の視点が明記されています。契約時には、個人情報の使用同意書も頂いています。 |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、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。面会時等の声掛けや広報誌の送付・個別のお便り、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。今後は定期的な満足度調査の実施する等、より一層の関係性の構築や満足度の向上に向けた取り組みが期待されます。 |
| Ⅲ-1-(3) 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 |
| Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | 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。 |
| Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | a | 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。 |
| Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | a | 対応マニュアルが整備されご利用者、ご家族等から寄せられた意見や要望は、即時対応を行っています。 |

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

| Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| Ⅲ－２－（１）－① 福祉サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。 | c | 現在、福祉サービス内容の評価を定期的に行われていないためC評価とします。今後は、第三者評価の結果も含め、評価結果の分析、検討が図られるとともにPDCAサイクルを継続して実施し、恒常的に評価を行う体制が構築されることを期待します。 |
| Ⅲ－２－（１）－② 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、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | c | |
| Ⅲ－２－（２） 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 |
| Ⅲ－２－（２）－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 | 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。 |
| Ⅲ－２－（２）－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。 | b | 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。今後は、より実態に即したマニュアルの充実化を図り、研修等を通じて全職員への更なる周知徹底、確認できるシステム作りを期待します。 |
| Ⅲ－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 |
| 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、ユニット会議の中で全職員に説明されています。 |
| 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 | 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、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。 |
| Ⅲ－２－（３）－③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | a | 「アセスメントシート」・「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。 |

Ⅲ－３ 福祉サービスの開始・継続

| Ⅲ－３－（１） 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| Ⅲ－３－（１）－① 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提供している。 | a | 法人全体でホームページを作成し、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。 |
| Ⅲ－３－（１）－② 福祉サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。 | 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。 |
| Ⅲ－３－（２） 福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| Ⅲ－３－（２）－① 施設（事業所）の変更や家庭への移行など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 | 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。今後は、引き継ぎ文章の整備等の体制整備を行い、より一層、地域、家庭への移行を視野に入れた対応とスムーズな引き継ぎが行えることを期待します。 |

Ⅲ-4 福祉サービス実施計画の策定

| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | |
|---|------|---|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | a | 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。 |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対する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 |
| Ⅲ-4-(2)-① 福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | 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。介護記録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。 |
| Ⅲ-4-(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。 | a | 所定のモニタリングの様式を使って3ヶ月に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。 |

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

| A-1-(1) 支援の基本 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-1-(1)-① 【訪問介護以外の場合】 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 | 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。日々の生活の中でも、楽しい時間を過ごしてもらえるよう、個別の外出支援・外食支援・地域行事への参加など多彩なメニューを用意しています。 |
| A-1-(1)-① 【訪問介護の場合】 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。 | 対象外 | 特別養護老人ホームは対象外項目 |
| A-1-(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 | 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指導も行っています。 |
| A-1-(2) 利用者の権利擁護 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-1-(2)-① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。 | b | 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等には職員間で注意する体制ができています。今後は、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われることを期待します。 |
| A-1-(2)-② 身体的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「介護記録」等に状況・状態を記録しています。 |
| A-1-(2)-③ 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状况を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。 | 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。認知症に関して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。 |
| A-1-(2)-④ 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 | 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、季節に合わせた飾り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-1-(2)-⑤ 成年後見制度や日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)の利用情報の提供など支援を行っている。 | a | 研修等で制度に関する情報を収集しています。入所契約時には必要に応じてご家族に説明するとともに、地域包括支援センター等、関連機関との連携も取れています。 |

| A-1-(3) 福祉サービス実施計画の実践 | | |
|--|-------|---|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-1-(3)-① 福祉サービス実施計画に基づいて、自立生活が営めるよう支援している。 | a | ご利用者の誕生日の際には、ご利用者の要望に合わせて買い物や外食へ出かけるなど、入所から退所までご利用者一人ひとりがその人らしい生活が送れるよう支援されています。身体状況、行動の変化を記録、確認しながら自立生活向上の支援がなされるよう他職種協働で取り組んでいます。 |
| A-1-(4) 預かり金・所持金の管理 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-1-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | 評価対象外 | 預かり金は取り扱っていないため、評価対象外とする。 |

A-2 日常生活支援

| A-2-(1) 食事 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(1)-① 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況(咀嚼能力等)及び嗜好を考慮し、適切に行っている。 | 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提供されています。定期的に季節食を設けたり、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-2-(1)-② 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。 | a | 喫食環境についてはご利用者の声を聞きユニット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しています。 |
| A-2-(1)-③ 自力で食事を摂取するための支援・配慮や、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-2-(2) 入浴 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(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 | 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。 |
| A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | a | ご利用者の希望を尊重して対応し、曜日や時間の変更等、職員間で連携し柔軟に対応しています。 |
| A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。 | a | 職員により定期的な清掃や消毒が実施されています。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。 |
| A-2-(3) 排泄 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(3)-① 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて快適に行っている。 | 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。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。 |
| A-2-(3)-② 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取組を行っている。 | a | 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-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。 | 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。 |

