

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

第三者評価機関名

有限会社 ゆとろぎ

事業者情報

名称：指定介護老人福祉施設芦別慈恵園	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：川邊 弘美	定員(利用人数)： 90 名
所在地：〒075-0036 芦別市旭町2番地	0124-22-2566

事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>○地域のリーダーとして 芦別地域近郊の高齢化率が高まる中で、常に地域のニーズを把握し、サテライト型居住施設や認知症通所介護の開設、高齢者配食事業など、施設の機能を在宅高齢者に還元するサービスを展開し地域の福祉ニーズに貢献されています。更に他の関係機関と芦別介護サービスネットワークを立ち上げ、地域の抱える共通課題を問題提起するなど、地域全体の介護改善、福祉推進に取り組む姿勢は地域のリーダー的存在である。</p> <p>○食へのこだわり 法人の介護理念でもある「最期の時まで口から食べる」をもとに、食を大切にす様々な取り組みが実施されている。配食サービスでは、栄養バランスに配慮した温かい食事の提供で、高齢者の在宅生活の支援を行い、施設内の食事についても、やわらか食やテリーヌ食など普通食と変わらない見た目と舌触りに配慮した調理の工夫もされている。更に施設の専門技術を活かし、市民を対象に料理と介護講座を毎年開催し、専門技術を地域に還元されており、平成5年優良集団施設として厚生大臣より表彰を受ける等、食に関する取り組みは評価が高いといえる。</p> <p>○生活感のある暮らし・学習療法 平成15年からユニットケア・グループケアを実施され、法人の介護理念「ひとり一人の生活や暮らしを大切にする」を実現するために努力をされており、定期的なユニットクッキングを通じて嗜好の把握、利用者と一緒に調理や配膳をするなど、より家庭に近い形で生活ができるよう取り組みを行っている。又、平成18年から認知症の予防・改善のために「学習療法」を導入、地域のモデルとして、学習療法の見学施設にもなっている。</p> <p>改善を求められる点</p> <p>○施設運営・サービスの質の向上 管理層は、より良い組織作りのため多様な取り組みを推進し、行政、地域の介護施設、包括支援センター等からの情報を積極的に収集し、福祉の動向や地域のニーズの把握に努め、地域に根ざしたサービスの質の向上に真摯に取り組んでいます。今回の評価で管理層と職員、職員間での運営・サービス内容・就業状況など改善への取り組みに対しての意識レベルに差が感じられます。今後は、管理層と職員の双方向の関係性を構築することにより、より風通しの良い施設運営に期待したい。</p> <p>○ホームページ 法人のホームページは、利用者の生活や職員のこと、法人や施設の取り組みなど内容が豊富であり、わかりやすく作られています。しかしながら、行事などに年度の記載がないものもあり、一部で更新されておられますが、最新の情報が少なく感じます。既に今後の対応が検討されていると言う事ですので、早期対応が望まれる。</p>

第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>法人や管理者の取り組みについては、職員・家族・利用者共にある程度の理解がされている。しかし、法人が取り組みや方向性を明確に打ちだしても、十分に浸透していないため、職員一人ひとりの意識の違いや価値観に基づいた判断をしていることもあり、法人全体としての取り組みを職員が理解していかなければならないことが分かった。職員アンケートからは、どの職員も法人の基本理念・基本方針、それに基づき立案された事業計画の存在については、組織的に計画されている事を知っていることが読み取れる。「管理者」については、事業所・部署の職員によってとらえ方が異なり、職員一人ひとりが「管理者」とは誰のことを指して回答しているのかは不明である。このことから管理層と現場職員との一体感を作る必要がある。その為には、取り組んでいることの情報公開を第一に、各部署のリーダー職員が、組織の方向性を明確に理解し、実践していくことである。それが現場職員に自然に伝わることになる。基本理念の実践は自分達職員であることを職員一人ひとりが自覚し、一部の人間が行う事と考えずに、自分自身が組織の中でどのような役割を担っているかを考え、意識して情報をとり、実践する事が大切である。取り組みとしては、法人内情報共有システムである、『おもいやりネットワーク』の活用を更に進める。</p>
--

