

(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 施設・事業所情報

名称：社会福祉法人小越会 特別養護老人ホーム おごしの里	種別：介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
代表者氏名：園長 松田 宏基	定員： 50名 (利用人数) 50名
所在地： 〒949-5331 新潟県長岡市小国町檜沢90番地	
連絡先電話番号： 0258-95-3110	FAX番号： 0258-95-3118
ホームページアドレス	http:// care-net.biz/15/ogoshinosato/index.php
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 5年 4月 1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人小越会	
職員数	常勤職員： 35名 非常勤職員： 14名
専門職員	園長 1名 介護支援専門員 1名
	看護師・准看護師合計 5名 管理栄養士 1名
	生活相談員 1名 医師 1名(非常勤・嘱託医)
	介護福祉士等 20名
施設・設備の概要	(居室数) 1人部屋 2 2人部屋 4 4人部屋 10 (設備等) 機能訓練室(食堂兼) 浴室(特別浴槽、一般浴槽) 静養室 医務室 休憩室

③ 理念・基本方針

<基本理念>

①社会福祉法人小越会は次の3つの精神を基本理念として社会福祉事業に取り組みます。

- 1) 『思いやり』のあるサービスの提供
- 2) 『優しさ』をもったサービスの提供
- 3) 『愛情』のあるサービスの提供

②利用者の人格の尊厳を礎に、利用者本位の福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供いたします。

③安全で安心できるくらしの継続をモットーに、地域福祉の拠点として、そして地域のよりどころとしての機能を十分発揮して住民の期待と信頼にこたえます。

<基本方針>

- 1 「利用者に寄り添う心のケアの実践」
- 2 「利用者の人格と尊厳を守れる人材の育成」
- 3 「法令を遵守し安定した経営基盤を醸成」
- 4 「地域貢献を社会福祉法人の使命と捉え、信頼を高める」

④ 施設・事業所の特徴的な取組

利用者のニーズに沿ったケアサービスの提供と安心して生活できる環境づくりを基本とし、法人基本理念に沿った援助を実施している。特に健康面では医師と密接な連携を図り、異常の早期発見と感染症予防に最新の注意を払っている。

また、利用者の重度化が進む中、認知症ケアの質の向上や看取り介護の充実に努め、内部・外部研修を通じて職員の資質向上の取組みを行っている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月28日(契約日) 平成29年2月18日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(前回、平成21年10月受審)

⑥ 総評

◆ 特に評価の高い点

○第三者評価の継続受審によるサービスの質の向上について

社会福祉法人小越会全体として福祉サービス第三者評価受審による、自ら取り組むサービスの質の向上を目指し、法人全体で計画的に受審事業所を設定し、第三者評価に取り組んでいる。平成21年度に続く2回目の受審であり、前回の第三者評価の透明性を確保し、その結果を活かした「地域の福祉マップ」作製等、評価から見出した課題を前向きに活かした地域の福祉ニーズに基づく事業活動が展開されている。

今年度の事業計画に新たに「地域における公益的な取り組み」として、「地域におけるセーフティーネットとしての機能」「ソーシャルワーク的機能」が広い分野で効果が発揮できる取り組みに着手しており、「地域の福祉マップ」を生かした今後の活動が期待される。

○災害に強い施設作りを目指して

新潟県中越大震災、中越沖地震、集中豪雨などの実際の災害経験から「災害に強い施設」「災害時地域の核になる施設」を目指して日々取り組んでいる。園長自ら経験した過去の災害時の分析や統計を行っており、その当時の経験や地域での支援の様子を発表する機会を得ている。施設内の災害対策委員会では、「避難経路の確認」「避難時協力依頼を含め、地域の方への車椅子操作講習会」を行なうなど、施設が持つ様々な機能を活かして、法人基本理念である「安全で安心出来る暮らしの継続をモットーに、地域福祉の拠点として、また、地域のよりどころとしての機能を十分発揮して住民の期待と信頼にこたえます」を具現化する努力と工夫をしており、「備品、備蓄、マニュアルの見直し」を行なっている。

○利用者の心身の状況に応じた対応ができる施設環境

創立から23年が経過し、建物の老朽化に伴う修繕や介護保険制度の変更等による見直しが必要になっており、利用者の安全と快適な生活環境の整備に向かって常に検討を繰り返している。具体的にはトイレのドア設置、廊下の長椅子の置き場所や小休止出来る場所などの日常的なことから、入浴室の大規模な修繕、高さを調節できる食事用のテーブルや椅子等を利用者に合わせた導入等、利用者の身体状況に応じた環境整備の必要性を確認し、実現できるよう検討している。

○職員間の情報共有について

パソコンネットワークを導入し記録化している。毎朝・夕の申し送り事項や日々の記録は、担当職員、施設内多職種、事務所、複合施設「おごしの里」の介護支援専門員、ショートステイ、デイサービス等へ必要時送付され、何時でも連携と共有できるシステムが構築されている。更には、記録内容や書き方に差異がでないよう、工夫と検討が継続的に図られており、利用者情報の共有化に貢献している。

◆ 改善を求められる点

○中・長期計画策定の必要性について

平成28年度法人小越会の事業計画に「事業目標と取り扱い事項」として、「地域において信頼できる法人としての対応と中期経営計画の策定」の必要性が述べられているが、具体的な活動や数値目標が不明確である現状が窺える。

今後の事業計画の実現に向け、問題解決に向けた組織的な取り組みを進めていく上で、①中・長期計画②中・長期計画に基づく中・長期収支計画③単年度計画、これらの3つの計画が全て策定されていることが大切と思われる。

全組織が共通認識の上で、事業展開を進めていくためにも、①現状からの展望②現状に基づく課題設定、③目標ビジョンの明文化、④組織整備、職員体制、人材育成等の観点を中心に整理された計画書の策定システムの構築が期待される。

