

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 長岡福寿会 特別養護老人ホーム まちだ園	種別：介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
代表者氏名： 園長 本田 素子	定員：80名 (利用人数) 80名
所在地：〒940-1111 新潟県長岡市町田町540番地	
連絡先電話番号： 0258-39-3927	FAX番号： 0258-39-3946
ホームページアドレス	http:// www.nct9.ne.jp/shiseikai/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成4年4月1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人 長岡福寿会	
職員数	常勤職員：57名 非常勤職員：21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 8名 管理栄養士 1名
	生活相談員 3名 医師 1名(非常勤・嘱託医)
	介護福祉士等 41名
施設・設備の概要	(居室数) (設備等)
○個室×2室 ○多床室 2人部屋×3室 4人部屋×18室	○ホール(食堂)各階に1カ所 ○サンルーム(多目的室)あり ○静養室×1室 ○リハビリルーム×1室 ○浴室×4カ所 大浴槽×2カ所 特殊浴槽×3カ所 (臥床式・座位式) ○消火設備あり

③ 理念・基本方針

基本理念

【経営の理念】～優しさと信頼との出会い～

わたくしたちは、地域に開かれた・地域に愛される・地域に信頼される施設を目指します。

【組織の理念】～誠・和～

- 一、誠意にあふれた真剣な思いに満ちた行動
- 一、チャレンジ精神で、失敗を恐れることなく挑戦する
- 一、チームワークが勝利への道

一、みんなの力が一つとなり塊となって目標達成

当法人は、「誠・和」を持って利用者本位の質の高いサービス提供に努めます。具体的な行動指針は、何事にも誠心誠意尽くす「誠意にあふれた真剣な思いに満ちた行動」と「チャレンジ精神で、失敗を恐れることなく挑戦する」積極的な活力に満ちた職場風土づくりを進めます。

そのためには、和による「チームワークが勝利への道」を開き、「みんなの力が一つとなり塊となって目標達成」が出来る組織連携と協働を進めます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

同一敷地内に介護療養型医療施設と介護老人保健施設が隣接し、介護老人福祉施設に短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援事業所が併設されている。

緑に囲まれた心やすらぐ環境の中で、在宅福祉から入院医療まで一貫したサービスを行っている。自然豊かな環境を活かし、地域ボランティアや家族と協力して花作りに取り組み、利用者が花や緑に、身近に触れられる環境作りにも努めている。4つのグループにおけるケアでは、利用者の好みやレベルに合わせた特色あるレクリエーションを実施している。また、長岡保養園（協力病院）との連携により、健康で安全な暮らしをサポートしている。

さらには、東日本大震災により被災され、避難を余儀なくされた要介護者6名の方を受入れ、現在も2名の方の支援を継続実施している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	(契約日) 平成27年 5月 1日 (評価結果確定日) 平成28年 1月28日
受審回数(前回の受審時期)	※今回受審が初回受審 0回(平成 年度)

⑥ 総評

◆ 特に評価の高い点

○利用者・家族の意向に添ったサービス計画の策定と実施

事業所で定められた手順に基づいて、利用者個々のアセスメントが策定されている。アセスメントを行う際には、利用者の心身の状況のみならず、入所前の生活状況やサービスの実施上のニーズについても丁寧に聴き取り、サービス計画に反映していく仕組みとなっている。

また、入所直後には利用者の心身の状況やニーズが変化することも視野に入れ、居室担当者がきめ細かく関わりながら、個々の状態に合ったサービスの展開ができるよう、取り組んでいる。

サービス実施計画の評価・見直しは、定期的、あるいは必要時に実施され、変更のあった時には、フロアノートやミーティングを活用し、全職員に周知されるよう、配慮がなされている。

更新時や変化のあった時には、関係職員・家族からカンファレンスに参加してもらい、目標や援助内容について検討するとともに、意向を確認する仕組みが構築されている。

常に関係者と連携を取りながら、多職種協働でP D C Aのサイクルが継続的・効果的に実施されている。

○生活を意識した機能訓練の提供

サービス計画策定の際には、利用者個々の心身の状況を把握し、機能訓練の必要性について検討し、個別プログラムを作成、実施している。

利用者の心身の状況や意向を踏まえ、多職種間で連携しながら、自立に向けた機能訓練を提供している。

訓練室でのリハビリだけではなく、日々の生活場面での困りごとなどに着目し、個々の状況に応じた訓練を実施するよう、心掛けている。

具体的には、介護職員からの情報提供を受けて、食事の際のポジショニングや排泄援助の際の移乗・移動動作など実際に関わりながら、安全且つ利用者の力を効果的に活かす方法について指導を行っている。

介護度が高い利用者が多い中で、離床や排泄の自立など、利用者の生活に活かされるよう配慮がなされている。

今後も多職種と連携しながら、継続した取り組みを行っていくとともに、さらに利用者が主体的に訓練に参加できるように、工夫していくことを期待したい。

○経営の透明性を確保する取り組み

法人では、年2回法人監査委員による内部監査を実施している。

他、2か月ごとに外部会計事務所による巡回指導、年1回WAM簡易経営診断を通し、3段階での会計監査が内外で適切に実施され、記録も保管されている。

指摘事項や助言については、速やかに検討し、経営上の改善課題の発見とその解決のために活用される仕組みとなっている。

今後も継続的に実施し、透明性を確保する取り組みに期待したい。

◆ 改善を求められる点

○中・長期計画の整備に向けて

事業計画は、単年度で策定されており、年度ごとに評価・分析がなされ、次年度への計画へと繋げられている。

デイサービス移転等の長期を見据えた事業展開や長岡市モデル事業である健康教室への参画等、目標を法人運営会議で検討し、協議がなされているが、中・長期計画の策定及び明文化には至っていない現状である。

実施する福祉サービスの更なる充実や課題の解決等に向けて、地域ニーズに基づいた福祉サービスへの取り組みを含めた目標を明確にし、その目標を実現するために必要な組織体制・職員体制・人材育成等に関する具体的で長期的視野に立った計画策定が望まれる。

中・長期計画は、組織の理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示すものであり、今後の法人運営の核となるものである。

