

(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 ケアハウス上越	種別：軽費老人ホーム (ケアハウス)
代表者氏名：ケアハウス上越 施設長 北嶋 一代	定員：30名 (利用人数) 30名
所在地：〒943-0804 新潟県上越市新光町3丁目10番32号	
連絡先電話番号： 025-545-1611	FAX番号： 025-545-1616
ホームページアドレス	http://www.inaho-net.com
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 7年 4月1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： 7名 非常勤職員： 1名
専門職員	施設長 1名 管理栄養士 1名
	生活相談員 1名
	介護福祉士等 8名
施設・設備の概要	(居室数) 全室個室 30室 (設備等) 食堂 1室 浴室 2 (大浴室1、小浴室1) 多目的ホール 1室 談話コーナー3ヶ所 (各階に設置) 1階トイレ 3ヶ所 (車イス用1・来客用1・男女各1) 洗濯・乾燥室 3室 私物庫 3室 (個人ロッカー)

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】

- 入居者本位の自立支援 入居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 入居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 入居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

○サービス計画に基づく支援

- ・要支援者に対して個別に居室訪問を行い、その情報を下に個別支援計画を作成し個々の抱えている課題や望みを施設内で共有し、ニーズに沿った支援方法を検討している。

○利用者の確保・情報発信と法人内施設との関わり

- ・法人内の軽費老人ホームと定期的に待機者の情報確認を行い、軽費老人ホームとして共通サービスや差異を確認し、それぞれの特徴としてまとめアピールしている。

○健康増進に対する取組みと支援

- ・前期、後期と年2回の健康チェックを実施している。居室を訪問して体調面・服薬状況・運動量について聞き取りを行い、最終的には個々で自主的な健康維持・管理が出来るよう体制を整えて行こうとしている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 5月30日（契約日） 平成30年 3月19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

○共に歩む健全な事業所運営

法人の経営理念や中・長期計画が確立され、健全な事業運営が行われている。法人として4つの理念が明文化されており、それに伴う基本方針が掲げられ、年度当初に新光園グループ会議にてグループ長から説明がなされている。また、改めて職員会議にて施設長が説明するなど、職員への周知は徹底されている。法人全体の経営方針の中には、中・長期計画が取り込まれ策定されており、それを基に新光園グループのケアハウスとして、組織強化や人材育成、地域ニーズに即した事業展開が確実に行われている。また、ケアハウスは上越市の指定施設にもなっており、市の管理計画にも予算化されている。

事業所の事業計画においては、職員会議から新光園グループ会議、法人経営会議と現状の課題や問題点を明らかにする仕組みが確立化されており、改善に向けて実行可能な計画となっているところは高く評価できる。

また、事業計画実施に関しては、毎月の職員会議で各担当者から実績・評価が報告され、課題等に検討等が行われるなど、きめ細かで健全な事業運営に取り組んでいる。今後も継続した取り組みが期待される。

○利用者のニーズに沿ったケアハウスを目指して

ケアハウス上越は、「老いることが輝く社会に」をスローガンに本人の残存機能を最大限に活かしながら、利用者が自立した快適な日常生活を送れる支援をすることに、重点を置いてサービス提供をしているケアハウスである。そのために、利用者の声をきめ細やかに受け止めるシステムを構築し、日々のケアに取り入れられている。

特に入浴サービスにおいては、12時～20時までの時間帯なら、何時でも入浴可能であり、入浴時間や入浴回数に関しては個々の希望を尊重した仕組みが構築されている。安全面においても、浴室前に名前入りのマグネットを用意し、入浴時にマグネットを所定の場所に移動することにより、誰が入浴中なのかを確認できるようになっているなど、常に安全面に配慮がなされている。また、事業所内には理容室等、社会資源に関する資料をマップで情報提供しており、利用者が自由に馴染みの理容室や地域の図書館などの施設利用が可能であることを推奨していることも評価したい。

○楽しめる食事の提供への積極的な取り組み

利用開始時に健康状態や意向を確認し、入居後も利用者参加の食事意見交換会を開催している。調理員が直接利用者から嗜好を調査し、希望の食事を選択メニューに取り入れているなど、利用者の意見や希望などを直接に反映できるシステムが構築されている。また、自分で直接お釜から温かいご飯を適量盛り付けるなど、楽しみや張り合いを持って自分なりの食事ができるように工夫されている。食堂における食席も楽しく食べられるような関係性に配慮しながら定期的に席替えを行うなど、きめ細やかな配慮がなされている。

食レク活動では、クッキーづくりや蕎麦打ちなど楽しんでもらったり、行事食に旬の野菜をふんだんに取り入れ、季節感のある食事が提供されている。

今後も利用者の声が食事や生活に反映されることに期待したい。

◆ 改善を求められる点

○利用者の楽しい日常生活を視野に入れた年間行事・イベントなどへの取り組み

事業所では、利用者が自立した快適な日常生活を送れるように支援をすることに重点を置いてサービス提供をしている。年間を通して季節を感じてもらえるような行事や行事食等を提供している。さらに、新光園グループも含めた地域交流も積極的に行われている。

しかしながら、ケアハウスとしての地域交流や家族会との交流には温度差が感じられる現状が窺える。これからも引続き、利用者や家族会も含めた目線や地域からのきめ細かな声を聴く機会の検討が必要と考えられる。より一層の取り組みが望まれる。

○記録の整備に向けた取り組み

個別計画書を作成し、利用者一人ひとりを意識した自立支援に取り組んでいる。入所時に利用者の状況をアセスメントして個別支援計画書を作成し、サービス提供が実施されている。現在、事業所の日々の支援内容はパソコンにケース記録として保存されており、計画書には、生活全般のニーズ、支援目標、支援内容等、利用者のニーズに合わせた内容となっている。また、支援経過は、内容により文章の色を変えて、とてもわかりやすく工夫している。

しかしながら、契約や同意を得るまでの過程・経過の記録が不足している状況が窺える。同じく各種委員会や会議の記録は、欠席者も含め全職員に回覧し共有しているが、検討結果の記載のみの場合が多く、議論した内容や、その結果に至ったプロセスが会議録に記載されていないことが見受けられる。今後は、より一層利用者の気持ちを汲み取るために、過程や根拠も情報共有できるよう記録の充実に努めること、実践記録のスキルアップ、モニタリングの実施、更に個別計画見直しに繋げるシステム作りが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H.3.19)