評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

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

	第三者評価結果	コメント
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。		
- 1 - (1) - 理念が明文化されている。	a	「和顔愛語」の法人基本理念が、施設の入り口、各ユニットに掲示され、更にパンフレット、広報誌、ホームページ、事業所指針、事業計画に掲載される等により明文化されている。
- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針は、「経営理念」「介護理念」に明示され、事業計画書、パンフレット、広報誌、ホームページ、業務指針に掲載されており、職員の行動規範となる様、又利用者に十分に理解される具体的な内容である。
- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。		
- 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	理念や基本方針に基づいて、各年度の実践スローガンと研修テーマを全職員から募集し、決定したものを各ユニットに理念と併せて掲示し、共有化を図るとともに、各部署会議で唱和している。
- 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	各ユニットに掲示、資料やホームページに掲載、入所契約時、家族交流会で説明されている。しかしながら周知状況の確認が十分でなく、利用者等の年齢構成の面で周知への厳しい状態は理解出来るが、今後の取り組みに期待したい。

- 2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
- 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。	a	週間実績会議や経営会議で今後の方針や目標を決定し、経営や地域の福祉ニーズに基づいた中長期計画が策定されている。
- 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	中長期計画を踏まえた事業計画が策定されており、実施状況や評価について、毎月の実績会議と経営会議で検討し実務に反映している。
- 2 - (2) 計画が適切に策定されている。		
- 2 - (2) - 計画の策定が組織的に行われている。	a	各部署ごとに計画の評価と目標を設定し、トータルケア会議にて集約し、全体で内容を検討し策定されている。
- 2 - (2) - 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	職員には会議等で説明されており、利用者に関しては広報誌、ホームページ、家族交流会等にて説明しているが、実際の周知度は低く今後のさらなる対応が望まれる。

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
- 3 - (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。	a	管理者自ら率先して職員会議等に参加し説明、指導を行い、理事会や評議委員会で管理者としての資質、信頼性を検証している。
- 3 - (1) - 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	研修・セミナーなどに多数参加し、法令等については理解されており、更に外部講師による研修を施設内で実施し、職員と共に管理者も研修に参加している。
- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
- 3 - (2) - 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者として「最後まで自宅で暮らしたい」との地域住民の声を聞き、常に新しい取り組みを模索し、今後の事業の資質の維持・向上と継続性に指導力を発揮している。
- 3 - (2) - 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	各事業所と、週間実績会議で収入面、事業内容、圃の方向性等を経営、現場実務両面から検討し月一回幹部会議を開催し、活発な意見交換を行える環境に努めている。

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
- 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	空知管内の共通ネットワークを目的とした個別ケア部会に参加し、他施設の情報収集したり、内部・外部研修により経営環境や状況を把握している。行政、他の介護関係機関と芦別介護サービスネットワークを立ち上げ、市内の介護状況や経営環境の把握に努めている。
- 1 - (1) - 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	定期的に会議を開催し、経営状況の把握や新たな課題に対する取り組み状況と方法の検討を行い、待機者情報、ショートステイの課題分析、入院者を出さない取り組み、ターミナルケア、栄養マネジメント、稼働実績表等のデータを元に課題を明確にし、改善に取り組んでいる。
- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	a	経営コンサルタントが毎月経営会議に参加し、指導のもと経営状況の分析を行い、経営改善を行っている。

