

(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：社会福祉法人中越老人福祉協会 特別養護老人ホームやすらぎの里	種別：介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
代表者氏名： 特別養護老人ホームやすらぎの里 園長 星野 広栄	定員：100名 (利用人数) 100名
所在地：〒949-4353 新潟県三島郡出雲崎町大字川西660番地1	
連絡先電話番号： 0258-78-3311	FAX番号： 0258-78-3124
ホームページアドレス	<a href="http://chuetsu-roufukukyo.com">http:// chuetsu-roufukukyo.com</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 昭和55年 7月 1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人中越福祉協会	
職員数	常勤職員： 44名 非常勤職員： 21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 2名 医師 2名(非常勤・嘱託医)
	介護福祉士等 36名 柔道整復師 1名
	作業療法士 1名
施設・設備の概要	(居室数) ○個室×2室 ○多床室 2人部屋×2室 3人部屋×2室 4人部屋×22室  (設備等) ○ホール(食堂)×1室 ○調理室×1室 ○面会室×1室 ○面談室×1室 ○機能訓練室×1室 ○浴室×1カ所 (個浴×1カ所・中間浴2カ所・ 特殊浴2カ所) ○医務室×1室 ○養護センター×1室 ○静養室 3室 ○トイレ×5カ所 ○洗濯室×1室 ○リネン室×2室 ○倉庫×1室 ○交流室×1室

		○談話コーナー ○会議室（大小各1室）
--	--	------------------------

③ 理念・基本方針

<p><b>【法人理念】</b>「人が真ん中」          ～利用者・家族・職員・地域・皆が笑顔で共に輝く社会づくり～</p> <p>一 私たちは、ご利用者の日常生活の場面で、自立するに必要な支援を行い、その方らしい、よりよき人生を下支えいたします。</p> <p>二 私たちは、ご利用者本位で、心のこもった、より専門的なサービス提供いたします。そして私たちはそのための努力を怠りません。</p> <p>三 私たちは現状に甘んじることなく、ご利用者の目線で建物、設備や用具を見直し、ご利用者に選択していただける、より満足度の高いサービスの提供を目指します。</p> <p>四 私たちは、医療・保健・福祉サービスの関係機関と連携し、法人の持つ機能を広く公開して、地域の福祉に貢献します。</p> <p><b>【事業所理念】</b>「共に暮らし、生活・介護を楽しもう！！」</p> <p><b>【事業所運営方針】</b></p> <p>1) 日々の生活の中で利用者が、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように施設計画に基づき、安全・安心な施設サービスの提供に努めます。</p> <p>2) 利用者の尊厳と権利を尊重し、より安全で安心した介護を提供できるように努めます。</p> <p>3) 利用者の声、家族の声、地域の声に謙虚に耳を傾け施設運営に活かし、市長村等地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。</p> <p>4) 看取り介護については、職員全員で利用者の尊厳に十分配慮しながら心を込めて努めます。</p>
---

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<p>○重点目標</p> <p>1) 利用者の声を傾聴し寄り添う介護をおこないながら安全で豊かな生活を支援します。</p> <p>2) 利用者に対して、「寄り添い受容する介護」「自尊心を傷つけない」を心掛け専門的技術を持って支援します。</p> <p>3) 感染症予防と健康管理の充実に努めます。</p> <p>4) 災害についての知識を高めて防災強化に努めます。</p>
--

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 6月 8日 (契約日) 平成30年 3月 9日 (評価確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	0回 (平成 年度) ※今回受審が初回受審

⑥ 総評

◆ 特に評価の高い点

○部門横断によるサービス実施計画の策定と記録の適正化に向けた取り組み

事業所では介護記録システムが導入され、施設介護計画及びサービス内容等と日々の記録が連動するようになっている。利用者のケア記録一覧からサービスの実施内容が確認でき、情報共有が図られている。記録向上係が、随時記録内容や書き方に対するの検討をしており、記録研修会も開催されている。研修会では、適切な記録の書き方・活用方法について周知を行い、統一した記録が出来るよう研鑽に努めている。

また、福祉サービス実施計画策定にあたっては、利用開始時に生活相談員が中心となり、心身の状況や生活状況、本人・家族の意向等について丁寧に聞き取りを行っている。情報を基に、施設の介護支援専門員が、部門を横断した様々な職種による合議により、サービス内容等細かく策定されている。モニタリングや評価は、月1回定期的に行われ、利用者、家族に同意を得ている。今後も継続した取り組みを実施し、利用者個々の状態にあったサービスの展開に繋げていくことに期待したい。

○利用者・家族の意向を尊重した看取りケアの取り組み

職員は利用者の食事摂取状況や日常の様子をきめ細かく観察し、体調の変化や異変の兆候に早く気づけるよう努めている。嘱託医との連携により、急な体調変化にも迅速に対応できる体制が整っている。

事業所の運営方針において、終末期の看取り介護については、「職員全員で利用者の尊厳に十分配慮しながら心を込めて努めます。」と掲げられており、看取りマニュアルの中で、詳細に記されている。

終末期をどのように迎えるかを、利用者・家族に丁寧に聞き取りを行い、「急変時や終末期における意志確認書」が取り交わされている。状態変化があった場合には再度家族の意向を確認し、多職種連携の下、関係職員が集まり、看取りプランを作成している。看取りのプランは週1回見直しが行われ、家族に説明し同意を得ている。

看取り係りが中心となり、年1回研修会を開催することにより、看取りに必要な知識と体制について学ぶ機会を設けている。看取りプランについての知識を深め、職員の精神的ケアにも配慮するよう、努めている。また、実施されている看取り介護の確認と検証を行い、利用者が最期まで自分らしく生活できるよう、寄り添うケアを実践している。

今後も人生の最終段階にふさわしく、個人の尊厳に十分配慮した看取りケアの取り組みに期待したい。

## ○職員の健康維持と働きやすい職場環境作りに向けた取り組み

事業所では、「共に暮らし、生活・介護を楽しもう！」を理念として掲げ、利用者・職員共に生き生きと生活できる環境作りを目指して取り組んでいる。

職員の健康維持への取り組みとしては、定期的な健康診断・ストレスチェックの実施、相談窓口の設置などが行われている。

また、腰痛予防の取り組みとして、介護ロボットを導入し、活用を始めたところである。研修を受けた職員が現場で活用することにより、負担の軽減や業務の効率化について有効性を検証し、活用を広げる取り組みが実施されている。

さらに、柔道整復師・鍼灸師の資格を持った職員が月1回、相談に応じる場を設けるなど、積極的に心身の健康維持への取り組みがなされている。

職員の福利厚生については、互助会に委託し、旅行やレク活動等を実施している。具体的には、運動会・花見・暑気払い・忘年会など多彩な企画を実施し、職員が楽しめるよう、配慮されている。また、家族も参加できるレク活動等も行っており、職員同士や家族とのコミュニケーションを図る取り組みが実施されている。

## ◆ 改善を求められる点

### ○利用者の住まいとしての生活空間作りとプライバシー保護に向けて

事業所では、プライバシーへの配慮として、各ベッドにカーテンを取り付け、個々の生活空間を確保するよう努めている。ベッド周りには家族の写真を飾ったり、個々の好みに合わせた物品を持ち込んだり、自宅での生活を継続することを意識した居室作りに配慮されている。しかしながら、一部の居室の引き出しには、利用者の持ち物でないものが収納されており、便宜的に利用されている実態も見受けられる。

