

(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

公益社団法人新潟県介護福祉士会

2 受審施設・事業所

(1) 施設・事業所情報

(評価結果確定日現在)

名称： 社会福祉法人上越市社会福祉協議会 特別養護老人ホームほほ笑よしかわの里	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 施設長 小坂 徹	定員：30名 (利用人数) 30名
所在地：〒949-3445 上越市吉川区原之町1819番地1	
連絡先電話番号： 025-548-3600	FAX番号： 025-548-3602
ホームページアドレス	http://www.jouetushisyakyo.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成15年7月1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人上越市社会福祉協議会	
職員数	常勤職員：31名 非常勤職員 10名
専門職員	(専門職の名称)
	施設長 1名 介護員 26名(兼務含む)
	看護師・准看護師合計 6名 調理員 5名
	介護支援専門員3名(介護員兼務) 主事 1名
	生活相談員 2名(介護員兼務)
	管理栄養士 1名
	歯科衛生士 1名
	医師 1名 (嘱託医)
施設・設備の概要	(居室数) ○個室×20室 ○多床室 2人部屋×10室
	(設備等) ○食堂兼機能訓練室×4室 ○調理室×1室 ○相談室×1室 ○浴室×2カ所 個浴×1カ所 特殊浴槽×1カ所 (臥床式) ○医務室×1室 ○介護ステーション×2室

(2) 理念・基本方針

<法人基本理>

○共に生き共につくる福祉社会を目指して
～いつまでも住み慣れた地域で心豊かな健やかで生きがいのある生活を～

<法人基本目標>

- 1 地域に信頼される社協づくり
- 2 住民主体による地域福祉の推進
- 3 利用者本位の福祉サービスの提供

<事業所 基本方針>

住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるために地域住民から身近に感じられ、住民の声が届き、福祉課題の早期発見ができる「人・場所」であることを目指す。

<事業所 事業方針>

機能訓練や口腔ケアといった施設サービスの質の向上に取り組み、入所者の生活の質向上を図る。

(3) 施設・事業所の特徴的な取組

○施設内の2階・3階の居室スペースは、少人数でひとつのグループを作り専属スタッフがケアを行う「ユニットケア方式」を採用しており、各ユニットには食堂と日常動作訓練が行えるスペースが用意され、台所(パントリー)には火を使わないコンロが置かれ、各階の2つのユニット中央には「介護ステーション」と畳敷「交流スペース」が設置され、日常のケア・外来者との交流について配慮している。また1階には、事務室や会議室、浴室等と並んで広めに設備された「地域交流多目的スペース」があり、地域の方々との交流を深めている。

○利用者・家族・施設が常に連携して快適な生活、満足度向上を目指し福祉サービスの提供に努めている。

○地域の小学校・中学校・保育園・特別支援学校に教育学習、実習等での交流を活発に行っており、共に参加交流を深めている。

3 評価結果

(1) 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年7月11日(契約日) 平成31年1月7日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回

(2) 総評

◆ 特に評価の高い点

○法人の基本理念と基本方針を軸に地域に根ざした施設運営の取り組み

社会福祉法人上越市社会福祉協議会、吉川地区の地域福祉エリアの中で、地域密着型特養として、近隣の医療との連携や声届く場所に小学校がある等、恵まれた立地で「共に生き共につくる福祉社会をめざして」～いつまでも住み慣れた地域で心豊かな健やかで生きがいのある生活を～ これらを「基本理念」として創立15年が経過した。

外部コンサルタントの支援もあり、昨年、全職員へ「理念ハンドブック」を配布し、基本理念を基に、分かりやすい行動理念・行動指針・基本方針等の周知を行った。職員は法人や施設が掲げる「理念」を自らの行動の基本と考える形で、日々のケアを行う姿勢として共有している。

施設理念として「いつも“ほほ笑み”と“ぬくもり”のある介護」を掲げ、ゆっくりと時間が過ぎていくという小規模特養の特性を活かし、利用者と同様に来園者への接客、あいさつを心がけ職員全体で共有し、地域に根ざしたサービス提供に努めている。

○地域と連携した質の高いサービス提供を目指した取り組み

上越市頸北地区の中心的施設として、施設に隣接する吉川診療所、居宅支援センターなどととも地域福祉エリアを構成している。災害時には、地域の福祉避難所として指定され、地域の大切な施設としての役割を担っている。

地域の方からの支援もあり、ボランティア保険に加入し、ボランティアとして活動を希望する地域住民の方を、年間、多数受け入れている。ボランティア活動を行うスペースとして、「地域交流スペース」が各階のユニット中央部に設けられてあり、活動しやすい空間を提供している。また、施設への面会者は、家族はもちろん、利用者が住んでいた近所の知人の方も多く来所され、一緒にお茶のみを行うなど、地域の方も足を運びやすい雰囲気と、利用者にとって心地よい空間が提供できるよう施設職員は丁寧な声掛け、あいさつ等を心掛けている。

近隣の小学校の年間教育計画の中に、6年生を対象として、福祉・介護のお仕事を小学生向けに「出前講座」と施設見学を行い、利用者との交流を毎年行っている。また、昨年は民生委員向けに「私たちの取り組みについて」という演題で講演会を行い、施設の取り組みを、より地域で活躍している民生委員の方々へ伝えることで、地域で生活している住民にも、「いつまでも住み慣れた地域で生活できる！」という安心感に結びついていることが窺える。

○利用者の「おいしく食べられる」にこだわった食事支援の取り組み

食事のアンケート、嗜好調査を定期的に行い、食事の量や食べたい物等を細かく聞いている。地域性もあり近隣の方から、野菜や米をいただくことがあり、その都度いただいた方の紹介を行い、昼食時の献立を変更したことを利用者に対して説明が行われている。

