

(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社会福祉士会

② 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームこしじの里	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：番場 光康	定員：50名
所在地：〒949-5416 新潟県長岡市不動沢 2219 番地 5	
連絡先電話番号：0258-41-0801	FAX番号：0258-41-0800
ホームページアドレス	<a href="http://care-net.biz/15/koshijinosato/">http://care-net.biz/15/koshijinosato/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：平成10年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人小越会	
職員数	常勤職員：46名 非常勤職員：7名
専門職員	社会福祉士 2名 作業療法士 1名
	介護福祉士 20名 管理栄養士 1名
	介護支援専門員 2名 調理員 8名
	看護師・准看護師 6名
施設・設備の概要	

③ 理念・基本方針

**【理念】**

1. 当法人小越会は、次の3つの精神を基本理念として社会福祉事業に取り組みます。
  - ①「思いやり」のあるサービスの提供
  - ②「優しさ」をもったサービスの提供
  - ③「愛情」のあるサービスの提供
2. 利用者の人格の尊厳を礎に、利用者本位の福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供致します。
3. 安全で安心できるくらしの継続をモットーに、地域福祉の拠点として、そして地域のよりどころとしての機能を十分発揮して住民の期待と信頼にこたえます。

**【基本方針】**

1. 「利用者の寄り添う心のケアの実践」
2. 「利用者の人格と尊厳を守れる人材の育成」
3. 「法令を遵守し安定した経営基盤を醸成」

#### 4. 「地域貢献を社会福祉法人の使命と捉え、信頼を高める」

##### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

山と川、自然に恵まれ、長岡市の花いっぱいフェアにも毎年参加し、施設周辺は花に囲まれて、ご利用者やご家族からも喜ばれている。地域の拠り所となるように、地域住民等、こしじの里の機能を知ってもらう「可視化」に向けた取り組みの一環として、地域に向けた情報発信に力を入れている。出前講座として地域に出向き、認知症予防講座を実施し、施設紹介をしたり、年3回ボランティア交流会を開催し、ご利用者、職員との交流を図りながら施設の活動を紹介しており、地域住民と施設の双方向の繋がりが形になり始めてきている。併設型の施設の強みとして、様々な社会資源をもっており、その各分野の情報を活かすように努めている他、高齢分野だけでなく、障害分野の情報も取得することができる。全職員の質の向上を目指して、月1回の法人研修や各種の外部研修にも参加できる機会を提供し、研修に参加できなかった職員には内部伝達研修を行っている。また、資格取得に関する勤務配慮や学習する機会も提供している。

##### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年5月1日（契約日）～ 平成29年2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20年度）

##### ⑥ 総評

###### ◆ 特に評価の高い点

**○施設は、法人の基本理念・基本方針を根底において施設の事業計画に反映させ、利用者を尊重したサービスを提供している。**

法人が平成12年に策定した基本理念が掲げられている。理念の1番目には「思いやり、優しさ、愛情」という精神を基本とすることが述べられており、次いで「利用者本位の福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供する」、「地域福祉の拠点として、そして地域のよりどころとしての機能を十分発揮する」という3つの基本理念が、法人のパンフレットやホームページに掲載されている。その基本理念に基づき「寄り添う心のケア」、「人格と尊厳を守れる人材育成」、「経営基盤の醸成」、「地域貢献」という基本方針が定められており、ここから法人が目指す方向性や考え方を読み取ることが出来る。

「特別養護老人ホームこしじの里」は、併設の障害者支援施設「しづみ園」とともに法人の拠点施設となっている。併設の事業所が合同で各課や委員会を設置する横断的な仕組みとなっており、課や委員会ごとに基本方針に沿った年間の目標と具体的な取り組みを明文化し、毎月の活動内容を明確にしている。各課、委員会では、半期ごとに職員間で話し合い実践内容を評価し施設長に報告している。特に不適切なケアへの家族からの意見があったことから研修会の実施やリーダー会議、グループ会議など積極的に行い職員の質の向上に努めている。利用者を尊重とする意識を職員全体で共有して、組織的な取り組みを行い利用者へのサービス提供に努めている。