また、排泄介助等の際には、必ずカーテンを引いてプライバシーを確保することがマニュアルに定められており、確実に実施するよう努めている。

しかしながら、日常生活においては、廊下から居室の様子が見えることもあり、今後は安全面と個の生活について検証し、環境を整えていくことが望まれる。

個人スペースの確保とプライバシー保護の観点から、利用者一人ひとりの生活の場であることを強く意識し、利用者目線を持ったサービス提供に努め、利用者にとって快適な環境作りを行っていくことが望まれる。

### ○利用者主体の生活支援に向けて

入所前の事前面接にて、利用者の心身の状況や暮らしの意向、これまでの生活環境、生活習慣等の聞き取りを行い把握したうえで、プランに反映している。

具体的には、ドライブや買い物、地域の行事に参加するなど、利用者個人の希望に応じて、実施している。全体で行う行事やお楽しみ会なども、職員が企画して参加を呼びかけている。

また、機能訓練は作業療法士が中心となり、自立に向けての支援を行っている。

今後は、さらに機能訓練の成果が日常生活に生かされるよう、職員間の連携と生活への援助方法について検討していくことが重要である。

メリハリのある生活を意識した更衣や離床への援助、余暇時間の充実など、組織として取り組んで行くことが望まれる。

利用者が主体的に「施設での過ごし方」を選択し、その人らしく日常生活を送ることができるよう、支援していく取り組みに期待したい。

### ○研修を活かした職員の質の向上に向けて

事業計画において、人材育成に対する方針や目指すべきサービス提供の方向性が明文化されている。また、業務運営要領の中には、職員研修計画や方針が位置付けられている。法人の求める人材像を目指し、「気づき・考え・行動できる」を中間目標として達成するために研修を行うことが明記されている。

研修は、OJT・OFFJTの他、自己啓発援助制度の中で多彩な研修プログラムが策定されている。研修終了後は、研修委員会がアンケートを実施し、5段階評価で理解度を把握すると共に、希望する研修内容なども把握し、次年度に繋げるよう取り組んでいる。外部研修に参加した職員は復命書を作成し、ユニット会議で復命会を実施することで周知を図っている。

今後は、組織として必要な人材について、職員への周知を図ると共に、個々の研修計画を策定し、さらに職員一人ひとりが意欲的にスキルアップを目指し、組織全体の活性化に繋げて行くことに期待したい。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H 30. 3. 7)

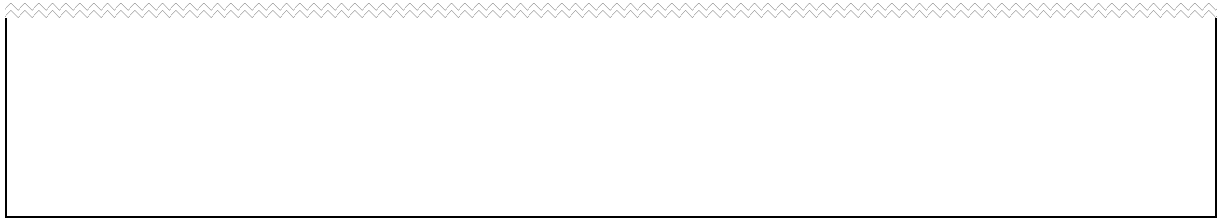
今回の受審に当たっては細部にわたって職員の自己評価調査があり、職員も緊張感の中にもフレッシュな感覚を覚えたものと思います。

このような評価の結果についてはaがいくつあったかbがいくつあったかに興味がいってしまいがちですが、大事なことは結果をどう活かしていくかでありませう。今後、全職員と評価結果を共有し、気づきと改善意欲を醸成しQOLの向上を目指して職員が同じ方向を向いてサービスの提供に取り組み、ご利用者との信頼関係を築き安心して生活できる施設運営に努めていきたいと思ひます。

特別養護老人ホームやすらぎの里  
園長 星野 広栄

(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

人材の成長は、組織の成長・経営の成長を成すものであると言われます。利用者の尊厳に寄り添う質の高いサービスを提供するためには、職員の心身の健康とスキルの向上が欠かせません。

そのために

- ①人事考課制度による組織全体の活性化とレベルアップ
  - ②新採用職員へのフォローアップ、現任職員への階層別研修
  - ③資格取得のための助成金制度④メンタル面での相談体制を整えています。
- ご利用者の安全と安心して生活していただくために、職員一人一人の更なるステップアップと育成に取り組んでいきます。

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 やすらぎの里

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	「人が真ん中」～利用者・家族・職員・地域・皆が笑顔で共に輝く社会づくり～を法人の理念として掲げ、事業計画・広報誌・パンフレット・ホームページ等で幅広く公開されるとともに、事業所内にも掲示されている。地域に根ざし、利用者が安心して自立した生活を営むことができるよう、サービス提供を行っていく姿勢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	法人理念を基に、事業所の理念・運営方針が策定され、事業計画に明文化されている。法人理念の実現のために、具体的な重点目標が掲げられており、職員が目指すべき方向性が明確になっている。
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	年度当初に理事長・施設長より説明する機会が設けられており、且つ全職員に事業計画を配布し、周知を図る取り組みが行われている。説明会に出席できなかった職員に対しては、パソコンの共有ホルダー内の会議録を確認するよう、指導している。しかしながら、周知状況については確認する仕組みが明確になっておらず、職員の自主性に任せている現状がある。今後は、周知状況についての確認方法を確立し、全職員が理念や基本方針を理解したうえで、自らの職務を振り返る機会を設けていくことに期待したい。
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	年1回行われる家族総会において、資料を配布し、説明がなされている。欠席された方については、資料を郵送している。またホームページや広報誌などを通じて、周知を図る取り組みが行われている。今後は、より一層の取り組みとして、わかりやすい資料作成や利用者本人への周知の工夫が望まれる。サービス利用の中心である「利用者」から理解を得られるよう、取り組んでいくことに期待したい。

## 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	施設、設備面での修復や整備については、5～10年後を見据えて理事会で検討しているが、中・長期計画は策定されていない状況である。職員の育成等については、現在取り組み始めたところである。変化していく法制度や人口動態に基づく安定運営に向けた単年度計画は策定されているが、中・長期的視点での計画整備は今後の課題となっている。今後は、地域の課題や施設としての方向性などを具体的に示した上で、見直しを図りながら単年度計画に反映させていくことに期待したい。
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・長期計画は策定されていないが、単年度の事業計画については、前年度の実績を基に評価・分析を行い、策定されている。重点目標として取り組むべき項目を掲げ、稼働率については、具体的な数値目標が示されており、評価が容易にできるものとなっている。今後は、さらに長期的な展望に立って将来を見据えた上で、地域ニーズに合わせた事業展開がなされることに期待したい。
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	事業計画については、年度末に予算を含めて検討され、策定されている。策定に当たっては、各ユニットで職員の意見を聞き取り、会議の中で検討され、計画に反映される仕組みとなっている。実施状況については、毎月稼働率等が報告され、評価が適正に行われている。年度途中での見直しはないが、毎月の報告を受けて、現状の分析・課題を明らかにした上で次年度の計画に繋げていくよう、取り組んでいる。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	年度当初に理事長・施設長より説明する機会が設けられており、且つ全職員に事業計画を配布し、周知を図る取り組みが行われている。説明会に出席できなかった職員に対しては、パソコンの共有ホルダー内の会議録を確認するよう、指導している。しかしながら、周知状況については確認する仕組みが明確になっておらず、職員の自主性に任せている現状がある。今後は、周知状況についての確認方法を確立し、全職員が理念や基本方針を理解したうえで、自らの職務を振り返る機会を設けていくことに期待したい。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	年1回行われる家族総会において、資料を配布し、説明がなされている。欠席された方については、資料を郵送している。またホームページや広報誌などを通じて、周知を図る取り組みが行われている。今後は、より一層の取り組みとして、わかりやすい資料作成や利用者本人への周知の工夫が望まれる。サービス利用の中心である「利用者」から理解を得られるよう、取り組んでいくことに期待したい。