栄養ケアマネジメント、栄養計画マニュアルが整備され、必要時に見直しが行われている。管理栄養士は栄養ケア計画を作成し、BMI、理想体重、体重の減少、

水分補給量などを細かく分析し、個々の利用者に合わせて支援が行われている。

また、毎月栄養ケア会議が開催され、施設長をはじめ部門横断した様々な職種が集まり、日々のケアから嚥下困難な方をはじめ、食事量、水分量の少ない方に対しての支援等検討し、最後まで食べる事のこだわりを検討するなど、支援に向けての協議が行われている。

3ヶ月に1回選択食を計画し、メインの魚や肉の選択や新そばの時期には、そばレクとしてトッピングの選択(天ぷらととろろ芋)ができるよう、利用者の好みに合わせた食事提供の取り組みが行われている。また、ラーメンが食べたいと希望があれば、調理員がラーメン職人の恰好を真似てみたり、お寿司の時はすし職人の恰好をし、フロアの飾りつけもその行事に合わせるなど、職員は雰囲気でも楽しめる工夫を実践している。

衛生管理マニュアルが整備され、マニュアルに基づいて、「食品発注兼研修記録簿」には食品名、数量、何時に入荷したなどの記載がされ、「作業工程表及び給表日誌」には、1日3回毎日献立、タイムスケジュール、翌日の調理準備、室内温度、下処理温度等が細かく記載され、1日2回水道水残留塩素濃度の検査も行われており、安心できる管理体制と衛生管理が構築されている。

◆ 改善を求められる点

○職員一人ひとりの育成に向けた取り組み

職員の人材育成と働きやすい環境の職場作りについて、施設長は就業時間を把握し、職員研修の開催実施が行われており、研修の資料の中で、重要部分と思われるところは抜粋し、書面にして職員に配布している。

新人職員研修計画があり、研修の日程や職業能力評価テストなどで、客観的に評価しているが、積み重ねる経験とともに、法令など職務と共に学ぶべき介護の研修は、継続していくことがなご一層求められる。中途採用職員や継続勤務の職員の育成においては、それぞれの学びに習熟度の違いが予想されるためである。

今後は職員が自らの専門職としてのキャリア育成やステップアップしていくことの進捗状況の把握とともに、施設内外で行われる研修を活かしながら、現場のケアにも活かされるような人材育成への取り組みとシステムが構築されることを期待したい。

○利用者一人ひとりの意見を大切にサービス向上に向けた取り組み

職員が日頃から利用者に寄り添い、日常の関わりの中で意見や要望を聞く体制が出来ている。また、家族の面会も多く職員は家族とも近い関係が築けている。そのためか苦情等も今のところはあまりない現状がある。施設の特性上、現在は要介護度の高い方や意思疎通の難しい方が多く、食事面での嗜好調査は行えているが、レクリエーションや趣味活動など、利用者に合わせて日常的に活動を行える取り組みが難しい現状も窺える。

今後は利用者の生活に関する調査を定期的実施し、利用者の一人ひとりのこれまでの暮らし方や過ごし方、生活歴を再度確認し、職員間で情報の共有を行うとともに、職員のレクリエーション等に対する技術の向上を目指した取り組みに期待したい。

○安全快適に過ごせる生活空間・利用者目線の動線確保に向けた取り組み

利用者が快適に過ごせるよう施設内には空気清浄機、加湿器等が設置され、感染対策が行われており、居室、廊下等は掃除が行き届き清潔に保てるように配慮されている。来訪者が多く、利用者と過ごすスペースは、明るく、ゆっくりと過ごせるよう工夫されている。車いすやベッド等の備品は点検表があり、安全に使用できるよう定期的に点検が行われている。浴室の機械浴等は業者が定期的に点検し、メンテナンスが行き届いている。しかし、利用者が共同で使用するトイレの中、浴室には物品が多く、利用者には使用しにくい状況が見受けられた。また、介護ステーションの書類保管庫の中は物品が多く、緊急時の持ち出しファイル、書類の取り出しが容易ではない状況が窺える。災害時、特に地震時の災害には、物が積み上げられている状態では、落下、荷崩れの原因になる可能性があるため、災害対策の観点からも施設全体の「環境整備」を改めて見直し、危険個所の点検、利用者の生活動線の確認等、職員参画で施設全体として再検討されることを期待したい。

(3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H31. 1. 15)

今回、初めて第三者評価の受審を致しました。評価結果の総評で、「法人の基本理念と基本方針を軸に地域に根ざした施設運営の取り組み」「地域と連携した質の高いサービス提供を目指した取り組み」「利用者の【美味しく食べられる】にこだわった食事支援の取り組み」という点に評価を頂きました。この点につきましては、日頃の業務に全力で取り組んでいる多職種のスタッフ全員の努力の結果であると思っております。スタッフ全員に感謝を致します。また、改善を要する点につきましては、課題を共有しサービスの質の向上と施設運営の改善に取り組んでまいります。

訪問調査・評価結果を通じて、特に情報共有、周知の在り方・徹底といった点での改善の必要性を痛感致しましたので、改善策を構築し、実行に移して行きたいと思っております。

第三者評価受審により、見えていなかった点、気づいていなかった点などの課題を提示して頂いた事で、改めて現状を見直す機会となり、受審をして良かったと思っております。

受審にあたりまして、ご協力を頂きましたご利用者様・ご家族様、そして、貴重なご意見・ご提案を頂きました新潟県介護福祉士会の皆様に心より感謝申し上げます。

特別養護老人ホームほほ笑よしかわの里
施設長 小坂 徹

(H . .)