○各種規程及びマニュアルの整備について

各種規程及びマニュアル整備を行うにあたっては、「おごしの里」の今までの歴史を大切にしながら、変革したいという流れの中で、標準的な介護の実施方法（マニュアル）整備や見直しの仕組みの確立は必要である。

継続した定期的な見直しを行ない、職員、利用者からの意見や提案を反映させ、形式的なものに留まらず、「誰でも何時でも実践できる現状に即したマニュアル」になるよう常に見直しされていくことが望まれる。

○各種研修への取り組みについて

法人内の各種研修は施設ごとに実施しているが、他の施設の研修にも参加する仕組みがあり、施設内の各委員会が、それぞれに研修計画や企画を立て実施し、職員が参加している現状である。

御承知のとおり、現在の介護の現場では、利用者本位のサービスと質の向上の大切さが問われ、今まで以上に利用者本位の福祉サービスの質の確保と向上のための「研修」が求められることは必須である。勤務している職員からも内容ある研修参加への声は必

然的に上がってくることが予想される。

今後の施設運営の展開を向上させて行くためにも、職員育成の方向性を明確にした上で、計画的に参加出来る体制作りが今まで以上に望まれると共に、利用者サービスに反映させて行かれることを期待したい。

○個別ケアについて

機能回復訓練や介護予防活動は、日常生活の中で自主性を高める支援が行われると共に、必要に応じて見守りや誘導が行われている。昼食前の全身体操等も機能維持に欠かせないメニューになっている。

今後は、法人の専門職による個々の利用者の心身の状況に応じた機能訓練プログラム作成や施設内専門職参加のうえで、評価、見直しを実施されていくことが期待される。

○プライバシーの保護について

トイレ入り口をカーテンからドアにした箇所は、利用者から喜ばれ、利用が集中しているが、トイレ介助時等、男性トイレを女性が利用している現状がある。障がいがあっても、何歳になっても排泄はプライベートな行為で他人に見られたくない、自分で行いたい生活習慣であり、個人の尊厳に関わる大切な領域である。

利用者の感じるプライバシーを理解した上で、羞恥心に配慮した職員の声掛け、誘導の工夫と具体的な取り組みが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H29.2.10)

この度、平成21年度に続き2回目の第三者評価の受審を行いました。1回目の受審後には3ヵ年の中期計画を作成し、課題を抽出した中から改善への取り組みを進めてきました。中期計画を実施した成果がどのように表れてきたかを2回目の受審において確認するとともに、今回の受審結果に基づき新たな課題へ向けた取り組みを計画的に実行していきたいと考えております。

第三者評価の受審により、職員全体にもサービスの質の向上に対する意欲が高まってきています。これを機に更なるサービスの透明性を図り、ご利用される全ての皆様から安心して利用いただける施設づくりを推進して参ります。

第三者評価受審にあたり、ご協力いただきましたご利用者、ご家族の皆様にご心より感謝申し上げます。また、評価機関である県介護福祉士会の調査員の皆様には具体的な評価をいただきありがとうございました。今後の活動に活かしていきたいと思っております。

特別養護老人ホームおごしの里 園長 松田宏基

(H . . .)

(H . . .)

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 】

特別養護老人ホーム おごしの里

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) 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 法人や施設(事業所)の理念が明文化されている。	a	「思いやり」「優しさ」「愛情」のあるサービスの提供を基本理念に掲げ、利用者の人格の尊厳と安全で安心出来る暮らしの継続が出来るよう、また、地域福祉の拠点として、地域の拠り所としての機能を発揮するという法人理念が明示明文化されている。
Ⅰ-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	基本方針は法人理念に基づき、「利用者に寄り添う心のケア」「利用者の人格と尊厳を守る人材の育成」「法令を遵守し安定した経営基盤を醸成」「地域貢献をを社会福祉法人の使命と捉え、信頼を高める」等、事業計画内の文書や広報小越会、パンフレット等に具体的な内容で記載されている。
Ⅰ-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-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	法人理念は施設内（会議室・廊下・食堂）に掲示しており、新人、新任研修にて伝達周知している。職員全員の行動規範として周知されることが、必要な理念や基本方針を継続して、勤務する職員への説明はどのように伝えたのか、また、基本方針をどう達成しているのかを把握する仕組みや取り組みについての記録がない現状が窺える。今後はこうした周知の為に更なる取り組みが期待される。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	法人理念は、利用者、家族が面会時に使用するコーナー等に掲示されている。入所の際に渡している書類やパンフレットにも記載されている。しかし、利用者、家族、成年後見人等への周知の方法としては、家族会等での分かりやすい説明や利用者、家族への理念掲示の字が職員掲示用と同じ大きさだけであるので、文字への工夫、車椅子等での目線の高さなどへの配慮や文字の大きさへの工夫など、今後も、より利用者、家族等が理解できる具体的な周知への取り組みを期待したい。

I-2 事業計画の策定

I-2-(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 中・長期計画が策定されている。	b	現在、法人全体の中・長期計画は策定されておらず、施設も単年度の計画策定のみでの現状である。単年度計画とはいえ、おごしの里が提供しているサービスや改善すべき問題点を明確にし、現状分析が行なわれている。しかし、今後は変わりゆく福祉情勢に対応するため、包括的、且つ具体的な中・長期計画の策定を期待したい。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	中・長期計画は、法人も施設も策定されていない現状ではあるが、園長は単年度の現状把握に基づく、課題設定、組織整備、職員体制づくり等への評価、収支の裏付けとなる分析を行なった経緯があり、今後の中・長期計画作成へ活かされることを期待したい。
I-2-(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-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	昨年度、事業計画の見直し時に、事業計画の実施状況の把握、組織作り、職員育成や考え方など各職種の参画の下、意見の吸い上げや評価が行なわれ、各計画の見直しとなり、今年度の事業計画策定の見直しに繋がった。まだ手順は定まったものではないが、法人の運営理念や収支状況等に基づいて計画策定が行なわれている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	今年度は、職員が事業計画策定に参画しており、毎月行なわれる運営会議での説明や主任以上の会議で説明している。園長は一般職員に理解してもらいやすいような資料作成を考えており、広報誌掲載を始めとした伝える工夫をしている。今後も職員への配布と共に、各職員の事業計画への理解は、目標達成に向けての不可欠であり、継続した取り組みに期待したい。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	広報小越会には園長による本年度事業の取り組み内容を載せ、利用者、家族や地域の人々にも伝わるよう工夫している。今後は利用者、家族懇談会などで、意見交換の機会を設けたり、具体的な事業計画をわかりやすい資料を基に説明されるなど継続的な取り組みに期待したい。