### 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。	b	「業務運営要領」の中に職務分掌にて明文化され、全職員に配布されている。災害発生時等の役割についても明確化されている。現状としては、文書を配布することで周知を促しているところである。慣習として行われている平常時・有事の対応について、仕組みとして明確化していくことが望まれる。今後は、年度当初の説明会や研修会・会議などの場を活用し、自らの考えを表明し、職員の理解・信頼を高めていく取り組みに期待したい。
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	管理者は、法令遵守の視点で、情報収集に努め、職員に対しては、就業規則の説明や、介護保険制度を知るための学習会を開催している。今後は、組織として遵守しなければならない基本的な関連法令について、研修や会議を通して、職員に周知していく取り組みが望まれる。また、遵守すべき法令をリスト化し、いつでも閲覧・活用が可能となるよう、取り組んで行くことに期待したい。
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。	b	毎月の事業報告の中で、データを基にサービスの実施状況について確認を行っている。ユニット会議等で職員から上がってきた意見に対しては養護部会議や運営会議で検討される仕組みとなっている。地域内の施設間で交換研修を行い、質の向上に向けた取り組みを行っているが、組織として、サービスの質の評価・分析を実施するまでには至っていない現状がある。今回、第三者評価を受審し、自己評価を実施する中で、提供するサービスについて評価・分析し、課題を把握することによって、さらに質の向上を目指して具体的に取り組んで行くことに期待したい。
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。	b	毎月の事業報告の中で、総務課を中心に稼働率や、人件費率の分析などを行っている。データを基に会計事務所でも分析を行い、経営や業務の効率化と改善に向けて検討されている。今後は、人員配置の検討など、より働きやすい職場環境作りに向けて、職員参画の下、取り組んで行くことに期待したい。

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	地域包括支援センターと連携し、提供される情報を基に地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、柏崎市や長岡市の介護保険計画から、地域の特性や今後の社会福祉事業の動向なども把握している。施設長は、介護保険運営委員として委員会に出席し、情報交換・共有に努めている。今後は、把握されたニーズを基に将来を見据えた事業経営・計画の整備を行っていくことを期待したい。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	経営状況については、毎月稼働率等の報告がなされ、経営会議で検討される仕組みとなっている。各職員が自らの課題として考えていけるよう、ユニット会議で「稼働率アップに向けた取り組み」について、話し合いが行われている。また、稼働率の維持向上に向けて、現在利用されている方が、健康を維持し、長く施設を利用してもらうためにはどうしたら良いか等も検討されているところである。今後は、把握された課題を多角的に分析・評価し、改善に向けた取り組みが中・長期計画に反映されることに期待したい。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a	法人内で、内部幹事による監査が実施されている。経営状況の評価や指導が行われ、適正に事業運営がなされている。また、会計事務所と契約し、常に助言・指導を受けられる体制が構築されており、経営改善に取り組んでいる。

## 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。	b	事業計画の中で、法人の求める人材像が明記されている。職員の育成及び研修の取り組みが記載されており、具体的な研修計画に反映されている。資格取得については、県の制度を活用しながら、費用補助などの支援を行っている。現在、定数管理は行っておらず、今後検討して行きたいとのことである。今後は、組織として必要な人材について、職員への周知を図るとともに、より具体的な人材確保の構想をプラン化し、人材管理を行っていくことに期待したい。
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。	b	人材育成と公正な職員処遇を目指して、人事考課制度の実施に取り組んでいるところである。人事考課の目的や適用範囲等を明記した人事考課規程が整備され、考課者研修・被考課者研修・面談研修を実施している。職員の理解が得られるよう、全職員を対象に人事考課制度についての研修も行っている。現在の取り組みを継続していくと共に、さらに考課基準を明確に示し、客観性・公平性・透明性を確保する仕組みを構築していくことが望まれる。面談によるフィードバックの方法を検討するなど、職員個々の意欲を高め、組織全体の活性化に繋げていくことに期待したい。
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	有給休暇の取得状況や時間外労働の実態は、総務課で管理されている。時間外労働については、課長・部長による業務命令として行っている。実情として、行事・研修・会議等で時間外労働を行っているが、常態化していることはない。2年前から、ストレスチェックを実施しており、心身の不調や悩みなどは、衛生管理者が窓口となって、相談を受け付けている。内容によっては、産業医に繋げるなどの対応も行っている。今後は、さらに就業状況をデータ化し、分析・検討することにより課題を抽出すると共に、改善に向けた取り組みが組織として行われることに期待したい。
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。	a	互助会に委託し、旅行やレク活動などを実施している。レク活動としては、運動会・花見・暑気払い・忘年会など多彩な企画を提案し、職員が楽しめるよう配慮している。また、事業所の衛生委員会と互助会が協同して、家族も参加できるレク活動の企画なども行っている。健康診断は、定期的に行われ、ストレスチェックも実施されている。腰痛予防の取り組みとしては、介護ロボットを導入して活用を始めたところである。柔道整復師・鍼灸師の資格を持った職員が月1回相談に応じるなど、積極的に心身の健康維持への取り組みがなされている。

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
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	事業計画において、人材育成に対する方針や目指すべきサービス提供の方向性が明文化されている。資格取得の支援としては、県の制度を活用して、費用補助を行っている。資格取得のための研修を希望する職員に対しては、有給や公休など勤務調整を行っている。今後も継続した取り組みを推奨することによって、さらに職員の意識を高めていくことが期待される。
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。	b	業務運営要領の中に、職員研修計画や方針が位置付けられている。法人の求める人材像を目指し、「気づき・考え・行動できる」を中間目標として達成するために、研修を行うことが明記されている。研修は、OJT・OFFJTの他、自己啓発援助制度の中で多彩な研修プログラムが策定されている。研修終了後はアンケートを実施し、研修委員会において、集計・分析を行ったうえで次年度の計画に反映される仕組みとなっている。今後は、人事考課の目標設定と連動して、個々の研修計画を策定することにより、さらに職員一人ひとりが意欲的にスキルアップを目指し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。	a	年度当初の事業計画の中で、単年度の研修計画が策定されている。研修終了後は、研修委員会がアンケートを実施し、5段階評価で理解度を把握すると共に、希望する研修内容なども把握し、次年度に繋げるよう、取り組んでいる。外部研修に参加した職員は、復命書を作成すると共に、ユニット会議等で復命会を実施し、周知を図っている。今後も、「学び」の共有化を図り、現場の中で活かしていく取り組みが継続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	実習生受け入れに関する指針・基本方針が明文化されており、マニュアルも整備されている。実習指導者研修を修了した職員を配置し、受け入れ窓口を設置する等、受け入れ体制を整えている。実習生が減っている現状があるが、養成校と連携しながら、プログラム内容を検討し、人材育成の観点からも継続して取り組んで行こうとする姿勢が窺われる。