### ○福祉サービスの質の向上を目指し、基本方針に沿って研修に取り組んでいる。

施設では、4月の新人研修から始まる年間研修計画を作成し計画的に法人研修、内部研修を実施している。不参加の職員には伝達研修を行ったうえで、全職員が復命書を記載し施設長に報告している。その復命書には理解度と習熟度を確認する項目が設けられており、全職員が研修内容を共有・活用できる仕組みとなっている。また、基本方針に掲げる「利用者の人格と尊厳を守れる人材育成」に焦点を当て、「福祉現場における権利擁護」というテーマのもと外部講師を招いて研修を実施するなど、研修毎に得るべき目標を明確に定めて取り組んでいる。さらに、長岡市の職員と連携した高齢者虐待防止に関する研修を計画し、研修全般において工夫しながら福祉サービスの向上を目指して努力している。喀痰吸引、認知症実践者研修等の外部研修については、年度単位で資格取得人数の目標数値を定めて、研修毎の評価や分析を行い、職員のスキルアップに努めている。さらに研修で得た成果や各年度の事業計画及び事業報告を理事会で職員が発表する機会を設け、職員の成長を促す取り組みが行われている。

### ○利用者一人ひとりのそれまでの暮らしを把握し、日中の活動への参加に繋げる支援を行っている。

入所前に利用者の自宅を訪問し、健康状態や暮らしの様子などの把握を行うと共に、利用者及び家族の意向の確認を行い、訪問調査記録や個人記録表に記載している。訪問時には生活相談員のほか、介護職員や看護職員等複数の職員が同行することにより多職種間で情報を共有し、入所時の施設サービス計画書の作成に取り組んでいる。日中は、出来るだけ離床し活動に参加してもらうように働きかけ、機能訓練指導員による集団レクリエーションや平行棒を利用した歩行練習などの個別の機能訓練を実施し、利用者の自立支援に向けた取り組みを行っている。また、踊りや手品など見て楽しめるもの、生け花や書道など作品として仕上げて展示するもの等ボランティアによる多様な活動メニューを用意し、利用者の意向を聞きながら選択し参加できるように取り組んでいる。地区の収穫祭や敬老会への参加など、地域行事への参加を通じ地域住民との関わりや家族の協力も得ながら外出の機会が持てるように支援している。

### ◆ 改善を求められる点

#### ○基本理念・基本方針について、利用者への周知に向けた取り組みが求められる。

利用開始前の契約時には、サービス内容についてパンフレットや写真を持参し利用者の視点に立ったわかりやすい説明が行われている。家族に対しては、家族連絡会を年1回開催し、その際に施設の活動を映像化して日頃の取り組みや基本理念や基本方針をわかりやすく映し出し、周知を図る工夫がなされている。しかし、この度の第三者評価に伴って行われた利用者への聞き取り調査の集計結果からは、法人の基本理念や基本方針が周知されているとは読み取ることが出来なかった。写真や大きな文字を使用して、運営理念・運営方針を始め事業計画をわかりやすく書いたリーフレットを作成するなどして、利用者や家族に配布したり、施設が発信している広報誌を活用したりすることで施設からのメッセージを伝えることもできるのではないかと。利用者主体のサービスを提供するにあたっては、その考え方や方法を利用者や家族へのわかりやすい説明や資料によって伝えることが大切であり、施設

の計画や考え方が理解されることにより、透明性や信頼感・安心感を高めることとなる。利用者へのわかりやすい説明が行われるような工夫や基本理念・基本方針の周知に向けた取り組みに期待したい。

**○標準的なマニュアルの活用とマニュアルの妥当性の評価、サービスの改善に向けた見直しの仕組みが求められる。**

法人の各種標準的なマニュアルは整備されており、法人としての取り決めについても具体化され、「リスクマネジメント指針」、「個人情報に関する基本方針」等、文書類が整備されているが、それらのマニュアル類が職員へどう周知されているか、どう活用されているかなどの仕組みが確認できなかった。また、法人の基本理念・基本方針との関連がわかりにくい文書類も見られ、見直しが必要と考えられる文書もあった。サービスの支援マニュアルにおいては支援の標準的な実施方法が示され、職員への周知徹底を図る研修会や個別指導等が行われているが、今後は、実施方法に基づいて支援が実施されているかどうか確認する仕組みづくりや、標準的な実施方法にあわないサービスが行われた場合の対応方法の検討が望まれる。また、定期的にマニュアルの内容や活用手順の確認を行なうなど、サービスの向上・改善に向けて必要に応じてマニュアルを見直す仕組みづくりが求められる。