ケアハウス上越は事業所の規模が小さいため、法人またはグループとして一体的に取り組むことが多く、組織的な連携や仕組みの部分を評価して頂きました。

また、細部まで私たちの取り組みを見て、聴いて、確認して頂き、評価が高いところと改善を求めるところと明確にわかりやすくご意見、提案を頂き、私たちの目指すところが明らかになったように思います。

新しい年度に入り、今回明らかになった私たちの強みと改善点に対して計画的に取り組む、更にケアハウス上越が地域のニーズに沿った質の高いサービスが提供出来るように努めて参ります。

ケアハウス上越
施設長 北嶋 一代

(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>

ケアハウス上越は、上越老人福祉協会の全事業所を横断したシステムの中で人材育成に取り組んでいます。

- 人事考課制度をもとにした明確な評価基準があります。同時に育成面接を取り入れ双方の考えや想いを共有する機会があります。
- 新任職員には、職務上の丁寧な指導方法が定着しています。（O J T）
- 研修体制が細分化していて（縦割り：段階別・経験年数別研修会 横断的：職種別連絡会、事業所別会議）全職員を対象に年間通して学ぶ機会があります。
- 職種別連絡会は研修だけでなく、情報交換や職種毎の連携強化を図る機会となっています。
- 資格取得の際は公費で参加できる体制があり、積極的に学ぶ機会を支援しています。
- 大勢が集まる職員研修は、研修専用で使用する研修棟があり、行い落ち着いた環境で学ぶ場所があります。
- 育成の視点で社会貢献活動（海岸清掃や公園清掃）を行い、職員家族も含めた親睦・連帯感の強化につながっています。

評価細目の第三者評価結果
【 高齢者施設（事業所）版 】

ケアハウス 上越

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	「利用者のニーズに適応した高品質なサービス提供」「地域ニーズに適応した事業の展開」「安定的・継続的そして透明性の高い事業経営」「スキルの高い職員と強固な事業組織」を理念に掲げ取り組んでいる。理念は、ホームページやパンフレット等に掲載されており、広く公開されている。理念を基に利用者本位のサービス提供、地域ニーズに適した事業運営を目指して取り組む姿勢が窺える。
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	「入居者本位の自立支援」「地域とともにある施設」「信頼と安心のある生活」を基本方針に掲げ、事業計画に明文化されている。法人理念を基に基本方針が策定されており、職員の行動規範となるような具体的な内容となっている。
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。	a	年度当初に法人内新光園グループの会議にてグループ長から説明がある。また、改めて職員会議を通して、施設長より事業計画についての説明、個別に資料配布も行っている。法改正により「法人組織の見直し」が行われ、職員会議にて経営組織についての説明なども行われ周知と理解を促している。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	年度当初の全体会議で利用者向けの特別な資料を作成し説明している。全体会議に出席できない方等には資料を配布したり、掲示したりしているが、年度当初の説明だけで周知状況の確認までには至っていない状況が窺える。身元引受人会が8月に開催され、身元引受人には事業計画を説明されている。また、身元引受人会に出席できなかった方には郵送で配布している。今後は、周知状況を確認し、継続的な取り組みが行われることに期待したい。

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。	a	法人全体の経営方針の中に中・長期計画が取り込まれ策定されている。理念を基に組織強化や人材育成、地域ニーズに即した事業展開に取り組むことが明記されている。また、施設が市の指定施設になっており、市が管理計画・予算化したものがある。それを含めて中・長期計画は策定されており、法人で10年ごとの見直しが行われ、増改築、建て替え等の特別な支出の必要性も把握し策定されている。
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	法人の経営計画、新光園グループの中・長期計画に基づいて、事業計画は策定されている。職員会議から、新光園グループ会議、法人経営会議と現状の課題や問題点を明らかにし、改善に向けて取り組んでいる。また、事業内容が具体的に示され、実行可能な計画となっている。
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	法人において次年度事業計画の原案が策定され、グループ会議で協議・検討し、職員会議を経て各担当者が策定している。毎月の職員会議で各担当者から当月の実績、評価が報告され、次月への課題の検討が行われている。また、職員会議で年度の事業実施報告と次年度への課題も協議されている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	毎年、年度末の職員会議にて次年度の事業計画を説明している。事業計画は全職員に配布されており、何時でも確認できるようになっている。各計画の進行状況等も毎月の職員会議にて確認されており、継続的に取り組んでいる。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	年度当初の全体会議で利用者向けの特別な資料を作成し説明している。全体会議に出席できない方等には資料を配布したり、掲示したりしているが、年度初めの説明だけで周知状況の確認までには至っていない状況が窺える。今後は、認知症高齢者・障害のある利用者への個別に配慮した形の周知方法など、より一層工夫した取り組みが行われることに期待したい。