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。	a	法人の組織図や職務分掌規程等で、有事、平時の両面における管理者としての役割が明らかにされている。広報小越会には「園長より」として当年度の事業の考え方や方針を掲載し表明している。
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	園長は多様な「管理者研修」に参加し、法制度を把握してきており、職員への周知を行なっている。法人全体で新人、新任研修が行なわれているが、しかし、「遵守すべき法令のリスト化」への取り組みはまだ行なわれていない現状である。今後は職員がリスト化された資料を何時でも取り出して確認出来る取り組みを期待したい。
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	園長は年度末、人事考課を兼ねた直接面談を全職員と毎年行なっており、職員の声を聞く仕組みが構築されている。働きやすい環境作り、施設内の巡回、定期的に食事の時間を利用者と共にするなど、福祉サービスの質の向上に向けて継続的に取り組んでいる。
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。	a	園長はコストバランスの削減を考えながら、収支計画に基づく現状分析とバランスをみている。また、事務の省力化と共に職員が記録のシステム化で利用者重視の多職種と共有が出来るよう、自ら取り組み始めて3年目になり成果は出てきつつある。

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。	b	小国地域の「いきいき支援事業」に参加し、小国支所や社協との協力の下、高齢化と過疎化傾向にある地域の特徴や変化を把握している。園長自ら地域の話し合いに参加しており、得られたデータが事業計画に生かされ、安定した経営を継続出来ている。今後は中・長期計画に反映されることを期待したい。
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	前年度との変化は会議録に残し、毎月出る数値は定期的に福祉サービスのコスト分析が行なわれている。福祉サービス利用者の推移や利用率の分析等が記入され、データは事業計画に反映している。毎月の運営会議の中でデータ化、数値化され、それらを基に検討したり職員の見解を聞いたりしている。パソコンを開くと園内ネットワークで確認出来るようにしている。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	b	会計事務所（税理士）と契約して、毎月の事業の収支に関する財務状況や相談指導は行なわれているが、財務状況以外の法人の組織運営・事業等の外部監査は行なわれていない。今後、広く法人の外部の専門家によるチェックを通じて法人運営の透明性の確保に資することが望まれる。

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。	a	施設職員の正規職員は介護福祉士又は社会福祉士の有資格者を保有する者で占めており、必要な人材に関する基本的な考え方や、働き方等の工夫で離職率が低下してきている。今後も人員体制の具体的な継続を期待したい。
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。	a	「平成２８年度第１回役付職員考課者研修会」を開催し、マニュアルに基づいた基準の明確化に努めている。また、組織内容を踏まえた「階層別役割責任」で「客観性」「透明性」や「自己目標の報告書の整理」を常勤者、臨時パートに行なっており、仕組みはできている。それぞれ整備しながら行なっている。園長が年１回全職員と直接面談を実施しているが、今後も職員へのフィードバックがなされるよう期待したい。
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。	a	職員の就業状況や意向汲み取りのため、職場環境の把握に努めている。園長は「職員の働き方に対する意識の変化」があると感じ、職員の家族の変化や公休取得数等の変化に注目し、同法人内の異動等を考慮するなど、退職しないよう相談、配慮している。アンケートを安全衛生委員会が実施し、把握した職員の状況に対して、対応できるよう職場環境の改善への取り組みを行なっている。
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	職場内の衛生管理者（看護師）と安全衛生委員会を設置し、職員の健康維持のための取り組みを行なっている。法人の内部研修や腰痛対策にスライディングボードを半年前に購入し取り組んでいる。外部研修への参加、カウンセラーによる研修への参加や希望があれば、毎月１回、巡回訪問する産業医との相談、連携している隣の診療所受診等の体制作りを図っている。今後は相談窓口の見直しを図り、相談しやすい工夫を行なうと共に、相談を受けた後の解決を図る体制作りを整備し、安定した健康維持のための連携が保てるよう期待したい。

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。	a	個人研修計画評価シートを活用している。基本方針のなかに組織が職員に求める基本姿勢が明記され、正職員全員が有資格者である。資格取得を目指す職員には公休や出張扱い等々で配慮をしている。
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。	a	現在、計画段階であるがスキルマトリクスを取り入れ、「施設内高齢介護課研修管理カード」を職員が自分で記入し、個別の研修計画の活用でニーズの分析を行ない、記録化に取り組み始めた。園長は外部研修や法人内研修で職員達が事例を発表する機会を設けるなど、質の向上や職員全体のレベルアップに努めている。
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	研修を修了した職員は報告レポートを作成し提出しているが、研修の報告発表はなく、職員への回覧のみの状況である。法人内の交流研修や外部の良い所を取り入れる工夫をしているが、全職員個別の研修に対して評価、分析はまだ取り組み始めた現状であり、今後が期待される。
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。	b	実習生受け入れマニュアルがあり、実習生受け入れの取り組みが行なわれている。今後は初任者研修、社会福祉士、介護福祉士等の種別に配慮し、効果的な実習が行なわれるようなマニュアルや実習内容について、計画的に学べるプログラムを用意すると共に、介護現場の他職員へ、実習生受け入れに関する意義や方針を会議などで説明することで効果的な実習が行なわれることを期待したい。