| A-2-(4) 衣服 | | |
|---|------|---|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択や着替えについて支援している。 | a | 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。購入希望がある場合は職員が代わりに購入することもあります。 |
| A-2-(5) 理容・美容 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。 | a | 地域の理髪店が来所し、可能な限りご利用者の意思が尊重されるよう取り組まれています。職員は日常的な関わりの中で、化粧や外出支援時の身だしなみの介助等の支援を行っています。 |
| A-2-(6) 睡眠 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。 | a | 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、寝具は個人のものであり、必要時にご家族が持参しています。ご利用者が眠れない場合は共有スペースで休んでもらうなどの対応もされています。 |
| A-2-(7) 健康管理 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(7)-① 日常の健康管理が適切に行われている。 | 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。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-2-(7)-② 必要な時には、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。 | a | 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、嘱託医の回診により適切な医療が受けられるシステムがあります。 |
| A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | a | 誤薬が起きることがないように、ダブルチェックを行い、仮に服薬等のミスがあった場合は、速やかにリスクマネジメント委員会で検討されています。 |
| A-2-(7)-④ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。 | 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-2-(7)-⑤ 医療機関の入退院時の対応が適切に行われている。 | a | 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。 |
| A-2-(8) 衛生管理 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(8)-① 感染症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等が整備されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。 | a | 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。感染症のピーク時には、面会者にも検温を実施して点検票にチェックしています。 |
| A-2-(8)-② 厨房や調理器具等の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。 | a | 消毒や殺菌に関するマニュアルが整備され、衛生管理が適切に行われています。厨房内の清掃や調理器具・食器類の消毒・殺菌は毎日行われ記録されています。 |
| A-2-(9) 機能回復訓練 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(9)-① 機能回復訓練や介護予防活動は、個々の利用者の心身の状況に合わせた個別プログラムを策定し、実施している。 | 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-2-(10) 移乗・移動介護 | | |
|---|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(10)-① 移乗・移動介護を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | 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-2-(11) レクリエーション・余暇 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(11)-① レクリエーションや行事の実施については、利用者の意向を聞き、十分に反映した取組を行っている。 | a | ご利用者の希望を聞きながら季節の行事や、個別外出、地域の行事に参加できるようにしています。 |
| A-2-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。 | a | 新聞・雑誌は持ち込みができ、共有スペースにもさまざまな種類のものが準備されています。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。 |
| A-2-(11)-③ 嗜好品については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の日常生活の継続性が保たれるように配慮している。 | a | 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。 |
| A-2-(12) 送迎 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(12)-① 送迎車両の運行に関して、安全性・快適性に配慮している。 | a | 送迎車両は、運転職員が走行前点検を実施し、記録しています。送迎マニュアルが整備されており、送迎中のご利用者のシートベルト着用等が決められており、それに沿って運行されています。 |
| A-2-(12)-② 送迎車両への乗降時及び車両内での安全に配慮している。 | a | ご利用者の心身状況に合わせて、乗降時の介助への配慮が行われています。また、マニュアルに沿って車椅子等の固定部の安全が確認されています。 |
| A-2-(12)-③ 送迎時の交通事故や急病の発生など、緊急時の対応マニュアルが整備されており、適切に対応が行われている。 | a | 送迎時の事故発生時、急病時、緊急時の対応マニュアルは整備されています。 |
| A-2-(12)-④ 送迎時に家族等との情報交換をしている。 | 対象外 | 特別養護老人ホームは対象外項目 |
| A-2-(13) 建物・設備 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-2-(13)-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 | 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机を配置する等、落ち着いた雰囲気づくりに配慮がなされています。 |

A-3 家族との交流・連携

| A-3-(1) 家族との交流・連携確保 | | |
|--|------|--|
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-3-(1)-① 利用者の家族との交流・連携を適切に行っている。 | a | 年に2回の家族会の際や、定期的に行われるサービス担当者会議にご家族と面談し、ご利用者の健康状態や生活状況等の話し合いを行うことで情報の共有ができています。広報誌、お手紙等の送付、ほくら園祭りのご家族参加など、様々な工夫に努め、ご利用者の家族との交流・連携を大切に取り組んでいます。 |
| A-3-(1)-② 外出・外泊は利用者や家族の希望に応じて行われている。 | a | 外出・外泊はご利用者やご家族の希望に応じて行われ、送迎等の対応も臨機応変に行われています。利用者主体でルール等は設けられておらず、随時の申し出や相談によって実施され、制限を設けず希望を尊重しています。 |
| A-3-(2) ターミナルケア（終末期の介護） | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-3-(2)-① ターミナルケアの対応の手順を確立しており、利用者、家族の希望に応じて行っている。又はターミナルケアを検討している。 | a | 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。 |
| A-3-(3) サービス提供体制 | | |
| 評価細目 | 評価結果 | コメント |
| A-3-(3)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。 | 対象外 | 特別養護老人ホームは対象外項目 |