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	業務分担表に施設長の担当業務、役割が明文化されている。緊急時及び災害時等、不測の事態が生じた場合の対応についてもマニュアルに明記されている。今後は、会議や研修において、自らの役割と責任について表明し、組織内での信頼を下に管理者としてのリーダーシップが発揮されることに期待したい。
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	施設長は法令遵守の視点で法人内外の研修会に参加し、常に新しい情報を把握することに心掛けている。法人の研修として、5年未満の職員を対象とした法令順守の研修会も実施されており、それに参加し学ぶ機会も設けられている。今後は、全職員が法令順守についての情報を共有できる機会を作り、職員が何時でも関係法令について確認ができるように、リスト化等へ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	施設長は、職員会議の中でサービス計画に基づく支援について報告を受け、課題等について職員との意見交換が行われている。また、法人内のグループで各委員会が設置されており、そこで年間計画を立てて実施している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b	施設長は、年に2回職員と個人面談を行い意見等を聞いたり、メンタルヘルスチェック、残業時間や有給取得等の検討を行い、働きやすい環境作りに努めている。また、施設利用者の重度化に伴い、法人事業部が主導で人員体制や配置等、組織としての見直しを行っている。今後は、より一層の施設としての具体的な取り組みが期待される。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
評価細目	評価結果	コメント
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	法人全体で、上越地域の福祉ニーズについてを把握し、データを基に事業の見直しや中・長期計画へ繋げられるよう努めている。施設としても地域包括支援センターより、該当エリアの高齢者の実態把握や地元町内会から人口動向の情報を把握している。今後は、施設として把握した情報を基に事業計画や中・長期計画に反映させ、安定した利用率確保に向けて取り組んでいくことが期待される。
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	経営状況については、毎月の職員会議で利用者の推移、利用者の分析など行い事業計画に反映させている。また、その結果を法人内の経営会議、グループ会議で再度分析・検討し、職員会議で周知・共有化を図り職員全体で意識化している。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	公認会計士による外部監査が実施されている。法人内にも監査委員会を設置して財務・経営・サービス部門でそれぞれ評価や指導が行われ、内外の視点で適切な会計処理が行われるよう徹底されている。今後も継続した実施により、透明性と整合性が担保された法人運営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。	a	人員体制に関する基本的な考え方や人事管理に関する方針は、法人の事業計画に明記されている。人材育成に関しては法人で確立されており、勤続年数に応じた研修が行われている。さらに資格取得を目指す職員には勤務上の配慮も行われている。今後も有資格者の配置を図るために必要な人材や人員体制について、プランに基づいた人事管理が実施されることに期待したい。
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。	a	法人で作成した人事考課マニュアルに基づき、人事考課が実施されている。マニュアルは、全職員に配布・説明することにより、考課基準等を明確に示し、客観性を図る取り組みが行われている。目標管理カードで自己評価を行い、直属の上司の一次考課、グループ長による二次効果が年二回行われる。また、施設長による個別ヒアリングも行われ考課結果をフィードバックしている。
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	施設長は有給休暇の取得状況や時間外労働の実績を把握して、毎月のグループ会議で報告しており、数字が法人で管理されている。また、今年度より、法人内に時間外労働の把握と改善のための委員会を立ち上げ取り組んでいる。昨年には、メンタルヘルスチェックを実施しており、法人の中で担当職員を配置して相談窓口として活用できるようにしている。また、希望があれば産業医への受診も可能となっている。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生については、上越勤労者福祉センターに加入し、職員は希望すれば上越地域で利用できる各種割引など、優待制度を受ける事が可能となっている。健康診断は年1回実施され、メンタルヘルスチェックも実施されている。また、相談窓口として法人で担当職員が配置され、何時でも活用できる仕組みが構築されている。
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	運営方針の中に職員の行動規範が明記しており、法人が職員に求める基本姿勢や意識を明示している。各職種によって求められる専門技術や専門資格は人事考課で明記され、給料規程の中にも等級や職種によって取得する資格等が示されている。資格取得にあたっては、法人内の資格取得についての取り扱い規程にて配慮されている。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	b	法人全体の職員研修計画や職種別の研修計画が策定され、計画に基づいた教育・研修が実施されている。外部研修にも積極的に参加され、法人内のグループ研修では外部講師による「権利擁護」についての研修会も開催されている。現在、職員が参加しやすい時間帯や開催回数の検討も行っているが全員参加には至っていない現状がある。今後は、全員参加への取り組みの継続に期待したい。
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	法人の研修委員会でアンケートを実施し、集計・評価・分析を行い次年度の研修計画に反映する仕組みとなっている。現在、内外の研修終了後は報告レポートを作成し、職員会議において伝達講習を行っているが、残念ながら評価・分析までは至っていない現状が窺える。今後は、研修終了後の当該職員の研修成果に関する評価・分析を行い、確実に業務等に反映できることに期待したい。

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	実習生の受入れ窓口は法人内に設置している。法人内のグループとして受入れを行っているが、施設としては3年間受け入れ実績はないという現状がある。今後は、実習生の受入れに関する意義・方針・実施方法等のマニュアルの整備、実習内容についてのプログラムの策定し、受入れ態勢の整備が期待される。

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	法人グループ内に事故予防対策委員会があり、法人リスクマネジメントマニュアル・利用者サービス指針の中に感染症・看取り介護・介護事故予防・身体拘束・行動制限に関する指針・摂食嚥下障害のある方へのケア・褥瘡予防等の指針が示されており、随時見直しが行われている。今後も継続した取り組みが期待される。
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	施設の災害発生時対策マニュアルが整備されている。廊下には利用者向けの避難場所のマップが掲示しており、避難訓練も行っている。地元自治会の親睦会に法人グループとして参加し連携も図っている。しかし、地域の防災訓練等への参加がなされていない現状が窺える。今後は、より一層地域との連携を密にする工夫を検討し、地域と協力体制の取れる訓練にして行けることに期待したい。
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。	a	ヒヤリハット事例等は、必要に応じ職員会議にて検討され回覧している。また、より日常生活に近いヒヤリハット事例はケース記録にも記録され、情報の共有を図っている。また、法人内グループの研修委員会で安全確保・事故防止の研修も行っている。今後も継続してリスク把握に努めると共に、事故防止の意識付けに繋げていくことが期待される。
II-3-(1)-④ 緊急時（事故、感染症の発生時など）に、迅速な対応ができる仕組みがある。	a	事故対策マニュアル、急変時の対応マニュアルが整備され、事務室に設置されており緊急時に迅速な対応が出来るようになっている。新光園グループの感染症委員会が主体となり、シュミレーションなどを取り入れた研修も行われている。また、法人内には顧問弁護士もあり、最悪の事態も想定した体制の整備がなされている。