**○利用者一人ひとりを主体にした施設サービス計画の作成に期待したい。**

当施設では、「施設サービス計画書作成手順」や「施設サービス計画フローチャート」に沿って施設サービス計画書（介護計画）の作成や変更、更新などが行われている。

しかし、今回の第三者評価において資料として確認した数名の施設サービス計画書では、本人の視点というよりは介護する側がどうするかという視点での内容が多く、また、画一的な内容となっている状況が見受けられた。施設サービス計画書は、身体的な介護・介助や認知症の周辺症状への対応だけでなく、医療やリハビリ、精神面の支援を含め総合的な視点で作成される必要があり、また、「利用者自身のための計画書」という意識を持って作成されることが大切である。また、利用者がサービスを使う目的は何か、どう生活したいのか、それを達成するために施設がどう支援するのかという視点で、より深く掘り下げて検討することが必要であると考えられる。利用者自身から、「これは自分の計画書である」と理解してもらえよう、説明と意向確認の場面ではよりわかりやすく丁寧に対応してサービス計画に対する利用者の満足度や意向を聴き、利用者が何をサービスに求めているのかを反映させたその人らしい内容の施設サービス計画書の作成に期待したい。

**⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント**

(H29. 2. 9)

平成 20 年度に第三者評価を受審し、今回が 2 度目となりますが、今年度の目標に「サービスの可視化・わかりやすい説明の方法」を掲げ、その取組の一つとして第三者評価を受審しました。

当施設の課題である、職員間の情報共有の方法や介護現場において指示的になりがちな言葉かけについて、改善に向けて取り組んでいる最中であり、今回の第三者評価の一連のプロセス（自己評価による振り返りや調査者とのヒアリング等）を通

して、現状と課題を把握することができ、改善に向けた気づきを得ることができました。

また、出前講座やボランティア活動への働きかけといった地域貢献活動の取り組みについても継続して取り組みができるよう、中長期計画へ反映できるように検討していきたいと思っています。

自分たちだけでは漠然と捉えがちな課題も今回の第三者評価の受審により、現状の把握と明確な課題に気付くことが出来ました。課題一つ一つを丁寧にチームで取り組み、基本に立ち戻り、利用者の意思（思いや考え）の実現ができるような支援を展開できるチーム作りに努めていきたいと思っています。

(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 】

### 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	<p>○<b>基本理念、基本方針が明文化されている。</b></p> <p>法人は平成12年に「1.当法人小越会は、次の3つの精神を基本理念として社会福祉事業に取り組みます。①『思いやり』のあるサービスの提供、②『優しさ』を持ったサービスの提供、③『愛情』のあるサービスの提供」「2.利用者様の人格の尊厳を礎に、利用者本位の福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供いたします。」「3.安全で安心できるくらしの継続をモットーに、地域福祉の拠点として、そして地域のよりどころとしての機能を十分発揮して住民の期待と信頼にこたえます」を基本理念として掲げ、法人が作成するパフレットや広報誌、ホームページに掲載するなどして明文化している。その基本理念に基づき「寄り添う心のケア」「人格と尊厳」「経営基盤の醸成」「地域貢献」をキーワードとした基本方針を策定しており、法人が目指す方向性や考え方を読み取ることができる。</p>
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	<p>また、施設では、豊かな自然という特性を生かし、有志の職員により花を植えて施設周辺を季節ごとの花で取り囲み、利用者・家族、そして施設を訪れる地域住民を和ませており、基本理念に掲げる「思いやり」「優しさ」「愛情」が感じとれる取り組みとなっている。</p> <p>○<b>基本理念、基本方針と整合性がとれる職員行動規範の見直しに期待したい。</b></p> <p>職員の行動規範について「こしじの里・しづみ園における倫理綱領・行動規範」を策定しているものの、職員に周知されておらず、ほとんど活用されていない現状にあるため、現在見直し中とのことである。職員行動規範は基本理念と基本方針の整合性を図りながら策定し、例えば職員の身分証明書等に記載するなどして、周知し活用されることに期待したい。</p>
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	<p>○<b>職員に対して基本理念・基本方針を日々の業務と結び付けて周知することに期待したい。</b></p> <p>施設では施設長・課長・係長による運営会議を月1回開催しており、その会議の中で基本理念や基本方針を施設長が説明し周知を行っている。その後、リーダー会議、グループ会議を経て全職員に周知するという仕組みだが、その周知度について今回の第三者評価における自己評価では、経営層と比較し職員の評価が低く、若干の乖離が見られる。今後は、例えば「利用者に対する言葉遣いは、基本理念に掲げる利用者の人格と尊厳の礎となるもの」というように、日々の業務と具体的に結びつけて説明することで、さらに職員の理解が深まるものと思われる。</p>
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	<p>○<b>利用者に対して基本理念や基本方針を周知する取り組みに期待したい。</b></p> <p>家族を対象とした「家族連絡会」を年1回開催し、その際、プレゼンテーション資料を活用し、写真や大きな文字によって基本理念や基本方針を視覚的に訴え周知するといった工夫された取り組みが行われている。今後は家族だけでなく、利用者にも対象を拡大し、特に認知症等の高齢者にも伝えることを念頭に置いて、工夫しながら基本理念・基本方針を利用者に周知する取り組みに期待したい。</p>