(H . .)

(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】福祉人材育成の取組に関する施設・事業所のコメント

- 組織の継続的な成長、発展のために組織をあげて内部研修に取り組んでいます。
- 上越市社協の基本理念、事業推進に向けての基本方針や地域福祉活動の推進に果たすべき社協の役割などについて学び、共有を図っています。
- 職階別、専門領域別、テーマ別研修を実施し、個々の職員の資質向上を図るとともに、質の高いサービスを提供できるチームの構築、働きがいのある福祉の職場を目指しています。
- 法人内部講師を育成しながら教育体制の安定を図っています。
- 雇用計画に基づき計画的な職員採用による人材確保を図るとともに、福祉の担い手としての人間性と専門性の成長を目的とした人材育成に取り組んでいます。
- 労働環境の整備とキャリアパス制度の機能強化に取り組んでいます。
- 職員の人材の確保と職員自身のスキルアップ、福祉職を目指す学生などの実習生を継続して受け入れています。それに伴い指導担当職員の研修会参加等、受け入れ体制の強化を図っています。

評価細目の第三者評価結果

【 高齢者施設(事業所)版 】

特別養護老人ホームほほ笑よしかわの里

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・周知されている。		
評価細目	評価結果	コメント
1 I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	平成22年の上越市社会福祉協議会合併時に法人全体で統一した「共に生き、共につくる福祉社会を目指して」を法人の基本理念とし、基本方針、行動指針など明確にしている。広報誌・パンフレットにも記載され、施設内にも掲示している。また施設理念として、「いつも“ほほ笑み”と“ぬくもり”のある介護」を施設内掲示や広報誌に記載している。平成29年8月には、全職員に「理念ハンドブック」を配布し、朝礼時に唱和したりと周知を心がけている。家族会開催時においても資料を配り、参加されなかった方にはお便りで周知を心掛けている。

I-2 経営状況の把握

I-2-1(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
2 I-2-1(1)-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。	a	法人では中・長期計画の5年計画が策定されており、策定時には、上越市内の人口動向を分析している。地域密着型特別養護老人ホームとして、収支バランス、経営分析など、具体的な収支バランスを見ながら、経営状況の分析が行われている。
3 I-2-1(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	上越市では地区ごとの高齢化率等の数値を定期的に発表しているため、本部が中心になり把握し分析している。予算実績会議、管理職会議等々で把握し、それらを毎月の運営会議でスタッフに周知を図っている。今後は、経営状況や課題を「幹部の職員」だけでなく、現場業務と経営課題との繋がりがりなど、具体的な形で、職員周知への継続的な取り組みと工夫を期待したい。

I-3 事業計画の策定

I-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 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	中・長期計画として法人全体で5年計画を設定し、目標をホームページで誰もがみれるように公開している。法人の「介護サービス課」で実施状況を分析し、介護サービス部会で解決・改善の検討を行っている。そこには本部・理事・管理職が参加し、5年計画について評価している。
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	法人全体で検討されている中・長期計画の内容を反映した下で、事業所の単年度計画と単年度の収支計画の数値や目標を掲げ、適切に策定されている。
I-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 I-3-2-1 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	a	毎年、新年度に入ると、前年度の事業報告と今年度の計画についての全体説明会が行われ資料を回覧している。回覧資料は窓口にも設置され、職員は何時でも確認出来るものとなっている。事業計画については、職員の十分な理解と組織的な参画が必要とされるため、施設では事業計画の理解や進捗度への確認のための取組みが始まっている。今後も、評価見直しに、一般職員や利用者の意見を取り入れるなど組織的な取組みが継続的に行われることが望まれる。
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。	b	利用者等への事業計画の理解や周知は当然必要と考えてはいるが、現状は難しいと施設長は考えている。家族会での資料配布や来園者がいつでも手に取ることができるよう、事業計画の資料等は玄関窓口にも設置されているが、「毎日の生活に密接にかかわる場としての特別養護老人ホーム利用者」として、利用者自身の生活活動への参加を促し、家族等の理解を得るためにも、今後は家族会等で、事業計画の内容を分かりやすく工夫をし説明するなど、理解を得ることを期待したい。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。		
評価細目	評価結果	コメント
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。	b	利用者には介護支援専門員がケアプランを作成し、多様な福祉サービスに繋げている。施設長には事業所の目標を立てる時のフォーマットがあり、振り返りの評価としては、予算実績会議で話し合っている。今後も質の向上のために、PDCAサイクルが十分に動き出す必要があり、職員全員の福祉サービスに対する自己評価の継続的な取り組みや利用者・家族等に対するアンケートを取り入れるなど、評価結果の分析を継続的に行うことを期待したい。
9 I-4-1-2 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、計画的な改善策を実施している。	b	毎月の運営会議では管理者・リーダーが参加し、改善会議等を開催しており、各フロアー会議ではフロアーリーダーが各職員と協議している。今後も改善への取り組みを計画的かつ定期的に行い、話し合った内容を記録に残し、「事業方針・課題・対策シート(変革マップ)」を活用して、職員間で共有することを期待したい。