## 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	事故発生時のマニュアル・衛生管理マニュアルが整備されている。事故防止委員会が設置され、毎月ヒヤリハットや事故の状況把握と分析を行っている。検討された事例や対応策については、ユニット会議で職員に周知する取り組みがなされている。
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。	b	火災・地震・土砂崩れなど多様な災害を想定したマニュアルが整備され、年4回の防災訓練を実施している。防災訓練には、地域の消防団やガス会社の従業員も参加してもらい、協力体制を構築するよう努めている。今後は、大規模災害の発生を想定し、利用者及び職員の安否確認の方法等について、検証し具体的に組み組んで行くことが望まれる。地域との連携強化を図り、福祉避難所としての機能と役割がさらに発揮できるように、組織として組み組んで行くことに期待したい。
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	事故及びヒヤリハット報告書を作成し、事故防止委員会で検討されている。事故防止委員会は定期及び臨時に開催され、事故発生時には速やかに検証がなされている。検討された結果については、ユニット会議で職員に周知され、実施する仕組みとなっている。利用者が日常的に使用する備品については、各委員会や作業療法士が点検し、安全に使用できるよう配慮されている。今後は、事故発生時に検証されたことについて、ケアプランやマニュアルに反映させるなど、より具体的に安全を確保する仕組みを構築していくことに期待したい。
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	事故発生時のマニュアル・衛生管理マニュアルが整備されている。緊急時にも迅速な対応が取れるよう、心肺蘇生やAEDの使い方など研修を実施している。緊急時の連絡方法についても定められており、通報訓練も実施している。契約している保険会社の顧問弁護士との連携が図られており、不測の事態に備えた体制が確保されている。

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。	b	法人の経営方針や事業計画の運営方針の中で地域に根ざした事業所作りを目指す方向性が明文化されている。ボランティアの受け入れも積極的に行われ、盆踊りや花火大会には、地域住民やボランティアを招いて一緒に楽しめるよう、企画されている。小学校の音楽発表会や町の芸術鑑賞会に出向く機会も設けている。町の広報誌や学校のお知らせなどを配置し、地域の情報などを公開している。今後は、多様な社会資源の活用に向けた情報収集や資料作り等に取り組み、相互交流を促進する取り組みに期待したい。
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	地域住民に向けて、広報誌を配布し、事業所の取り組み紹介や行事案内等が行われている。地域住民の要請に応じて、講師派遣を行ったり、中学校において認知症サポーター養成講座の研修を行ったりしている。災害時には、福祉避難所として要援護者の緊急受け入れ施設としての役割を担っている。今後は、地域ニーズを把握した上で、介護相談窓口を設置する等、より多様な支援活動を展開して行くことに期待したい。
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	ボランティア受け入れに関する指針・マニュアルが整備されており、ボランティア係が窓口となって受け入れを行っている。地域の婦人会や老人会、家族会などがボランティアとして参加し、利用者との交流が図られている。年度末には、代表者懇談会が開催され、反省会を踏まえて次年度の計画が立てられている。今後は、ボランティアの育成に向けた研修会を開催する等の工夫を行うと共に、事業所の活動を積極的に発信していく取り組みに期待したい。
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	地域の学校への外出やボランティア一覧表の掲示など、社会資源の活用に努めている。しかし、必要な関係機関の一覧や住所録はあるが、利用者への情報提供は、十分に行われていない現状がある。今後は、社会資源のリスト化や資料の整備を進め、職員間の情報共有を図っていくことが望まれる。必要な社会資源を明示し、連携の在り方も含め、勉強会を開催する等、サービスの質の向上に向けた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。	b	生活相談員が、地域の各事業所間での意見交換会に出席し、連携を図っている。また、施設長は、年2回行われる老協のブロック会議（施設長・事務長連絡会）に参加し、情報交換を行っている。嘱託医との連携は日常的に行われ、変化があった時にも速やかに対応できるよう、取り組んでいる。今後は、地域での多様なニーズに対し、行政も含めた各種関係機関等との連携・協働が図られるよう、さらなるネットワークの構築に期待したい。
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。	b	居宅介護支援事業所と連携し、地域のニーズ把握に努めている。生活相談員の交流会やボランティア連絡会を通して、情報交換を行ったり、電話相談には随時応じ、関係機関に繋げる取り組みも行われている。今後は、各関係機関との多様なネットワークを構築すると共に、相談事業や地域交流事業を通して、主体的にニーズの把握に努めて行くことに期待したい。
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。	c	事業計画の中に、地域ニーズを把握し、福祉サービスを展開していく方向性が示されている。しかしながら、事業所としては、具体的な計画や事業展開は実施されていない現状がある。今後は、把握された地域ニーズに基づき、具体的な事業内容を検討し、事業計画に取り入れ実施して行くことが期待される。

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-1-1-1-① 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	事業計画に理念や基本方針として「人が真ん中」～利用者中心主義～を謳い、施設全体で利用者を尊重したサービスの提供に努めている。職員に対しては、施設内研修として権利擁護研修や身体拘束廃止、個人情報保護等の研修が行われている。さらに、マニュアルも整備され職員が何時でも見れる所に設置している。研修については、希望参加になっており、未参加の職員には資料を配布の形を取っているが、今後は全員参加出来る体制の整備が望まれる。
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	利用者のプライバシーの保護については、各種マニュアルが整備されている。職員に対する研修も新人職員研修として権利擁護、苦情処理、個人情報、プライバシー保護などの研修を行っている。具体的に入浴時は個々の入浴を基本とし、一人ひとりカーテンで仕切られた中でゆったりと入浴できるようになっている。居室は4人部屋となっているが個々にカーテンで仕切れるようになっており、プライバシーは守られている。今後はマニュアルの定期的な見直しを実施し、更なるプライバシー保護に対する意識の向上に期待したい。
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-1-2-1-① 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	家族には、年1回5～6月の来園者に利用者満足度調査を実施しており、結果を家族会便りで家族に情報提供している。家族総会も年1回、役員会を年3回開催されており、家族の意見の把握に努めている。施設内には意見箱を設置し、家族のみならず利用者からの意見も積極的に取り入れ、担当者や本人も参画の下、改善策を検討実施している。今後は、満足度調査において来園者のみに留めず、家族、利用者全員の調査となるようなシステム作りが望まれる。
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-1-3-1-① 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	利用者が相談しやすいように窓口を設け、面談室も用意されている。利用者がよく利用する談話コーナーの脇に意見箱を設置するなどの工夫もされている。職員は、日常的な関りの中から利用者の意見や要望を把握するように努めている。契約書に相談窓口等が明記されており、利用者や家族には説明されている。家族会便りに記載したり、食堂、各フロアーにも掲示されており、今後も継続した取り組みに期待したい。
Ⅲ-1-3-1-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	事業所として苦情処理体制は整備されており、苦情受付後、権利擁護委員会で検討し、目標設定を図り、それを各フロアーにて実施するという、苦情処理フローによる苦情処理を確実にしている。第三者委員が設置されており、ホール脇に提示もしている。広報誌に苦情件数は公表しているが内容までは公表されていない。マニュアルも整備され見直しもされているが、今後は、検討された内容について公表する仕組み作りを期待したい。
Ⅲ-1-3-1-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	「苦情処理マニュアル」が整備されており、家族や利用者からの苦情には権利擁護委員会で迅速に処理する体制が整っている。苦情を提示し、委員会にて検討、実施、評価し改善策の確認も行っている。今後も継続した対応をし、意見や要望を大切に取り込まれることを期待したい。

