

(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 上越老人福祉協会 特別養護老人ホーム 新光園	種別：介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
代表者氏名：特別養護老人ホーム 新光園 園長 村松 勝弘	定員：76名 (利用人数) 76名
所在地：〒943-0804 新潟県上越市新光町3丁目10番31号	
連絡先電話番号：025-545-1531	FAX番号：025-545-2145
ホームページアドレス	<a href="http://www.inaho-s-net.com">http://www.inaho-s-net.com</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 平成 8年 5月27日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人上越老人福祉協会	
職員数	常勤職員： 46名 非常勤職員： 16名
専門職員	施設長 1名 介護支援専門員 1名
	看護師・准看護師合計 7名 管理栄養士 1名
	生活相談員 1名 医師 1名(非常勤・ <b>嘱託医</b> )
	介護福祉士等 29名
施設・設備の概要	(居室数) 29室 (設備等) 食堂 2室 機能訓練室 1室 機械浴室 1室 一般浴室 1室

### ③ 理念・基本方針

#### 【経営理念】

1. 利用者ニーズに適応した高品質なサービス提供
2. 地域ニーズに適応した事業の展開
3. 安定的・継続的そして透明性の高い事業経営
4. スキルの高い職員と強固な事業組織

#### 【職員行動規範】

- ① 私たちは、ご利用者の皆様がその人らしく安全、安心に生活されることを支援します。
- ② 私たちは、ご利用者の皆様がその有する能力に応じて自立した生活をされることを支援します。
- ③ 私たちは、ご利用者の皆様の人間性を尊重しやさしい言葉と行動をとります。
- ④ 私たちは、ご利用者の皆様に対して、身体拘束や行動制限はしません。
- ⑤ 私たちは、ご利用者の皆様と悲しみや喜びを共にし、仕事に夢と誇りを持って自己研鑽に励みます。

#### 【基本方針】

- 利用者本位の自立支援 利用者がその有する心身の力を発揮し、気兼ねなく自らの生活を選択・決定できるサービスを提供します。
- 地域とともにある施設 利用者が地域社会の一員として生活でき、また地域福祉の拠り所として地域に認められる施設を目指します。
- 信頼と安心のある生活 利用者が施設職員を自らの生活の援助者として信頼し、安心して生活できる施設を目指します。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ①部門横断での利用者支援が行われており、各職種が専門的観点での情報提供・共有がなされている。特に、レクリエーションと機能訓練を兼ねた「ピラティス」の実施等、生活における活動性の担保も含めた、多様な取り組みや工夫がなされている。
- ②職員の働きやすい職場環境作りに向けて、時間外勤務の実情把握やメンタルヘルスチェックを月単位で継続して実施し、各種会議において現状把握と分析が行われている。
- ③各種資格取得が積極的に推奨され、特に法人独自の取り組みとして、法人が運営する准看護学校入学希望者には、雇用関係を継続した上で学費を全額補助し、働きながら学ぶ仕組みとして法人全体でのバックアップ体制も構築されている。
- ④介護力向上委員会にて、4つの基本ケアを「水分」「食事」「排便」「運動（歩行）」と区分けし、更にはケアにおける基本方針を、①利用者本位自立支援、②地域と共にある施設にある施設、③信頼と安心のある生活としている。部門横断で得た利用者情報は、詳細にアセスメントに記載され、利用者の意思や選択を尊重しながら、利用者個々の生活スタイルの工夫に努めている。

## ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 5月19日（契約日） 平成30年 3月 9日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成24年度）

## ⑥ 総評

### ◆ 特に評価の高い点

#### ○利用者支援における各種体制整備と仕組み作りについて

各種マニュアルが整備されており、介護マニュアルは基本手順・統一事項を各サービス場面ごとに作成している。この介護マニュアルは、平成18年に作成後、平成26年に一部修正、平成29年に全体の見直しが行われており、改定に係る記録も作成されている。各種マニュアルの見直しは必要に応じて随時行われ、リーダーを中心にスタッフ会議にて検討する仕組みとなっている。

また、役職者を中心としたサービス管理委員会が設置され、サービスの現状分析及び改善に向けた検討や実践が行われている。継続した第三者評価受審がなされ、法人としての事業運営の透明性を担保する姿勢や、常に前進する姿勢が明確となっている。

多様な組織体制の整備、規程やマニュアルの整備がなされ、研修体系の構築と共に、仕組みとしての構築に向けて取り組みがなされている。また、職員が日々の中で気付いた事項を文章化し、冊子として職員に提示することで、自らの取り組みや関わりの中で生まれる「気づき」の重要性から、利用者主体の支援のあり方を見つめる取り組みも行われている。効果が継続して見出され、実情に即した運用が今後も継続して行われていくことを期待したい。

#### ○部門横断での多様な利用者支援の実践に向けて

利用者支援における、部門横断での多職種協働・連携に努めており、多様な取り組みが実践されている。実際の取り組みとして、以下の点が挙げられる。

- ①介護力向上において、「誤嚥性肺炎の減少」に向けた「食事提供のあり方」に着目している。多職種連携により、部門横断で利用者の食事姿勢の検討や、食事内容の確認を行うことで、誤嚥が減少し肺炎での入院も減少するという大きな成果が出始めている。また、月1回の歯科往診と歯科衛生士による介護職員への口腔ケア指導を実施する等、多様で多面的な視点で食事のあり方を検討している。
- ②食事における、利用者個々に応じたテーブルの高さへの配慮や、車椅子から肘付き椅子への座り直し、作業療法士によるポジショニング指導、傾き・後屈等の状態に応じたクッションの活用、足が浮く方への足台使用、掛け物の有効活用等、幅広い工夫を通し、利用者一人ひとりの食事姿勢に対する配慮がなされている。
- ③利用者個々の自立度に応じた排泄介助の実践に向け、出来る限りトイレでの排泄を目指した取り組みがなされている。具体的には、折りたたみバーの導入や座位保持の検討、ペーパーホルダーの位置を利用者が使い易い高さへ工夫する等の取り組みが行われており、利用者の自立に向けた排泄支援へと繋がられている。
- ④作業療法士を中心に、部門横断で利用者の心身状況の把握に努めている。利用者

の生活動作や座位保持、ポジショニング、適切な福祉用具の使用、機能訓練、趣味等も含めた、日々の楽しみやレクリエーション・管理栄養士と共働で実施されているピラティス等、多様な生活動作と機能訓練を自然に組み合わせ、個別プログラムを策定し実施している。

こうした取り組みを通し、多職種協働で部門横断での利用者支援を心掛けており、食事～運動～排泄～生活の快適性へと繋がる体制となっている。各専門職が連携し、多様な実践がなされており、事業所独自の多面的な利用者支援が行われている。

### ○働きやすい職場環境作りと事業所の現状分析に向けて

超過勤務実態調査会議を通じた、職員の就業状況・勤務実態の把握や、各フロア単位で毎月行われているメンタルヘルスチェックシートを用いた、職員の就業における心身状況の現状を、客観的に捉える取り組みが行われている。また、施設長と介護主任が共に職場環境の現状分析も行っており、職員体制配置チェックも行われている。ストレスチェックと併せた、独自での多様な手法を用いた実態把握・改善への取り組みがなされており、組織として職員の働きやすさを検討・着手している段階である。

また、外部委託でコンサルティングを導入し、経営面から人事管理までを含めた、内部分析と外部分析の両面から現状分析を行うことで、客観的な実態把握に努めている。組織として多面的に現状を把握するよう心掛けており、今後も継続した取り組みがなされることを期待すると共に、これらの実情把握において、職員の声・職員参画での取り組み方法を、実態に即して柔軟に変化・運用し、働きやすい職場環境作りが定着していくことを期待したい。

### ○研修体系の構築とスキルアップに向けたバックアップ体制の構築に向けて

各種資格取得を積極的に推奨しており、介護力向上研修や認知症ケア関連の研修等にもより多くの職員が受講出来るよう、費用補助制度等も設けられている。特に、介護福祉士国家資格取得は、正規職員登用の要件とされ、意識的に目標への動機付けがなされる仕組みとなっている。また、法人独自の取り組みとして、法人が運営する准看護学校入学希望者には、雇用関係を継続した上で学費を全額補助し、働きながら学ぶ仕組みとして法人全体でのバックアップ体制も構築されている。