- 2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。		
- 2 - (1) - 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	人材確保および育成の観点から、職員の資格取得のための助成、臨時職員の正職員への登用、適正な職員数の確保のため早期の学校訪問、障害者雇用も行なっている。中長期計画に具体的な人材、資格者等についてのプランが明確に示されている。
- 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	エゴグラムを活用し、面接、自己評価、主任評価を基に定期的な人事考課を実施されています。しかしその結果を職員にフィードバックする仕組みが明確に示されていない部分があり、今後客観性、透明性の確保が図られる事を期待される。
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
- 2 - (2) - 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	新入社員は相手を選んで交換ノートを行う仕組みがあり、他の職員も管理者との面接を随時行って、有給休暇の消化率等、意向を把握しているが、就業状況等の改善が行われていない面があります。現在改善に向けた取り組みが行われており今後期待される。
- 2 - (2) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターに加入、職員旅行、親睦会への助成、親睦同好会活動など幅広く、積極的に取り組んでいる。
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	事業計画に職員の基本姿勢が示されるとともに、職員の意向を募り毎年の研修スローガンを決定することで、意識啓発を図っている。
- 2 - (3) - 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り組みが行われている。	a	研修計画が策定され、計画に基づいた教育・研修が実施されている。
- 2 - (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。	a	外部研修後は復命書を作成、内部研修ではレポートを提出し、全体研修で発表する機会があり、評価につなげている。正職員・パート共に研修テーマの意向を取り入れ、研修内容を決定する取り組みもある。
- 2 - (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
- 2 - (4) - 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	マニュアルが整備され、基本姿勢が明示されている。実習指導者に対する研修も行なわれている。
- 2 - (4) - 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	施設側からの実践実習プログラムを用意し、実習中の中間評価や教師と綿密な連携を図る等、成果の上昇の取り組みが積極的に行なわれている。

- 3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
- 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
- 3 - (1) - 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	各マニュアルの整備はもとより、より具体的な緊急時の連絡体制の見直しが必要に応じ随時行なわれている。施設内に止まらず感染・災害・食中毒発生時、近隣の3施設との食料の連携を図るための具体的なマニュアルが作成されている。
- 3 - (1) - 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	リスクマネジメントマニュアルに基づき、リスク会議を開催し、事故原因の把握や予防、事例検討やシミュレーションを行なっている。

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
- 4 - (1) - 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	ボランティアとの関わりについて、事業計画に文書化している。施設の季節の行事は地域交流の場として地域住民が来園したり、老人クラブの来訪、ボランティアの積極的な受け入れなど、地域との関わりが日常的になされている。
- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	在宅ケアのための料理と介護講座、出前ミニ介護講座の実施、老人大学や講演会への講師派遣などを実施している。地域ニーズに基づいた要介護者への配食サービスの実施など多様な支援活動を積極的に行っている。
- 4 - (1) - ボランティア受け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	ボランティアマニュアルに基づき、多数のボランティアの受け入れを行っており、基本姿勢が明示され、受け入れ体制が整備されている。年度まとめとしてボランティア交流会を開催し、年間の評価をして次年度に反映させている。
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
- 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。	b	芦別介護サービスネットワークを立ち上げ、市内の介護状況を把握、今後への展望・取り組みを検討している。地域の社会資源表をファイルし各ユニットに掲示し一般の閲覧もできるようにしているが、職員間での共有化が不十分であり、今後の対応に期待する。
- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	芦別介護サービスネットワークの会議は年三回開催し、地域の共通の問題を協議するなど、介護関係団体との連携を図り、市内の介護環境の発展に取り組んでいる。
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。	a	芦別介護サービスネットワークや配食サービス、町内会への参加を通して、「最期まで家で暮らしたい」という住民の具体的なニーズを把握し、取り組みを検討し実践している。
- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	配食サービスの実施により住民の在宅での暮らしを支援、サテライト居住施設の展開、昨年はもみじの家デイサービスが認知症通所介護となるなど、地域リーダーとして福祉事業に率先して取り組んでいる。