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。	a	基本方針の中で「入居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」を目指すことを明文化している。以前は利用者が地域の役員として活動していたが高齢化に伴い参加ができなくなったため、現在は施設長が参加し施設と地域とのパイプ役として活動している。食堂前の廊下には、地域の社会資源の掲載されたマップが掲示しており、利用者が社会資源を利用するよう推奨している。
II-4-(1)-② 施設（事業所）が有する機能を地域に還元している。	b	地域住民に向けて、事業計画等を広報誌「ケア上だより」で回覧し、事業所の取り組み案内や行事案内等の情報提供が行われている。専門的な講習会や講演会等の開催、参加呼びかけは行っているが、現在のところ参加者がいないという現状がある。今後は、地域との窓口を設け、地域住民のニーズに応じていく具体的な取り組みが期待される。
II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	相談員が窓口となつてのボランティアの受け入れ・活動実績があり、良い評価は頂いているが、基本的姿勢の明文化やマニュアルが用意されていない現状がある。今後は、基本的姿勢の明文化やボランティアマニュアルを整備し、受入れ体制の構築に努めることを期待したい。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	地域の社会資源に関する情報としては、食堂前の廊下に地域の社会資源が掲載されたマップを掲示している。また、玄関脇には社会資源のパンフレットが自由に閲覧できるようになっており、利用者の皆さんが社会資源を積極的に利用できるような仕組み作りがなされるなど、何時でも利用できるよう推奨している。今後は、職員間で情報の共有が図られることに期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	法人内の各種会議や町内会の会議に定期的に参加し、ネットワークを構築している。現在、日常生活支援事業を利用されている方が1名おられ相談員が対応している。また、各利用者はそれぞれ主治医は決まっているが、施設としても川室記念病院と連携したり、地域包括支援センターと情報交換を行う等、ネットワーク化に取り組んでいる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	町内の交流会を通して、民生委員や老人会等の具体的なニーズの把握に努めている。法人内に経営部会があり、毎月開催される部会の中で各相談員が地域の福祉ニーズや関係機関の情報を持ち寄り地域ニーズの把握に努めている。今後は、地域福祉ニーズの充足に向け、相談窓口の設置や交流会の開催など具体的な取り組みに期待したい。
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。	b	法人の中・長期計画及び事業計画に、地域ニーズに即した事業展開を行っていくことが明記されている。グループでも具体的にニーズに応じた事業・活動を行っている。施設でも地域ニーズの把握に努めているが地域住民への相談事業等までに至っていない現状がある。今後は、事業所として、地域ニーズに適した取り組みが具体的に展開されることに期待したい。

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	基本方針に基づいて利用者を尊重したサービス提供に取り組んでいる。各種マニュアルが整備され、また、新光園グループ主催の職員研修では、穴埋め問題等のクイズ形式で学習会を開催している。利用者を尊重したサービス提供に関する姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。今後も身体拘束廃止や虐待防止等について継続的に理解するための取り組みを期待したい。
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	プライバシー保護の視点で各種マニュアルが整備されている。ハード面において、全室個室で各居室にトイレが設置される等、個別ケアを重視した一人ひとりの想いに沿ったケアを提供している。また権利擁護推進委員会主催で、「どんな事が不適切になるか。」などを具体的に話し合い、不適切ケアに対する改善策の検討を行っている。今後は、定期的にマニュアルの見直しに向けた具体的な取り組みを期待したい。
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。	a	生活相談員が主体となり、年度末毎に利用者を対象とした「余暇活動に関するアンケート」を実施し、年度初めに利用者が参加する全体会議で集計結果を基に検討した活動計画を説明している。利用者へは定期的な「訪室面談」や普段の生活の中で意見を聞いている。また家族へは面会時の声掛け等を定期的に行い、個別支援計画の説明も含め、日常的に連絡を密に取り、利用者・家族との関係作りに努めている。寄せられた意見・要望は即時に対応するよう心掛けている。今後も定期的な満足度調査の実施や利用者が参加する全体会議、身元引受人会等を通じ、更なる信頼関係の構築や満足度の上昇に向けた取り組みが期待される。
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 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	相談窓口は文章化し、正面玄関ロビーや食堂等、わかりやすい場所に掲示し周知している。日常的には利用者の申し出によるものが多いが、職員による「訪室面談」を行い、生活に関する相談を受けるなど、利用者の声を大切にしている。基本的には利用者が望む希望職員と居室や相談室等の場所で相談できる環境が整備されている。今後は、市の介護相談員を定期的に受け入れるなど、複数の相談方法や相談相手を選択できる仕組み作りが望まれる。
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	新光園グループとして苦情解決委員会が設置され、また法人として第三者委員を配置し、苦情解決に向けた取り組みが行われている。受付けた苦情や意見は、広報誌「ケア上だより」で報告され、利用者・家族に必ずフィードバックしている。また、普段から利用者・家族との信頼関係の構築に積極的に取り組むことで、気軽に意見・要望を申し出ることができる環境作りに努めている。今後も苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能するよう継続的な取り組みが期待される。
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	正面玄関脇のロビーは勿論、各階に意見箱を設置されており、投書された意見・要望については、施設長、生活相談員が主体となり職員で話し合い、利用者が参加する全体会議で説明され掲示するなど、福祉サービスの改善等に反映している。掲示する際は、読み易いよう文字を大きくし、またフォントも工夫するなど、利用者に配慮した対応を行っている。今後はマニュアルを整備し、組織全体で統一した対応を図っ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	平成24年に第三者評価を受審し今回が2回目の受審となっている。（5年に1回受診予定）前回の受審後にはサービス評価会議を毎月開催し、1年かけて評価結果を基に改善を図った。今年度も「重点事項」にサービス内容の検証と向上に繋げると明記され、同じようにサービス評価会議を立ち上げ、組織的に評価結果の分析、検討を図る予定である。今後は年に1回以上自己評価を行い、第三者評価受審以外の年でも改善課題の発見と対応が期待される。
Ⅲ－２－（１）－② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	前回受審後は、サービス評価会議を毎月開催し、評価結果を基にエレベーター前に、利用者が分かり易いよう各階の表示を掲示したり、社会資源のマップを作成するなど、1年かけて改善を図った。今回も受審後の評価結果の分析から明確になった課題について、改善計画を策定し取り組む方向で検討している。今後は、課題や分析結果を記録すると共に、改善策を実施してからの状況をモニタリングする等の取組みを期待したい。
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。	a	各専門職ごとに、利用者の尊重やプライバシー保護の姿勢が組み込まれた業務手順書が事務室に設置され、それに基づいて福祉サービスが提供されている。今後も「上越老人福祉協会 職員研修計画」の年間スケジュールを通じた、組織的、個別的に福祉サービスの内容や提供方法を確認し合う等の継続した取り組みが期待される。
Ⅲ－２－（２）－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b	各専門職ごとに業務手順書を基に見直しや改善等、職員全体で取り組む姿勢が窺える。だが、マニュアルの見直しに関する時期や方法について標準化されていない現状がある。今後は、定期的な見直しができるシステムを構築し、利用者、家族、職員等の意見や提案が反映される取り組みを期待したい。
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	平成26年に専門用語を使用せず、利用者本人の言葉でそのまま記録するなど、「ケアハウス上越 記録のルール」を策定している。それを基に記録し、確認・共有できる体制を構築している。主に生活相談員が記録するが、記入者の記名もあり責任の所在の明確化も図られている。また、黄色は利用者・家族よりの意見・要望、桃色は医療に関する事柄、緑色はヒヤリハット、赤色は事故に関する事柄など、内容が一目で分かるよう色を変え工夫している。今後もOJTをはじめ記録内容や記録要領の研修を取り入れるなど、継続的に学ぶ機会を設けることで、多職種間での情報の共有化がより円滑に行わ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	手順書「パソコンの利用方法」に責任者の明記や記録の保管・保存・廃棄について使用方法が標準化されている。パスワードの管理により閲覧制限を設けられ、また、新光園グループで個人情報保護法と情報開示の観点から職員に対し、定期的に教育や研修の場が設けられている。契約時等で、エレベータの名札、郵便受け、個室の名札、広報誌の写真等については事前に了解を得ている。今後は個人情報保護法と情報開示の観点から定期的に研修を開催し適切に管理されることが期待される。
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	利用者の情報は、朝礼や宿直の引き継ぎ、生活支援会議等で共有している。また、パソコンソフト「ほのほのネクスト」を使用して、新光園グループでネットワーク化されており、当直日誌等と一緒に活用され事務連絡等も含め、情報の共有化に努めている。各種委員会や会議については、欠席者も含め全職員に回覧し共有化している。今後は、検討結果だけでなく検討したプロセスも会議録に記載し、過程や根拠も情報共有することが望まれる。