法人全体で、階層別・段階別の研修体系を設けており、入職時から継続して学び、スキルアップ出来る体制整備が構築されている。今後も、多様な方法での人材育成に着目し、職員が目的意識を持ち、更には向上心を持ちながら勤務出来る体制が継続して構築されていくことを期待したい。

## ◆ 改善を求められる点

### ○安全で快適な生活空間・作業動線の確保に向けて

施設内巡視を毎月実施し、見出された改善点は対策を講じると共に、検討事項が記録化されている。ベッドのブレーキ点検を年1～2回程度実施し、その他備品についても職員より不具合の報告が発生した際は、迅速な対応に努めている。また、週刊誌の設置等により、利用者が余暇時間として活用出来る環境整備にも努めているが、事業所全体として物品が乱雑

になっている現状が見受けられている。

具体的な改善点として、以下の事項が挙げられる。

- ①備蓄品が倉庫の奥に乱雑に保管されており、非常災害時に迅速な運搬が図れるよう、見出しを付けた上で運搬にも配慮した保管方法の検討が必要である。
- ②スタッフルームにおける書類保管整理が、乱雑に保管されている現状である。各種記録は、パソコンのネットワークシステムと並行して、職員が常に確認し活用するものであり、どのように整理・保管するのか再考が必要である。
- ③利用者の共用スペースにおける物品整理及び動線確保が、これまでの慣習における配置であり、雑然と放置された物品が多数見受けられている。利用者の安全で快適な生活環境の確保に向けて、事業所全体での整理整頓が必要である。

今後はこれらの取り組みを通して「環境整備」を改めて見直し、利用者の快適性と安全性の確保を兼ねた環境整備に向けて、動線の確保や視覚で認識される整理整頓、物品の取り出しやすさに配慮した物品整理等について、職員参画で事業所全体として再検討されることを期待したい。

### ○各種計画・運営に係る職員理解に向けて

事業計画や基本方針等は、年度末の職員会議で施設長より説明がなされ、欠席者にはフロアミーティングを活用した説明がなされている。実践に向けたサービススケジュールに基づき、運営会議を通した毎月の振り返りにより、課題抽出に基づく次の目標設定を行いながら事業所全体での周知に向けた取り組みがなされている。

しかし、職員の理解状況に大きな乖離が生じており、管理者層が捉える「周知している」「理解しているだろう」という現状との差異が生じている。超過勤務解消に向けた、会議開催時間を勤務時間内へシフトすることと逆行し、事業運営の根幹である各種計画事項が、職員への理解や浸透が図れない現状として課題となっている。

今後は、説明方法が実情に即しているのかを再度見直した上で、「周知」と「理解」に向けた観点での継続した取り組みがなされることを期待したい。

### ○第三者評価受審を受けたサービスの質の向上に向けて

特別養護老人ホーム新光園は、平成24年度に福祉サービス第三者評価を受審され、今回が2度目の第三者評価受審となっている。法人全体で継続した受審を通し、自らが提供する福祉サービスの現状把握と、サービスの質の担保、更には事業運営の透明性の担保にも繋げることを目的に、計画的に受審が行われている。

しかし、福祉サービス第三者評価は、受審後の評価結果を活用した取り組みが最も重要となる。自らが提供するサービスの「強み」・「弱み」・「向上すべき事項」・「改善事項」が明確化され、自己評価と併せて見出した項目に、計画的且つ段階的に取り組みがなされる必要があるとされる。

前回の評価結果が、今回の評価受審に向けた活用となっており、受審までの5年間に計画的な形での取り組みには至っていない現状であった。結果として、職員の理解状況に乖離が生じたままの現状にも繋がっており、事業所として取り組むべき体制整備の中で目指すべき姿に福祉サービス第三者評価が有効に活用されていない現状にもなっている。

外部委託でコンサルティングを導入し、事業運営から現状までの分析・アドバイスが受けられる体制も整備されたことから、今回の福祉サービス第三者評価受審結果を有効に活用し、計画的・段階的、更には継続的で実践可能な形でのステップアップに向けた取り組みが

なされていくことを期待したい。

### ○情報共有と電子システムの有効活用の両立に向けて

介護システムやパソコンのネットワークシステムを活用した情報共有により、いつでも職員が情報を閲覧・確認出来、且つペーパーレスでの情報共有が可能な仕組みとなっている。各種マニュアル等もシステム内で確認出来、必要時に速やかな確認を随時行うことが可能となっている。

しかし、これらの電子システムの活用は、入力・保存された情報が、実際に確認・活用されているかを確認する仕組みには至っておらず、現状として職員の理解状況には大きな乖離が生じている。日々更新される多様な情報は、パソコンに入力することに意義があるのではなく、その情報を利用者支援に共有・活用出来るよう、確実に職員に伝達・周知されることが重要となる。申し送り等は口頭報告とノートも併用で活用されているが、多様な情報が整理して保管されておらず、点在していることに加えて、確認する仕組みが徹底されていない状態であり、本来の目的が活かされていない現状を生み出している。

今後は、職員が部門横断で各種情報を共有・確認するための仕組みが、実状を踏まえて構築され、職員が確実に確認するにはどうすべきかを、現場の職員参画で工夫・検討・実施されることを期待したい。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H30.3.14)

平成24年度に続き2回目の受審をしました。介護福祉士会様からのきめ細かなヒアリングと的確な助言をいただき、現在の課題が明らかになり納得の評価結果であると実感しています。

課題は多々ありますが、事前説明会から結果報告会までを事業運営の中核をなす職員一同が揃って出席し共有することができたことはとても意義深く、今後は全職員が参画したうえでの具体的な計画作成と取り組みに反映できると思っております。

これからもご利用者やご家族、地域の拠り所となる施設であり続けられるよう、サービスの改善・向上につとめて参ります。

特別養護老人ホーム新光園  
園長 村松 勝弘

(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）

【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

＜事業の重点項目にかかる具体的施策＞

当園では、職員行動規範に掲げる5つの理念を毎朝礼時に斉唱し、日々の利用者サービスに活かすと共に、人材育成の基本としています。また介護保険制度改正や社会福祉法人制度改革に対応できる職員教育を進めています。

○人事考課制度を活用した公正な職員処遇

半期毎の上司との面接を通した目標設定と育成ビジョンの相互確認が職員の満足感につながっています。

○階層別、経験別、職種別研修の実施

職位・職責また専門職毎に求められる内容に合わせてステップアップを図ります。

○スキルアップ研修の導入

法人の中心となる認知症ケアに特化した研修をはじめとして、制度やトレンドに応じた研修を企画実施しています。

○重度化に対応できる職員育成

認知症関係の研修及び喀痰吸引等事業を受託し、質の高い職員育成に反映しています。

○職員の仲間作り支援

法人内を横断したランニング、ゴルフ、スキーなどのクラブ活動が盛んです。

○メンタルヘルス対策

毎月職域ごとの現状把握と衛生管理者への相談報告から職場環境を把握し不調者の早期発見につなげています。

## 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 新光園

## 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	「老いることが輝く社会に」を目標に、4つの経営理念が掲げられている。「和・道」医療福祉グループとして、医療と福祉サービスの提供を通じた地域貢献を目指す法人の姿勢が明文化され、パンフレット・事業計画等に明示されている。利用者主体・利用者尊重・地域福祉の向上を柱とした経営理念となっており、上越地域の福祉サービスの中核を担う法人としての役割・使命が明文化されている。
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	法人経営理念に基づき、中長期ビジョン・職員行動規範・基本方針へと連動して明文化されている。基本方針は制度・報酬改定を視野に入れ、3年単位での抜本的な見直しが行われており、継続性・連続性に加えた柔軟性や即応性の観点で策定されている。利用者・地域・経営・人材の4つの視点から、理念の達成に向けた基本方針が明文化されており、法人経営理念と法人基本方針、事業所基本方針が連動した内容となっている。
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	年度末の職員会議で施設長より説明がなされ、欠席者にはフロアミーティングを活用した説明も行われている。実践に向けたサービススケジュールも作成され、実施状況を毎月の運営会議で分析し、職員会議で現状を周知している。毎月の振り返りを通して次の目標設定がなされ、更には数値化して分析がなされており、事業所全体での周知に向けた取り組みが継続して行われている。しかし、職員の理解状況には大きな乖離が生じており、管理者層が捉える「周知している」「理解しているだろう」という現状との差異が生じている。今後の取り組みとして、説明方法が実情に即しているのかを再度見直した上で、「周知」と「理解」に向けた観点での取り組みがなされることを期待したい。
Ⅰ-1-（2）-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	毎月開催される利用者会にて、計画・取り組み・各職域代表者による目標伝達等が行われており、利用者とは直接対話する機会を通じた「言葉」で伝えるための取り組みがなされている。また、利用者家族に対しては、年2回の家族懇談会を通じた説明や、欠席者には資料を郵送し、幅広い理解の促進に努めている。今後も多様化する利用者の特性やニーズに対し、実情に即した形で常に振り返りを行いながら、柔軟に方策を工夫しながら継続されることを期待したい。