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	園長自身が長い間、利用者の安全確保のために役割を担い体制作りに力を注いできた。事故防止対策委員会や担当部署の設置等、緊急時の体制整備、マニュアル等の整備と見直しがなされ、運営委員会の会議の中で話し合いが行なわれている。長岡市が出しているハザードマップや自然災害の種類による対策や定期的な見直し、評価を行なっている。
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。	a	新潟県中越大地震、中越沖地震、集中豪雨等の実際の経験から、「災害に強い施設」「災害時地域の核としての施設」を目指し日々取組んできた。園長は、平成26年10月に「新潟県中越大地震における施設被害状況及び要援護者緊急受け入れ状況」を発表し、「設備面の被害状況、緊急入所の受け入れ状況、地震発生時の記録、復旧支援の状況等」を分析している。施設では災害対策委員会を設け、災害発生時対応マニュアルや、個々の職員へ停電時の発動機の使い方確認やコーナー毎のヘルメット設置や懐中電灯等々の備品、備蓄品等リストを作り管理している。常に利用できる受水槽やライフライン確保、地域の消防団や住民の方との話し合いが行なわれている。避難路の見直しや避難を考えた地域の方への「車椅子講習会」も開催している。
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	災害対策委員会が安全に対する勉強会や研修会、介護機器、備品等の定期的な点検を行っている。「ヒヤリハット」「事故報告書」の分析や検討を行ない利用者の安全確保に努めている。
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	利用者の安全を確保し、安心して生活出来るよう事故発生対応マニュアルをはじめ、各種マニュアルの作成と見直しや研修が定期的に実施されている。園長は災害一斉メールを全職員に発信し、確認を行なうことで迅速な対応が出来る取り組みを行なっている。

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	基本理念に明文化し、事業計画に具体化されている。活用できる社会資源や地域の行事等をマップやポスター等で利用者に周知し参加を促している。施設の駐車場を地元の祭り会場に提供するなど、自然な形で利用者と地域住民が交流できる環境作りに努めている。
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	施設が有する専門的な技術を活かし「出前講座」を定期的実施している。ホームページや広報小越会、おごしだより等で活動を明らかにし、参加を呼び掛けている。生活相談員が窓口となり、介護予防講座、認知症予防講座、介護者教室、介護相談等、多様な支援活動を行っている。時々、園長も参加して災害時等地域の拠点としての役割についても話している。
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。	b	ボランティア受け入れに関する意義、目的は明文化されており、マニュアルも整備されている。ボランティアは高齢化してきており、年々減少気味であるが、「喫茶たんぽぽ」は定期的に地元のボランティアが関わっている。一方、地域貢献活動として地元の中学生在が定期的に体験学習に訪れ、利用者とのふれ合いや、清掃活動等で成果を上げている。今後はボランティア育成に対して、必要な研修を行なうなどの取り組みが、継続して行なわれることを期待したい。
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
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	地域にある様々な機関や団体について、複合施設「おごしの里」の各事業所が協力して作成した「小国地域の高齢者をささえるサービス」はわかり易く、大きく、一枚のマップに作成されている。利用者、家族、職員が見やすい廊下に掲示され、毎年福祉サービスに関する部分を書き換え、最新の情報を記載している。また、「地域交流推進委員」を中心に活動し、出前講座にもこのマップを持参して地域住民に喜ばれている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	地域の関係機関、団体との協働が図られている。隣接診療所の診療項目が変わり、利用者との対応や連携、地域ケア会議での事例検討、長岡市の地域支援事業の一員としての活動などを積極的に行っている。今後もこれらの活動記録の整備を継続されることが望まれる。
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
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	地域の関係機関、団体の主催する会合への参加や、定期的実施している出前講座等で住民のニーズ把握を行っている。また、地域の祭り、施設で実施する祭りや行事等で相談コーナーを設けニーズ把握に努めている。
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。	b	小国地域の福祉ニーズに基づいて事業活動が展開されてきている。他事業として、ショートスティ、デイサービス、訪問介護事業、居宅介護支援事業が併設されている。今年度の事業計画に新たに「地域における公益的な取り組み」として「地域におけるセーフティネットとしての機能」「ソーシャルワーク的機能」が広い分野で発揮できる取り組みに着手したい旨が掲げられており、今後が期待される。今後はさまざまな活動で把握した、ニーズに基づいた具体的な事業や活動の中・長期計画や事業計画に明記されることを期待したい。

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
Ⅲ-1-1 (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。	b	基本理念や倫理綱領に基づき、行動規範にわかり易く明示されている。法人で行う年度初めの新人、新任職員研修と、月1回の研修会の中で「福祉における倫理」「福祉の現場における権利擁護」等をテーマに実施されている。また、内部研修では「身体拘束廃止」や「虐待防止」等について、計画を立て実施することになっている。研修はいずれも希望参加となっているが、今後は全員参加できる体制作りが望まれる。
Ⅲ-1-1 (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。	b	職員の行動規範の中に、基本的知識、姿勢、意識が規程され、マニュアル化されている。施設設備（面会場所、浴室、トイレ等）や生活場面でのプライバシー保護については、意見を出し合い、出来るところから実施されている。今後はあらためてプライバシー保護についてのマニュアルの周知に向けた研修を実施し、全職員の意識の向上を図られることが望まれる。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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。	a	利用者満足度調査を年1回定期的実施している。各部署から委員が集まり、調査結果の分析、それに基づく改善策を検討し、調査結果を廊下に張り出して公表する仕組みが構築されている。調査結果に至るまでの記録も整備されており、多職種間で共通の問題意識をもって改善への取り組みが実施されている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	相談室の設置もあるが、相談希望者の居室で行うこともでき、相談や意見が述べやすいよう配慮している。また、長岡市から派遣された介護相談員により、毎月1回介護相談日を設けて利用者からの相談を受けている。相談日は月初めに分かり易い場所に掲示し、周知に努めている。また、意見箱の設置については今までホールに1ヶ所であったが、もう1ヶ所、玄関先に設置したことで面会者から喜ばれている。
Ⅲ-1-1 (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	重要事項説明書に苦情解決の体制が整備されており、ポスターによる園内掲示やパンフレットで周知に努めている。今年、苦情の申し出のあった事案については、解決を図った検討内容や対応策を利用者、家族にフィードバックされた記録が整備されている。
Ⅲ-1-1 (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	苦情対応マニュアルは整備されており、利用者からの苦情にならない色々な意見や提案等から改善課題を検討し、提供するサービスに繋げられるよう努めている。