地域ニーズの把握・利用者満足度調査などを実施し、明らかになった課題を解決し、目標達成のための具体的な中・長期計画が策定されることを期待したい。

○適正な職員評価と職員の声を取り入れた職場環境作りに向けて

現在人事考課制度は実施されておらず、給与規程に基づく評価により、給与（等級）昇給等が決められている。

施設長は、自らフロアを周り、現場の状況を確認したり、ミーティング等で職員
の意見を聴き取り、課題の把握と改善に向けた取り組みを行っている。

しかしながら、職員個々の目標設定や到達度評価・成績評価を確認する仕組みが
構築されておらず、評価の根拠が曖昧になっている現状がある。

人事考課の目的・役割は、人材の能力開発、育成に活用され、公正な職員処遇を
実現することにより職員個々の意欲を高め、組織の活性化に繋げていくことであ
る。客観的で透明性を持った基準により、考課が行われ、職員の目標意識を高めて
いくことが望まれる。

また、個人面談を通して、定期的に職員の声聴く機会を設けることにより、過
重労働やストレス等を抱えていないかなど、労働状況の現状を把握する仕組み作り
に取り組んで行く必要がある。

職員の意見が反映され、目的を持って仕事に取り組むことができるよう、より働
きやすい職場環境の整備が期待される。

○マニュアルの周知と活用に向けて

サービスの種類ごとにマニュアルが整備され、利用者尊重やプライバシー保護の
姿勢が明示されている。

標準的な実施方法については、マニュアルの中に文書化されており、その上で
個々の利用者の状態に応じて、個別ケアを提供する仕組みとなっている。

しかしながら、マニュアルの実施状況については、確認する仕組みが構築されて
おらず、今後はチェックシートなどを活用して、職員の意識を高めていく取り組み
が望まれる。

また、マニュアルの見直しについても現在は必要に応じて行っているが、ほとん
どのマニュアルが作成以来、行われていない現状がある。法・制度の改定や利用者
の意向等も含め、現状に即したものになっているかを検証していく必要がある。見
直しの時期や方法などについて規程を定め実施していくことを提案したい。

マニュアルの整備と見直し・職員への周知を徹底することにより、さらに質の高
いサービスの提供に繋げていくことを期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H 27. 1. 20)

当施設は、開設後 24 年目を迎え、周囲を取り巻く状況や介護環境も時代とともに大きく変化している中、毎年実施してきた「利用者満足度アンケート」のマンネリ化対策と厳しい職場環境の改善に取り組みを外部評価によるサービスの検証や課題について、具体的な改善策を探る活用の一つとして受審を行いました。

また、当法人の平成 27 年度基本方針の大きな基本方針の一つに、【自らのサービスの「質の評価」「自己点検」「サービスの向上」を目指した第三者評価を受審し、職員自らが「考える力」「伝える力」そして「伸びる力」の実践を図る】ことが重点項目にもあり、今年度の実施となりました。

利用者（家族）72.5%、職員 96%と大変高い回収率であり、反面その思いや意見は真摯に受け止め、今できることからそして来年度の課題を職員と共有しながらサービスの質の向上を目指していきたいと考えています。

実地調査や評価結果についても、評価基準を基本にした客観的な視点から貴重なご意見をいただき、今後の課題が明確となり、「これから求められるサービスの提供」へと職員挙げて「考え・伝え・伸びる」体制の再構築に努めていきます。

今回の受審にご協力いただいた調査員様、ご利用者（ご家族）様に心より感謝申し上げます。

特別養護老人ホームまちだ園
園長 本田素子

(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 まちだ園

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	事業計画・法人広報誌において、「至誠会グループ基本目標」、「社会福祉法人 長岡福寿会 経営理念・組織理念」が明文化されている。また、事業所内に掲示され、且つ自由閲覧用として玄関にも設置されている。法人グループ全体が「誠・和」を基本に、利用者本位のサービス提供、地域に根差したサービス提供を目指しており、職員の行動規範として箇条書きで簡潔に記されている。
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。	b	法人理念である「誠・和」に基づく考え方として、「利用者本位のサービス提供は「和」を大切にした連携と協働であること」が事業計画内で明記されているが、基本方針としての明文化がなされていない現状である。今後は、中・長期に渡る事業運営を見据えた基本方針を明文化し、各種計画の基本・前提・根幹として活用されていくことを期待したい。
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	事業計画を全職員に配布し、全体会議で年1回説明がなされている。また、新人研修・初任者研修でも説明がなされ、入職者に対する組織理解にも努めている。しかし、全体会議欠席者には計画を配布するのみで、説明の機会が持たれていない現状である。また、新人・初任者以降の中堅職員に対する周知の場が確保されにくい現状でもある。理念や基本方針は職員の行動規範であり、全体への周知に向けた複数回の説明や、継続的に達成状況を分析し伝達する等、更なる周知の方法が検討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。	b	家族会総会において、説明資料を用いた説明がなされており、総会欠席者には配布資料を郵送している。また、事業所内の掲示や近隣商店等を含めた広報誌の配布により、幅広い周知に努めている。今後は、サービス利用の中心である「利用者」に対し、契約説明以外での事業説明や対話が出来る機会を設け、利用者自らがサービスの内容を理解して頂ける取り組みがなされていくことを期待したい。