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

	第三者評価結果	コメント
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
- 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り組みを行っている。	a	理念や基本方針に利用者尊重の姿勢が明示され、介護マニュアルにも反映されている。福祉施設倫理綱領について外部講師を招き研修会を開催、部署会議で唱和し周知徹底されている。身体拘束廃止、虐待防止に付いても、法人として委員会を設置し取り組んでいる。
- 1 - (1) - 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	業務指針、倫理綱領に基づきプライバシー保護マニュアルを策定し、各部審会議等で検討され、実務において利用者のプライバシーに配慮したサービスが実施されている。
- 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。		
- 1 - (2) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	理念や事業計画に利用者の満足向上を目指す姿勢が明示されている。年一回家族へのアンケートが実施され、検討がなされている。利用者第三者委員のお茶会形式のなごみ茶話会と家族交流会が、各ユニットごと定期的に開催され、ニーズの把握がなされている。
- 1 - (2) - 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	施設としてアンケート結果を分析し、介護マネージャー会議やユニット会議で改善点を検討し、問題の解決に取り組み、広報誌やホームページにも掲載している。食事については嗜好調査を実施し、調理員が各ユニットで月20回のユニットクッキングを行ない利用者の意見を直接聴取し、献立に反映している。
- 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。		
- 1 - (3) - 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	苦情相談受付体制が整備され、利用者が第三者委員との相談も出来る等の仕組みがある。スタッフの顔写真を掲載した組織図を掲示し、相手の選択もでき、相談場所のプライバシーにも配慮がなされている。
- 1 - (3) - 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	相談受付箱を設置し、苦情担当者や解決責任者を任命し、苦情解決の仕組みは整備されています。年度末には苦情相談の報告会を開催しており、実際の対応記録も整備されておりますが、ご家族アンケートにおいて周知が不十分との結果もあり、今後の対応に期待する。
- 1 - (3) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	相談・苦情マニュアルに基づき、利用者等の相談に迅速に対応しているが、提案・意見等に配慮した対応が十分とは言えず、今後の検討が期待される。

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
- 2 - (1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
- 2 - (1) - 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。	a	定期的に業務や事業所のサービス内容について自己評価を行い、結果を分析、検討を行なっている。今年度から第三者評価を導入し、今後定期的に受審を行う方針に更なる期待が出来る。
- 2 - (1) - 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b	取り組むべき課題は会議録に記して明確化しているが、現場と上層部との間で認識に差がみられ、職員間の課題共有化が十分とは言えない。今後の検討が期待される。
- 2 - (1) - 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	明らかになった課題に対して、改善策、改善計画を検討、現場に周知し実行に移している。
- 2 - (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
- 2 - (2) - 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	法人の介護マニュアルが作成されており、利用者尊重の姿勢が明示されている。個々の利用者の介護上の留意点や介護方法が網羅された24時間シートを導入し、個別ケアの実施に取り組んでいる。
- 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。	a	法人マニュアルは見直し・検討がなされており、個別対応表として活用されている24時間シートも、利用者の状態に変化があった時点で随時見直しを行なっている。
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
- 2 - (3) - 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	個々のケース記録、経過記録等はパソコンに入力されています。利用者等に開示しているケース記録は、家族にもわかる言葉で記録するように取り組んでおりますが、実際にはまだばらつきがあり、今後の対応が期待される。
- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	個人情報保護と情報開示に関する規程が整備され、研修実施もなされている。各ユニットの日誌は、管理者一覧表にて管理され、パソコンシステムでも個人情報に関しては、パスワード管理を行ない、閲覧制限を設けている。
- 2 - (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	パソコンネットワークシステムにより、施設内の各部署にて情報の共有、閲覧ができる体制となっている。介護・看護記録、ケアマネ記録等情報の分別がなされ、わかりやすく的確に共有される仕組みとなっている。

- 3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
- 3 - (1) - 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページには施設と法人の案内が掲載され、施設のパンフレットは市内の包括支援センターなどに常備している。施設見学はいつでも対応できるようになっている。
- 3 - (1) - 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	重要事項説明書等に従い、利用者、家族にわかりやすく説明を行い同意を得ている。
- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
- 3 - (2) - 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	事例は少ないが、家庭への移行にあたり居宅介護支援事業所につなげる仕組みや、リハビリの継続性に配慮が必要な利用者への援助などの体制は構築されており、在宅生活への対応等を行なっている。