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。	a	法人経営方針において、経営理念に基づく「中長期ビジョン」が10年サイクルで策定されている。現行は平成20年～30年までの計画期間であり、次期見直しや計画策定に向けた取り組みが行われている。具体的な取り組みとして、外部委託でコンサルティングを導入し、経営状況・運営状況の分析から評価、次期計画策定までをスケジュール化し、昨年度から2年間で具現化に向けて実施している。また、介護報酬改定時は随時見直しも行われ、10年間に変動する制度改正を柔軟に取り入れた計画遂行が目指されており、次期計画策定が今期の振り返りをベースとした策定となることを期待したい。
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。	a	法人経営理念及び中長期ビジョンを基にした、部門・サービス・委員会単位での事業計画が策定されており、実践・実行に向けた年間スケジュールも策定されている。報酬改定を視野に入れながら、現状の経営状態・人員配置・サービス提供状況を勘案した策定に務めており、収支分析も毎月詳細に行われている。次年度改定に向けた「次期中長期ビジョン」と併せて、今後も継続した策定がなされていくことを期待したい。
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	各職種代表者と施設長がヒアリングを行い、現状分析に基づく計画策定が行われている。法人目標→事業計画策定→実行→職種代表者とのヒアリング→各フロア単位で現状分析・評価→スタッフ会議で協議→施設長とのヒアリングといった一連の流れに基づき実施がなされており、職員参画での計画立案に努めている。計画実施状況は毎月分析がなされ、稼動状況と併せた現状把握に努めている。今後の継続した取り組みと共に、計画立案時より一般職員がいかに参画出来るかを検討し、職員が計画等についてより理解出来、より浸透する為の方策が今後は検討されることを期待したい。
I-2-2-2 事業計画が職員に周知されている。	b	年度末の職員会議で施設長より説明がなされ、欠席者にはフロアミーティングを活用した説明がなされている。実践に向けたサービススケジュールも作成され、実施状況を毎月の運営会議で分析し、職員会議で現状を周知している。毎月の振り返りを通して、次の目標設定がなされ、更には数値化して分析がなされており、事業所全体での周知に向けた取り組みがなされている。しかし、職員の理解状況に大きな乖離が生じており、管理者層が捉える「周知している」「理解しているだろう」という現状との差異が生じている。今後は、説明方法が実情に即しているのかを再度見直した上で、「周知」と「理解」に向けた観点での継続した取り組みがなされることを期待したい。
I-2-2-3 事業計画が利用者等に周知されている。	a	毎月開催される利用者会にて、計画・取り組み・各職域代表者による目標伝達等が行われており、利用者とは直接対話する機会を通じた「言葉」で伝える取り組みがなされている。家族に対しては、年2回の家族懇談会を通じた説明や欠席者への郵送を通じた理解の促進に努めている。今後も多様化する利用者の特性やニーズに対し、実情に即した形で常に振り返りを行いながら、柔軟に方策を工夫しながら継続されることを期待したい。

### 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。	b	事業計画の重点目標において、リスク管理における管理者の役割が明文化されている。時事問題等は毎朝のミーティングにてタイムリーに伝達し、パソコンのネットワークシステムを活用し、全職員へ即日で周知したり、フロア会議で重点目標を職員へ伝達する等の取り組みも行われている。今後は、①多様な場面を想定した組織体系図を明確化する、②その上で施設長が担う役割は何か、③施設長が求める方策を説明することに加えて自らがどのような役割で参画するのか。といった観点から、組織内での施設長の役割を明確に職員へ周知し、管理者である施設長と職員とが一体となった事業所運営に向けて、更なる一歩が踏み出されることを期待したい。
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	介護報酬改定や社会福祉法人制度改革、セーフティーネット事業や個人情報保護法について等は、タイムリーに職員へ伝達するよう心掛けている。施設長が各種研修等で得た情報や知識は、職員へ随時説明し、周知に向けた工夫もなされている。今後は、利用者ニーズの多様化に備え、多様な制度を事業所全体で情報共有し、活用すべき際に迅速な活用及び情報提供が図られるよう、各種法令を資料化する等の取り組みに期待したい。
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	毎月の運営会議・職員会議を通して、運営状況・収支状況を評価・分析しており、改善すべき事項は施設長より職員へ周知している。外部委託でコンサルティングを導入し、内部分析と外部分析の両面から現状分析を行うことで、客観的な実態把握に努めている。また、利用者の声に基づくサービス提供や地域の方の声に基づく取り組みも柔軟に行われており、更には週単位での現状分析も行われ、1つ1つの事案に対する詳細な現状・実態に対し自らが参画し、事業所全体で改善していく取り組みに着手している。今後も継続した取り組みに期待したい。
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	毎月の運営会議・職員会議を通して、運営状況・収支状況を評価・分析しており、改善すべき事項は施設長より職員へ周知している。外部委託でコンサルティングを導入し、内部分析と外部分析の両面から現状分析を行うことで、客観的な実態把握に努めている。また、介護主任と共に職場環境の現状分析も行っており、職員体制配置チェックやメンタルヘルスチェックシートを用いた職員の実態把握にも努めている。超過勤務の現状については、超過勤務実態調査会議を毎月開催し、超過勤務の改善に向けた解決策を見出す取り組みも行われている。多面的に現状を把握するよう心掛けており、今後も継続した取り組みがなされることを期待すると共に、実情把握における職員の声・職員参画の取り組み方法を実態に即して柔軟に変化させ、働きやすい職場環境作りが定着していくことを期待したい。

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	外部委託でコンサルティングを導入しており、コンサルタントを通じた地域の現状や人口動態等を用いた分析・推移に関する情報を収集している。また、毎月開催される運営会議を通し、地域包括支援センター担当者との情報共有を行うことで、地域ニーズの更なる把握にも努めている。コンサルタントと連携し、次期中長期ビジョン策定に向けた現状把握や分析にも着手している。制度改正や地域ニーズの変遷に、今後も柔軟な対応がなされていくことに期待したい。
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	週単位・月単位で現状分析が行われており、収支状況・利用状況・問題点等の抽出・共有化が図られている。改善事項は数値目標を含めて目標化され、運営会議・職員会議を通して経営改善計画を繰り返し職員に説明を行い、施設長より全職員への周知を図るよう工夫がなされている。超過勤務の現状把握に向けた会議を通し、各種会議時間の変更や働き方の現状も見据えた取り組みも着手しており、経営の安定化と職場環境改善の両面を目指した取り組みがなされている。今後も継続した取り組みが行われると共に、職員の理解状況に乖離が生じていないかを見極めながら、実情に即して柔軟に行われていくことを期待したい。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a	外部委託でコンサルティングを導入し、法人内部監査と併せた内外の視点に基づく経営分析が行われている。次期中長期ビジョン策定に向けた経営会議も行われ、現状と中長期の視点で捉えた経営方針を多角的に判断出来るよう、週単位・月単位の現状分析を積み重ねることでタイムリーな実態把握に努めている。今後も継続した取り組みがなされ、事業運営の透明性の担保に努めることを期待したい。