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。	c	デイサービス増改築や、長岡市モデル事業である健康教室への参画等、長期ビジョンを法人運営委員会で検討し、実行されている。しかし、中・長期計画の策定及び明文化がされていない現状である。中・長期計画は、単年度計画の根底であり、組織が目指す将来像の明文化でもある。多様な情勢変動が生じた際の見直しも視野に入れ、今後は収支予測も含めた中・長期計画が策定され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。	c	中・長期計画が策定されておらず、単年度計画を年度単位で評価・分析し、次期計画が策定されている現状である。しかし、単年度計画は部門横断で策定され、項目別の詳細な実施要領・細目が明文化されている。今後は、中・長期計画を策定し、将来像を見据えた単年度計画策定がなされていくことを期待したい。なお、本項目は中・長期計画が策定され、単年度計画へ反映されていることが前提であり、現時点では中・長期計画が策定されていないことから、C評価とした。
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。	b	毎月1回開催されるサービス責任者会議において、目標達成評価・次月課題策定がなされている。また、「適正運営チェックリスト」を毎月作成し、その評価を基に、各委員会を中心とした部門横断での事業計画策定が行われている。今後は、計画策定に係る検討記録や各部門単位での検討記録等を整備し、経緯を基に振り返りが行われていくことを期待したい。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	事業計画を全職員に配布し、全体会議で年1回説明がなされている。また、新人研修・初任者研修でも説明がなされ、入職者に対する組織理解にも努めている。しかし、全体会議欠席者には計画を配布するのみで、説明の機会が持たれていない現状である。また、新人・初任者以降の中堅職員に対する周知の場が確保されにくい現状でもある。理念や基本方針は職員の行動規範であり、全体への周知に向けた複数回の説明や、継続的に達成状況を分析し伝達する等、更なる周知の方法が検討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。	b	家族会総会において、説明資料を用いた説明がなされており、総会欠席者には配布資料を郵送している。また、事業所内の掲示や近隣商店等を含めた広報誌の配布により、幅広い周知に努めている。今後は、サービス利用の中心である「利用者」に対し、契約説明以外での事業説明や対話ができる機会を設け、利用者自らがサービスの内容を理解して頂ける取り組みがなされていくことを期待したい。

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	職務分掌及び広報誌にて明文化され、感染症や災害発生時における有事の対応についても、フロー図で役割が明確化されている。しかし、重要事項は管理職のみで決定されていると捉えられがちであり、管理者及び管理職と一般職員との間に、各種周知事項の理解度や認識の面で大きな乖離（かいり）が生じている現状も否めない。今後は、各種計画・マニュアルを活用した勉強会や、職員との個別面談等の機会を設定し、明文化した自らの役割も含め、職員の理解・浸透が深まる取り組みがなされていくことを期待したい。
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	経営セミナーへの参加や新聞報道による時事問題をチェックし、制度改正・法令遵守の理解に努めている。また、高齢者虐待問題等は、全体ミーティングや朝礼を活用し、職員への周知を図っている。今後は多様化する不測の事態に備えた、各種法令等の資料を作成する等、いつでも閲覧・活用が可能となる取り組みがなされることを期待したい。
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。	b	サービス責任者会議を毎月1回開催し、現状分析に努めている。また、昼食時は自らが食堂で職員・利用者と対話し、日常的な様子観察や利用者の状態変化の把握に努めている。リスクマネジメント委員会を通じた詳細な分析もなされ、各発生事例に対し助言指導を行っている。今後は、職員との個人面談や全体会議での意見交換の場を構築し、管理職と一般職員との様々な乖離（かいり）を防ぎ、且つ「職員の声」を取り込むための仕組み作りを期待したい。
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。	b	サービス責任者会議を毎月1回開催し、事業別適正運営チェックリストを基に、職員配置・加算要件・事業所の現状把握及び分析がなされている。また、収支を前年と対比し、コストバランスの把握もなされており、次月に向けた課題も設定されている。今後は、職員の働きやすさにも着目した業務改善の必要性や、職員参画での各種計画策定及び周知の機会を構築し、現場職員の「声」が取り込まれることを期待したい。また、これらの取組が構築され、管理職層との様々な乖離（かいり）が回避されることで、より効率的な事業運営が一体的に行われていくことも併せて期待したい。

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。	b	法人内地域包括支援センターや居宅介護支援事業所による情報提供を基に、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人内での相談員ネットワークによる情報共有もなされ、介護予防対象者の受入や介護保険外のサービス構築等、ニーズの充足に向け着手している。今後は、地域の福祉ニーズを「より多様なネットワーク」を通して収集する方法を構築し、法人グループでは集約出来ない実態把握を実施し、事業運営の在り方や法人への期待が把握されることを期待したい。また、中・長期計画を策定し、経年的な事業展開が明確化されることも併せて期待したい。
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。	b	サービス責任者会議を毎月１回開催し、前年との収支を対比したコストバランスの把握をしたうえで、次月に向けた課題設定がなされている。また、事業別適正運営チェックリストを用いた利用統計分析もなされており、各月の稼働状況に基づく実態把握もなされている。今後は、これらの分析結果が職員にも周知され、自らが所属する事業所の経営実態や現状把握を共に行い、改善や効率化が共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	法人監査委員による年２回の内部監査・外部会計事務所による２ヶ月ごとの巡回指導・年１回のWAM簡易経営診断が実施され、３段階での会計監査を内外で実施し記録も保管されている。各指摘事項を基にした適切な会計処理にも努めており、今後も継続した実施がなされていくことを期待したい。