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

Ⅱ-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 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	施設長は広報誌に基本理念とともに、「一人一人が欠かせない大事で・大切な人財」と、事業に対する方向性や思いを掲載している。職務分掌についての文書化は、毎年新しいものを作成し職員に回覧し、組織図が明示されており、平常時及び有事における施設長の役割や施設長不在時の命令指揮者の名も明確にされている。
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。	b	施設長は自ら講師となって、職員を対象に大切と思われる部分を抜粋した資料を作成し、倫理・法令遵守の講座で研修を行っている。今後は、遵守するため必要な法令や利用者・職員を守る視点も取り入れた資料や法令をリスト化し、内部研修やフロア会議などで、なお一層の具体的な理解や周知への取り組みを継続実施されることを期待したい。
Ⅱ-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 Ⅱ-1-(2)-① 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。	b	施設長は実施する福祉サービスに対する評価・分析を行っている。職員個人面談を年1回継続して実施し、職員自己目標・キャリアアップについてを伝えている。職員の意見の反映は、まだ充足することは難しい状況が窺えるが、今後は必要に応じた速やかな振り返りや職員との個別の面談などで抽出された問題点を、具体的に、研修内容や育成に反映されることを期待したい。
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。	b	経営の収支状況は上半期・下半期の2回、法人本部内の「介護障害サービス事業管理者会議」で詳しいデータを基にして検討されている。施設内では、一部の職員が参加する運営委員会で現状の収支について、会議の内容を伝えている。今後は施設長が、責任者として取り組む姿勢を示すとともに、職員全体への周知や、コスト管理等を事業計画に具体的に示し、説明するなどして、職員参画の下で計画的に実施されていくことを期待したい。

II-2 福祉人材の確保・育成

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。		
評価細目	評価結果	コメント
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。	b	施設長は、現在、職員の離職が低いこと、特別養護老人ホームの仕事をした方が多くいることを嬉しく感じており、人材確保対策としてホームページ・お便りなど通じて人材を募っている。法人内でも、新人育成個別研修計画(変革マップ)などで、求められる人材像を発信し、法人各事業所でも育成フォロー会議を開き、育成スケジュールでの細やかな評価と確認が行われ、職員が定着できるよう工夫し効果を得ている。今後は、中途採用職員や継続して働いている職員の研修や学びの進捗状況への取り組みが、計画的にかつ継続的に実施されることを期待したい。
15 II-2-1-2 総合的な人事管理が行われている。	b	法人全体では人事基準は決まっており、昇格昇給等に関する給与規定等はパソコンで何時でも、誰でもが閲覧できるようになっている。人事考課は現在行われていないが、「職務に対する個人目標」「変革マップ」を各職員が記入し、自らの課題に対しての取り組みが、今年度始まろうとしている。今後も適正な人事管理が行われることが期待できる。
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
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り組んでいる。	a	法人全体の互助会があり、全職員が会費を支払い職員の交流・親睦を促進している。また、定期的健康診断やストレスチェックを全職員が実施している。有給休暇も取れるように工夫しており、施設長も年1回の育成面談時体調を確認したり、必要時は回数を増やすなどの配慮をしている。また、ハラスメント防止に対しては、法人の方向性・位置付けを行い、管理職が担当者になっている。
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
17 II-2-3-1 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	b	新人の職員研修には新人職員研修計画が設定され、研修の日程表や職業能力評価テストなどで客観的に評価できるシステムがあり、有効に活用されている。今後は中途採用職員や継続勤務している職員に対しても、日々の育成がなされることが望まれる。定期的に振り返りや進捗状況が確認でき、職員個々の教育や研修が行われることを期待したい。
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。	b	毎年度末に次年度の研修計画を作成している。全職員に配布している「理念ハンドブック」の中には、求める職員像が分かり易く記載されている。今後も研修計画や育成について、職員個々に目標を立て、そこに到達できるよう明確な計画が策定されることを期待したい。
19 II-2-3-3 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	b	施設長は職員の人材育成のために、必要な研修は定期的開催や外部研修にも参加させたいという思いを強く持っている。資格取得についても同様であり、その時期が来たら必要な職員に対して声をかけている。今後は、現在以上に職員個々の教育や研修計画等を丁寧に策定し、教育・研修の継続的な評価と見直しができるよう配慮を期待したい。
II-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 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	実習生受け入れマニュアルがあり、実習生受け入れ担当者は実習生受け入れのフォーマットを作成し、現場に繋げている。中学生や特別支援学校生等の実習を主に受け入れている。

II-3 運営の透明性の確保

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。		
評価細目	評価結果	コメント
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	第三者評価の受審は法人として中・長期計画の5年計画の中に予定されている。福祉サービスの質の向上に繋げていくため、昨年はデイサービス、今年度は当施設の初受審となった。苦情問題では、玄関に苦情受付用の意見箱が設置され、定期的に確認はしているが、ほとんど入っていない状況が続いている。苦情があった場合、その内容については広報誌に掲載しており、ない場合でも「今はない」と掲載し透明性に努めている。また、苦情まではいかないが、家族や地域の方の注意の言葉などは真摯に受け止め対応している。法人でも、社協だよりに理念や基本方針・活動内容を記載し、全個人宅に配布している。施設の広報誌は家族や来園者・行政・学校・診療所・居宅介護事業所などに配布して透明化に努めている。
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。	b	現在法人各事業所の経営・運営は、事務・経理等法人本部のガバナンスに基づき、弁護士や、外部コンサルタントのアドバイスを受けて行っている。法人本部は来年度の外部監査導入に向け内部監査委員会で準備中である。今後も法人運営の透明性の確保を期待したい。

II-4 地域との交流、地域貢献

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
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	法人としての基本理念に「共に生き共につくる福祉社会を目指して」を掲げ、基本目標に地域に信頼される社協づくり等、明文化している。地域で行う福祉まつりや利用者の誕生日には近くの食堂へ出かけ、外食を行ったり、外出行事で道の駅に出かけるなど、地域の人々と交流の機会を設けている。
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。	b	ボランティア保険に加入し、年間多数の方が来られている。受付簿があり仕事内容、感想等記入している。中学生を対象に職場体験を受け入れており、学校教育への協力にも対応している。今後はボランティアの受け入れマニュアル作成、研修、交流会等の実施に期待したい。
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
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	介護ケアステーションの電話近くに地域の関係機関・団体の一覧表が設置されており、職員に周知されている。毎月、地域ケア会議に介護支援専門員が出席し、会議録は職員に回覧している。また、定期的に頸北地域の病院・近隣の介護老人保健施設の看護師が集まり看護員会議を開催し、地域で発症している感染症等の情報交換をしている。