- 4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている。		
- 4 - (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	マニュアルに従い、様式は3団体方式を使用し、センター方式の24時間シートも活用して、アセスメントを実施している。
- 4 - (1) - 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	24時間シートを導入し、22年度には全てのフロアでの浸透を目指している。アセスメント表や課題分析表により、利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示され、サービス計画にも記載されている。
J		
- 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。	a	計画作成担当者を任命し、ケアワーカー、看護師、ケアマネジャーなど多職種にてカンファレンスを開催し、計画を作成している。
- 4 - (2) - 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	定期的にモニタリングを行い、再アセスメントやリスクマネジメントなどの課題を把握し、必要に応じてケアプランの見直しを行っている。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A - 1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1 - (1) 利用者の尊重		
A - 1 - (1) - 施設サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。	a	契約書の内容は適切であり、契約時には利用者と家族に対し十分な説明がなされている。
A - 1 - (1) - 施設サービス利用契約に当たり、適格な契約者による契約が締結されている。	b	契約は、利用者と家族に説明の上、契約者と家族代表者の連名で同意を得る三者契約の形態である。
A - 1 - (1) - 施設サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。	a	利用契約内容の変更が生じた時や、ケアプランを変更する場合は、利用者、家族に遅滞なく十分な説明を行い、遠方の家族に対しては説明資料を送付し、理解を得た上で同意を得ている。
A - 1 - (1) - 施設サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに十分配慮されている。	a	施設の広報誌やパンフレット、ホームページは、わかりやすく掲載されており、ホームページは内容が豊富で多様な情報が取れます。しかし、行事などに年度の記載のないものが多く、随時更新など今後の取り組みに期待します。
1 - (2) 利用者の主体性の尊重		
A - 1 - (2) - 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	テレビや新聞など個別に自由に楽しめるように配慮され、希望者は個人契約、購読する事ができる。利用者本人の希望を尊重している。
A - 1 - (2) - 食料品や嗜好品、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入できるように配慮している。	a	移動売店は、週一回定期的に来所し各フロアを回っており利用者は自由に利用できる。衣料品は希望があれば訪問販売を依頼して来てもらっている。その他、利用者の買い物依頼等があれば事務職員が週一回取りまとめて、買い物の代行をしている。
A - 1 - (2) - 余暇活動や施設が企画する行事やサークルなどへの参加については、利用者の意向を十分に尊重している。	a	サークルや行事などの参加は、事前に確認を行い利用者の意向を尊重している。施設予算から各ユニットごと人数分一年間の教養娯楽費が配布され、誕生会や個人レク等、個別の意向に沿えるよう配慮されている。
A - 1 - (2) - 家族・知人などの外来者との面会については、時間帯の希望、面会場所の用意やプライバシーの尊重などに配慮している。	a	面会時間は定められているが、事前連絡等により時間外の面会希望にも対応可能である。多床室の利用者には、プライバシー保護の観点から面会できる小部屋や地域交流スペースを用意したり、各ユニットフロアの工夫など配慮されている。
A - 1 - (2) - 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて支援を行っている。	a	外出・外泊は、利用者等の希望により自由に行われている。希望に応じて、移送業者の手配や福祉用具の貸し出し等、必要に応じ支援されている。
A - 1 - (2) - 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	職員は施設内全面禁煙であるが、利用者は医師の意見のもと、利用者を個別に検討し希望に沿う体制である。喫煙コーナーが設置され、安全面にも考慮し、時間・方法等基本的な約束の上で楽しむ事が出来る。
A - 1 - (2) - 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	預かり金管理規程に基づき、適切に管理している。原則的に施設では管理しないが、利用者等の個別の事情により規定に基づき適切に管理をしている。

A - 2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
2 - (1) アセスメント・施設サービス計画		
A - 2 - (1) - 施設サービス計画作成のためのサービス担当者会議には利用者、家族、その他の関係の深い人が参加して行われている。	b	サービス担当者会議は、利用者、家族の参加を得て行なう仕組みであり、出席出来ない場合は意見が反映されるよう配慮しているが、全ての利用者、家族の参加は得られていない。今後、家族の環境等の諸事情を加味し、会議参加を促す為の取り組みが期待される。
A - 2 - (1) - 施設サービス計画の作成に関しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。	a	計画作成に必要な各部門の職員が参加、検討し作成されている。
A - 2 - (1) - 施設サービス計画には、自立支援や要介護状態の軽減または悪化を防止する視点が具体的に反映されている。	a	計画の評価、見直しを随時行い、利用者の自立支援、身体機能維持、向上に向け、作業療法士指導のもと、具体的に取り組みを行っている。
A - 2 - (1) - 施設サービス計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。	a	サービス計画の内容はパソコンシステムにて職員間で共有されており、目標と内容を常に意識した介護を行っている。利用者の状況変化時や入院等の際には目標の見直しを随時行っている。