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	介護職員資格取得研修助成費制度が設けられ、費用の半分を事業所が負担することで、職員の資格取得推奨及びバックアップが行われている。また、法人研修制度に基づき、新人・初任者・中間管理職対象の研修も行われ、階層別の人材育成にも取り組んでいる。今後は、初任者以降の中堅職員を対象とした研修体系の構築が期待される。更に資格取得後の人材管理についても明文化し、入職後からどのように職員がステップアップし、どのように質の高いサービス提供を構築していくのが明確化されることを期待したい。
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。	c	現時点では人事考課制度が構築されておらず、給与規程に基づく職員給与（等級）評価が行われている。しかし、考課基準に基づく到達度評価や成績評価、目標設定を通して職員個々に目標意識を持たせていくことは、職員の人材育成において、とても重要な意義を持っている。今後は、職員の考課が客観的な基準で行われ、個人面談を通じた職員との対話を含めた人事考課制度の構築がなされることを期待したい。
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。	b	有給取得や時間外労働は、各主任による申請許可が行われ、園長に報告が行われている。現状は勤務変更による対応が中心であり、有給休暇取得はなかなか行われない現状となっている。体調不良時は、各主任による面談が行われ、必要時は園長との面談も実施される等、相談体制は構築されている。今後は定期的に職員の声を聴く機会を設け、過重労働やストレス等による悩みを抱えていないか、労働状況の現状はどうなっているのか、内部で把握する仕組みの構築が期待される。設定されている相談窓口も明確化し、職員がより良いメンタルヘルスを維持出来るよう期待したい。
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	福利厚生センター等への加入は行われていないが、法人独自事業を展開し職員の福利厚生に努めている。内容としては、親和会を通じた季節ごとの集会や慶弔対応、ヨガトレーナーを招いたリラックスやメンタルヘルス講座の開催、クラブ活動の推奨等、独自の活動で参加・利用しやすい方策を設けている。今後は、経年劣化した介護機器入替時における腰痛対策や、設置されている相談窓口を職員に明確にし、職員個々の心身の健康維持に向けた更なる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	介護職員資格取得研修助成費制度が設けられ、費用の半分を事業所が負担することで、職員の資格取得推奨及びバックアップが行われている。資格取得時における勤務時間の配慮もなされ、職員の資質向上と専門資格取得を目指した姿勢が窺える。今後は、求める人材像や専門資格を各種計画において明文化し、事業所が職員に求める姿や資質への取組が計画的に実施されることを期待したい。
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。	b	研修委員を中心とした多様な内部研修や部署別研修を通じた発表会、外部研修参加後の伝達研修会も開催され、事業所内部での全体的な研修体系は整備されている。また、外部研修参加者が提出する復命書には、園長自らがコメント及び目標を記載し、個々に求めるスキルを提示している。しかし、新人職員のみ研修計画が策定されるが、その他職員は個別の計画策定は行われていない現状である。今後は、現在の取組がより個別且つ計画的に実践されるよう、個別の研修計画を策定し、到達度評価が適正に行われていくことを期待したい。
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	外部研修参加者は復命書を提出し、復命書の回覧及び伝達研修により幅広く周知する取り組みがなされている。復命書には園長自らがコメント及び目標を記載し、職員個々へ何を求めているか目標を提示している。また、研修委員が主催する内部研修は、参加者アンケートを通し開催方法等の評価が行われ、研修の充実化を図るよう努めている。今後は個別の研修計画を策定し、目標設定及び目指すべき人材像を明確にした上で、段階的且つ経年的に職員のスキルアップがなされていくことを期待したい。
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。	b	各種資格取得における実習受入れがなされ、介護福祉士においては実習指導者研修修了者を多数配置し体制を整備している。オリエンテーション時は、園長と相談員による概要説明がなされ、個別の学習内容に基づくプログラムを作成し実習が行われるよう努めている。今後は、実習受入れマニュアルを整備し、担当者の変更等が生じた際も継続して統一した受入対応がなされていくことを期待したい。

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。	b	リスクマネジメント及び感染症対応マニュアルが整備され、フロー図を作成し対応策が明確化されている。また、事故発生時は内容分析も行われ、リスクマネジメント委員会を中心に統計分析も行われている。今後は、マニュアルが実態に即した内容であるか見直しを行うと共に、マニュアルの周知徹底とマニュアルを活用した勉強会を開催し、作成されたマニュアルが現場で活用されることを期待したい。
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	災害対応マニュアルが整備され、地域と連携した防災訓練や隣接する法人内事業所との合同防災訓練も実施されている。備蓄品食材も管理栄養士により適切に保管され、災害発生時のメーカーからの確保体制も明確となっている。今後は、マニュアルを活用した研修やマニュアルの見直し、食材以外の備蓄品保管等により、より一層の不測の事態に備えた取り組みが強化されていくことを期待したい。
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。	b	事故報告・ヒヤリハット報告発生時は、各部署ごとに内容分析が行われ、リスクマネジメント委員会を中心に統計分析も行われている。リスクマネジメントに関する研修も行われ、検証後の対応が実践出来ているかを再度検討し記録に記載される等、再発防止に努めている。今後は、行われた検証や統計分析の結果を職員に周知するために、回覧以外の方法でどのように情報共有を図るのか、全体としての仕組み作りがなされていくことを期待したい。
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。	b	リスクマネジメント規程及び事故防止に関する指針・マニュアルが整備され、必要時の体制が明文化されている。今後は、整備されたマニュアルを職員に周知するための勉強会開催や実態に即したマニュアルであるか見直しを行う等、マニュアルを活用・実践していくための取組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	経営理念において、地域に開かれ、愛され、信頼される事業所運営を目指していくことが明文化されている。職員有志による和太鼓演奏も行われ、地域の各種行事に積極的に慰問を行う等、多様な活動に取り組んでいる。行事を通し、開かれた事業所運営を目的にしており、来て頂くだけでなく、積極的に出向き参画することも心掛けている。今後は、多様な社会資源の活用に向けた資料作成や、地域との交流を文書化し、現在の取り組みが計画的に継続して実践されていくことを期待したい。
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。	b	介護者教室や健康教室等において、事業所職員が講師となり様々な講習を開催する等、積極的に地域への情報発信や機能還元を行っている。民生委員等の定期訪問時における意見交換もなされ、広報誌も近隣の商店等にも配布し、地域との交流を深めるよう努めている。今後は、災害時における地域との関わりや役割について、平常時より取り決めがなされ、不測の事態に備えていくことを期待したい。
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	ボランティア委員会を通し、イベント活動・個人ボランティア等の多様な受入がほぼ毎日行われている。外部の方の声や風を取り入れることも目的とし、年1回開催されるボランティア交流会では、講演会も含めた交流が行われている。しかしながら事務的な登録や名簿は作成されているが、受入手順等が明確化されておらず、今後は利用者対応に係るボランティア向けの研修や受入手順を明確にしたマニュアル整備により、統一した内容で安全な受入がなされていくことを期待したい。
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。	c	公共施設への外出を小集団で実施する等、地域の社会資源の活用に努めているが、資料整備や職員向けの勉強会は行われていない現状である。どのような社会資源があり、利用者個々のニーズに合わせ必要な場合はどのように活用するのか、職員の理解やスムーズな対応が必要である。利用者のサービスの質の向上に向け、今後は資料作成や勉強会の開催がなされていくことを期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	地域ケア会議や地域の祭り等を通じた意見交換や情報共有が行われている。隣接する法人内事業所との連携も随時行われ、必要ケースにおける成年後見制度活用も行われている。今後は更なるネットワーク構築により、法人外の事業所と連携を深め、自らの提供するサービスの現況把握や連携した利用者対応がなされることを期待したい。
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。	b	法人内地域包括支援センターや居宅介護支援事業所による情報提供を基に、地域の福祉ニーズの把握に努めている。日常的な利用者との関わりを通じた近隣住民の実態把握も行われ、即応に努めている。今後は、各種関係機関を通じた多様なネットワークを構築し、法人グループでは集約出来ない実態把握を行うことで、事業運営の在り方や法人への期待が把握されていくことを期待したい。
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	デイサービス増改築等の長期を見据えた事業展開や、長岡市モデル事業である健康教室への参画等、ビジョンを法人運営委員会で検討し協議がなされているが、中・長期計画の策定及び明文化には至っていない現状である。単年度計画の根底であり、長期ビジョンを基にどのように事業展開がなされていくのかは、今後の法人運営の核となる事項である。多様な情勢変動が生じた際の見直しも視野に、収支予測を含めた中・長期計画が策定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） 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。	b	基本目標や組織の理念に「誠・和」を持って利用者本位の質の高いサービス提供に努めることを明示している。リスクマネジメント委員会が中心となり、身体拘束廃止・虐待防止の指針の整備を進め、職員への周知を図る取組を行っている。今後は理念の実現に向けて、より具体的な行動指針を示し、職員の意識を高めていく取組みに期待したい。
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	プライバシー保護に関するマニュアルに沿って、個人情報関係については、掲示物や広報写真掲載照会を行っている。介護技術マニュアルは、プライバシー保護の視点で作成され、環境整備としては各居室の衝立やポータブルトイレがきちんと設置されているか、定期的に点検が行われている。今後は、マニュアルに基づいたサービス提供が確実に実施されているか、確認する仕組み作りに期待したい。
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	前年度までは、利用者・家族に向けて定期的にアンケート調査を行ってきた。結果については、広報や家族会で報告する等、組織として利用者満足の上昇に向けて取り組んできた。調査結果について、毎年意見が画一化しているとの見解から、今年度は実施していない。現在、調査方法や改善に向けた仕組み作りなど検討しているところである。利用者・家族とともに施設作りを行っていくという観点から、意向を聴き取り、具体的なサービス改善に繋げていく取組みに期待したい。
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	玄関先に意見箱を設置して、利用者・家族の意見や要望を聞き、対応している。日常生活の中では、馴染みの職員・相談員・園長などに直接相談できるよう、話しやすい雰囲気作りに努めている。意見や要望に対しては、その都度対応している。今後は、利用者がより相談しやすいようにプライバシーに配慮したスペースを確保するとともに、複数の相談方法や相談相手の中から選べることを明示し、利用者・家族への周知が図られることに期待したい。
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	苦情解決の体制は、入所契約時に説明されており、施設内にも相談・苦情の受付窓口や仕組みについて掲示するとともに第三者委員会も設置している。寄せられた苦情や意見については、内容・経過・結果・解決策など、委員会でまとめ、施設内に掲示したり、全体会議で報告する等、フィードバックしている。
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	相談・苦情等への対応マニュアルが整備され、利用者・家族から寄せられた意見や要望については迅速に対応できるよう心がけている。今後は定期的にマニュアルの見直しを行い、職員への周知を図るとともに、福祉サービスの改善に向けて、より効果的に機能が発揮できる仕組み作りに期待したい。