## 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	人材育成に対する方向性が基本方針に明文化され、介護福祉士国家資格取得者には正規職員登用制度に基づく雇用管理がなされている。法人内で実施する喀痰吸引研修や認知症実践者研修等にも、積極的に職員の受講を推奨しており、多数の職員に研修受講・資格取得の機会が与えられ、職員が安定・継続して事業所に勤務出来るように配慮もなされている。また、障がい者雇用も行われ、体系的な運用が行われている。今後は技術進歩に対応した機器導入等を通し、職員の腰痛予防等に対する環境改善に向けた取り組みがなされていくことを期待したい。
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	正規職員を対象とした人事考課制度が運用され、マニュアルに基づき年２回実施されている。各部署監督職が考課者に位置付けされ、新規考課者に対する考課者研修も行われている。また、正規職員採用・登用時には人事考課制度の説明がなされており、職員の理解及び周知に努めると共に、情意・基本・職種別の考課用紙を用いた制度運用から、フィードバックまでが基準に基づき実施されている。
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
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	法人内看護師長による職場環境改善委員会を通し、各事業所の現状を持ち寄りながら組織としての改善事項等を明確にする取り組みが行われている。また、超過勤務実態調査会議を通した勤務実態の把握や、各フロア単位で毎月行われているメンタルヘルスチェックシートを用いた、職員の就業状況を客観的に捉える取り組みも行われている。看護師長が衛生推進者となり、必要時に個別面談を行ったり、法人内産業医を通した相談支援も随時活用可能となっており、ストレスチェックと併せた多様な手法での実態把握・改善への取り組みがなされている。
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	上越市勤労者福祉サービスセンターへ全職員が加入しており、上越市における各種イベント割引や入浴チケット等の多様な制度活用が可能となっている。また、看護師長が衛生推進者となり、職員の相談窓口として対応可能となっており、法人内産業医への相談体制も構築されている。職員の余暇活動も推奨しており、多様なサークル活動も行われている。今後は、職員の働きやすさや職場環境の向上に向けて、日々進歩する介護機器を計画的・段階的に導入し、職員の健康維持を常に新しい手法で捉える為の取り組みがなされることを期待したい。

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。	b	基本方針において、職員に求める人材像が明文化されており、事業計画と共に職員へ説明がなされている。各種資格取得を積極的に推奨しており、介護力向上研修や認知症ケア関連の研修等にもより多くの職員が受講出来るよう、費用補助制度等も設けられている。特に介護福祉士国家資格取得は、正規職員登用の要件とされ、意識的に目標への動機付けがなされる仕組みとなっている。また、法人独自の取り組みとして、法人が運営する准看護学校入学希望者には、雇用関係を継続した上で学費を全額補助し、働きながら学ぶ仕組みとして法人全体でのバックアップ体制も構築されている。今後は、多様な雇用形態を想定し、正規職員以外も含めた教育・研修体制を構築し、法人入職者全体のスキルアップと目標設定による人材育成がなされていくことを期待したい。
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	人事考課制度と連動し、目標設定シートにおいて目指すべき資格や研修が明確となっている。業務・能力・育成における目標設定から、職員個々の能力に基づき各種研修派遣を行っており、法人全体での階層別研修受講と併せた学びの機会を内外で推奨・運用している。また、介護力向上研修を通じた事例検討や外部講師を招いた看取りケア研修等が企画・実践され、より多くの職員が参加出来るように、時間帯を複数設ける工夫もなされている。今後はより一層の取り組みとして、事業所のバックアップに基づき、職員個々が自己の目標を理解・認識し、自らが目指すべき姿に向かい、ステップアップする働きかけや動機付けがなされる仕組みの構築にも期待したい。
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	人事考課制度と連動した目標管理により、半期ごとに目標の見直しが行われており、実践状況の把握や現状の理解に繋がっている。研修受講者は報告書を作成し、事業所内で回覧し情報共有に努めており、更には毎年開催される伝達研修を通して報告の機会も設けている。事業所全体の研修実施状況にも基づく評価・見直しは行われているが、現状として職員個々の研修成果に基づく評価実施には至っておらず、今後の取り組みにおいて実情に即した方法での実施・検討がなされることを期待したい。
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	実習生受入れにおけるマニュアルが整備され、実習指導者研修修了者を配置し受入体制も整備されている。実際の受入時には、プログラムを含めた起案・計画書を作成し、フロア会議で職員に周知の上で受入が行われている。主に介護福祉士養成施設の実習受入が中心であるが、社会福祉士の資格取得者受入も行われており、法人ソーシャルワーカー連絡会で社会福祉士資格取得実習におけるマニュアルも整備し、各種資格取得に対応したプログラムをカリキュラムに基づき作成している。今後も継続した取り組みがなさ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	介護事故予防における指針が整備され、事故予防対策・感染症予防対策委員会を毎月開催し、事故報告書・ヒヤリハット報告書の統計分析が行われている。また、介護支援専門員がリスクマネージャーを兼任し、骨折事故等発生時は随時対策検討がなされている。事故報告発生時は、カンファレンスによる検討後に改善策検討がなされ、再発防止に向けた検討・情報共有も徹底されている。症例別に対応策がマニュアル化され、感染症対策・急変時の対応もフロー図を用いて分かりやすく作成されており、入職時に内容説明を実施し、不測の事態に備えた体制整備に努めている。不審者対応に関する事項も盛り込まれており、今後も実情に即して継続した対応がなされていくことを期待したい。
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	災害時対応マニュアルを整備し、定期的な防災訓練・通報訓練を開催し、且つ職員研修も年に1回実施している。マニュアルは火災・自身・風水害や雪害等の多様な場面を想定して作成されており、イラストを用いて職員に分かりやすく明文化されている。各フロアに防災係が配置され、迅速な対応が図れるよう日常的に対策が講じられている。施設内巡視は毎月行われ、改善点は対策を講じると共に、検討事項が記録化されている。また、地域住民参加型の防災訓練も実施し、地域の福祉ニーズに基づき福祉避難所として事業所が解放される仕組みも構築されている。法人内系列事業所との連携体制も構築されているが、今後は周辺施設等との連携体制の構築や、備蓄品管理方法等が本当に災害発生時に有効であるかを検証の上で再考・実施されることを期待したい。
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	毎月1回、事故報告書・ヒヤリハット報告書の統計分析が行われ、運営会議において発生状況や対策実施状況について、更に報告・検討がなされている。また事故対策委員主催の研修において、指針の読み合わせが行われており、職員への事故防止に対する内容理解と周知にも努めている。事故報告発生時は、カンファレンスによる検討後に改善策検討がなされ、再発防止に向けた検討・情報共有も徹底されている。今後も継続した取り組みが行われると共に、実状に即した運用方法を随時取り入れ、安全策の妥当性・有効性に常に着目されることを期待したい。
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	症例別に対応策がマニュアル化され、感染症対策・事故発生時及び急変時の対応もフロー図を用いて分かりやすく作成されており、入職時に内容説明を実施し、不測の事態に備えた体制整備に努めている。また、年に1回緊急放送の実施方法を研修で職員に周知し、突発的な対応への備えも行われている。法人顧問弁護士への相談も可能となっており、今後も継続した取り組みが行われると共に、多様な事態に備えた最悪の事案を想定した、より一層のマニュアルの充実化がなされることを期待したい。

## 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。	b	事業計画において、利用者と地域との関わりが明文化されており、利用者が地域に出掛けていくことを大切にしている考え方が示されている。夏まつりやじょんのび祭りを主催し、地域の方が事業所に来て頂ける機会を設け、出掛ける・出向くの関係性の構築に努めている。移動販売の活用やかかりつけ医への受診等、個別ニーズへの対応も図られており、必要に応じた有償サービスの利用や職員による対応を柔軟に実施している。今後は、利用者が多様な制度・サービスを有効に活用し、個々の生活の継続性や更なる地域交流が促進されるよう、情報収集や情報提供のあり方、職員への周知の方法について検討されることを期待したい。
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	年2回開催される「新光園3丁目地域交流会」において、介護力向上ミニ講座や感染症の基礎知識等について講演を行い、地域の方への普及啓発や情報提供を行っている。また、包括支援センターを通じた相談対応や、地域の介護予防事業へ作業療法士を派遣する等、地域貢献に向けた取り組みも行われている。広報誌も町内へ配布し、事業所の情報発信も行われており、今後も継続した取り組みに期待したい。
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	ボランティア受入に係るマニュアルが整備され、定期ボランティアや慰問、カイロプラクティックの定期ボランティア等、幅広い形でのボランティア受入が行われている。生活相談員が受入担当窓口となり、日程調整や受入対応が行われ、ボランティアに向けた注意点の説明も行われている。今後は、マニュアルの見直しや受入における登録手順等を見直し、更には多様な利用者の特性の理解を図りながら受入が出来るよう、ボランティア向けの勉強会開催等の更なる取り組みの工夫に期待したい。
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
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	地域包括支援センターが併設され、必要な情報はいつでも確認出来る体制となっている。近隣医療機関のリストを作成し、各フロアに掲示しているが、その他情報等は特養としての設置は行われていない現状である。今後は、併設事業所との連携に加えて、事業所（特養）としての情報収集・提示に向けた準備を行い、必要とされる際にいつでも活用出来る仕組みの構築がなされると共に、職員が多様な制度や社会資源を理解出来るよう説明を行うことで、担当職員が利用者には有益な事項を明確に出来る取り組みがなされることを期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	上越病院との連携会議がスタートし、併設する地域包括支援センター職員と共に参加し、連携と情報共有の促進を図っている。協力医・かかりつけ医との日常的な情報共有にも努めており、地域ケア会議での連携も含めた関係機関等との連携策の構築も行われている。日常生活支援事業や成年後見制度も対象利用者がおられ、生活相談員を担当者に連携が図られている。今後も継続した取り組みに期待したい。