<p>A - 2 - (1) - 施設サービス計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。</p>	<p>a</p>	<p>計画の内容は、利用者、家族等に十分説明の上で文書による同意を得ている。家族の来訪時に直接説明しており、変更の場合は電話で説明した上で文書を送付している。</p>
--	----------	---

2 - (2) 食事		
A - 2 - (2) - 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。	a	管理栄養士を配置して栄養ケアマネジメント体制が整っている。利用者ごとの栄養スクリーニングの実施、栄養ケア計画の作成、適切な栄養管理や定期的評価を行い、提供できる仕組みになっている。
A - 2 - (2) - 多職種と連携をとり、栄養ケア計画を作成・実施している。	a	管理栄養士と看護師が連携して、利用者個々の健康状態やリスクを把握し、定期的なアルブミン値の測定により、栄養状態を管理し計画を作成している。検査データや情報の共有もパソコンシステムにより迅速に行われている。
A - 2 - (2) - 栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っている。	a	医師の指示に基づく食事の提供や、状態の変化や検査数値を把握し、計画に基づいた食事提供をしている。低アルブミン、低栄養やその恐れのある利用者には、栄養補助食品の提供を行っている。
A - 2 - (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	グループごとに生活することにより、個人が尊重された生活感のある暮らしを目指し、利用者自ら食事の配膳をしたり、食器やランチョマットなどが使用されている。各ユニットが家庭的雰囲気になり、リビングスペースや施設のいたるところに植木があり、音楽を流す等環境に配慮されている。
A - 2 - (2) - 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。	a	味噌汁は各ユニットの台所で作っており、厨房で作るご飯やお粥、副食も温度を測定し適温で食べられるように、フロア配膳、食べる直前に盛り付けを行い、工夫されている。各ユニットに電子レンジも備え付けられている。
A - 2 - (2) - 食事は適時に提供がなされ、時間的配慮が十分なされている。	a	食事時間は、8時、12時、18時にそれぞれ提供されている。食事時間は個人のペースに合わせ摂食時間は十分確保している。
A - 2 - (2) - 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。	a	歯科医師が定期的に往診し、治療や義歯の調整が行われている。嚥下困難な利用者には看護師が飲み込みテストを実施し、自力摂取ができるよう利用者に向けた食事形態で提供されている。必要な利用者には、食事介助が行われている。
A - 2 - (2) - 利用者の身体の状況（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。	a	利用者の身体状況、健康状態を把握し、個々に合った食べやすい食事形態で提供されている。食事の種類は、常食・刻み食・極刻み食・ミキサー食など多数用意され、特別食は見た目にも配慮し、素材の形を残す工夫もされている。ユニットクッキング時に嗜好の聞き取りを行い、記録に残し常に検討している。
A - 2 - (2) - 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。	a	調理員は各ユニットで月20回ユニットクッキングを行い、一緒に調理をしたり、利用者の意向や感想を直接伺い、献立や調理に反映させている。ユニットクッキングの時は、通常メニューに一品多く利用者の好みの品がつくことになっている。
2 - (3) 入浴		
A - 2 - (3) - 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。	a	マニュアルに基づき、週2回を基本として入浴介助が行われている。個別の24時間シートにより、心身の状態、個人の希望（同姓介助、午前午後、夜間浴）に応じた入浴方法（個浴、車椅子浴、機械浴等）で対応している。褥創ケアなど必要な時は毎日入浴にも対応している。
A - 2 - (3) - 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。	a	入浴マニュアル、感染症防止マニュアルに従い、利用者個々の状態に応じて、適切な配慮が行われている。
A - 2 - (3) - 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。	a	マニュアルに従い清掃、洗浄と消毒が行われている。脱衣場のスペース、安全は十分に確保され、年2回水質検査を行っている。
2 - (4) 排泄		
A - 2 - (4) - 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。	a	トイレでの排泄時必ずドアを閉め、ベッドでの排泄介助も、仕切りの利用やカーテンは必ず閉める等利用者のプライバシーに配慮されている。臭いが出る物は袋に入れ、トートバッグを使用して個別に対応している。
A - 2 - (4) - 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに、十分配慮している。	a	おむつ交換は随時交換を基本的に行っており、利用者個々の排泄サイクルを把握、排泄記録、水分や食事をチェックし排泄ケアに活用、パソコンシステムで共有されている。ナースコールはPHSを携帯し、即時に対応している。
A - 2 - (4) - 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り組みを行っている。	a	排泄の自立に向けて、入居時に3日間排泄パターンを観察し、一人ひとりの排泄サイクルを把握、トイレへの時間誘導などを行っている。その結果、過去に10名ほど排泄の自立に結びつけた実績がある。
A - 2 - (4) - トイレは清潔で快適である。	a	トイレ掃除は委託業者により行われているが、更に介護職員が時間を決めてチェック表に記入している。排泄物は、個別にポリ袋にいれトイレのゴミ箱に処分されているが、臭いにも配慮されてトイレは清潔に保たれている。