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。	c	今年度から、自らが提供するサービスについて、検証及び評価していく取り組みとして、第三者評価の受審を事業計画に位置付けている。自己評価の意義を職員に周知し、組織全体で取り組んで行くことでサービスの質の向上に繋がることを期待したい。
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。	c	今年度、第三者評価の受審を実施し、組織として自己評価に取り組んでいるところである。評価結果を基に課題を明らかにするとともに、改善計画を策定していく方針を定めている。今後の取組が期待される。
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	サービス種類ごとに利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を取り入れたマニュアルが整備されている。マニュアルは、いつでも職員が手に取って確認できる場所に保管されている。また、新人職員研修や初任者研修により周知するとともに、OJTにより随時指導が行われている。今後は、標準的な実施方法に基づいてサービスが提供されているかどうかを確認する仕組み作りに期待したい。
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	現在は必要に応じて、各部署や委員会で見直しを検討され、ミーティングやフロアノートなどを活用して職員に周知している。今後は組織として、見直しの時期や方法を定め、実情に沿った実施方法となっているか検証していくことが望まれる。見直しについては、利用者、職員の意見が反映される仕組みを構築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
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	計画に沿ったサービスが提供された記録は、利用者ごとにパソコンに入力されている。月単位での評価記録もわかりやすくまとめられている。記録方法やパソコン入力等については、介護主任が責任を持って指導しており、統一した記録ができるよう配慮されている。
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。	b	記録の管理については、文書整理・保管・処分について規程が定められており、USBの使用や管理方法についても明示されている。個人情報の保護のポイント、指針についての研修を実施し、職員への周知を図るとともに、随時フロアミーティングなどで、時宜に即した話題提供を行い、意識を高めるよう取り組んでいる。今後は記録について、管理責任者を明確に定め対応していくことが望まれる。
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。	b	利用者の日々の情報は、パソコンに入力され、各職員が確認できる仕組みとなっている。また1階、2階のフロアノートによる申し送りを活用し、情報共有が図れるよう取り組んでいる。ケアカンファレンスは定期的に関催され、部門横断での取り組みがなされている。今後は伝えるべき情報の内容と流れを整理し、確実に伝達されているかを確認する仕組み作りに期待したい。