Ⅲ－３ 福祉サービスの開始・継続

Ⅲ－３－（１） 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－３－（１）－① 利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページで法人、施設の紹介が分かり易く公開されており、行政、地域包括支援センター、関係事業所等の関係機関にもパンフレットを配布・設置している。問い合わせや見学者に対し、職員が丁寧に対応し福祉サービスの情報を提供している。広報誌も家族や関係機関に配布するだけでなく、地域の皆さんに回覧する等、積極的に情報提供を行っている。今後も理念や実施している福祉サービスの内容を、地域住民に継続的に情報発信していくことを期待したい。
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。	b	手順書「上越ケアハウス相談員業務」に沿って生活相談員が主となり、利用者・家族と面談している。利用者・家族に分かり易く工夫した「生活のてびき」を使用し、施設での過ごし方や、契約書・重要事項説明書、個別支援計画等の説明を行い同意を得ている。また、他のサービスへの移行についても、利用者及び家族、身元引受人との話し合いにより了解の上、支障がないよう丁寧に引き継ぎが行われている。今後は、利用者・家族が理解しやすい工夫が行われると共に、同意を得るまでの過程・経過を記録に残していくことを期待したい。
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	心身の状態変化があり、ケアハウスを退所し、他施設への移行を余儀なくされる場合は、生活相談員が主となり担当ケアマネジャーと協働し、利用者・家族の意向を尊重しながら適切に引継ぎが行われている。今後は、退所後の相談方法や窓口についてを記載した文章を作成・使用し、サービス終了時に利用者、家族、身元引受人に対し、より一層、希望の施設や、地域、家庭へと円滑に引き継ぎが行える体制整備を期待したい。

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。	b	手順書「利用者基本情報」を使用して生活相談員が情報を集め、次に担当介護職員が居室に訪問する等でアセスメントを行い、「居室訪問報告書」に記載する。それらの資料を基に生活支援会議を開催し全職員で情報を共有し検討している。今後は、生活支援会議での検討内容をしっかり記録するなど、より一層、個々の利用者の意思が反映されるよう実施することが望まれる。
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。	b	計画責任者は施設長、担当は生活相談員と「文章取扱規程」に明文化されている。要介護者は勿論のこと、自立している方に対しても栄養面も含めたアセスメントを行い、生活相談員、担当介護職員が協働で暫定の個別支援計画を作成し、生活支援会議で適切に策定している。生活支援会議は、関係職種が参加して利用者・家族の意向を大切に、多職種協働でPDCAサイクルが継続的、且つ適切に行われている。現在1年かけてプラン策定を行っているが、今後は、早期に個別支援計画を策定し計画に基づき支援す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	担当介護職員が、「訪室面談」により定期的に情報収集し、生活支援会議で個別支援計画の評価・見直しを行っている。緊急時においてもカンファレンスを開催し、関係職員で検討され、計画変更が速やかに行われている。今後は、カンファレンスに、利用者・家族が参加することにより、より一層意向が反映されると共に、一連の流れが職員に周知されるよう「手順」を定め、適切に評価・見直しが行えるシステムを構築することを期待したい。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