### 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。	c	以前、自己評価を実施したことはあるが、第三者評価の受審は今回が初めてである。今後は、今回の第三者評価受審に係る一連のプロセスを通した、自己評価と第三者評価に基づく現状分析・検討が図られると共に、評価結果を活かした組織作りに向けて継続的な取り組み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。	c	以前、自己評価を実施したことはあるが、第三者評価の受審は今回が初めてである。今後は、自己評価と第三者評価に基づき、自らのサービス提供における現状把握及び課題分析が継続してなされていくよう、職員参画での体制を整備すると共に、組織全体として課題共有と改善に向けた継続的な取り組み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	基本的なサービスマニュアルは整備されており、職員が何時でも閲覧可能となっている。毎年年度初めに新人職員対象に、介護技術研修を行っている。それぞれの委員会が主催し、各マニュアルに沿った学習会も年4回行われている。学習会については希望参加になっており、未参加の職員には資料を配布の形をとっているが、今後は全員参加出来る体制を整備されることが望まれる。
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	マニュアルの見直しについては運営要領に規定されており、各委員会の活動内容にも規定されている。定時期の定めはないが、年に1回見直しや検討がされている。今後は、職員の意見はもとより、家族や利用者の意見等を状況に応じて検討、見直しが出来る体制作りを期待したい。
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	介護記録システムが導入されており、施設介護計画実施やサービス内容等と日々の記録が連動するようになっている。利用者のケア記録一覧からサービス実施を確認している。記録向上係が記録内容や書き方に対しての検討をしており、記録研修会も開催されている。今後も継続的な取り組みがなされることを期待したい。
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。	a	「文章管理規定」が策定されており、規定に基づき、記録の保管、保存、廃棄が適切に行われている。「文章管理規定」は、パソコン内に保管されており、職員が何時でも閲覧出来るようになっている。また、年度初めには、施設長、各部署の責任者から、「服務規程」「個人情報の取り扱い」「業務運営要領」の研修が行われている。利用者や家族に対しても、契約書や重要事項説明書で丁寧に説明されている。今後も継続的な取り組みがな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。	b	朝夕のミーティング情報を持ち帰ってユニットにて申し送りを行い、情報の共有がスムーズに行われている。個々の利用者の情報はパソコン管理されており、業務日誌、夜勤日誌、ミーティング簿等はケアセンターに置き、情報の共有の仕組みを設けている。情報の共有方法はマニュアル化されており、月に1回のユニットミーティングや随時開かれる養護部会議にて他職種との情報共有も図られている。今後はより一層継続的な情報共有が図られて行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。	b	法人のホームページが作成されており、法人や各事業所の詳しい内容が閲覧出来るようになっている。また、理念や実施するサービスの内容等もホームページにて公開しており、パンフレットとしての活用もなされている。広報誌も地元地域全戸に配布の他、行政や関係機関に配布している。施設見学等は随時受け付けており、希望に添えるよう対応している。今後は、積極的に情報提供を行える体制作りの構築が期待される。
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。	a	サービス開始時に生活相談員が中心となり、契約書説明マニュアルに沿って、契約書・重要事項説明書の詳しい説明が行われ、月額利用料金等も補充説明し、同意を得ている。場合によっては、利用者宅に出向き利用者、家族の同意を得ている。今後も継続した取り組みが期待される。
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	4～5年位前に在宅や他施設に移行された事例はあるが、現在は特にニーズとして把握していない状況である。また、入所継続の要否判定は、担当者会議で以前行っていたが現在行っていない状況である。福祉サービス終了後に相談等の希望があった時には生活相談員が窓口となり相談に対応している。今後は、多様な事態に対応するにあたり、引継ぎ文章やマニュアル等の整備を検討されることが望まれる。

### 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	定められたマニュアルに従い、インテーク面接において、生活相談員・介護職・医療職等多職種が連携して、利用者の心身の状況や、生活状況等をあらかじめ定められたフェイスシートやアセスメントシートを使って、把握されている。モニタリングもケア記録システムを利用しており、ユニット会議を通してアセスメントの見直しも行われている。今後も継続した取り組みが期待される。
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責任者は、施設の介護支援専門員である。策定にあたっては、相談員、介護職、看護職、栄養士等、部門を横断した様々な職種による合議の下、サービス内容も細かく策定されたものが作成されている。日々の実施記録はパソコンにて管理され、実施状況等を記録されている。モニタリングや評価は、月に1回定期的に行われている。利用者、家族の同意もあり、マニュアルも整備されている。今後も継続した取り組みが期待される。
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。	b	施設サービス計画書作成マニュアルに従い、定期的に見直しが行われている。担当者会議には、相談員、介護職、看護職、栄養士等多職種が参加し、変更されたものに対しては利用者、家族に同意を得ている。職員にも変更後の対応表として、月初めに配布されている。今後は、変更点などの明確な周知と情報の共有が徹底できる体制づくりに期待したい。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