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	法人全体のパンフレットやホームページを作成し、情報提供を行っている。パンフレットは、地域のコミュニティーセンター、学校、郵便局などに配布している。広報についても町内会で回覧してもらい、施設を広く知ってもらうための取り組みがなされている。見学は随時可能となっている。
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	生活相談員が中心となり、契約書・重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金等についてわかりやすく説明し、同意を得た上で契約が取り交わされている。また、その他、身体拘束・看取り・痰吸引の同意書についても提示し、今後予測されることについても説明している。今後は一連の流れを記録し、利用開始前の支援の経過が職員間で共有されることに期待したい。
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	入院時など、他のサービス利用の際には、生活相談員や看護師が基本情報・ケース記録などを用いて情報提供を行っている。在宅復帰の例はないが、相談支援については生活相談員が窓口となり、いつでも相談可能な体制が取られている。入所判定等の会議には、居宅の介護支援専門員も出席し、情報の共有に努めている。今後は利用者・家族ニーズの多様化に伴い、サービス移行のための引継ぎ文書や手順を明確にしておく必要がある。サービスの継続性や利用者・家族の安心感を得るための相談体制を整え、周知していくことを期待したい。

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	施設で定められた手順に基づき、利用者個々のアセスメントが実施されている。利用者・家族の意向については、居室担当が直接聞き取りを行い、ニーズを明らかにする取り組みが行われている。カンファレンスやサービス担当者会議は、定期的、あるいは必要時に適切に開催され、それぞれの専門職の視点からニーズを明確にし、具体的な支援へと繋げている。
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	アセスメントされた内容を基にケアマネージャーが中心となり、部門横断による関係職員の合議によって、サービス実施計画が策定されている。計画に沿ったサービスの実施については、月ごとの評価により、実施状況が確認できる仕組みになっている。標準的な実施方法では対応できない利用者に対しては、理学療法士など専門職と連携し、個別の介助方法がサービス内容に記載されている。
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	サービス実施計画の評価・見直しは、定期的、あるいは必要時に実施され、適切に記録されている。カンファレンス開催時は、前月に家族に予定を知らせ、参加してもらっている。家族との情報共有がスムーズに行われることにより、意向の確認と同意を得ることができ、計画の変更については、フロアノートやミーティングを活用し、全職員に周知している。

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。	b	入所計画作成会議にて、生活相談員を中心に利用者・家族の意向やこれまでの生活についてを確認し、一人ひとりに応じた生活ができるよう、個別の計画を作成している。ボランティアの活用やクラブ活動への参加を促し、楽しい時間を過ごしてもらえよう支援している。今後は、自ら意思表示をすることが困難な利用者に対しても、複数のメニューから選択できるよう支援していく取り組みに期待したい。
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。	対象外項目	特別養護老人ホームは評価対象外
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	新人職員研修や初任者研修の中で、接遇について学ぶ機会を継続的に設けている。日々の生活においては、居室担当者が中心となって、一人ひとりの思いや希望を傾聴するように努めている。今後は新人職員だけでなく、全職員に研修の場を提供するなど、意識を高めていく取り組みに期待したい。
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	虐待防止指針が整備され、職員への周知を図る取り組みがなされている。具体的には朝のミーティングの際に、虐待についての新聞記事やニュースなど紹介し、自らの対応について振り返り、考える機会を設けている。今後はさらに不適切な行為が行われないよう、職員相互のチェックやストレスへの対応などの仕組みを構築していくことに期待したい。
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。	a	身体拘束廃止指針に基づいて、拘束をしない介護を実践している。現在身体拘束はゼロである。今後も定期的に研修を実施するなど、職員の意識を高め、組織全体で身体拘束のない介護を継続していくことが期待される。
A-1-1 (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。	b	利用者個々の状態に合わせたサービス実施計画が策定され、計画に基づいて実施されている。また、認知症ケアに関する研修を開催し、対応について学ぶ機会も設けている。今後は認知症の利用者が尊厳を持って生活できるよう、症状に合わせた対応の仕方などを検討し、マニュアルを整備していくことが望まれる。
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。	b	浴室やトイレなど整理整頓され、安全面に配慮していることが窺われる。具体的には、環境整備について、家具やポータブルトイレの位置、温度湿度管理など、定期的に点検し、チェックする取り組みが行われている。共有スペースには、さりげなく花や利用者の作品が飾られていたり、施設周囲には季節の花や緑が楽しめる散歩コースが整備されている。今後は憩いの場としてより効果的に活用していくことを期待したい。
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	情報提供として、玄関ロビーにパンフレットが置かれている。家族会で研修を行うなど、周知に向けて取り組んでいる他、個別の相談については生活相談員が対応している。今後も必要な利用者の状況に合わせ、支援していく方針である。

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	利用者の入所前の生活や意向を聴き取り、計画を策定している。1階、2階の職員が情報を共有し、統一した介護が実施できるよう、計画の変更についてもフロアノートで申し送りを行っている。生活場面では、排泄介助などの際、理学療法士から立ち上がりや移乗動作などを評価してもらい、指導を受けることが可能となっている。専門職と連携し、自立に向けての支援を行っている。
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。	対象外項目	現在、預り金は取り扱っておらず、鍵付きロッカーで個人管理されている方が2名のみであるため、本項目は対象外とする。今後、預り金について管理が必要となった場合に備えて、預り金管理規定が整備されている。

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。	b	入所時に利用者の心身の状況や嗜好などを聴き取り、ケアプランが立案されている。管理栄養士は利用者全員の栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。利用者の心身の状況に応じた治療食や栄養補助食品が提供されている。日々管理栄養士が食事の状況を確認し、利用者の要望を聴き取るとともに、他職種との連携により突発的な状況にも対応した食事の提供がなされている。カンファレンス等において随時見直しを行い、個々に適した食事形態を提供している。今後は、食事に関する希望や好みを確認するマニュアルの整備を行うとともに、全利用者を対象とした定期的な嗜好調査を実施し、より一層利用者に喜ばれる食事提供を期待したい。
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	給食運営会議を毎月開催し、食事内容や喫食環境について検討されている。食事は旬の食材や地域で馴染みの店の物を使用し、季節感のある献立や行事食が提供されている。利用者の重度化にとまなない、肉や魚などを酵素を用いて柔らかさを工夫し、美味しく安全な常食提供に取り組んでいる。食事中はテレビを消して音楽を流す等、落ち着いて美味しく食事が食べられるよう、喫食環境に配慮している。車椅子から椅子への移乗をできるだけ行い、個別の椅子の高さ調整や足置き台など工夫している。温冷配膳車を整備し、適温の食事が提供されている。
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。	b	食事の姿勢や介助の方法、食器や自助具の使用など、食事の自立に向けた個別の支援が提供されている。口腔ケアについては、歯科衛生士の指導の下、食事前の嚥下体操の実施や、毎食後の歯磨き・義歯の手入れなどの支援が行われ、ケアプランに位置づけられている。今後は口腔機能の維持・向上を図るため歯科医師や他職種で連携し、個々の状況に応じた口腔ケアの取り組みに期待したい。