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	併設する地域包括支援センターと連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、年２回開催される「新光園３丁目地域交流会」には民生委員も参加され、その場を活用したニーズの把握や意見交換も行われている。地域の介護予防事業への作業療法士派遣を通し、地域の方の声を把握するよう努めており、多様な機会を有効に活用した取り組みがなされている。日常のケアを通じた外出支援のボランティア調整等、利用者のニーズを把握するよう心掛けており、今後も継続した取り組みがなされることを期待したい。
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	災害等発生時には、福祉避難所として事業所を開放するための体制整備がなされている。また、夏祭りやじょんのび祭り等のイベントを通し、地域の方が楽しめるスペースを求めるニーズに応えられるよう、飲食ブースの充実を行う等の取り組みもなされている。今後はこれらの取り組みの継続に加え、把握したニーズに基づく事業を各種計画に明文化し、計画性・継続性・実施根拠を明確にした上での実践がなされていくことを期待したい。



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） 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	理念・基本方針・職員行動規範に、利用者尊重・利用者本位の視点が明文化されている。また、職員行動規範を毎日の朝礼で唱和し、目指すべき姿の理解と周知に向けた取り組みがなされている。各種介護マニュアルも整備されており、利用者の尊重の視点が重点的に明記されている。権利擁護・身体拘束・虐待防止等の研修も行われており、継続した職員への周知・理解に向けた取り組みが行われている。
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。	b	介護主任とスタッフリーダーにより、各種介護マニュアルの見直し・改定が昨年度実施され、見直すべき事項の確認や内容の精査はスタッフ会議を通して行われている。しかし、場面単位でプライバシー保護の明記がなされているものの、なぜ必要とされるのかが明確に理由付けされていない現状である。今後は、プライバシー保護の視点がなぜ必要なのか、利用者主体・利用者本位のサービス提供における必須要件の意義を周知・徹底出来るよう、更なるマニュアル改定や職員教育がなされることを期待したい。
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	利用者会を毎月開催し、実際の生の声を把握するよう心掛けており、寄せられた声に基づき、各種イベントの企画立案や、お菓子ボックスの設置による楽しみの工夫等にも反映させている。また、意見箱が事業所全体で5箇所設置され、利用者や利用者家族の声をより多く把握する為の取り組みも行われており、担当職員が食事に関する意見を利用者より直接ヒアリングする等の取り組みも行われている。利用者満足度調査は、現状は定期的な実施には至っておらず、今後は日常的な関わりを通じた声の把握に加え、満足度調査を定期的な実施し、声なき声の把握に努めることで更なるサービスの向上へ向けた取り組みに期待したい。
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。	b	各フロア、廊下などにソファを設置し、利用者と職員が気兼ねなく話せる空間作りを工夫すると共に、相談室やボランティア室等の個室空間を活用した相談支援も可能となっている。また、施設長自らが施設内を巡回し、利用者に直接声を掛けることで、会話を通じた「自然に話せる関係性の構築」にも努めている。今後は、利用者が複数の相談方法を選択出来、画一的な対応とならない為の周知・工夫・取り組みがなされていくことを期待したい。
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	苦情解決体制やマニュアル整備がされており、利用契約時の説明に加えて事業所内にも苦情解決体制を掲示し、日常的な周知に努めている。また、施設内には意見箱が5箇所設置され、利用者や利用者家族が意見を提示しやすい環境・関係性への配慮もなされている。寄せられた苦情等は、法人苦情検討会議にて第三者委員へ年2回報告し、対応策や妥当性の検討や、意見交換等が行われている。苦情発生時は、利用者及び利用者家族の意向に基づき、対応策を含めた内容開示（公表）も行われている。今後も継続した取り組みがなされることを期待したい。
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。	b	利用者から寄せられた意見等は、対応した職員が速やかに記録し、パソコンのネットワークシステムを活用して職員への周知・情報共有がなされている。苦情対応マニュアルは作成されているが、意見や要望に対する手順、捉え方の明記がなされておらず、職員に対応の判断が委ねられている現状である。今後は、これらの「意見・要望」に対する対応方法を明文化し、1つ1つの声を大切にされた取り組みが、組織として行われていくことを期待したい。

### 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。	b	第三者評価受審は今回が２回目であり、施設長・事務長・生活相談員・介護主任等の役職者を中心にサービス管理委員会を開催し、サービスの現状分析及び改善に向けた検討や実践が行われている。継続した第三者評価受審がなされ、法人としての事業運営の透明性を担保する姿勢や、常に前進する姿勢が明確となっている。今後は前回と今回の２回分の受審結果をベースに、計画的で継続的な運用方法が検討・実践されると共に、年に１回以上の自己評価を継続して実施し、更なるサービスの質の向上と評価結果に基づく組織としての実践がなされていくことを期待したい。
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	前回の第三者評価受審結果に基づき、介護リーダーを中心に改善事項への具体的な取り組みに着手している。ベッドサイドに写真付きで居室担当者を明示し、利用者に担当職員が明確となるよう工夫する等、受審結果を基に実践出来る事項を出し合い、サービス管理委員会にて実践項目を検討し実行に繋げている。今後は前回と今回の２回分の受審結果をベースに、計画的で継続的な運用方法が検討・実践されると共に、職員参画での年に１回以上の自己評価を継続して実施し、更なるサービスの質の向上と評価結果に基づく組織としての実践がなされていくことを期待したい。
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	介護マニュアルが整備され、基本手順・統一事項が各サービス場面ごとに明確に作成されている。またマニュアルは各フロアに設置され、職員がいつでも閲覧可能である上、パソコンのネットワークシステム内で共有フォルダにデータ保管もされており、随時確認が可能となっている。新採用時、転入時にマニュアルの説明がなされているが、その後の継続した説明や理解状況の把握は行われていない状況である。今後は、各種マニュアルの周知及び理解を目的とした研修等を継続して実施し、改定された内容や実際の実践における実態に即した内容であるかを確認する上でも、取り組みがなされていくことを期待したい。
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	介護マニュアルは平成１８年に作成後、平成２６年に一部修正、平成２９年に全体の見直しが行われており、改定に係る記録も作成されている。また、マニュアルの見直しは必要に応じて随時行われ、リーダーを中心にスタッフ会議にて検討する仕組みとなっている。今後は、マニュアルの有効性・妥当性を判断し、且つ実践状況に基づく実践可能なマニュアルとなっているのかを、職員・利用者参画の下で定期的に評価・見直しが行われる仕組みが構築されることを期待したい。