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
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	施設内で民生委員向けに「私たちの取り組みについて」という演題で昨年講演会が行われた。また、地域の小学校の年間教育の中で施設見学や施設の相談員が小学校へ赴き、介護の仕事について研修会を実施している。施設は災害時の地域における役割として、地域の福祉避難所に指定されており、以前も大雨災害時の避難所として開設され、地域住民が避難し、避難所としての役割を担ったことがあった。今後も地域に根ざした福祉施設としての機能を活かし、域の活性化やまちづくりの貢献に期待したい。
27 Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	施設では吉川地域の地域ケア会議にて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、毎月支所連絡会議に施設長が出席し、支所内での福祉ニーズの把握と情報交換を行っている。把握した福祉ニーズは法人内の中・長期計画に反映させている。包括支援センターや居宅介護支援事業所等から入居の相談があり、入居に結びついた事例もある。今後も継続的に地域の福祉ニーズの把握を行っていくとともに、地域住民との交流の場を定期的に関催し、具体的な福祉ニーズの把握に努めるよう期待したい。

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(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 Ⅲ-1-1(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持つための取組を行っている。	a	理念や基本方針について年度初めに施設長から職員全員対象に研修会を行っている。理念ハンドブックを全職員が持っており職員に周知されている。施設内にも基本理念が掲示されており、介護ステーション内には、法人の安全衛生委員会が決めている「職場安全スローガン」が掲示してあり職員は何時でも確認することができる。年1回職場内研修でプライバシー保護・虐待・身体拘束の研修を実施している。
29 Ⅲ-1-1(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。	b	利用者のプライバシー保護・虐待防止についてマニュアルが整備されており、定期的に研修が行われている。身体拘束、守秘義務等に関することは契約書の中にも明示しており、契約時には利用者家族にも説明を行っている。プライバシー保護に関しては、各業務マニュアルの中にも明示しており、マニュアルの見直しも定期的に行われている。実際、ミトンを使用している利用者に対し、家族に説明し同意を得ている。使用時の様子をケア記録に記載し、毎月安全感染委員会にて検討している事例もある。今後は事例に対する検討を継続的に行い、身体拘束がないような日々のケアの工夫と取り組みに期待したい。
評価細目	評価結果	コメント
30 Ⅲ-1-2(2)-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積極的に提供している。	a	定期的に広報誌を発行し、居宅介護支援事業所・総合事務所公共施設等に配布している。基本理念や写真・職員紹介等が記載され、分かりやすく工夫されている。入所の契約時にはチェック表があり、入所時に用意するもの、書類関係など、説明をしながらチェックをし、専門用語は使わず、できるだけ噛み砕いて分かりやすく説明を行っている。施設内見学は希望があれば常時対応可能となっている。また、利用希望者に対する情報提供については、入所検討委員会にて適宜見直しを行っている。
31 Ⅲ-1-2(2)-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	サービス開始時に利用者・家族と話し合い、アセスメント用紙に身体状況・既往歴・生活歴等記載し、施設の介護支援専門員が介護計画書を作成している。自己決定ができない利用者に対しては、入所後2週間間わりの中から、家族と施設関係職員で話し合いサービスを提供している。状態変化時には、その都度、介護計画書を見直し、施設の関係職員が集まり話し合いを行っている。カンファレンスで話し合った内容は、記録に残し引き継ぎファイルに記載され職員へ周知している。施設から病院への入院時サマリーを作成し情報提供を行い、退院時には退院カンファレンスに介護支援専門員が出席し状態把握を行い、施設内の関係者に情報提供を行っている。
32 Ⅲ-1-2(2)-③ 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	施設の特性上、他の福祉施設・事業所の変更等はないが、自宅に外泊・外出は行っている。契約書には契約時の終了条件、事業者における再入所受け入れ義務、退所時の援助等が明示してある。契約の利用終了者の書類は5年間保存しており、処分については法人の支所でまとめて、業者に依頼している。福祉サービスが終了した後も家族がボランティアに来られるなど、地域に根ざした施設としての役割を担っている。

Ⅲ-1-(3) 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
33 Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	家族会が年1回開催され、職員の紹介や行事、施設の現状等の報告がなされている。苦情等も今のところはあまり聞かれない。利用者家族の面会回数も多く、家族には都度利用者の様子を伝えている。食事に対してのアンケートは行い食べたい物があれば行事の時にしている。今後は食事以外で、利用者満足に関する調査を定期的に行い、利用者満足を把握する仕組みを整備し、サービスの質の向上に結び付ける取り組みに期待したい。
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。		
評価細目	評価結果	コメント
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。	b	組織的に苦情解決の体制、第三者委員の設置、苦情マニュアルが整備されており、施設玄関の掲示板にも掲示してある。契約書、重要事項説明書にも明示しており、契約時には利用者、家族に説明をしている。現在、苦情までの意見は出していないとのことである。今後は利用者・家族が苦情や意見、相談等がしやすい工夫をすること、苦情解決責任者と苦情受付担当者が誰にでも分かるよう環境整備が期待される。
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。	b	職員はお茶の時間などには利用者の隣に座り、話を伺っている。また、施設の介護支援専門員、相談員も夜勤帯の勤務に入っており、日常の関わりの中で意見や要望を聞くことが多くなっている。今後は利用者・家族が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることを、分かりやすく説明した文章や、その文章を配布するなどの取り組みに期待したい。
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。	b	利用者からの相談や意見に対して、法人全体の対応マニュアルがあり、見直しについても職場研修委員会が定期的に行っている。意見箱は玄関先に置いてあるが、ほとんど入っていない状況である。意思疎通が難しい方が多く、相談や意見等はほとんど出ない状況となっている。今後は意見箱の設置場所の検討と意見箱があるという事を広く知ってもらい、意見や相談がしやすい環境を整備し、利用者・家族へアンケート等を行い、利用者の意見を積極的に把握する取り組みに期待したい。