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	入浴介助マニュアルが整備され、利用者の心身の状態や本人の意向を踏まえた入浴形態がケアプランに位置づけられ実施されている。入浴前には健康状態のチェックを行い、看護師と連携を取りながら必要に応じて清拭やシャワー浴への変更などの対応を行っている。入浴を拒否する利用者には、言葉掛けや曜日を変更するなど、職員間で連携し柔軟に対応している。今後も利用者の尊厳や安全面に十分配慮し、満足度の高い入浴支援が行われるよう期待したい。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	週2回の入浴を基本としているが、失禁や皮膚状態等により入浴回数を増やして対応している。また、外出予定等により入浴日の変更や入浴日以外の入浴も随時対応をしている。同性介助については可能な限り意向に沿うよう努めている。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)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	a	水質検査は定期的に業者により実施されている。浴室や脱衣場の清掃や物品の消毒は、毎日入浴終了後に介護職員によって行われる他、定期的に業者による清掃を実施し清潔に保たれている。今後も浴室や脱衣場の設備及び入浴器具等の改善や環境整備等について検討を行う体制を整え、より一層安全で快適な入浴の提供がなされるよう期待したい。
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。	b	利用者の心身の状況に応じた排泄支援が行われ、必要に応じてケアプランに位置づけられている。排泄介助の結果は排泄チェック表に記録され、介護職員・看護職員で情報を共有し健康状態の確認を行っている。オムツ交換は定時交換を基本とし、必要に応じて随時交換への対応も行い、皮膚の観察や褥瘡予防に努めている。今後は、排泄マニュアルに基づき安全確保やプライバシー保護に考慮するとともに、利用者の尊厳や羞恥心への配慮が十分なされるような環境や介助方法等の工夫が期待される。
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。	a	理学療法士など専門職と連携し、可能な限りトイレでの排泄に取り組んでいる。また、オムツを使用している利用者も、日中は介護職員2名でトイレ介助を行い、排泄の自立支援に努めている。利用者個々の特性に合った排泄用具（紙オムツ・パット等）の検討もなされている。今後は更に、オムツに頼らない個別の排泄支援に取り組んでいくことを期待したい。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	a	トイレの清掃は委託職員により随時行われ、清潔保持に努めている。トイレ内の臭気対策として空気清浄器が設置されている。トイレの入口にはドアとカーテンがあり、利用者の状態により使い分けができ、プライバシー保護に配慮されている。今後もトイレの設備や環境（温度管理等）について定期的に検討を行い、より一層の清潔保持の工夫がな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。	b	衣服は可能な限り自分で選択できるよう、居室担当職員が支援しており、就寝時のパジャマへの着替え等もケアプランに位置づけて実施している。また、意思表示が困難な利用者には、担当職員が適切に選択している。衣類の購入や破損や汚れが生じた際には、居室担当職員が家族に連絡を取り、適切な支援が行われている。今後は、衣類の破損や汚れが生じた場合に、速やかに対処するための業務手順が整備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	地域の理容店が週に1回施設に来訪して実施しており、可能な限り利用者の意思が尊重されるよう取り組まれている。希望があれば、地域の理・美容院を利用することも可能であり、必要に応じて送迎の支援も行う。職員は、誕生会や外出時に化粧や身だしなみの介助等の支援を行っている。今後も理容・美容に関する資料や情報を用意し、より一層個々の希望に応じた選択が広がる支援を期待したい。
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時に応じ、ホットミルクの提供や日中の活動量の増進等の工夫が行われている。同室者への影響が心配される場合には、居室を変更し付き添う等の支援が随時行われている。居室の灯りを洗面台のライトのみにしたり、カーテンを使用して個別のスペースを確保する等、安眠できる環境作りに努めている。巡回マニュアルは整備されているので、今後は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	日々の利用者の健康管理やインフルエンザの予防接種、定期的な健康診断が実施され、健康管理マニュアルも整備されている。利用者の食事摂取状況や排泄状況等は毎日チェックが行われ、他職種による日々の状態観察や情報の共有がなされ記録されている。嘱託医との連携を密に行い、いつでも相談や助言が受けられる体制が整っている。今後は、薬の効果や副作用等の研修を実施する等、継続した取り組みを期待したい。
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。	b	協力病院、嘱託医とは迅速かつ日常的に連携を図り、利用者の急な健康状態の変化にも迅速に対応できる体制が整っている。また、緊急時マニュアル及び夜間のオンコール対応が整備され、緊急時には協力病院のみならず、救急搬送も含めた速やかな対応が行われている。今後は、マニュアルに沿った緊急時対応についての研修を実施し、職員全員に周知するための取り組みを期待したい。
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	内服薬・外用薬は、医務室で看護師によって管理されている。利用者の処方薬はケアプランに記載されており、薬の変更や頓服薬については看護師が申し送りで伝達している。処方薬は薬カートの引き出しに個別に管理されているが施錠はされてなく、看護師が不在時や夜間は、医務室の出入り口を施錠し管理している。誤薬事故発生時には、速やかに事故報告書を作成し周知するとともに、原因分析・改善策の検討が行われているが、マニュアルへの反映はなされていない。今後は、マニュアルの見直しや記録の整備も含めた内服薬・外用薬の管理体制の整備が望まれる。
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	褥瘡予防マニュアルが整備されており、看護師・介護員・理学療法士・管理栄養士等の他職種連携による「褥瘡カンファレンス」が開催され、早期対策が随時行われている。現在は褥瘡治療が必要な利用者はいないが、今後も褥瘡対策委員会を中心に、褥瘡予防に対してより具体的な取り組みが行われるよう期待したい。
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	入退院時の対応は、主に生活相談員が行っている。また、利用者の状態に関する情報提供は、生活相談員や看護師が基本情報・ケース記録などを用いて随時行っている。入院中の利用料負担、退院時の対応などについても、生活相談員により適切に説明が行われている。入院中の利用者の状態把握にも努めており、医療機関との連携が図られている。