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。	a	このたびの「第三者評価」受審は２回目である。法人の事業運営計画書に「提供するサービスの質の向上に向けた取組み」が明示されている。年に１回、サービス向上委員会による自己評価を行い、評価結果の分析検討については各部署共同で行う体制整備が進められている。
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。	b	運営会議で自己評価や第三者評価等の結果の分析検討を行い、振り返りをするなど、改善すべき課題の協議がなされている。しかし組織としての分析するシステムや手順が明確にされていない現状が感じられる。今後は、多職種、担当職員、などで行なわれた評価結果の共有化や明らかになった課題について、組織として職員参画の下で、改善策や改善実施計画を策定すると共に、必要に応じて計画の見直しと検討の過程についての記録の整備が望まれる。
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。	b	基本的なサービスのマニュアルは整備されているが、全ての職員がそのことを理解し実施されているか確認する話し合いがもたれていない現状がある。今後はマニュアルがいつでも閲覧でき、全職員が統一したサービスの提供に向けた仕組み作りが期待される。
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	資料の平成２４年度の中期計画実施報告書に、基本的サービスの各種マニュアルの整備見直しと、効果的な周知、活用の仕組みの構築について検討委員会が設置されているが、その後の実施状況がまとめられておらず、見直しの方法や時期等が不明確である。今後は定期的な検証と、必要な見直しを組織的に行う仕組み作りの構築が期待される。
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	平成２６年度より実施状況の記録について、手書きから徐々にタブレット端末を利用した記録作成への切り替えを行っている。記録内容に差異が生じないよう指導を行い、長期的に業務の省力化に繋がりたいと考えている。
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	法人文書管理規定及び個人情報に関するマニュアルに、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程が定められている。利用者、家族には個人情報保護と情報開示の観点から利用前に丁寧に説明している。職員には内部研修で記録管理について指導が行われている。
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	パソコンのネットワークシステムを活用して、効率的に情報の共有が図れるよう徐々に体制の確立がされてきている。朝、夕の申し送りには多職種合同で情報の共有が図られ、休み明けの職員や遅出職員が出勤したら、まずパソコン画面を確認することが決められている。今後、さらに確認チェック等の方法も取り入れていきたいと考えている。

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	法人のホームページで各事業所の詳しい内容が閲覧できるようになっている。施設のパンフレットには基本理念の明示と共に、サービスの内容が写真を活用して見やすく工夫されている。パンフレットは見学者や介護支援専門員が地域に向く際の情報提供に活用されている。地域の関係機関にも配布されている。
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。	b	介護老人福祉施設サービス契約書や重要事項説明書を使って詳しく説明して同意を得ている。契約の同意にあたっては、場合によっては利用者の自宅に何回も出向き、利用者、家族の十分な理解を得るように努めている。今後は利用者の同意を得られるまでの過程の記録を残すことが望まれる。
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	過去において施設の変更や家庭への移行の事例はないが、契約書に退所時の援助が明示されている。また、重要事項説明書の中に相談及び援助の相談窓口の設置も明示されている。今後は多様な事態に対応するため引き継ぎや申し送りの手順、文書の内容等も検討することが望まれる。

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	利用者の心身の状況や日常生活の状況等を統一した様式によって把握し記録されている。アセスメントの見直しは年1回行っているが、容態の変化等に応じて随時見直しも行っている。サービス担当者会議で部門横断でアセスメントに関する協議が行われている。利用者、家族の具体的なニーズや意向も把握して明示している。
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	福祉サービス実施計画の策定の責任者は介護支援専門員である。策定に当たっては部門横断のサービス担当者会議を開催して検討すると共に、計画通り実施されているか確認する仕組みが構築されている。個別の介助方法、手順が必要な利用者については記録を作成している。全ての福祉サービス実施計画は、全部署に回覧し確認の捺印がされている。
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	定期的なサービス担当者会議で福祉サービス実施計画の評価、見直しを行う仕組みがある。担当職員が毎月モニタリングを行い、利用者の意向等を介護支援専門員が取りまとめている。見直しによって変更した内容は、毎日朝、夕の申し送り時やパソコンネットワークを使い、情報の共有化が図られている。緊急に変更する場合の仕組みも整備されている。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