A-1-(1) 支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A-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	利用者の心身状況、ADL、睡眠、食事、排せつ、暮らしの意向、これまでの環境（物的、人的）生活習慣等は、事前面接にて聞き取り把握され、プランに反映させている。プランは個別ケアが確立されており、車でのドライブや買い物等に出かけたり、意見箱に入っていた希望に添えるような仕組みが出来ている。地域の行事に参加したり、希望を取り、年間計画を立案し実施している。今後は、日常生活において着替えなど、生活にメリハリをつけた援助が提供できる仕組み作りに期待したい。
A-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	評価対象外項目
A-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	日々の接遇マナーや言葉使いに対しての施設内研修や注意喚起が行われている。目標を立て毎月行われているユニット会議にて評価を行っている。目標に対しても権利擁護委員会にて評価を行っている。研修については、希望参加になっており、未参加の職員には資料を配布の形をとっているが、今後は更に利用者の尊厳の尊重や言葉使いや接遇等について継続的な研修と職員相互のチェック体制作りに期待したい。
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。	b	虐待防止等のマニュアルを整備し、施設内研修を通して周知徹底をしている。権利擁護委員会を通して職員に注意喚起を促している。意見箱を通して、或いは、直接書面や口頭で受け付け、適切な処理の下、注意喚起を行っている。今後は、継続的な研修の実施や不適切な行為が行われないよう、職員相互のチェック等の仕組みづくりが望まれる。
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	身体拘束廃止マニュアルや指針が整備されており、権利擁護委員会等の下、組織全体で身体拘束を行わないことが明文化されている。過去にやむを得ずミトンの手袋を本人や家族の承諾を得て、マニュアルに従い、権利擁護委員会にて会議を行い、期間を定めて使用した事例はあるが、現在該当する利用者はおられない。今後はより一層継続した取り組みを行い、身体拘束を必要としない環境作りに努めていくことを期待したい。
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。	b	認知症ケアマニュアルが整備されており、認知症対応手順、方法、注意事項や指針も明文化されている。認知症研修も行われており、職員に対しての認知症に関する知識や理解を深める体制が図られている。日々の対応に対しては、夕方の申し送りを通して職員に周知しているが十分といえない現状がある。今後は、随時対応手順の変更を職員に周知出来る仕組み作りと認知症の理解に対する継続した取り組みが行わ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。	b	環境整備の日を月に1回設けて、事業所内の環境整備に努めている。床や壁等利用者の視線に合わせた案内表示を設けるなどの工夫がされており、談話スペース等には観葉植物を置き、安らぎの場の提供や畳の居室なども希望により用意されている。ベッド周りの装飾も利用者個人の好みに合わせたものとなっており、生活空間として心地の良いものとなっている。しかし、居室の鍵のかからない引き出しに裁縫道具や利用者の持ち物でないものが収納されている現状がある。今後は、多床室であることも考慮に入れ、利用者が安全に暮らせる空間の提供に取り組まれることを期待したい。
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3名の方が成年後見制度を利用している。成年後見制度については、相談員が研修に参加している。必要に応じて生活相談員が説明したり、玄閣脇にパンフレットを設置し情報提供を行っている。制度については生活相談員が中心となり、社会福祉協議会、市役所、地域包括支援センターなどと連携し、常に情報収集している。今後も継続して取り組まれることが期待される。

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	失語症の利用者に対してコミュニケーションボードを使用してコミュニケーションをとり、利用者の特性に応じたとり方の工夫をするなど、プランに記載して行っている。買い物等なじみの店に顔を出したいなどの利用者からの希望に応えるなど、その人らしい生活への支援が行われている。
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	利用者所持金等の管理要領が定められ、利用時に説明している。現在は1名の方に対して金銭管理が行われ、規定に基づき通帳を保管し管理されている。1ヶ月毎に出金報告がされている。今後は、自己管理のできる利用者に金銭等を保管できる場所と設備の提供を検討されることが望まれる。

## 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	管理栄養士が利用者の心身の状態や健康状態などのアセスメントを行い、低リスク者には3ヶ月、中リスク者には1ヶ月、高リスク者には2週間ごとの評価を行い、栄養マネジメントが実施されている。医療スタッフと連携し、医師の指示の下、治療食を提供している。食事量、水分量のチェックは毎日行っており、食事形態は利用者の心身の状態や嚥下状態に合わせて、柔軟に提供されている。年1回嗜好調査を行い、給食・企画係が中心となり、食べたい物を献立に反映するなど、美味しく、食べやすい食事の検討が実施されている。誤嚥等食事事故に対して、緊急時のマニュアルが整備されている。今後はマニュアルに沿った手順の確認や研修などを行い、より安全に食事が楽しめるような仕組み作りに期待したい。
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。	b	温冷配膳車を使用しており、適温の食事を提供している。食材には旬の物を取り入れたり、行事食では、季節の行事に合わせたメニューの工夫、各県の特徴を活かした郷土料理、月1回のごちそうの日には見た目にこだわり、セレクトメニューを提供している。ゆっくり食べてもらえるように車イスから、ひじ掛け椅子に移乗したり、左右に傾く利用者には、ポジショニングピローを利用し、食事の姿勢に気を付けている。今後は、利用者個々の状態に合わせた食事介助の方法や職員配置について検討し、食事の環境整備に取り組んでいくことに期待したい。
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	入所前の事前調査や、担当者会議で自力摂取の可能性について検討し、施設サービス計画書に位置付けている。口腔ケアについては、経管栄養者には、看護師の指導の下、デンタルリンスガムやイソジンで歯磨きを実施し、経口摂取の方には、毎食後口腔ケアを実施している。実施状況については、チェック表を活用し、把握している。歯科検診は1年に1回行っており義歯の調整や治療について助言を受けている。今後は、利用者一人ひとりの能力に応じた、適切な口腔ケアが行えるよう、支援を行っていくことが望まれる。また、義歯の取り扱い、口腔ケア用品の衛生管理の徹底に向けた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	入浴前に看護職員が健康状態を確認し、体調に合わせ清拭に変えるなど対応をしている。入浴拒否がみられる場合は、対応する職員を変えたり、時間を置いて声をかける等、工夫をしている。安全面の確保やプライバシー保護を含めた介護マニュアルが整備されており、環境面では一人ひとりカーテンで個室形式になるよう配慮されている。一般浴・特殊浴・チェアー浴があり、利用者の身体状況や意向に合わせて入浴を提供している。利用者入浴一覧表には、心身の状況や皮膚状態などが記載され、入浴の順番等にも配慮されている。脱衣室にはウォーターサーバーを設置し、入浴後の水分補給に努めている。今後も現在行われている支援の継続と、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ことが期待される。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	週2回の入浴が基本となっており、午前と午後の時間帯で行っている。設定された時間の他にも入浴は可能であり、場合によっては夜間でもシャワー浴が可能である。同性介助を希望する利用者にも希望に添えるよう配慮ができています。現在、身体状況、健康状態の把握を行い入浴スケジュールは入浴係りが作成している。今後は、できるだけ利用者の意向を確認する方法を検討し、希望に沿った入浴が提供できるよう取り組んでいくことに期待したい。
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	a	浴室や脱衣室の温度はすべてパソコンで管理されており、適温設定となっている。気候や利用者の身体状況に合わせて浴室の中でも設定、変更が行える。水質検査は定期的実施されており、入浴器具等は業者が1年に1回保守点検をしている。入浴用品や入浴設備、浴室の衛生管理については入浴係が管理しており、毎日の掃除の他に週2回、普段手が届かないところ(小窓周辺・カーテンレール・グレーチング・空調等)の掃除を行っている。掃除についてはチェック表を活用し、清潔に使用できるよう努めている。
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	排泄介助に関しては、利用者個々の排泄支援方法を施設サービス計画書に位置付け、パソコン内にて管理されている。個別チェックリストに排便の様子や健康状態等記載している。個別チェックリストを活用し、看護職員が、下剤の服用、水分補給等調整を行っている。利用者の心身の状況や意向を踏まえ、日中はできるだけトイレでの排泄援助を実施している。おむつ交換時は、皮膚状態の観察を行い、少しの変化であっても看護職員や嘱託医へ情報提供を行い、対応できる仕組みとなっている。利用者が使いやすいようにとの観点から、入口がカーテンとなっているトイレが何ヶ所かあるが、介助については、よりプライバシーへの配慮が望まれる。今後は、安全性とプライバシーの徹底を再検証し、マニュアルに活かしていく取り組みに期待したい。
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	施設サービス計画書に基づき支援を行っている。定時のおむつ交換やトイレ誘導を行っており、尿・便意を訴える利用者については随時対応を行っている。日中はできるだけトイレでの排泄を行い、夜間はポータブルトイレを使用している。トイレは各ユニットに1ヶ所ずつあるが、現在の利用者数からトイレの数を検討し、1ヶ所増やした。パットの種類やおむつのサイズは個々の利用者の体型や尿量に合わせて数種類用意している。今後は、さらに利用者個々の排泄リズム、特性を把握し、自立に向けた支援や個々の対応に反映できるよう期待したい。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	利用者の身体状況に合わせて、便座の高さが変えられており、安全に使用ができるよう配慮されている。清掃は毎日行われ、汚れた場合はすぐに対応し、防臭対策には消臭剤を使用している。トイレ掃除のチェック表を使用し清潔維持に努めている。廊下にはトイレの場所が分かるように表示がされている。利用者が閉鎖しやすいように入出口のドアをカーテンに変える等工夫されているが、カーテンの長さや使用中の表示など、よりプライバシーに配慮した環境整備に取り組んでいくことに期待したい。