2 - (5) 整容・清潔		
A - 2 - (5) - 寝具などリネン類の交換が適切に行われ、清潔に対して十分配慮されている。	a	リネン交換は定期的に週一回とし、シーツ等が汚れた場合、随時交換を行い快適な環境の提供に努めている。交換等の情報はパソコンシステムにて共有されている。
A - 2 - (5) - 利用者の身だしなみ等には日常的に配慮し、必要に応じて清潔保持のための支援を行っている。	b	身だしなみ（特に爪きり、男性の髭剃り）や清潔（起床時、モーニングケア時の下着の交換等）に関して支援を行っていますが、十分でない面もあり、今後の対応に期待する。
A - 2 - (5) - 利用者の身だしなみや服装について、生活の場面や季節感に十分配慮した支援を行っている。	a	月一回理容師が訪問する仕組みになっており、希望に応じて美容院への外出を支援している。利用者の好みの衣服等を購入する機会、個々の状態に合わせて行われており、生活の場面や季節感に十分配慮した支援がなされている。
A - 2 - (5) - 口腔内の清潔保持に配慮し、適切な口腔ケアを行っている。	b	定期的に歯科医師や歯科衛生士が往診に来ており、口腔状態はチェックされている。しかし、全ての利用者に毎食後のブラッシングや義歯洗浄が徹底されておらず、今後適切な口腔ケアが行われる体制の検討を期待する。
2 - (6) 健康管理		
A - 2 - (6) - 利用者に対する定期健康診断が適切に行われ、記録として整理されている。	a	嘱託医師により定期的に適度な検査を実施し、利用者個々のファイルに記録されている。又診断の状態・状況の結果に応じ、医師の指示を踏まえ健康管理等のケアに反映されている。
A - 2 - (6) - 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび睡眠・食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。	a	バイタルサインや睡眠状態、食事摂取量、排泄の観察を毎日行ない、パソコンシステムに入力している。看護師も利用者の状況をパソコンシステムにて共有・把握できるので即応的に対応している。
A - 2 - (6) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	利用者の内服薬は看護職員が名前を書いて仕分けをし、昼・夜・翌朝分と仕切りのあるケースに一日分の内服薬を入れ、各ユニットごとに看護師が毎日、介護職員に直接手渡して、一緒に確認を行っている。
A - 2 - (6) - 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。	a	水分は毎日1000ml以上を目安に必要摂取量が確保され、個々の状態・状況に合わせてゼリー・とろみなどの工夫で対応されている。記録はパソコンシステムにて職員に共有され、把握されている。
A - 2 - (6) - 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。	a	一ヶ月ごとアルブミン値を測定し、数値が低い利用者には栄養補助食品を使用し、たんぱく質の強化を図っている。日常的な介護の必要性から体位交換やエアマットの使用、入浴回数への配慮など褥瘡予防の取り組みが行われている。
A - 2 - (6) - 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。	a	嘱託医師による週二回の回診により、診察、指示等を受けている。回診では看護師が医師に同行し、報告や必要な指示を受けており、回診日、診察時間以外でも電話にて連携する体制が整っている。
A - 2 - (6) - 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。	a	緊急時対応については、地域医療機関の医師、看護師との連絡体制が整っている。マニュアルが整備され緊急時対応の研修も行われている。
A - 2 - (6) - 利用者の傷病状態に応じた専門医療機関への受診または入院治療が適切かつスムーズに行える体制が確保されている。	a	協力医療機関として市立芦別病院と連携が図られ、受診、入院治療が適切に行われる体制になっている。
2 - (7) 衛生管理		
A - 2 - (7) - 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。	a	感染防止マニュアルが策定されており、感染症対策委員会が、定期的又は必要に応じて開催され情報の集約をし、研修会にて職員への周知徹底が行われている。マニュアルは必要に応じて見直しが行われ、各ユニットに常備して活用されている。
A - 2 - (7) - 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。	a	マニュアルに基づき、毎日清掃、消毒や殺菌等が徹底して行われており、チェック体制も確立している。各ユニットにそれぞれ食器乾燥機が設置されている。
A - 2 - (7) - 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。	a	施設全部の洗面所に、うがい手洗い用品がセットされ職員にも周知されている。特に面会者は受付で呼びかけを行い、手洗いうがいを促す張り紙が目立つところに貼られており、励行されている。
A - 2 - (7) - 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。	a	加湿器が各居室、ユニットフロアなど生活スペースに配置されている。用務員が朝、夕に室温(25)、湿度(40～50%)を測定、記録し適時調節を行い、快適に過ごせるよう配慮されている。
A - 2 - (7) - 短期入所利用者についても、感染防止マニュアルに沿って、入所者同様の適切な感染症対策を行っている。	a	事前にアセスメントを聴取するとともに、送迎時家族に聞き取りと健康チェック等を行い、入所者と同様にマニュアルに沿った対応が行われている。