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
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	サービス実施記録は全て介護システムに記録がなされており、ケアプランに基づく実施状況も、システム内の実施記録により確認出来る仕組みとなっている。また、効果的な介護記録作成に向けた記載要領も作成され、記録見本や書き方の留意点も明記されている。介護システムにおける各種記録は、色分けされて画面に表示され、職員に周知しやすいシステムとなっている。今後も継続したシステム活用がなされると共に、記録確認が適切に行われているかを確認していく取り組みがなされることも期待したい。
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。	b	文書取扱規程が作成され、記録管理手順・保存年限・記録管理責任者等が明文化されており、施設長が記録管理責任者となっている。利用者のサービス提供に係る記録保管や開示は、契約時に説明し同意を得て行われている。今後は個人情報と情報開示の観点から、全職員に対する記録管理についての研修を実施し、多様化するネットワークシステムにおいての適切な管理について共通認識・理解の下で運用される仕組みが構築されることを期待したい。
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	利用者に関する各種記録及び情報は、介護システムの活用及びパソコンのネットワークシステムを活用した申し送りにより、情報の共有化と周知に繋げている。また、当日の回診やリハビリ実施予定等の抽出も可能であり、前日及び夜間に発生した事故報告書等と併せて、各種情報・記録を職員が出勤時に確認する仕組みとなっている。申し送りノートや日々の朝礼を通じた伝達、ケアカンファレンスも行われており、部門横断での情報共有も行われている。今後もパソコンを活用した情報共有において、職員が確実に確認し理解しているのか、運用の現状に基づいた再確認が必要であり、「確認しているだろう」ではなく「周知及び共有の徹底」に向けた取り組みがなされていくことを期待したい。

### 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	事業所のパンフレットや広報誌等が玄関に設置され、利用希望者にいつでも渡すことが可能となっている。ホームページも整備され、パンフレットと併せて、写真やカラーを用いた分かりやすい内容となっている。また、前回の第三者評価受審結果をヒントに、郵便局への案内設置等の工夫も行われている。見学や体験利用の希望にも随時対応可能となっており、且つ上越市は特養入所申込書が統一書式であり、同一法人グループのいなほ園との連携により、相互の案内が可能となっている。今後も継続した取り組みがなされることを期待したい。
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。	c	契約書・重要事項説明書に基づき、生活相談員が内容を説明し同意（契約）が行われており、料金表も併せた説明で同意を得ている。また、契約事項の理解に向けて、ゆっくり丁寧な説明を心掛けているが、利用開始日から対応内容等を記録化し、同意に至るまでの記録は残されていない現状である。本評価基準では、不測の事態に備えた利用契約（同意）を得るまでの過程を記録することが求められており、本項目はc評価とした。
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	将来的に看取り期（最期）は自宅で迎えたいという意向があるも、これまでにサービス移行に繋がったケースは発生していない。病院入院等によるサービス移行時は、看護サマリーを用いた情報提供がなされており、入院以外の理由でサービス移行を行う場合でも、入院時と同様の手法によりいつでも対応可能となっている。今後は、ニーズの多様化を視野に入れ、サービス移行時等の手順や流れを明確化し、介入する複数の職員が統一見解で対応にあたるよう、体制整備がなされることを期待したい。

### 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・家族の希望や思いと身体状況を、所定様式を使用してきめ細かくアセスメントが行われている。介護支援専門員と居室担当者が主となり、月曜日から金曜日まで毎日30分間の時間を定め、定期的な検討会議も行われている。またケアプラン会議には、看護師・管理栄養士・作業療法士・生活相談員が参加し、部門横断でアセスメントに関する検討やモニタリングを実施しており、会議を通して各専門職が個々の利用者の意思を反映させ、他職種連携で情報共有出来るように、組織全体として取り組んでいる。
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	アセスメントされた内容に基づき、介護支援専門員と生活相談員が主になり計画策定が行われている。策定手順が定められており、手順に基づき定期的にカンファレンスを開催し、部門横断で検討しながらケアプランを策定している。利用者は状態に基づき可能な限り参加して頂き、家族にも参加を呼び掛けることで、約半数の方が参加に繋がっている。また欠席の家族には、電話等で意向を確認後、郵送により同意を得ている。今後もより多くの利用者・家族・成年後見人等の参加を得ながら、継続した取り組みがなされることを期待したい。
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。	b	職種によりモニタリングの頻度が定められ、担当職員は毎月実施、介護支援専門員は3ヶ月毎に実施している。またサービス実施計画の評価・見直しは、6ヶ月に1回定期的に行われている。今後は利用者の多様化に伴い、現在の定期的な変更以外に、緊急時の変更も必要とされる。その際、急な変更時の情報共有も必須となるが、現在の変更時はフロアノート等で変更内容を確認している状況である。今後は、このような事態も踏まえた緊急時の変更手順や仕組みを構築し、更には変更後の周知方法等の明確化を期待したい。

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	介護力向上委員会にて、4つの基本ケアを「水分」「食事」「排便」「運動（歩行）」と区分けし、更にはケアにおける基本方針を、①利用者本位自立支援、②地域とともにある施設、③信頼と安心のある生活としている。部門横断で得た利用者情報は、詳細にアセスメントに記載され、利用者の意思や選択を尊重しながら、利用者個々の生活スタイルの工夫に努めている。実践事項として、米とぎ・味噌汁盛り付け・編み物・折り紙・利用者がマスターとして活動する喫茶コーナー等、多職種の職員が介入しながら、自立支援と自己実現に繋がられるよう工夫して行われている。
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	特別養護老人ホームは評価対象外項目
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	利用者個々の現状に応じたコミュニケーションの実践に向けて、筆談・ジェスチャー・瞬き・ホワイトボードの活用や言葉使い等の課題を各フロア単位で提示し、職員相互に意識し合えるよう心掛けている。また介護主任は、各フロアで実施・改善している状況は認め、褒めることでコミュニケーションの重要性の理解を促している。今後は、言葉使いや接遇に関する研修を継続的実施し、指示的ではない言葉使いや利用者の尊厳保持、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションの工夫が常に行われることを期待したい。



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。	a	職員による利用者の権利擁護に対する取り組みは、朝のミーティングに参加出来る職員は行動規範を毎朝唱和し、繰り返し確認している。虐待防止マニュアルも整備され、職員による不適切な行為が行われないよう努めている。具体的な虐待防止への取り組みとして、利用者・家族から日々寄せられた声を全て記録化し、パソコンのネットワークシステムを用いて情報共有すると共に、随時対応を徹底している。その中で、苦情として挙げられた意見等は内容や要因を分析し、過程や対応策をフローチャート化し、サービスの改善へと繋げている。また職員は、毎月メンタルヘルスチェックシートを提出し、メンタル不調時には法人産業医との面談も可能としており、多面的な取り組みが行われている。
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。	b	身体的拘束廃止に向けた取り組みは、介護職員・生活相談員・看護師・介護支援専門員で構成する「権利擁護委員会」にて事例を検討している。身体拘束廃止のマニュアルも整備され、委員会では定期的な状況把握と対応策についての検討も行われている。今後は、虐待防止も含めた定期的な研修を開催すると共に、利用者に対する「行動制限にあたる言葉や介助」についての具体的な検討等が、一部職員による検討と報告で完結せず、ケアの改善を含めた全職員参画での対策検討と意識啓発が継続して行われることを期待したい。
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	利用者個々において、認知症の様々な心身状態が混在しており、医療スタッフと介護スタッフが連携し、症状や対策、薬の使用について往診医との連携や情報交換を密にした対応がなされている。また、認知症ケアにおけるマニュアルも整備され、認知症に関する職員研修も行われている。日常生活において、利用者それぞれが役割を持てるように心掛け、更にはレクリエーションやピラティス等にも参加することで活動性を確保しており、日々の記録に実施状況が記載されている。行動抑制・身体拘束は行っていないが、必要に応じてセンサーマットを使用しており、使用状況は適切に記録に残されている。今後も継続した取り組みがなされることを期待したい。
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	認知症高齢者の増加に伴い、主に周辺症状のある方は、入所判定会議にて認知症の専用棟の利用対象となる場合が多い。しかし、空床のタイミングに応じて、一般棟にも認知症の利用者が混在する現状となっている。事業所全体が安心・安全な環境となるよう、利用者の居室が分かりやすいレイアウトにする等の工夫がなされている。認知症専用棟は、空間や少しの狭さが利用者に落ち着きをもたらし、同室者の組み合わせやテーブルメイトに配慮しながら、且つ利用者それぞれが役割を持ち、米とぎやテーブル拭き等の参加を通して、安心して過ごせるよう支援している。
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	現在は、成年後見制度を11名・日常生活自立支援事業を3名の方が活用されており、制度が適切に活用出来るよう支援している。また権利擁護委員会による「権利擁護と成年後見制度」の研修を、上越市社協より出前講座として講師を招いて開催し、職員の制度への理解を深める取り組みもなされている。またこの研修には、制度利用中の利用者も希望により参加され、相互の理解にも努めるよう心掛けている。利用者を巡る状況変化に基づき、制度活用の必要性が生じた利用者については、関係機関と連携しながら申請手続を行っており、入所後も継続した支援が行われている。
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	一人ひとりの意向や思いを、身振り・指さし・ホワイトボードなどの多様なコミュニケーション手法を用いて確認している。また、部門横断で策定された自立支援を大切に福祉サービス実施計画に基づいて、利用者が自ら選択し、楽しみを持ちながら生活・参加出来る利用者支援に努めている。実際の取り組みとして、コーヒーマスターが接客するコーヒーカーナーには、隣接事業所の利用者も参加可能であり、利用者はその際の会話を楽しみにしている様子が窺える。また日々の機能訓練に加えて、ピラティス等を実施しており、利用者同士が共に、そしてお互いの気配や張り合いを感じ合いながら参加出来る取り組みも行われている。これらは部門横断で、職員が連携し合い運営する仕組みが構築されており、今後も継続されることを期待したい。