Ⅲ-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 Ⅲ-1-(5)-① 安全・安心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。	b	リスクマネジメントのマニュアルがあり定期的に見直しを行っている。法人全体の安全衛生委員会を支所単位で定期的開催し、法人全体の事故発生状況を把握しており、リスクマネジメント体制は構築されている。施設内では、安全感染対策委員会を毎月開催し、事故、ヒヤリハットの検証を行い、フロア会議の中で職員に周知を図っている。内部研修では「リスクマネジメント研修」を、フロア会議の中で実施している。今後は利用者の特性を認識した上で、利用者に関する全てのリスク(送迎時の運転マニュアル・外部からの侵入者等に関するマニュアル)の整備や、施設以外の県内外で発生した事件等を検証し、自施設での発生予防に取り組むことに期待したい。
38 Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安心・安全を確保するための体制を整備し、取組を行っている。	b	感染対策マニュアルが整備され安全感染対策委員会を毎月開催し、定期的に見直しを行っている。年2回、食中毒やノロウイルス・インフルエンザの流行する感染時期には研修を行い、職員に周知している。職員が感染の媒体者にならないように施設としてのマニュアルがあり、職員の家族を含めて、健康管理に関しての配慮がなされている。法人全体の感染症対策研修会にも施設から出席し内部研修に繋げている。今後は事業所としてのマニュアルに沿った研修を行い、職員が日々のケアの中で実施していくことに期待したい。
39 Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安心・安全の確保のための取組を組織的に行っている。	b	年間3回、避難訓練を実施し地元消防団・消防署との連携を図り、地震、火災時の訓練を行っている。災害時発生対応マニュアルがあり、様々な事態を想定した上で作成されている。各ユニットの介護ステーションの電話近くには、職員連絡網、救急時の連絡箇所がまとめてあり職員に周知している。食料や備品等の備蓄リストを作成し、食料品は栄養士、備品等は施設長が管理し定期的に入れ替えを行っている。災害時には、3日分の備蓄品を常に確保している。今後は継続した取り組みを行うとともに、火災以外の有事に対して具体的な訓練等を検討した取り組みに期待したい。
40 Ⅲ-1-(5)-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。	b	事故発生対応マニュアルがあり、定期的に職場研修委員会が見直しを行っている。各ユニットケアステーションの電話近くには、非常時緊急通報連絡先一覧・救急搬送時の対応・医療機関一覧表等があり、誰でも対応ができる体制作りができています。厨房職員・デイサービス職員も宿直をすることがあるため、宿直マニュアルも作成している。AED使用については、事故発生・緊急時の対応研修も定期的に行われている。また、事故等の重大性に応じて、弁護士等の専門家と連携が必要な時は法人として対応可能となっている。今後は現在の取り組みを継続し、各一覧表を見やすく整理整頓し、事故発生時のマニュアルに沿った研修会が実施できるよう期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。		
評価細目	評価結果	コメント
41 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。	b	提供する福祉サービスについて、業務マニュアルが整備されている。介護技術向上研修・新人研修・キャリア研修を行っており、新人からベテラン職員の中で利用者に対しての工夫点をグループワークを通して確認をしている。排泄・入浴等の業務マニュアルには、プライバシーへの配慮・施設的环境に応じた業務手順等も含まれている。今後は中堅職員やベテラン職員にも、定期的に振り返りを行い、変革マップを活用した取り組みに期待したい。
42 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	業務マニュアルは職場研修委員会が定期的に見直し実施しており、現状に合わせて実施できるものになっている。利用者個々に合わせて、介護支援専門員が身体的アセスメントを実施し、施設サービス計画を作成している。施設サービス計画には利用者、家族の意見・要望等が反映されるような仕組みになっている。意見が聞けない利用者に対しては、利用者個々に担当職員が付いており、利用者の身体状況・生活状況を把握し、介護プラン作成時に反映している。
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。		
評価細目	評価結果	コメント
43 Ⅲ-2-2-1 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	福祉サービス実施計画策定責任者は介護支援専門員が行っている。施設のアセスメント表があり利用者個々に合わせて作成している。施設サービス計画書には利用者個々のニーズが明示しており、施設サービス計画を策定するために部門を横断した様々な職種による関係職員の合議の下、利用者・家族の意向を含んだ手順を定めて実施している。看取りの利用者に対してのプランも作成しており、状態変化時には嘱託医と家族が面談し、介護支援専門員と関係職員が集まり、看取りプランを作成・変更している。今後も現在の取り組みを継続し、利用者、家族が参加して意見が出やすい体制作りを期待したい。
44 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	施設サービス計画書の見直しは3ヶ月に1回、介護支援専門員が中心となり、利用者担当職員・看護師等部門を横断した関係職員が集まり協議している。見直しによって変更した施設サービス計画書は申し送りノートに記載し、職員に周知している。看取りプランや緊急に変更する場合は嘱託医・家族と面談し、介護支援専門員がプランを変更している。今後は施設サービス計画について、モニタリング評価用紙を作成し、公正な視点での見直しがなされ、実施計画の見直しに関する手順を定め実施していくことに期待したい。
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
45 Ⅲ-2-3-1 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。	b	利用者の日常の様子や施設サービス計画書に基づいた記録は個々のケース記録に記載され、職員が共有している。業務連絡ノートがあり申し送りがあれば記入し、各職員は業務に入る前に目を通して。内部研修にて記録に対する研修を行っており、記録に差異が生じないように工夫をしている。会議録は介護ステーションに掲示しており、確認印を押して各職員は目を通して。今後は記録要領の作成や職員の指導等の工夫を、定期的に継続して行くことに期待したい。
46 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	法人として情報保護規定があり、個人情報に関する規定を定めている。契約書・重要事項説明書にもサービス内容等の記録について、「守秘義務及び個人情報の使用について」が明示しており、契約時には利用者・家族に説明している。職員には法人研修のプライバシー保護研修の中で個人情報、法令遵守についての研修を行い、入職した時点で誓約書を取り交わしている。