A-1-1 (1) 支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-1 (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	日常生活の基本である食事、排泄、入浴については、本人の意向に添えるよう努めている。生活のメリハリ付けになるよう利用者の着替え、整容等を支援したり、利用者の体力や心身の状況に応じた離床時間等に配慮している。フリーの時間が多い日曜日は、簡単にやれる身体を動かすことやメイキング、ぬり絵、計算問題等、できるだけ多くの利用者の日中活動が広がるよう工夫している。月1回の「喫茶たんぼぼ」は、地域ボランティアとの交流もあり、利用者にとっては楽しみの日になっている。
A-1-1 (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	評価対象外項目
A-1-1 (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。	b	難聴で会話が困難な人には、ホワイトボードやメモで筆談する等、利用者一人ひとりに応じた工夫がされている。また、利用者の表情、身振り、姿勢、動作等から気持ちを読み取って日常のケアに活かせるよう努めている。今後は更に利用者が安心して落ち着いた生活が送れるように、利用者の尊厳の尊重や言葉づかいや接遇等について継続的な研修が行われることが期待される。
A-1-1 (2) 利用者の権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-1 (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	倫理綱領及び行動規範に全職員が認識するための具体策が明示されている。年1回読み合わせを行っているとのことであるが、今後は、利用者の権利擁護のため定期的に人権擁護に係る研修会等を実施するとともに、不適切な行為が行われないよう、職員の相互チェック等の仕組みの構築が望まれる。
A-1-1 (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。	b	身体拘束の廃止について、方針、役割が明文化されている。マニュアル及び緊急時の同意書は整備されているが現在該当する利用者はおられない。代替方法として低床マット、センサーマット等で対応している。今年度から新たに身体拘束廃止及び虐待防止係を作り、勉強会や身体拘束をしない意識啓発の徹底に向けて、今まで以上に取り組む体制作りが始まったところであり今後に期待したい。
A-1-1 (2) -③ 認知症高齢者への対応は、利用者の個別状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	b	認知症対応マニュアルは整備されている。利用者の半数が認知症高齢者であり、利用者一人ひとりの状況を把握した上で、それぞれに適したケアが行われるよう支援内容を検討して対応している。また、本人の残存機能を考慮しながら洗濯量等、自らの力を発揮できるよう支援している。認知症係が活動計画を立て、毎月勉強会が実施されているが、全職員が参加して認知症の医療、ケア等について最新の知識、情報が得られるよう一段の努力工夫が望まれる。
A-1-1 (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	共有スペースでは混乱なく安心して過ごせるよう職員の目の届く小ホールに誘導している。そこには家族会寄贈の観音像が安置され、ボランティアによる手作り作品等が飾られており、心落ち着く場所になるよう工夫されている。居室の入り口は色で識別された暖簾の活用等工夫がなされている。同室者の組み合わせには適宜配慮を行っている。ベッドの周囲には思い出の写真や好みの物を飾る等、利用者が落ち着く環境になるよう配慮している。
A-1-1 (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	制度についての情報は、社会福祉協議会のパンフレットを玄関に置くと共に、必要に応じて利用者、家族に情報提供を行っている。現在、遠方の身元引受人からの要望により、日常生活自立支援事業を活用している利用者が1名おり、関係機関との繋ぎ役としての支援を行っている。

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	サービス担当者会議で、利用者個々の意向や残存能力を考慮しながら、少しでも自立した生活が行えるよう支援している。一例として発語を導き出すコミュニケーションのとり方を工夫し、成果をあげた事例がある。今後は利用者の支援にあたって、今まで以上に職員間の連携を図られることが期待される。
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。	b	預かり金管理規定が定められている。生活相談員が窓口となり、希望する利用者、家族と同意書を交わし、毎月点検し、四半期毎に家族に「収支状況報告受領確認書」を送り確認し捺印してもらっている。今後は金銭の自己管理ができる方への保管場所確保等による安全対策が期待される。

A-2 日常生活支援

A-2-2 (1) 食事		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-2 (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	入所時から、毎月、利用者の心身の状況や嗜好を栄養スクリーニング、アセスメント、モニタリングを行い、栄養ケア計画が作成されている。食事の形態は、普通食、極きざみ食、ミキサー食、高カロリー等で発熱、歯痛等の突発的な状況にも対応し、個々に適した食事形態を提供している。いつもと違うメニューを楽しむ「お楽しみ給食」や「晩酌の日」を設けたり、食事時には、食堂に出向き利用者の健康状態や食に関する意向の把握に努めている。管理栄養士は朝の申し送り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る。今後、全利用者を対象とした嗜好調査や分析を行い、より一層利用者に喜ばれる食事提供が期待される。
A-2-2 (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。	b	食事の献立は1週間ずつ提供され季節感があり、利用者の希望や好みを献立に反映させるよう努めている。食事のメニューは、利用者にも分かりやすく大きな白板に絵入りで掲示され、大ホールでの食事ではテレビを消し軽快な音楽が流れている。落ち着いて美味しく食べることができるようテーブルメイトの配置やキャスター付きのテーブル活用等配慮されているが、利用者の状況に応じたテーブル、椅子の高さに関しては、職員で話し合い取り組んでいる最中である。さらに、温冷配膳車や保温食器の導入により、適温の食事提供に向けての工夫が期待される。
A-2-2 (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。	b	ケアプランの下で希望者は施設の食事用エプロンを使用し、自力で食事摂取できるよう職員による見守りの支援が行われている。本人に合ったグリップ付きの自助具を使用し、自分のペースでゆっくり食事を楽しんでもらえるよう急がせない環境を整えている。口腔ケアは、利用者にとって適切な高さでない洗面所と、各居室では床が濡れて転倒の危険があるため、食後座ったまま用意された口腔ケアセットで義歯などの清潔を図っている現状である。今後、専門医の助言、指導を受けて、口腔状態および嚥下機能の定期的なチェック体制を期待したい。
A-2-2 (2) 入浴		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-2 (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	浴室は特別浴槽の寝台浴と一般浴槽に分かれている。入浴の介助支援書と入浴の手順書がマニュアルとなっており、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る。入浴前のバイタルチェックが徹底され、必要に応じて看護スタッフ等に連絡、相談し利用者の安全に繋がっている。入浴を拒否する方には、職員を代えての声かけを継続したり、体調変化等、問題のある利用者の心身の状況を把握し、個別に対応されている。入浴後は個々に必要なスキンケアも行っている。
A-2-2 (2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	入浴の時間帯や入浴回数等の希望に沿うことは難しく、職員側で決定していることが多い。必要に応じ失禁や発汗時は清拭で対応している。また、毎年、地域の方から季節のゆずをいただき、「ゆず湯」を利用者と楽しんでいる。以前には個々のシャンプー利用の希望を尊重して対応した経験はあるが、現在希望者はおられない。今後は、意向確認や入浴方法の協議等により、利用者の希望が尊重されるよう期待したい。
A-2-2 (2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	b	入浴の掃除消毒や定期的な水質検査により、清潔な環境は整備されているが、浴室は広く、冷暖房設備面において冬期間は早くから大型ストーブを使用した保温で工夫している。今後、入浴室の大規模な修繕が予定されており、施設の入浴・衛生係とともに入浴室の整備、安全面や衛生面での見直しと利用者の快適性を配慮した環境の取り組みに期待したい。