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	衣類に関しては、居室のタンスに入れており、自立している利用者は自ら衣服を選択し着替えを行っている。衣服の購入は家族に連絡を行い、定期的に交換したり持って来てもらうなど協力を依頼している。また、家族が遠方である場合は、職員が連絡をして町内の衣料店から来てもらい、購入することが可能となっている。汚れや破損が生じた場合は、その都度職員が対応している。今後は、汚れや破損が生じた場合に関する業務手順書の作成と、メリハリをつけた着替えの支援を個別に行い、施設サービス計画書に位置づけ、日々の記録に反映できるように期待したい。
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	月に2回、地域の利用組合が施設を訪問し、希望する利用者の散髪を行っている。地域から2ヶ所の理髪店が訪問しており、利用者が住んでいた所に近い理髪店や馴染みの理髪店を選んでもらい、希望に合わせて行っている。入所後も馴染みの理髪店を継続している利用者もおり、家族にも協力してもらいながら、利用者の希望に応じた対応や馴染みの関係が継続できるよう支援に努めている。利用者には月間予定表に理髪日を記入し、知らせており、希望を取る際にはオーダー表に髪の長さを記入できる箇所があり、好みを尊重した支援に努めている。
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	消灯は午後9時であり、夜間は常夜灯を点けている。毛布や枕などは自宅で使い慣れた物があれば持って来てもらうよう、事前調査の時に家族に伝えている。夜間眠れない利用者には談話室で過ごしてもらったり、静養室の利用も可能である。夜間は利用者の状態に合わせ、体位交換をしたり足元が不安定な方にはベッド脇にポータブルトイレを設置し、安心して休めるよう支援に努めている。今後は、不眠の利用者への個別の対応や工夫について、職員間での統一が図られるようマニュアルを作成し、活用でき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。	b	利用者一人ひとりの健康状態を把握するために、月1回の血圧測定、入浴前の検温を行う他、食事摂取の状況や水分量・排泄状況等をパソコンのケア記録に入力し、情報共有に努めている。健康状態に変化があった場合は、朝夕の申し送り、ケース記録、業務日誌、夜勤日誌に記入し、職員に周知している。インフルエンザの予防接種については、利用者、家族に案内を配布し全員接種している。全利用者に対して、定期的に健康診断を行い、必要時には専門医への受診を行っている。職員に対しては、新人研修として、緊急時や普段と違う気づきの研修・高齢者の特性の研修を実施している。薬の名前や効果については看護職員が個人記録表に記載している他、変更があれば追記している。今後は、健康管理に関するマニュアルの整備と薬の効果や副作用に関する研修を実施し、さらに健康管理への意識を高めていくことに期待したい。
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	職員は利用者の食事の摂食状況や様子などから、体調の変化や異変の兆候に早く気づけるよう努めている。嘱託医とも日常的に連携がとれており、利用者の急な体調変化には迅速に対応できる体制が整っている。専門医への受診が必要な時は、家族に連絡をし、即応的に行っている。緊急時の対応マニュアルや転倒・転落時対応フローチャートが整備され、夜間は看護職員とオンコールにて対応できる仕組みとなっている。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。事故発生予防または、その再発防止に関する研修を行い、職員に周知するための取り組みも行っている。今後も利用者の体調変化や異変の兆候に気づくための研修を継続的に行い、マニュアルに反映していく取り組みが期待される。
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	毎日の薬に関しては2週間ごとに薬が処方され、看護職員が医務室で管理しており、ケアプランにも内服薬の情報が記載されている。内服薬、外用薬、点眼薬の使用状況はパソコンシステムで日々記録されている。内服薬は一包化されており、薬の袋には色分けした線が記入され(朝・昼・夕食後)、配薬する時はユニットごとに仕切られた箱に、ユニットの利用者分の薬を入れ、食後に看護師が配っている。事故、ヒヤリハットの事例があった場合は、報告書をもとに、その都度対応を検討しているが、マニュアルの反映には至っていない現状がある。今後は個別の配薬ケースや配薬カードの活用など、誤薬を防ぐ方法を検討すると共に、検証した結果をマニュアルに反映できるよう整備して行くことに期待したい。
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	褥瘡予防マニュアルがあり、年1回見直しを実施している。月1回のユニット会議で体重の変動、食事量、薬や処置方法等の検討を行っている。褥瘡予防係では、各ユニットの褥瘡者の現状把握を行い、処置方法や栄養状態・ポジショニングの評価等を各部署の代表者が集まり検討している。体重の減少や食事量が減っている利用者に対して、高カロリー栄養補助食品を提供している。2人介助で移乗を行ったり、利用者の状況に合わせて、クッションを工夫し、同一部位の圧迫が続かないように対応している。おむつ交換時、入浴時には皮膚観察を行い、パソコンシステムに記録している。1年に1回、2日間に分けて、同じ内容で褥瘡予防とスキンケアについての勉強会を行い、職員に周知するよう努めている。今後は現在の取り組みを継続すると共に、さらに具体的な実施方法について、職員間で情報の共有ができる仕組みづくりや個別のケアプランに基づく実施方法の周知徹底に向けた取り組みに期待したい。
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	入退院の対応は主に相談員が行っている。入院中の利用料の負担等については重要事項説明書に記載されており、入院先の選択、急変した場合の対応も初回面談の時に説明、確認をしている。入院中は家族に連絡を取り、病状を把握したり、相談員が病院に行き病状の把握に努めている。入院前と状態が変わった場合でも、各部署に相談し、医療機関と連携を図りながら受け入れを行っている。退院時には退院カンファレンスの参加やサマリーにより医療機関との連携を図っている。