評価対象Ⅳ 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
A① A-1-(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	入所前に利用者心身の状況、生活歴、家族の意向の把握に努めている。利用者の意見と希望を聞きながら、一人一人に応じた生活が出来るよう支援に努めている。日々の生活の中で、利用者の誕生日を個別に祝う企画は、利用者にとって楽しみの一つになっている。利用者の状態に合わせて、軽作業や読み聞かせなどを行っている。今後は日々の活動でのレクリエーション、趣味活動等、複数のメニューを準備し、一人一人が参加出来るよう日々の生活に取り入れ、記録に結びつけていく取り組みに期待したい。
A② A-1-(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	特別養護老人ホーム評価対象外項目
A③ A-1-(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	特別養護老人ホーム評価対象外項目
A④ A-1-(1)-② 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	利用者の思いや希望を日々の生活の中で、コミュニケーションを図りながら把握に努めている。個々の支援については定期的にフロア会議で検討が行われ、利用者への言葉かけや接遇研修は年間研修計画に予定され定期的に実施されている。意思表示が困難な利用者には、居室へ訪室する機会を多くし、声掛けを行い返答とわずき、笑顔が見られるように工夫を行っている。フロア会議の中で目標について話し合い、会話・笑顔・落ち着く・穏やかというワードが多く意見としてあげられ、今年度の目標として「お互い利用者、職員共に伝えあい楽しみをつくる環境づくり」に取り組んでいる。今後も継続され、目標達成ができるよう取り組みに期待したい。
A-1-(2) 権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A⑤ 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。	b	利用者の権利侵害の防止、身体抑制、虐待マニュアルは整備されており、行政への手順や関連機関との連携も明記されている。現在、ミトンを使用している利用者の事例については家族に説明し、日々の記録も行い、安全感染委員会で話し合いがなされている。今後は日々の見直しと具体的な取り組みへの話し合いの実施に期待したい。

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
A⑥ 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	利用者にとって快適に過ごせるように、介助補助員が利用者とのコミュニケーションをとりながら環境整備に努めている。施設整備は定期的に点検が行われており、施設内の空気清浄機、加湿器等は清潔と快適に過ごせるように工夫している。利用者が安眠出来るようにダウンライトにカバーをつけての対応も行われ、臭いについても居室各所に消臭スプレー、脱臭剤等を使用されるなどの工夫がなされている。

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
A⑦ 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。	b	入浴支援においては利用者の心身や意向に対応し、入浴前に看護師がバイタルチェックを行い、入浴の可否を判断している。外出や受診等に対しての入浴日変更は何時でも対応可能としている。安心を心がけてゆっくりとしたテンポで一般浴、特浴は2人介助で入浴支援に努めている。入浴委員会の中で検討され、季節に応じて浴室の飾りや入浴剤、しょうぶ湯、ゆず湯等で季節を感じながら入浴を楽しむための工夫がされている。今後は浴室の環境、備品について利用者が安全に、快適に入浴ができるよう整理整頓を心がけ、使用しやすいように工夫されることを期待したい。
A⑧ 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。	b	利用者の心身や状態に配慮し、個々に合わせた支援が行われている。自然排せつを促すために個別の水分調整の確認を行い、薬剤に頼らない支援に努めている。トイレは暖房便座や手すり等が設置され、安全に快適に使用できるよう環境設備が整っている。自宅ではオムツ対応を行っていたが、入所後本人の意向と自立に配慮しながら機能向上に取り組む、トイレで快適に排せつができるように支援に努めている。今後は利用者が安全に使用しやすいように、トイレの環境整備に工夫されることを期待したい。
A⑨ 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	利用者の心身の状況と意向に応じて、自力で移動できるよう機能訓練指導員がプランを立て実施している。安全に移動の介助ができるように環境の整備と利用者に合わせて車いすや福祉用具の検討を行い、食事時や散歩等無理のない移動時間と安楽に過ごせるよう支援が行われている。介助方法については、利用者個々の施設介護計画書に記載があり、安全に移動の介助が実施できるよう努めている。