A-1-1 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	利用者・家族の意向や、これまでの生活歴や生活環境を把握し、施設でその人に応じた過ごし方が出来るよう工夫されている。「余暇活動に関するアンケート」を実施し、そのアンケート結果を踏まえ、趣味や希望している事を個別支援計画に反映させ自立支援、社会参加等に繋げている。今後も可能な限り一人ひとりの意向に即した支援に努め、その人らしく過ごせる取り組み・工夫が期待される。
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	ケアハウスは評価対象外項目
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。	a	「不適切ケアの改善策」や「心温まるHOT（ホット）エピソード」等を題材に、法人、新光園グループの権利擁護推進委員会主催の研修で接遇や言葉遣いを学び、利用者と丁寧に関わるように努めている。また、手順書「介護職員の業務内容」を基に、聴覚障がい者に対して手話や筆談で対応している。今後も利用者への言葉遣いや接遇に関することなどの研修を定期的開催することで、より一層、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーション能力の向上を期待したい。
A-1-2 利用者の権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-2-1-① 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	「ケアハウス上越の重点事項」に定める人材育成の項目に、「研修を通して価値観、倫理、法令や制度について理解し・・・施設サービスに還元する。」が明記され、不適切な行為が行われないよう明文化されている。また、法人にストレスチェック対策委員会を立ち上げ、「ストレスチェック制度の実施に関する規程」を策定した。職員研修だけでなく、平成28年度より上越医師会の協力の下、全職員に対しストレスチェックを行い分析・対応する等のシステムが構築され、職員のメンタル面でのサポートも法人全体で取り組んでいる。今後も職員相互のチェック等、より一層の権利擁護に努めることを期待したい。
A-1-2-2-② 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	現在、身体的拘束の対象者は居られないが、法人で「身体拘束・行動制限に関する指針」を策定し、また、新光園グループとして権利擁護委員会と苦情解決委員会が設置されている。利用者が身体拘束の対象者となりうる事は想定しがたいが、感染症等での自室隔離についてはマニュアルに明記されている。今後も定期的に研修を開催し、対象者が現れた場合も想定し、身体拘束を無くすための工夫や検討が継続的に行われることが望まれる。
A-1-2-3-③ 認知症高齢者への対応は、利用者の個別状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	認知症高齢者への対応マニュアルが整備され、また、法人主催でグループホームの施設長や、認知症ケアの資格者が講師となり、「スキルアップ研修」等、内外の研修を通して対応方法を学び、担当ケアマネジャーと協働した支援体制が構築されている。今後も認知症に対するケア等の知識・技術を学ぶ事で、専門的な配慮やプライバシー保護に努めることを期待したい。
A-1-2-4-④ 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	基本的に中・重度の認知症の利用者は居られないが、認知症ケアに関する手順書が整備され、また、エレベーターの押しボタンの色分け等、視覚障がい者の方も含め、どなたにも優しい環境作りが行われている。前回の第三者評価により指摘を受けた洗剤類の保管についても工夫・改善されている。今後も認知症高齢者のあらゆる行動を想定して、安心・安全に生活出来る環境の整備が期待される。
A-1-2-5-⑤ 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。	b	現在、成年後見制度を利用している方は0人、日常生活自立支援事業については、申請中の方を含め2名居られる。制度については、入居時や、必要に応じて説明を行い、生活相談員が主となり社会福祉協議会や地域包括支援センター等、関係機関と協働し対応している。今後は、情報提供だけでなく玄関ロビー等にパンフレットを設置する等、積極的な情報提供や外部機関との体制作りを期待したい。

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。	b	利用者の生活歴や、楽しみ、趣味を活かして、担当ケアマネジャーと協働し、利用者一人ひとりの「その人らしい」生活が送れるよう支援している。「訪室面談」や日々の状況から、心身の状態を確認しながら生活支援会議で検討するなど職種協働で取り組んでいる。今後は、どのような経緯で現在の支援に至ったか等、会議内容の記録の充実を図り、利用者それぞれの福祉サービス実施計画に基づいた支援が出来るよう、より一層努めることが望まれる。
A-1-(4) 預かり金・所持金の管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a	法人の規約には明文化されているが、現在、床屋代や宅配便の代金を預かるくらいで、預かり金の対象者は居られないとのことである。必要な利用者に対しては、成年後見制度や日常生活自立支援事業等、制度を利用して適切に管理する仕組みが構築されている。

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。	a	利用開始時の利用者情報で健康状態や意向を確認している。入居後も利用者参加の食事意見交換会を食レク活動後に開催したり、食事基本情報調査表を用いて、調理員が個別に嗜好調査の聞き取りを行い希望を昼食の選択メニュー等に取り入れている。食事形態は常食ときざみ食が準備され、その日の体調に合わせて柔軟に対応している。また、摂食状況に応じて個別に栄養アセスメントを実施し、摂取量や嚥下状態の把握を行い、安全な食事提供に繋げている。更には、食事提供に関わる事故防止を目的にヒアリハット事例に取り組み、事故を未然に防ぐための職員の意識付けを行っている。献立は食堂に1週間分掲示して各利用者へも配布している。
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	食堂は明るく広い空間に植物が程よく配置され、落ち着いた雰囲気となっている。ご飯の量は写真でカロリー表示され、利用者は選択食を確認して、お釜から温かいご飯を自分で適量盛り付けする等、楽しみや張り合いを持って食事ができるよう工夫されている。食席はおおよそ決まっているが、楽しく食べることができるよう関係性に配慮しながら定期的に席替えが行われている。利用者は食事の配膳から下膳、食器洗い等、出来ることを行っており、安全に下膳できるようにカートの準備がされている。また、椅子が重く滑りを良くするためカバーを取り付ける、杖ホルダーを椅子に取り付ける等、備品の準備や環境整備にも努め、自立を促している。食レク活動では、クッキーづくりや蕎麦打ちなど、食材から形になっていく工程を楽しんでもらい、行事食では旬の野菜を取り入れ、季節感のある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	利用者と職員を対象に歯科医師会の歯科衛生士による口腔ケア研修が行われている。また、県社会福祉協議会の口腔ケア研修や嚥下食セミナー等、外部研修にも参加している。毎週水曜日には口腔体操を実施しており、同法人の作業療法士から来てもらうこともある。利用者は、ほぼ自立しているため口腔ケアは見守り程度であるが、義歯トラブルがあれば歯科受診に繋げている。今後は、居室訪問時に口腔状態の確認を行なうなど、口腔機能向上に向けたより一層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。	b	浴室は、3名程が入れるゆったりとした大浴槽と家庭的な小浴槽が整備されている。入浴支援の必要な方は、家庭浴槽を使用し外部サービスの利用や家族支援による、安全・安心な入浴支援が提供されている。利用者は個々に食堂入り口に設置してある血圧計を使用して体調を確認している。職員は食事時の見守りなどから個々の状態把握に努め、体調変化が見られた場合は看護師に報告・相談を行い、心身の状況に合わせて適切な入浴支援が行われている。入浴を嫌がる方に対しては、家族に相談し本人の意向を尊重しながら柔軟に対応している。今後は、安全面確保やプライバシー保護を含めた入浴支援・助言方法について、事業所独自のマニュアル作成に取り組まれることを期待したい。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴は12時～20時までの時間帯なら、何時でも入浴可能であり、入浴時間や入浴回数については個々の希望を尊重して決め、連日入浴している方も居られる。浴室前には、いつ誰が入浴予定となっているか、名前入りマグネットで示し、利用者はその予定表を確認して入浴しており、職員も時間を見て安否確認を行っている。季節感を楽しめることを心がけ、ゆず湯やかわり湯等の企画湯を提供して利用者からも喜ばれている。
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	a	大浴槽は循環型で定期的（毎週水曜日）に湯の入れ替えを行い、小浴槽は一人ひとりに新しい湯が張られている。浴室清掃・消毒は毎日行っているが、以前利用者から汚れているとの指摘を受け、湯温チェック回数を増やし、その都度汚れがないか確認を行っている。水質検査では、塩素濃度を毎週日曜日に確認している他、業者による水質検査（レジオネラ菌）も毎年7月に実施されている。脱衣場の温度管理も季節や利用者の身体状態に応じて扇風機や電気ストーブ等を設置し調整している。これらの取り組みは、事業計画に「安心して入浴できる環境整備を整える」と明文化されており、浴室や脱衣場の整備、安全面、衛生面での管理等、利用者が気持ち良く入浴できるよう、快適性に配慮した取り組みが行われている。
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。	対象外	ケアハウスは評価対象外項目
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	現在、排泄の直接介助の必要な方は居られないが、生活環境から失敗が予想される場合や変化が見られた場合には、担当ケアマネジャー及び家族に相談すると共に、リハビリパンツやパット等、必要な排泄用品のサンプル紹介も行っている。各居室内のトイレには収納棚があり、転倒防止への配慮として手すりが設置されている。1階の共用トイレは車イス利用も可能な広さで、居室及び共用トイレ内にはそれぞれ緊急コールが設置され、安心して使用できる環境となっている。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	a	居室内のトイレ清掃は利用者に任せ自己管理となっており、外部のサービスを利用して清掃が行われている方も居られる。サービス利用されていない方には、職員が体調確認で居室に伺った際、トイレの清掃状況や臭いについて確認し、汚れが目立つ場合は担当ケアマネジャーに相談するなど対応の検討を行っている。1階の共用トイレは来客用と利用者用として2ヶ所設置されている。衛生面では、シルバー人材センター職員による清掃が行われており、汚れや必要物品を確認して点検表にチェックするなど防臭や清潔に努めている。