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	利用者個々の排泄支援方法については、ケアプランに位置づけ、毎日の巡回チェック表に記録されている。施設内の排泄係は利用者の心身の状況や意向を踏まえ、自然な排泄を促す支援の検討や排泄用具の準備などを担当している。排泄介助のマニュアルが用意され、交換を行う際には、皮膚の観察を行い、こまめに清潔の保持と褥瘡予防に努めている。
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。	b	自立した排泄ができるよう、おむつに頼らずポータブルトイレを使用し排泄の支援を行っている。昨年、紙おむつの形状、種類等の見直しを行い、利用者の状態に合わせた適切な物品を採用している。トイレ介助時、男性用トイレを女性が日常的に利用している現状がみられる。利用者の尊厳や羞恥心に配慮しプライバシー保護を考慮した具体的な支援方法が望まれる。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	トイレの衛生は補助員、障がい者雇用の方が担当し定期的に行われている。プライバシー保護からトイレ入口をカーテンからドアに変更した箇所に利用者が集中しており、羞恥心に配慮された環境作りが必要である。今後は継続したトイレの清潔保持に向けて、チェック表を作成し活用されることを期待したい。
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	利用者の主体性を尊重し、個性や好みを踏まえて着替えの衣類は、可能な限り自分で選択してもらう等、ケアプランに着替えの支援を位置づけて必要な支援が行われている。また、衣類の購入は家族の協力と共に、必要があれば買い物支援で購入し、連絡を取り適切な支援が行われている。汚れや破損が生じた場合には、担当職員が速やかに対応し、必要において面会時、家族に説明し適切な支援が行われている。就寝時及び起床時の着替えの支援は、個別の希望を聞き取り、支援する上での情報の共有が図られている。
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	地域の理髪店から利用者の希望人数を確認し、必要な理容師が第4月曜日来所している。以前は毛染めの希望者がいたが現在の希望者はおられない。馴染みの理髪店利用希望者は、家族が送迎し対応している。職員は日常的な関わりの中で、身だしなみに注意をし、2ヶ月に1回、お化粧のメイク余暇を実施し喜ばれている。今後も理容・美容に関する資料や情報を用意する支援が期待される。
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。	b	利用者の睡眠リズムの乱れや不眠に応じて、職員は利用者の話を聞いたり、共有スペースで休んでもらうように対応することで、安眠できるよう対応している。寝室やベッド周辺の光と音については、個別に要望を聞いたり居室の環境を考慮しながら対応している。また、寝具は希望に応じて、自由に持参可能であり、安眠できるように配慮されている。現在、1時間毎の夜間巡視が行われている。今後、夜間就寝中の対応に関する睡眠のマニュアルを整備し、個別支援を含めた不眠者への対応マニュアルの策定を期待したい。

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。	b	日常生活の中に毎日昼食前に体操を継続して行い、健康の維持・増進に努めるプログラムが用意されている。入浴前のバイタルチェックや日々の利用者の健康管理に加え、年1回利用者の健康診断が行われている。利用者の食事摂取の状況や排泄状況等は毎日チェックされ、いつもと違う状態の時は看護師に報告される等、健康管理への連携は図られている。さらに、医師と密接な連携を図り、異常の早期発見と感染症予防に細心の注意を払っている。今後は職員に対して、薬の効果や副作用等に関する研修を加えた継続した取り組みが期待される。
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	協力病院である隣接の診療所と日常的に連携を図り、必要時にいつでも指示が仰げるように体制が構築されている。職員は利用者の体調変化や異変の兆候に早く気付けるように、日頃から「顔をよくみる」「反応をよくみる」ことにしている。カンファレンス時は利用者の身体状況の情報交換を行い、日々の健康管理の把握は適切に行われている。
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	特別養護老人ホームとショートステイに分けられた、施設付きで転倒した場合に薬が散乱しない台車を使用している。看護師を中心に、朝昼夕、睡眠薬等の色分けがなされ、印字も大きく間違いが起こらないよう工夫されている。粉末は消毒、殺菌された配薬カップに入れ、確実に飲んでもらうよう目の前で確認をしている。マニュアルは利用者の内服薬、外用薬等の管理体制、薬物使用に係るリスクについても整備されている。また、遅番勤務の看護師は夕食後の配薬を確実に行われている。
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、日常の生活支援を行う中で注意し意識することで、褥瘡の予防に繋がっている。看護師と連携を深め利用者の心身の状況に応じた体位変換や皮膚の観察を行い、洗浄したり、薬を塗布しながら細やかに対応している。食事面から高カロリー一食の提供と耐圧分散のマットレスを使用し、予防に取り組んでいる。
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	入退院時における取り扱い等、契約時に説明し同意を得ており、利用者の状況を把握しながらベッドを優先的に確保している。入院中の状態観察や医療機関からの情報収集も行われている。
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	感染症対策委員会が設置され、感染症の予防や対策に関して多職種で連携し、速やかに対応されている。「手洗い方法」について、内部研修で職員に周知され実行継続できるように取り組まれている。感染症発症時の対応は利用者、職員、家族と分けし、感染症の状態（レベル1から4）に応じて適切な対応がとりやすいようにしている。また、職員に対して、インフルエンザ等、必要な予防接種の費用を負担し、職員が感染の媒体にならないよう健康管理に配慮している。
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、殺菌に関するマニュアルが整備され、調理担当者と管理栄養士が連携し、衛生管理は適切に行われている。調理担当者の衣服や履物、また、手洗い場等、衛生面に配慮されている。保存食および原材料は消費期限をチェックし、利用者へは美味しく食べやすいように調理担当者と検討し、提供されている。厨房内の清掃や調理器具・食器類の殺菌、消毒は毎日行われ、記録チェックが実施されている。