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	感染症及び食中毒の予防まん延防止に関する指針・マニュアルが整備されている。感染委員会、衛生委員会を毎月開催し、議事録を各部署に回覧し周知を図っている。感染症流行期には感染症発生情報等を発信し、注意喚起を行っている。部署別研修で、ノロウイルス罹患時の吐物の処理の手順について実施している。年間を通して感染症を持ち込まない対策として、職員・外来者ともに玄関での手洗い・うがいの励行、適宜マスク着用もお願いしている。今後も継続した感染症予防の取り組みが行われることを期待したい。
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	マニュアルが整備されており、厨房内の清掃や調理器具、食器の消毒殺菌は毎日行われ記録されている。職員や業者の出入りと食材搬入経路の限定、調理担当者の衣類や履物の管理等、マニュアルを基に衛生管理に努めている。調理関係者の検便は、一般項目、ノロウイルスについて適切に実施されている。
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。	a	理学療法士により個々の利用者の心身の状況に合わせた個別プログラムが策定され、ケアプランに位置づけられており、モニタリングに基づいて評価・見直しを行っている。訓練内容については本人の意思を大切に、自主的な取り組みを促すことに重点が置かれている。サービス担当者会議にて他職種からの情報収集を行い、個別プログラムに反映させている。毎月1回機能回復訓練の総括評価記録を作成し、利用者状況のお知らせとして家族に送っている。今後も生活の中で、利用者の身体機能低下防止のための活動を計画的に行い、日々の生活動作の維持、向上を図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	理学療法士を中心に、利用者個々の状態に合った移乗・移動方法が検討され、できるだけ自力で移動できるよう支援を行い、安全に移動するための福祉機器や環境整備に努めている。週に1回ポジショニングの確認や、関節の可動域訓練等も計画的に実施されている。今後は、利用者の快適性や安全性が確保できるよう、福祉用具の点検と活用がなされるよう期待したい。

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	日常の楽しみとして各フロアで行うレクリエーションや、季節の行事、地域行事、園芸活動、家族会やボランティアによる活動等、多種多様な活動が実施されている。居室担当職員が利用者が好む活動や希望を聴き取り、参加できるよう支援している。職員が考案した除圧体操や、音楽に合わせて行う軽体操等も提供されている。今後は利用者の意向を聴く仕組みを構築し、利用者とともにプログラム策定ができることを期待したい。
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	新聞・雑誌の個人購読は可能であるが、現在個人で購入する利用者はいない。施設で用意した新聞・雑誌が提供されている。テレビについては持ち込む利用者が多く、それぞれの居室で楽しまれている。特にルールは設けていないが、職員の適切な支援により大きなトラブルは発生していない。
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	施設内は全館禁煙であり、現在喫煙する利用者はいない。飲酒については、希望する利用者に職員管理で提供されている。手作りの梅干しやつくだ煮等を持ち込む利用者は多くおられ、日常生活の継続性が保たれるよう配慮している。今後も利用者の日常生活における嗜好の継続性の配慮や、個別性の対応に期待したい。
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	主に生活相談員が送迎車両の運転を行っており、日々の運行前点検を実施し、運転日誌に記録されている。また、年に1回警察職員による安全運転講習会を実施し、シートベルトの着用等、安全運転に努めている。しかし、運転職員の日々の健康チェックは、自己申告のみであり実施されていない現状である。今後は、日々の健康チェックの体制作りを期待したい。
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。	a	急な嘔吐にも対応できるよう、消毒やマスクやガウン等が準備され、予想できる事態に備えている。乗降時の安全確保、車椅子の固定・リフト操作・乗降時の見守りや付き添いも徹底されている。
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	事故発生時、緊急時のマニュアルは整備されているが、マニュアルに沿った定期的な訓練は実施されていない。今後は事故防止の観点から更に万全を期して、マニュアルに沿った訓練が実施さ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。	対象外項目	特別養護老人ホームは評価対象外

A-2-(13) 建物・設備		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(13)-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a	施設の建物・設備については定期的に点検が行われ、不備があれば直ちに改善するよう努めている。多床室であるため、全室ではないがパーティションの設置による間仕切りを行い、プライバシー保護に配慮した生活環境を整えるよう努めている。備品の故障や汚れ等は、日常の業務の中で職員全員が気を付け、安全、快適に使用できるよう取り組んでいる。各居室やトイレに空気清浄器を設置し、利用者の体調管理のため施設内の温度・湿度の管理が行われ、こまめにチェックする体制が整っている。

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	利用者の健康状態や生活状況については、定期的及び随時に家族に報告されている。行事案内や広報誌を発送し、情報提供や行事参加等により家族と交流を図っている。家族会が組織され、定期的な会議の開催やボランティア活動を通じて連携や交流が適切に行われている。今後も定期的に施設と家族の話し合いの機会を設け、一層の情報共有や連携が図れるような取り組みに期待したい。
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・外泊は利用者や家族の希望に応じて行われ、送迎の支援等も随時行っている。外出時間や期間等については、利用者や家族の希望に沿って支援されており、利用者主体のルール等は特に設けてはいない。今後も利用者や家族の希望に応じたよりきめ細かい対応に向け、外出等における利用者との話し合いや検討の場が設けられることを期待したい。
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	利用者及び家族の意向を尊重し可能な限り対応できるよう、看取りに関する指針が整備されている。ターミナルケアに移行する際は、医師による十分な説明が行われ、利用者及び家族の同意を得て、ターミナルケアプランが作成されている。医師、関係職員との連携の下でターミナルケアが実施され、看護師が講師となり定期的なターミナルケア研修も実施されている。また、看取り終了後には職員で振り返りを行い、利用者の想いを汲み取り、質の向上に繋げるとともに、職員の精神的ケアが実施されている。今後もチームケアで、継続した取り組みが行われることを期待したい。
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。	対象外項目	特別養護老人ホームは評価対象外