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。	b	感染症対策委員会が中心となり感染に関するマニュアルが整備されており、1年に1回見直しを行っている。感染症流行期には施設の玄関先にポスターを掲示する他、面会者にも手洗い、マスクの着用を促し、予防に努めている。各ユニットには加湿器と空気清浄機を設置し、発生防止に努めている。感染症に対する職員対応フローチャートがあり、家族や同居人が罹患した場合の対応も記載している。感染症に関する研修を行っているが、勤務の都合もあり全職員が出席するには至っていない状況がある。今後は職員の健康状態が日常的に把握できる仕組み作りと、感染症に対する職員の意識を高め、発生時には慌てず適切な対応が行えるよう、全職員に向けた研修の徹底、手順の周知が望まれる。
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。	b	厨房関係は外部委託になっている。衛生管理チェックシートがあり、調理器具、食器の消毒や調理担当者の衣類、履物等は衛生面に配慮が出来ている。調理関係者の検便は毎月行っており、食材の管理、保存食は毎月チェックしている。厨房には関係者以外入室できないようになっている。感染症及び食中毒の予防、蔓延防止マニュアルがあり、1年に1回見直しを行い、感染予防や食中毒対策に努めている。今後は、食中毒発生の場合に備えての対応方法や連絡体制など、委託業者との連携をさらに深め、衛生管理や安全管理についての把握を今以上に行っていくことが望まれる。
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	作業療法士が中心となり、動作確認を行いながら施設サービス計画書の中に個々のプログラムを立て、実施、評価、見直しを行っている。起立、立位練習、茶話会、レク等の記録から1ヶ月ごとの評価も行っている。どんなことをしたいか意向を聞き、創作活動等を提示し選んでもらっている。ベッド上で過ごす利用者には、関節の曲げ伸ばし等、ベッド上でできる訓練を行っている。利用者の状況や必要に応じて、福祉機器の導入も行っている。今後は、さらに、すべての利用者の意向を聞きながら、計画の中に利用者主体な訓練計画を立て、利用者一人ひとりの自立支援に向けて取り組んでいくことに期待したい。
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	利用者の状況に合わせた移乗・移動介助については施設サービス計画書に記載があり、一人ひとりの心身の状況に合わせ、作業療法士が関わり自力で移動できるよう支援を行っている。担当者会議にて関係職種が必要な福祉用具の検討を行い、ベッド柵を介助バーに変更し、つかまって立てるよう工夫をしたり、身体を抱えるなどの介助が必要な利用者に対しては、職員2人で介助を行うなどの配慮が出来ている。また、前傾姿勢が強い利用者に対して、後ろに寄りかかって座れるよう6輪の車イスを購入するなど、利用者の心身の状況に合わせ、福祉用具の検討を行っている。福祉用具の定期的な点検も作業療法士が行っており、安全に使用できるよう配慮が出来ている。今後は、移乗、移動に関しての研修や新しい福祉用具の研修を行い、より安全に効果的な介護技術の習得に期待したい。

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	レクリエーションに関しては、習字や塗り絵、風船バレー等のメニューがあり、月4回職員が企画して、お楽しみ会を行い、ビデオ鑑賞や体操、音楽クラブなどを全体で企画している。季節の行事には家族やボランティア等の参加を呼びかけ、参加できるよう配慮している。今後は職員がレクリエーション技術を学び、利用者のニーズの変化に応じて、多彩なレクリエーションメニューを提供できるよう取り組んでいくことに期待したい。
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、雑誌は利用者の希望で定期購入している。自宅から本が定期的に送られてくる利用者もおられる。利用者からの意見により雑誌の置き場所を変更し、誰でも見やすくなるよう工夫をした。食堂、談話コーナー等色々な場所でテレビを見れるよう台数も増やし、自由に見ることが可能となっている。個人でのテレビの持ち込みも可能であり、それぞれの居室で楽しむことも出来るようになっていく。
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	現在飲酒、喫煙をされる利用者はおられないが、希望があれば提供はできる体制は整っている。午前中お茶の時間にはコーヒーを提供し、カロリー制限がある利用者に対しては、カロリーオフの砂糖を提供している。月1回、「ご馳走の日」があり、ジュース、お酒、ビールを用意し、利用者が好きなものを選び、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。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、個別性の対応が期待される。
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	送迎マニュアルがあり、運行する前に車両点検を行っている。乗車中のシートベルトの着用や車内の冷暖房換気を行い、安全性、快適性に配慮している。事故が起きた場合の損害賠償保険にも加入している。運転職員の健康診断は年1回行っているが、日々の健康チェックは行っていない状況がある。今後は日々の健康チェックを取り入れ、より安全に運行業務が実施されることが望まれる。
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	乗降時は介助が必要な利用者はもちろん、自立した利用者にも付き添い、転倒、転落がないように介助、見守りに努めている。乗降口にはステップアップ装置があり、安全に乗車できるよう配慮されており、乗降の都度、車イス等の固定部の安全確認を行っている。送迎車両には介助のための人員が配置されており、安全に乗降が出来るよう支援されている。
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	送迎の際は、必ず携帯電話を持参している。車の中にはディスポ手袋やポリ袋、アルコール等が用意され、急病時の対応が行えるよう準備が出来ている。週3回車内の清掃とアルコール消毒を行い清潔保持に努めている。送迎マニュアルの中に事故発生時・急病時・緊急時の対応が記載されている。今後は異常事態に早期対応ができるよう、マニュアルに沿った訓練が定期的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	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。	a	消防自主点検表、機械設備自己点検表があり定期的に行っている。車イス、ベッド介助バー等備品に関しては作業療法士が数ヶ月に1回行っている。冬場は下の窓に発泡スチロールで保温を行い、感染予防のため空気清浄機や加湿器が各ユニットに設置され、快適に過ごせるよう配慮されている。談話コーナーや面談室のスペースを整備し、食堂のテーブルは木目調に交換され、ひじ掛け付の椅子等も購入するなど、必要に応じた備品が購入されている。利用者の居室は家族の写真や本人の好きなものが飾られており、安心して過ごせる工夫がなされている。ベッド環境に慣れていない利用者には、畳の部屋を用意して、布団で寝起きができるようにするなど、利用者に合わせて居室環境の整備に配慮している。

### 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、生活状況等については、家族の面会時や毎月居室担当が郵送で近況報告をしている。年1回家族懇談会が開催され、施設と家族の話し合いの場として活用されている。家族からの相談は必要時行っており、その内容を記録している。行事等については家族が参加、協力しやすい行事を定期的開催し、参加を呼びかけしており、開催状況は記録されている。家族が宿泊できる設備もあり、簡易ベッド等も用意されている。
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	地域のガイドマップや広報誌は談話コーナー等に置いてあり、利用者は自由に閲覧することが可能である。外出、外泊は利用者や家族の希望により、健康状態を確認のうえ行っている。外出時間や期間等については、利用者、家族の希望に沿って支援されており、送迎については、家族送迎になっている。今後も利用者家族の希望に応じた、よりきめ細かい対応に向け、利用者との話し合いや検討の場を設け、希望に応じた外出支援の仕組み作りが期待される。
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。	a	看取りマニュアルが整備されている。入所時に終末期をどのように迎えるか、急変時や終末期における意志確認書により意向を確認されている。状態変化があった時には、再度確認し、主治医の指示に基づき家族に説明し、関係職員が協働し、プランを作成している。終末期のプランは週1回見直しを行い、家族に説明し同意を得ている。看取り係が中心となり、1年に1回ターミナルのケアプランについて、「看取りについて」等の研修を行っている。研修後はアンケート調査を行い集計結果を基にマニュアルの見直しを行っている。看取り介護を行う時は、静養室に移動し、家族等と一緒に過ごすことが出来るよう配慮されている。利用者や家族から希望があった場合には、利用者の状況に応じて、出来る限り施設での看取り介護を行う体制が整備されている。今後もチームケアで、継続した取り組みが行われることに期待したい。
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	評価対象外項目