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。	a	金銭管理等取り決めや施設入所者金銭管理規定が定められているが、基本は金銭を預からない方針となっている。業者による移動販売での買い物や、1回50円のコーヒー喫茶代等は、事業所が全て立て替え払いとしており、月末締めで利用者に請求している。利用者の中には少額を自己管理している人もいるが、本人・家族共に自己責任という事を確認している。

## 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	管理栄養士を中心として給食委員会により、嗜好調査が行われており、味付け・量・食べたい料理等の意向調査が行われている。また、定期的に食の観点でも利用者の心身状況や健康状態の把握がなされている。利用者の重度化に伴い、管理栄養士は、介護職員・介護支援専門員・生活相談員・往診医・看護師・作業療法士等、多職種連携で利用者の状況把握に努めており、常に検討・工夫を重ねながら、食事形態や調理方法に柔軟に反映させている。現在加算は算定していないが、利用者の状態に合わせて栄養アセスメントを行い、栄養ケアプランも作成している。利用者懇談会では、管理栄養士より「誤嚥のリスクについて」「嚥下機能の大切さと口腔の清潔」の説明が行われ、口から食べることの大切さを伝える機会も設けている。
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	前回の第三者評価受審結果を基に、利用者個々に応じたテーブルの高さへの配慮や、車椅子から肘付き椅子への座り直し、作業療法士によるポジショニング指導、傾き・後屈等の状態に応じたクッションの活用、足が浮く方への足台使用、掛け物の有効活用等、幅広い工夫で利用者一人ひとりの食事姿勢に対する配慮がなされている。また、温冷配膳車を整備して適温の食事提供に努めており、食事を美味しく食べるための食事環境作りに工夫が見られている。食事選択メニューは、好きな漬物を選ぶことや、誕生日の卵料理にケチャップで名前を書いたり、食堂フロアで「かき揚げ」を揚げて食事に添える等、献立の変化や視覚的にも楽しい雰囲気作りの工夫がなされている。
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	自力摂取の可能性については、随時カンファレンスを実施しており、介護職員・看護師・作業療法士・管理栄養士等はケアプラン会議にも参加し、部門横断での食事における情報共有の計画立案・実施が図られている。介護力向上において、「誤嚥性肺炎の減少」に対する「食事のあり方」に着目し、月に1回の歯科往診と歯科衛生士による介護職員への口腔ケア指導、利用者個々に合ったスプーンの大きさの工夫、滑り止めゴムマットの活用等、多様で多面的な視点で食事を見直すことで、着実に効果が表れている。今後も継続した取り組みがなされることを期待したい。

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	入浴に関するマニュアルが整備され、利用者個々の心身の状況を部門横断で把握に努め、且つ利用者本人の意向を聞き取りながら、快適な入浴提供に努めている。また、状態に応じて必要な際は、作業療法士による機能評価を行いながら、その方に応じた入浴方法や形態の工夫が行われており、プライバシー保護を徹底しながら必要な介護が行われている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	入浴の手順やマニュアルが整備され、プライバシー保護や同性介護等に可能な限り対応している。入浴時間や回数等の希望に基づいた実施は、現状として困難であるも、必要時には可能な限りの随時対応を心掛けている。基本的には職員側で入浴を決定していることが多い現状であるが、今後は可能な限りの利用者からの意向確認や、入浴方法等に対する利用者の意見が反映出来る取り組みの工夫がなされることを期待したい。
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	b	浴室内の環境整備に向けて、壁面に絵を掲示する等の環境整備が行われており、居心地や落ち着きの工夫がなされている。水質検査も行われ、浴室使用後の清掃・消毒も徹底されており、清潔保持にも努めている。今後は、物品整理や清掃用具の保管方法を再考し、現状の設備の中で出来る最大限の整理整頓や環境整備、安全策の構築に着手されることを期待したい。
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	介護力向上委員会の基本ケア項目である、「水分」「食事」「排泄」「運動・歩行」における排泄ケアの取り組みでは、出来る限りトイレでの排泄が行えるように努めており、事業計画にも位置付けられている。トイレでの立ち上がりがスムーズに出来るよう、折りたたみバーを導入して左右どちら側からでも使えるようにしたり、トイレの背もたれの工夫により、転倒・転落が減少する等の成果が上がっている。水分摂取や食事・医療の面など各専門職が排泄について検討し、今後も継続して取り組まれることを期待したい。
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	利用者個々の自立度に応じた排泄介助の実施に向け、出来る限りトイレでの排泄を目指した取り組みがなされている。具体的には、座位保持の検討、ペーパーホルダーの位置を利用者が使い易い高さへ工夫する等の取り組みが行われている。これらの取り組みは、利用者が出来ることを少しでも増やすことで、自立に向けた排泄支援へと繋がられている。今後は、下剤に頼らない食品提供の工夫・検討や、レクリエーションの中でのマッサージ等、利用者が継続出来る日々の活動を増やすことを期待したい。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	各フロアのトイレ掃除は、毎日清掃業者により行われており、汚れた際は職員が随時清掃をすることで清潔が保持されている。防臭対策を含むトイレ環境の整備は、利用者が「トイレで排泄をしたい」という大切な意欲の達成場所にも繋がる為、今後はトイレ環境の点検・改善に向けた取り組みや、プライバシー保護に向けた対応の工夫を含め、清潔保持に加えた更なる環境整備に期待したい。



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。	b	衣類は必要に応じた職員の介入により、利用者の意思で選択しており、また衣類の購入は、家族への依頼や業者による毎週の定期販売で購入している。今後は、衣類に汚れや破損が生じた際の対応手順を明確にし、日々生じる様々な事態に統一手順で対応出来る仕組みが作られることを期待したい。また、就寝及び起床時に着替えを行い、利用者の生活にメリハリをもたらすと共に、大切な生活支援の視点として認識した上で実施され、実施記録が生活支援の提供記録として記載されることを期待したい。
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	事業所に毎月1回、訪問理容として理容師が5名来られ、利用者は整髪・髭剃りなどで利用している。また利用者の好みや家族の希望を、職員が理容師に伝え、意向に沿った利用に努めている。家族との外出時に、地域の理容室を利用される方もおり、利用者や家族の希望に基づいた柔軟な対応と自由な選択が可能となっている。
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	夜間眠れない利用者への対応は、会話を通した不安解消や共に過ごす等の対応が行われている。しかし、不眠時の対応に関するマニュアルは整備されておらず、その都度職員が対応している現状である。今後は、対応マニュアルを整備し、睡眠リズムの乱れにおける観察ポイントや、不眠者への対応における基本事項を明確化することで、職員が基本事項を理解した上で柔軟に対応がなされることを期待したい。