## I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	b	<p>○事業の継続性を「見える化」した中長期計画の策定が求められる。</p> <p>法人では、基本理念・基本方針に基づき、平成28年度事業計画の中に「中長期計画の策定」を目標に掲げ、「採用計画」「施設整備計画」「資金（積立）計画」を整理し始めているが、現在のところ中長期計画を策定するまでには至っていない。中長期計画の策定は法人本部の役割として職務分掌規程に明文化されているものの、その法人本部職員の具体的な職務が明確になっておらず、機能が果たされていないと言える。まずは、法人としての本部体制の確立と本部職員の職務内容を再度見直したうえで、中長期計画を策定することが望まれる。その際、法人内の強み、弱みを職員の意見を聴取して把握するとともに、法人のガバナンスの強化を軸とした人材育成・確保、福祉サービス向上や新たな福祉サービスの展開、あるいは地域における公益的な取り組み等を項目別に整理したうえで実施期限と数値目標を定め、施設を取り巻く外部要因を反映させた資金計画を盛り込んで中長期計画を策定し、事業の継続性を職員、利用者、そして地域住民等に「見える化」する取り組みが求められる。</p>
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	
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	<p>○事業計画策定に多くの職員が参画できるシステムが構築されている。</p> <p>事業計画策定は、相談課、高齢介護課、看護課、栄養課といったグループ単位で、事業を具体化し、経費の予算要求を行うなどしてより多くの職員が参画できるシステムとなっている。その計画の進捗状況については、各グループで確認し、運営会議でも半期毎に確認を行っている。また、施設内で職員がいつでも閲覧できる「施設内ネットワーク」を通じ、事業計画を周知する仕組みが構築されている。</p>
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	<p>○事業計画書と事業報告書を関連付けした書類の作成に期待したい。</p> <p>事業計画として掲げた目標に対し、年度末に作成する事業報告書の項目が一致しておらず、計画に対しての実施結果が把握しづらい書類となっている。今後は計画に対してのような成果であったかということについて、利用者・家族・職員等にも分かりやすい書類の作成に期待したい。</p> <p>○利用者家族会において事業計画を説明し、ほとんどの家族が理解していることがうかがえる。</p> <p>事業計画を利用者家族会において、キーワードを用いて口頭で説明を行っており、その後、アンケートにより把握状況の確認を行っている。アンケート結果では「良く分かった」が約41%、「まあまあ分かった」が47%を超えており、ほとんどの家族が事業計画を理解していることがうかがえる。</p>
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	<p>○事業計画等の利用者への周知に工夫を期待したい。</p> <p>利用者には広報紙や掲示物を通し、事業計画や定款等を周知しているが、現在の掲示場所は利用者が訪れることが少ない場所であり、また、利用者にはわかりやすい資料として工夫しているとは言えない。掲示物は、利用者の生活空間や導線をふまえて利用者が見やすい場所に変更したり、利用者にとって読みやすく理解しやすい資料を作成するなどの工夫が望まれる。家族に対しては「家族説明会」で周知に取り組んでいるので、同様に、利用者にも周知する機会として「家族連絡会」の場を利用したり、プレゼンテーション資料を活用するなどして、利用者に対してわかりやすく伝える為の工夫や取り組みが期待される。</p>