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	衣服の選択や着替え等は、原則利用者が行っており、個々に好みの衣服や髪形で思い思いの服装をしている。直接的な支援は行っていないが、日々の観察から同じ衣服を何日も着用していたり、汚れが気になる時には速やかに助言し、担当ケアマネジャーにも連絡・相談している。移動販売が通常、1回/3ヶ月、冬場は1回/2ヶ月に来ており、前もって情報提供を行い利用者の意志で購入している。今後は身だしなみや清潔について適切に対処するための業務手順を決めるなど、統一した対応が行えるよう、事業所としての取り組みが望まれる。
A-2-(5) 理容・美容		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a	毎月第4（月・火）に出向いてくる訪問理容室を利用したり、馴染みの床屋に出かけて行くなど、髪形や化粧品は利用者の自由意思でお洒落を楽しんでいる。事業所内に理美容に関する資料をマップで情報提供し、必要時は送迎付き理美容室の紹介も行っている。
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。	a	利用者は自宅から持参した使い慣れた愛用の寝具を自由に持ち込んで、夕食後に入浴したり各階の談話コーナーで過ごしたりと、個々の生活リズムで就寝までの時間を過ごしている。宿直はシルバー人材センター職員に依頼し、21時と6時の巡回時に健康状態や安否確認が必要な方には声掛けを行っている。利用者から洗濯機の音が気になるといった苦情が入り、洗濯機の使用時間を6時から20時、使用時は洗濯室の扉を閉めるといった取り決めを行うなど、利用者の安眠に向け適切に対処している。

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	健康維持・増進のために毎朝多目的ホールでラジオ体操が行われ、参加できる利用者は職員と一緒に参加している。1階食堂内には血圧計が設置され、日々の健康状態を自己管理できるようになっており、介護職員による健康チェック（体温・血圧・身長・体重・BMI）も年2回行われている。また、上越市医師会協力の下に、年1回のレントゲン実施やインフルエンザ予防接種がかかりつけ医又は事業所にて行われている。双方共に全利用者義務付けとしている。同法人の看護師長より寸劇を盛り込んだ感染症講習会が利用者や職員対象に行われ、健康に関する質疑応答や健康相談にも応じている。今後は利用者の健康管理に関する事業所独自のマニュアル作成に取り組ま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	協力医療機関は川室記念病院と定めているが、かかりつけ医を受診している方が多く、かかりつけ医による往診も可能となっている。健康面に変調があった場合の緊急対応ファイル（手配の方法、病院電話番号、年齢別利用者名簿）及び、連絡体制はフローチャート化され、緊急時、適切に医療が受けられるよう体制を整えている。日常的には食事の時間になっても食堂に降りて来ない場合には、居室に連絡し安否確認をしている。また、各居室に緊急通報装置がトイレ内を含め3ヶ所設置されており、職員は通報により何時でも確認・対応できるシステムとなっている。受診は原則家族対応となっているが、緊急時は迅速に対応するため職員が付き添い、病院到着後は家族に引き継いでいる。職員研修では、新光園グループの重度化対応委員会主催の救急法研修に参加し学んでいる。
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	内服薬は基本利用者の自己管理となっており、訪問薬剤師の管理指導や家族による服薬助助が行われている方も居られる。その他、自己管理の難しい場合には必要に応じて職員管理も行っている。現在は2名の方の内服薬を施錠できる事務所ロッカーで管理している。段階的に介入し、1ヶ月分の内服薬を預かり1週間分づつ本人に渡すなど、誤薬や服用忘れのないよう投薬後チェックカードに記録している。身元引受人会開催に合わせて、薬事衛生指導員より「高齢者の病気と薬」について講義があり、利用者、家族、職員が参加し、適切な情報を得る機会となっている。ヒアリング報告書を整備し検討する体制もあることから、今後は保管から服用、使用確認に至るまでのマニュアルを整備するなど、事故防止に向けた更なる取り組みに期待したい。
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。	対象外	ケアハウスは評価対象外項目
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	入退院に関しては生活相談員が中心となり、本人・家族、担当ケアマネジャーと連絡調整を行っている。必要に応じて入院中の病状把握を行っており、退院時カンファレンスにも参加し、医療機関との引き継ぎや情報共有に努めている。原則3ヶ月の居室確保となっているが、本人・家族の意向により柔軟に対応している。