A-3-(2) 食生活		
評価細目	評価結果	コメント
A⑩ 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	食事アンケートを実施し、利用者に美味しい食事と食べたい物が提供できるよう努めている。白い器にご飯が入っていると見にくいいため、色のついた器に移し替えるなど食器選び、食事レク委員会にて、おやつバイキングや食事行事を計画し、通常の食器を重箱に変え手作りの箸置きを置いたり、寿司屋、ラーメン屋等の雰囲気味わってもらえるよう厨房職員が服装を変えるなど、利用者が楽しめるよう工夫されている。衛生管理マニュアルが整備され、原材料、納入時の衛生管理、調理従業者の健康管理、調理時の衛生管理等整備されマニュアルの見直しも行われている。
A⑪ 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	栄養士が栄養ケア計画、栄養マネジメントを行い、食事量、水分量の把握を行い、塩分制限、疾病に合わせた食事提供、利用者の心身の状況に合わせて、刻み食、ミキサー食、常食が提供されている。利用者が自力摂取できるよう、スプーンの大きさなど話し合い、適切に食事摂取ができるよう取り組んでいる。応急処置マニュアル、誤嚥時対応マニュアルが整備され、マニュアルに沿って毎年職員研修が行われている。毎月、栄養ケア会議が開催され、嚥下状態が悪い方や褥瘡の方を対象に、施設長をはじめとした関係職員が集まり検討が行われている。
A⑫ A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	年1回歯科健診が行われ、歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて口腔機能の保持・改善するための取り組みを行っている。歯科衛生士は一人ひとりの口腔状態を把握し、口腔指導内容を細かく記載したファイルを介護職員との連携ツールとして活用し、義歯調整が必要な利用者は歯科医師に繋げている。年1回歯科衛生士より研修が行われ、日々の口腔ケアに活かしている。経管栄養の方は介護職員にその場で指導し、1日2回行っている。食事前に口腔体操を行い、食後は義歯を外し口腔内に異常がないかを確認している。今後は継続した取り組みを行うとともに、口腔衛生に必要な物品の取り扱い、取り扱い方法を再確認しマニュアル化していくことが望まれる。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a	病院から入所した方で褥瘡があった利用者に対し、委託医師と連携し、必要な処置内容を申し送りノート、経過をケース記録に記載し、食事量の把握、体位変換等を行い改善した経緯がある。現在は発赤の方もいない状況。褥瘡マニュアルを策定し、今年度から「褥瘡対策に関するケア計画書」を作成している。現在の皮膚状態、過去の既往歴、危険因子等の評価を記載し、部門を横断した、多職種連携を図りながら、予防に力を入れている。今後も継続した取り組みに期待したい。
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
A⑭ 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の体制を確立し、取組を行っている。	a	経管栄養法マニュアルが整備されている。介護職員喀痰吸引等指示書による手順計画書等が作成実施されている。医師、看護師の指導、助言の下、安全管理体制が構築されている。吸引については、職場研修を年間計画として実施されている。職員による資格取得等に取り組み、現在も受講している職員がおり、今後も適切なケアが提供されることが望まれる。

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
評価細目	評価結果	コメント
A⑮ 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。	b	生活動作の機能訓練は機能訓練指導員、看護師が実施している。個別機能訓練で歩行訓練等、日常生活の中で継続して歩行が出来るようにと、施設サービス計画書に記載し実施されている。定期的にカンファレンスを行い多職種共同の下、評価、見直しが行われている。今後はレクリエーション、趣味活動、行事等において、利用者が主体的に訓練を行えるような工夫と取組みに期待したい。
A-3-(6) 認知症ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A⑯ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	利用者一人一人の日常生活能力と生活歴についてアセスメントを実施し、利用者が落ち着ける部屋の環境を自宅に近づけるなど、量対応やベッドの位置、慣れ親しんだ家具を自宅から持ち込むなど、状態に配慮したケアに取り組んでいる。職員は初めの言葉かけを大切に、説得ではなく、納得する方法を意識しながらケアに取り組んでいる。認知症実践者研修、外部研修報告会を復命とし、研修会にも取り組んでいる。今後も継続した取組みに期待したい。
A-3-(7) 急変時の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A⑰ 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。	b	利用者の急変時、緊急時、服薬管理マニュアルが整備されており、協力医療機関、緊急時の連絡体制が介護ステーションに常備されている。利用者の体調変化の対応については、日々の業務の中で、「何かちょっと違うよね」という気付きを大切に、朝のミーティング等で話し合っている。また、職員に対して毎年AEDの研修を受講してもらうことで、応急手当普及員の資格を介護職員は何人が保有している方も居られる。利用者の体調変化に対応した手順が文書化され、職員に周知が図られている。今後は高齢者の健康管理や病氣、薬の効果や副作用等に関する研修の実施に期待したい。
A-3-(8) 終末期の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A⑱ A-3-(8)-① 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	看取りに関する指針が整備され、その都度、見直しも行われている。看取りについては職員研修が実施され、「看取りとは、死にゆく過程における身体の変化について」等、事例を挙げての意見交換が行われ、職員が精神的負担を少しでも軽くできるよう取り組んでいる。日々の状態観察から、医師、看護師と相談し、家族と面談を行い、介護支援専門員が事業所の取り組みを説明し、看取り同意書に署名をもらい看取りプランを作成している。看取りプランは状態に合わせて関係職員が話し合い、その都度見直しされ変更後には家族から同意を得ている。今後も継続した取組みに期待したい。

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
A⑱ 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	施設では家族が定期的に何時でも面会に訪れる雰囲気づくりと、利用者との「つながり」を大切に取り組んでいる。毎月多数の面会者があり、行事などにも家族と連絡をとり、事業所に足を運びやすい体制作りが構築されている。入所後はサービス担当者会議を開催し、家族、本人の意向を確認し、職員と情報交換を行い記録に残している。家族には定期的に利用者の状況を報告し、施設サービス計画書変更時には必ず面会を行い同意を得ている。施設では家族会もあり、施設の取り組みや要望を聞く機会を設けている。今後も継続した取り組みに期待したい。

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
A⑳ 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。	対象外	特別養護老人ホームは対象外項目