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	<p>○緊急時や災害時におけるマニュアル等により施設長の役割が明示されている。</p> <p>法人の組織図や契約書、あるいは緊急時や災害時におけるマニュアル等において、施設長としての役割を文書化し明確にしていると同時に、施設長自らが毎日の全体朝礼に出席し、当日の業務内容の把握に努めリーダーシップを発揮している。また、地域等に配布する広報誌に施設方針を掲載するなど、地域住民に対しての役割も自覚している。</p> <p>○施設長の具体的な業務を職員に表明・発信する方法にさらなる工夫が望まれる。</p> <p>法人で定める職務分掌規程や決裁規定が明文化され、施設長の権限や責任について文書化されている。施設長は、運営会議や各研修会等を積極的に意見を表明する機会としてとらえているが、今回の職員自己評価結果からは、管理者の役割や責任の表明に関して職員と経営層の間の乖離が見られた。施設長の役割や責任、それに伴い施設長が担当する具体的な業務が職員によりわかりやすく伝わることで、その施設長の下で働く職員自身の業務や役割も明確になり、職員が組織の中の業務執行体制を理解しながら自らの職責や業務に取り組みやすくなることが考えられる。このような視点を鑑みると、現在の職務分掌表等で職員にわかりやすく伝わるかという点では十分とは言えない。例えば、職務分掌表をもとにより具体的な役割表を作るなど、明示内容の工夫、職員への発信についてさらなる取り組みを望みたい。</p>
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。	a	<p>○法令遵守の重要性を職員に教育できる研修計画の策定に期待したい。</p> <p>施設長は、平成28年4月に施行された「社会福祉法の一部改正に関する研修」に参加し最新の動向を情報収集しながら、今後の対応について運営会議で職員に周知している。しかし、この法令遵守は単年度で職員に周知、徹底できるものではないため、継続して職員に教育できるような研修計画の策定に期待したい。</p>
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	<p>○職員の意見を取り入れ、福祉サービスの質の改善に取り組んでいる。</p> <p>施設では、家族を対象に年1回のアンケートを実施し、そのアンケートの意見に対して職員が検討し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。例えば、家族から「施設内の掲示物がいつも同じ」という意見に対しては、グループ会議等で職員が、「季節外れの掲示物は期間を決め、定期的に交換する」「施設内の写真は行事別にまとめて掲示する。その際、利用者の目線の高さに合わせて貼る」等、積極的に意見を出し合い、その意見をふまえて施設長が運営会議で対応策を決定し、課題解決に取り組んでいる。</p> <p>○労働環境面での整備、改善に取り組んでいる。</p> <p>施設では、基本理念に掲げる「福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供する」ため、職員が働きやすい職場づくりに重点を置いている。例えば職員の腰痛予防対策のひとつとして最新の特殊介護浴槽を導入するなど、労働環境面での整備、改善に努めている。</p>
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	<p>○経費削減による経営及び業務効率化の取り組みに期待したい。</p> <p>施設では、定期的に運営会議で事業活動収支額等の財務状況を職員に説明し、利用率の促進やコストダウンの意識付けに取り組んでいるが、今後老化による施設整備・備品更新が見込まれることから、さらに経費削減に取り組む必要があると考えられる。例えば、法人内の複数施設の備品一括購入による経費削減、あるいは法人本部での社会保険事務等の労務管理統合による固定費の削減など、経営及び業務の効率化に向けより一層の改善の取り組みに期待したい。</p>