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。	a	利用者の健康管理マニュアルが整備され、利用者の食事摂取状況・排泄状況は毎日チェックが行われている。またバイタル等の観察項目は、全てパソコンの介護システムに入力され、介護・看護が相互に入力・情報共有出来る仕組みとなっている。また、状態変化は速やかに看護師に報告され、内部の健康管理に対する連携が行われると共に、毎週2回の嘱託医による往診時を活用した連携も図られており、利用者の定期健診や予防接種等の感染症対策まで、トータルな対応が適切に行われている。更には多職種連携により、部門横断で利用者の食事姿勢の検討や、食事内容の確認を行うことで、誤嚥が減少し肺炎での入院も減少するという大きな成果が始まっている。今後も部門横断での多様な取り組みが継続して実施されることを期待したい。
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	看護師は当番制でのオンコール体制となっており、急変時の対応が迅速に行われる体制が構築されている。嘱託医による定期的（内科・週2回、精神科・月2回、歯科・月1回）な往診も行われ、日常的な連携を通じた情報共有が図られると共に、緊急時の医療機関との連携も構築されている。また、緊急時対応マニュアルを基にした健康管理が行われており、部門横断での情報共有も通じた迅速な対応が図られている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b	利用者一人ひとりの内服薬・外用薬は、看護師により、朝・昼・夕そして夜勤帯の服用・使用時間帯別に区分け、保管がなされている。マニュアルが整備されており、ダブルチェックを行うことで、渡し忘れ・飲み忘れが生じないように努めているが、誤薬が発生している現状がある。今後は、薬物の施錠管理・保管を徹底すると共に、内服薬・外用薬に関わるマニュアルが、職員全員へ周知・理解されるよう、声に出して確認し合える実践的・具体的なマニュアルの検討・見直しが行われることを期待したい。
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。	b	褥瘡の発生予防と対応についてのマニュアルが整備されている。現在、褥瘡による対応が必要な利用者が数名おられ、治療や食事・体位変換や安静時の体位の検討、エアマット使用やBMIの検査結果に基づく補食提供など、多職種連携で褥瘡リスクを確認し、治療・対応が部門横断で行われている。今後は、マニュアルを通じた「予防」の視点での対応に着目し、褥瘡発生後の対応から褥瘡予防において、「発赤を作らない・即応・悪化防止」等が明確に記載されたマニュアルの見直しと、発生予防に対する継続した研修の実施を期待したい。
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	入所時に生活相談員より、入院時の利用料や退院後の再入所についての説明が行われている。必要に応じて、入院中の利用者の状態把握や、医療関係者と連携が行われており、退院前カンファレンスには生活相談員や看護師等が参加し、退院後も安心して利用出来るよう、治療方針や経過の確認・情報級が行われている。

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	各種マニュアルが整備され、感染症対策委員会で見直しも行われている。感染症に備えた研修や取り組みが、年に2回継続的に行われており、感染症流行期には、利用者や職員への手洗い・うがいの注意喚起等が速やかに行われている。内部研修は細かな内容で行われており、具体的に感染症を疑う症状が発生した際の連絡体制等の確認も行われ、迅速且つ統一手順での対応に努めている。
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	消毒や殺菌に関する食品衛生マニュアルが整備され、感染症や食中毒発生予防に対する予防対策の取り組みは、管理栄養士を中心に徹底されている。厨房の清掃・食器類の消毒・殺菌、職員の検便等の衛生管理は、マニュアルに基づき適切に行われており、保存食及び原材料も、規定に基づき一定期間適切に保管されている。
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。	a	作業療法士を中心に、部門横断で各部署との連携を大切にしながら、利用者の心身状況の把握に努めている。利用者の生活動作や座位保持、ポジショニング、適切な福祉用具の使用、機能訓練、趣味等も含めた、日々の楽しみやレクリエーション・ピラティス等の多様な生活動作と機能訓練を自然に組み合わせ、個別プログラムを策定し実施している。今後も、利用者の主体的な参加と意欲を大切に、多様な介護予防活動の継続を期待したい。
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。	a	利用者の心身状況や意向を踏まえ、出来る限り自力で移動出来るよう、職員は見守りと必要時の支援を注意深く行うよう心掛けている。利用者の離床、トイレでの排泄など、利用者の生活全般において、作業療法士・介護支援専門員・担当職員・看護師等が部門横断で連携し合い、利用者一人ひとりの機能訓練プログラムが作成されている。実施・評価・見直しを通じた効果的な実践を通し、車いすではなく歩行器を利用される方の割合が多い等、利用者の生活の中で効果が現れている。

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	地域の外部講師を招いた、「お歌クラブ」「習字クラブ」が定期的に行われており、季節のお祭り等には家族も参加している。利用者の意向に基づいた実施がなされているが、画一的な対応となっている現状でもある。今後は、職員もレクリエーション技術を習得し、利用者が選択出来る多彩なメニュー作りや、家族・成年後見人や地域の方も共に楽しめる機会作りが継続して行われる事を期待したい。
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	各フロアにおいて、ソファの近くにラックが設置され、週刊誌や雑誌等が何時でも自由に見ることが可能となっている。また、テレビやラジオも個別使用が可能であり、利用者の希望により柔軟な対応が可能となっている。
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	地域の寿司店がボランティアで毎年来られ、利用者の目の前で寿司を握って頂き、握りたてのお寿司を召し上がって頂く機会が設けられている。酒・たばこ等の嗜好品を、日常的に嗜む方は現在いないが、夏祭りや外食に出掛けた際に利用者の希望に応じてお酒を飲んで頂く等、柔軟な対応が行われている。
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	車両点検が行われ、点検表及び操作マニュアルは、各自動車毎に整備している。天候や路面の状況に応じた安全運転に努めているが、受診時や買い物のお外出時には、職員一人で運転する機会が多くなっている現状である。今後は安全確保と不測の事態に備えて、可能な限り職員2人体制での対応が行われることを期待したい。
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。	b	事故発生時・緊急時の対応マニュアルが整備され、急な嘔吐にも対応出来るよう、マスクやビニールなどの必要物品が車両に準備されており、予測される事態に備えられている。今後は、可能な限り職員2人体制で対応し、車いすの固定・リフト操作・乗降時の見守りや付き添い等の安全確保が、より一層確保されることを期待したい。
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	事故発生時・緊急時の対応マニュアルが整備され、外出時に持参出来る事業所の携帯電話も用意されており、緊急時の連絡対応が出来る体制となっている。現在は、特定の職種で少人数のメンバーのみが運転する体制となっており、全職員を対象とした訓練や研修は行われていない現状である。しかし、夜間や災害時等は、どの職種でも緊急対応として運転することも予測される為、今後は日常的に運転しない職種であっても、不測の事態に備えた車両管理や職員への安全運転の研修実施、定期的なマニュアルの見直しが行わ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	特別養護老人ホームは評価対象外項目
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	施設内巡視を毎月実施し、改善点は対策を講じると共に、検討事項が記録化されている。ベッドのブレーキ点検を年1~2回程度実施し、その他備品についても職員より不具合の報告が発生した際は、迅速な対応に努めている。週刊誌の設置等により、利用者が余暇時間として活用出来る環境整備にも努めているが、事業所全体として物品が乱雑になっている現状が見受けられている。今後は利用者の快適性と安全性の確保を兼ねた環境整備に向けて、動線の確保や視覚で認識される整理整頓、物品の取り出しやすさに配慮した物品整理等について、職員参画で事業所全体として再検討されることを期待したい。

### 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。	a	夏祭りやじよんのび祭り等、家族も参加出来る行事が年に3～4回開催され、実際に家族も参加されている。また、介護支援専門員や生活相談員を通して、日常的な家族との連絡・連携も行われている。利用者の状態変化が生じた際に家族が宿泊出来る部屋は整備されていないが、看取り時には個室を利用し、折り畳みベットを用意することで、家族の宿泊が可能となっている。今後も利用者の多様なニーズに基づき、継続した可能な限りの対応がなされていくことを期待したい。
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。	b	外出・外泊は、事前申請に基づき外出・外泊簿を作成し、利用者の希望に基づく形で家族の協力を得ながら実施している。冬期間は積雪も多く、感染症等の恐れもあることから、やむを得ず外出の機会は少ない現状となっている。また、デイルームに地域のイベント等のポスターを掲示し告知している。今後は、家族への協力依頼に加えて、必要な時に付き添いが出来るボランティア等のサービス開拓を行い、日常的に外出・外泊が可能となる仕組み作りを期待したい。
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	状態の低下に伴い、医師が看取りの状態と判断した際は、本人・家族の意思・意向の確認がなされた上で医師より説明が行われ、「看取り介護についての同意書」を作成・交付している。現在は2人の看取りの方がおられ、看取り介護の指針に基づき、看取りのケアプランを作成し、医師・医療機関との連携を図りながら、看取り介護が行われている。
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	特別養護老人ホームは評価対象外項目