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	感染症及び食中毒に関するマニュアルは、法人と事業所独自で作成されており、感染を疑う場合の対応、濃厚接触者への対応、発生時の対応等、万が一に備えて、様々な対応方法がマニュアルに整備されている。マニュアルを基に食中毒研修も行われ、感染症期間中はマニュアルと感染キッドの確認が行われている。また、感染症講習会ではシュミレーション研修を実施し、吐物処理研修を年4回実施するなど、予防及び発生時に備えて職員の意識向上に繋げる取り組みを実施している。また、感染症流行時期には玄関や食堂内にポスターを掲示し、予防とまん延防止を呼びかけ、玄関スロープや自動ドア前、車イストイレ等には感染防止用の足ふきマットが準備されている。法人としても職員のインフルエンザ予防接種の費用負担を支援し接種を勧めている。
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	食材や調理器具の取り扱いについては衛生管理マニュアルが整備されており、原材料は検食として一定期間適切な方法で保管している。調理器具や食器類は毎日消毒、殺菌を徹底している。前回の第三者評価で厨房と食堂の出入り口の衛生面について指摘を受け、出入り口通路に感染防止用マットを設置して衛生面への工夫をしている。調理関係者の検便は毎月実施しており、職員の健康管理に努めている。
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。	対象外	ケアハウスは評価対象外項目
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。	対象外	ケアハウスは評価対象外項目
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。	a	余暇活動やレクリエーションについて、年1回アンケートを実施すると共に、日々の活動後に意向や希望を聞く機会を設けている。把握した希望を踏まえて手芸活動では、これまでの趣味や特技を活かせるよう、ランタンや鞠づくりに挑戦しており、利用者からも好評であった。外出行事では、お花見や紅葉ドライブ、ブドウ狩り、カラオケ、満腹ツアー等、様々な外出を計画・実施している。隣接の同法人施設と合同の夏祭り盆踊り大会では、地域住民の参加もあり交流の場となっている。事業所としてレクリエーションの指導技術を学ぶ機会は特に設けていないが、個人で通信教育にて学んでいる職員もおり、そこからヒントを得て利用者の希望を聞きながら、喜ばれる活動が提供できるよう努めている。
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	事業所として新聞2紙（読売新聞、スポーツ紙）が食堂に置かれ、各階の談話室に数種類（ラジオ深夜便、週刊誌）等の雑誌が用意され、自由に見ることが出来る。テレビも談話室や食堂、多目的ホールにそれぞれ設置されている。年度末にアンケートを取り、新聞や雑誌等の情報媒体は利用者の希望から決めている。活動アンケートで「新聞は決まったところに常に置いて欲しい」といった声があり、部屋に持ち込まないことを共同利用の方法として取り決めている。
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	嗜好品については利用開始時に意向を把握すると共に、共同生活する上での取り決めを説明し、情報は職員間で共有している。受動喫煙防止のため事業所内は全館禁煙となっているため、喫煙場所を建物外所定の場所での喫煙としている。飲酒は特に決め事はないが、職員は日常的な観察の中で過度にならないように気配りをしている。

A-2-(12) 送迎		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(12)-① 送迎車両の運行に関して、安全性・快適性に配慮している。	a	事業所としては送迎の支援を行っていないが、年間行事である外出レクリエーションの際に事業所の普通車を使用し、参加人数によっては法人のリフト車を運行している。運行に関しては「ケアハウス上越公用車運行マニュアル」が整備され、運転前の車両点検や走行を記録、常に異常がないかチェックしている。車両内には感染発生時に備えた汚物処理キッドを常備しており、事故等が起きた場合の補償として損害保険に加入している。
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	自立している利用者が殆どではあるが、外出時は適切な人員を配置すると共に、乗降時及び車両内での安全性の確保等、安全面に配慮した支援が行われている。
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	緊急時の対応として「車両運転中の事故発生時の対応マニュアル」が整備されているが、マニュアルに沿った訓練等は行われていない。万が一の事態に備え、いざという時に慌てず対応できるよう、場面を想定した訓練等の取り組みに期待したい。
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	ケアハウスは評価対象外項目
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	建物は上越市の指定管理で築21年以上が経過している。老化に伴う修繕・備品の入れ替えについては、10万以上の高額な物は上越市に報告し、計画的に修繕に取り掛かっている。軽微な修繕については事業所に対応し状況に応じて業者に依頼している。今年度は各居室の冷暖房設備の入れ替えに着工し、実施までの期間利用者の生活に支障がないよう、事業所でセラミックヒーターの貸し出しを行なうなど、快適性に配慮している。日々の点検では、防災設備自主点検表及び火元設備自主点検表が整備され、毎日チェックを行っている。また、車イスは1回/2ヶ月、防災設備点検は1回/3ヶ月、点検表に基づいて故障や不具合がないか点検を実施している。共有空間はシルバー人材センター職員により綺麗に掃除が行き届いている。利用者は各居室で過ごすことが多く、食事の時間や入浴、余暇活動等で1階に移動して来ている。廊下には暖房が入っているが、調査訪問時に居室との温度差があり、廊下の温度が低く感じられた。各階には廊下のコーナーに談話室が設置されており、そこで過ごす方もいるため、過ごしやすい快適な室内温度について検討されることが望まれる。

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	家族とは契約時に生活相談員が提供内容の説明や意向確認を行っている。日常の様子は面会時に伝えたり、年2回手紙を書いて近況を報告している他、身元引受人会で話し合いの場が持たれ情報共有している。また、心身状態の変化等について、気になる点は担当ケアマネジャーにも報告・相談されている。
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	外出は利用者の自由に任せており、事前に外出期間や時間、欠食の確認を行い外出届けの提出をお願いしている。以前外出時に道に迷われた方がいたので、ケアハウス上越の名札を持参できるよう整備し、半数以上の利用者が外出する際に使用している。普段から地域のイベント等の情報収集に努め、正面玄関のホワイトボードやエレベーター内に掲示すると共に、社会資源のガイドマップも事務所前廊下に掲示している。
A-3-(2) ターミナルケア（終末期の介護）		
評価細目	評価結果	コメント
A-3-(2)-① ターミナルケアの対応の手順を確立しており、利用者、家族の希望に応じて行っている。又はターミナルケアを検討している。	対象外	ケアハウスは評価対象外項目
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	ケアハウスは評価対象外項目