2 - (8) 機能回復訓練		
A - 2 - (8) - 機能回復訓練は、個々の利用者に合った個別プログラムを策定し、実施している。	a	看護師全員を機能訓練指導員として、体操や軽運動、音楽療法としてハンドベルやはつらつコーラス、学習療法をリハビリプログラムとして利用者に合った個別プログラムを策定し、実施している。結果については、カンファレンスを開催し見直しを行なっている。
2 - (9) レクリエーション		
A - 2 - (9) - レクリエーションや行事の実施に当たっては、利用者の意向を聞き、十分に反映した取り組みを行っている。	b	野外レクや相撲クイズ、クラブ活動、ハンドベルサークル、各ユニットでのお楽しみ会など意向により実施されており、家族にも呼びかけられている。しかし個別対応のレクに関して実績が少なく、定着させるために職員の確保や頻度などの課題改善策を模索中であり、今後の取り組みに期待する。
A - 2 - (10) - 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。	a	24時間シートの活用で、利用者個々の介護が統一されており、利用者の状態に合った車椅子等、ベッドも低床タイプや高さを電動調節するなど体勢や場面に合わせて使い分け、個々の要望に十分に配慮している。
2 - (11) 認知症高齢者への対応		
A - 2 - (11) - 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	認知症ケアについて、外部講師による研修会の開催、24時間シートを活用し利用者個々の状態を把握し、情報の共有を図っている。学習療法を取り入れ、前頭前野の活発化を図り、認知症の進行を防ぐことに努めている。
A - 2 - (11) - 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束は、一切行なわれていない。身体拘束を行わないケアのために、危険のある場合は徹底した見守りを行っている。更に、「禁句集・コミュニケーション用例集」を作成し、職員の普段の言葉の中にも拘束的言語があること意識付けを行なっている。
2 - (12) 看取りケア		
A - 2 - (12) - 看取りケアの実施に当たっては、利用者や家族などの意向を尊重して実施している。	a	「家族と一緒に看取る」ことを介護理念に掲げ、取り組みに力をいれている。ターミナルケアの希望は、医師を交えた家族との話し合いにて同意を得ている。安心できるこの場所で最後を迎えたいと、年間10名程が看取りケアを実施している。
A - 2 - (12) - 看取りケアの実施に当たっては、家族などの協力を得て実施している。	a	状態をみながら、個室にて家族と一緒に看取りを行う体勢を整備しており、家族の宿泊できる設備も整っている。看護職員からのこまめな状態説明により信頼関係を築いている。
A - 2 - (12) - 看取りケアの実施に当たっては、医療機関との適切な連携が図られている。	a	協力医療機関との適切な連携が図られ、協力を得られる体制が整っている。