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。	b	利用者の心身の状況に応じた機能回復訓練や介護予防活動の取り組みに対しては、専門職の助言、指導を受けることや、機能訓練に対する計画書が策定されていない現状である。しかし、日常生活行為の中で自立支援が行われており、残存能力の維持を保ちつつ機能回復訓練のあり方を施設全体で考え、対応していくという方向性をもっている。今後、同法人の専門職から個別プログラムの必要な方に機能回復訓練や介護予防活動を看護師と連携し、看護と介護が見守って繋げていけることを期待したい。
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。	b	移乗方法について、多職種連携によりその方に合った介助を行っている。自分のペースで移動したいという思いを大切に、介護者は待つ姿勢で適切な声掛けに努めている。また、スライディングボードを導入したり、歩行器の付き添い時など、周りの利用者の安全にも配慮されている。車椅子等の点検は居室担当者が責任をもって実施している。今後、利用者の快適性や安全性を確保できる福祉用具の活用検討や他専門職による助言・指導の場が設けられることを期待したい。
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。	b	広報小越会を通して、定期的に行事やボランティア、施設訪問等が紹介されている。個々の利用者の希望を活かしながら、習字、生花や大人のぬりえ、間違いさがし等を行い、作品は壁面で観賞してもらえるよう配慮されている。利用者懇談会で家族から外出支援の要望があり、小人数で利用者が買い物ツアー等に出掛ける回数を増やす取り組みを行っている。今後は更なる知識・技術向上に向けて研修会参加での情報収集されたものが活かされ、利用者の意向を伺う仕組みを作ることで多彩なメニューに反映されるよう期待したい。
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	新聞は新潟日報と朝日新聞の2紙をデイルームに備えてあり、自由に閲覧できる環境になっている。テレビやラジオ等を個人で所有でき、利用者の意思や希望が尊重され、その意思や希望に沿って利用できるように配慮されている。テレビ等、共同利用のトラブルは見られない。
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	施設内は禁煙であり、現在は喫煙される利用者はおられない。また、月1回、「晚酌の日」を設け、食事以外に1品として、ノンアルコールまたは全員がジュース等、好みの希望するものが飲めることで満足に繋がるよう工夫している。利用者の健康上の影響等に留意した上で対応している。

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。	b	送迎車両に対する法定点検、損害保険への加入等は適切に行われており、送迎に関するマニュアルも整備されている。運行管理簿には安全に伴う点検項目が定められ、送迎業務は必ず2名体制で行われている。特に降雪期の運転には細心の注意を払い、安全運転に努めている。今後は定期的な清掃を行い、快適性への配慮に期待したい。
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	見守りをしながら急な嘔吐にも対応できるように、マスク等必要物品が準備され、予測できる事態に備えている。乗降時の安全確保も徹底され、車椅子の固定、リフト操作、乗降時の見守りや付き添いも利用者の様子を観察し、変化を見逃さないように心掛けている。
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。	b	緊急時の対応マニュアルが整備され、送迎時の緊急対応が明記されている。今後は不測の事態に備えて、送迎担当職員以外でも車両を操作することも予測して、送迎マニュアルに基づいた訓練を実施し、全体での安全対策が講じられることを期待したい。
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	評価対象外項目
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。	b	入口玄関の廊下、天井には、「笑顔であいさつ心でケア、今日もあしたも、がんばりまっしょい」と地域の方言で書かれた垂幕があり、利用者にとって快適で寛いで過ごせる環境整備を心掛けていることが、訪問者や職員全員に周知されている。食堂では、温度、湿度計が設置され、その日の状態に合わせて、加湿器等で職員が調節し、快適に過ごすよう配慮されている。広い廊下には、障害物はなく、適切な2段の手すりや照明が柔らかく、木の内装が落ち着いた雰囲気となっている。設備点検は委員会で定期的にチェックされ、改善や修繕の必要な箇所は、快適性や安全を維持できるよう検討され取り組まれている。今後、利用者個々に合わせたテーブル、椅子等の配置の工夫に期待したい。

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。	b	おこしだよりを3ヶ月に1回、家族向けの近況報告を担当者等、各専門職がご便りとして伝えている。各行事等については家族に日程等を案内し参加を呼びかけており、家族の面会しやすい環境作りは構築されている。定期的に家族会が行われ、家族との話し合いの場が持たれており、情報の共有に取り組まれている。今後、利用者の家族が宿泊できるようなスペースの設備検討を期待したい。
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、外泊支援マニュアルが整備され、目的、担当者、手順、送迎車両、特記事項と急な申し出にも利用者の体調を見て、柔軟な対応が行われている。利用者及び家族は「外泊・外出届書」を提出し、施設側は「外泊・外出連絡票」を記入し、利用者や家族の希望に応じてられるよう配慮している。外出は地域のイベント情報を収集したり、共有スペースにポスターを貼り提供されている。
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。	b	ターミナルケアの対応の手順を確立しており、「看取りに関する方針おごしの里マニュアル」が作成されている。27年度後期には「看取り介護の意向確認書」を行い看護介護計画書がスタートする予定である。現在、書類の整備は出来ているが、隣接の診療体制が変わり、話し合いの継続中である。職員は終末期の介護について、「死生観」についての研修を実施しながら利用者や家族の希望に沿った終末期の介護が行えるよう、体制の整備に力を入れている。
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	評価対象外項目