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	○各分野の福祉事業の動向や福祉に関する需要の変化を基にした中長期計画の早期の策定が望まれる。 施設長は、複数施設の管理者を兼務していることから介護・高齢・障害分野について理解しており、老人福祉団体や障害者福祉団体の研修会に参加して、幅広く社会福祉事業の動向の把握に努めている。また、長岡市の特別養護老人ホーム待機者状況の減少にも注視しており、福祉に関する需要の変化を把握している。今後は、様々な分野で得た福祉ニーズ等の情報を盛り込んだ中長期計画の策定に早期に着手することが望まれる。
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。	b	○社会福祉法の改正に注視しながら外部監査の実施に向けて検討することを期待したい。 法人は、財務諸表をホームページで公表し経営状況の透明化に努めている。また、会計事務所による定期巡回指導の実施に加え、平成28年4月に会計システムをクラウド方式に変え、リアルタイムで拠点別に相互牽制できる体制を構築して、徹底した不正防止のためのチェックを行っている。しかし、外部監査の実施には至っていない。今後は、改正された社会福祉法の動向に注視しながら、法人のガバナンス強化や透明性の確保、あるいは経営改善のため、現在、巡回指導を依頼している会計事務所と相談のうえ、外部監査の実施に向けた検討に期待したい。
Ⅱ－1－(1)－③ 外部監査が実施されている。	c	

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	○将来を見据えた効果的な人事管理プランの構築に期待したい。 現在の人事管理は、施設単位での人事管理に留まっており、法人の将来を見据えた人事管理とするならば、例えば中間管理的な職員の人事異動を効果的に取り入れるなどの検討を行い、法人経営に必要な幅広い知識と経験を持った人材育成を視野に入れた人事管理プランの構築に期待したい。
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	○人事考課におけるフィードバックにより職員の士気を高める助言・指導に期待したい。 法人では、平成20年度より人事考課規程を作成し、年1回、直属の上司から順番に考課を行っている。最終考課者を施設長とし、施設長はその結果をもとに職員との個別面談を実施している。評価は5段階で最終考課点に応じて給与、賞与の調整が行われる仕組みである。この人事考課制度に関して、今回の第三者評価における職員の自己評価結果では「制度の目的や効果を正しく理解している」と回答した職員が37%、「職員へのフィードバックなどにより客観性や透明性の確保が図られている」が22%と低く、人事考課の目的等の周知や運用方法を再度検証する機会が必要と考えられる。さらに、個別面談では、働く職員の士気を高める目標設定と達成したときの充実感や満足感を与えるような助言・指導に期待したい。

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	<p>○職員メンタルヘルスの相談体制の構築が急がれる。</p> <p>施設長は、職員の時間外勤務について個人別に台帳を作成し常時把握できる体制を取っている。また、毎月開催している施設長会議において、法人として就業規則を見直す機会があり、定期的に規則の見直しを行っている。職員の健康管理に関しては、法で定められている健康診断を年1回（夜勤者は年2回）を実施、また、インフルエンザ予防接種を法人の費用負担により受けさせるなどの取り組みを行っている。しかし、健康上の相談やメンタル面でのストレスを相談するカウンセラーや専門家の配置がなく、今回の第三者評価における職員の自己評価結果でも「職員が相談できるようにカウンセラーや専門家との連携ができています」と答えた割合が6%と低かった。今後は、平成28年度から事業者に義務付けられたストレスチェックの実施を確実に行うとともに、職員が日々の仕事や生活上の悩み、あるいは健康不安などを専門家に相談できる体制を早期に構築することが望まれる。</p>
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	<p>○職員の福利厚生制度の見直しに期待したい。</p> <p>職員の福利厚生に関し、今回の第三者評価における自己評価結果を見ると、職員の評価がやや低いことがうかがえる。今後は、福利厚生センターへの加入、あるいは法人独自の制度を設けるなど、職員の希望を聴取しつつ、経費負担とその効果を検証しながら職員の働きやすい総合的な福利厚生事業となるよう見直すことに期待したい。</p>
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	<p>○全職員が研修内容を共有・活用できる仕組みが構築されている。</p> <p>施設では、4月の新人研修から始まる年間研修計画を作成し計画的に法人研修、内部研修を実施している。また、不参加の職員には伝達研修を行ったうえで、全職員が復命書を記載し施設長に報告している。その復命書には理解度と習熟度を確認する項目が設けられており、全職員が研修内容を共有・活用できる仕組みとなっている。また、基本方針に掲げる「利用者の人格と尊厳を守る人材育成」に焦点を当て、「福祉現場における権利擁護」というテーマのもと外部講師を招いて研修を実施するなど、研修毎に得べき目標を明確に定めて取り組んでいる。さらに、長岡市の職員と連携した高齢者虐待防止に関する研修を計画し、研修全般において工夫しながら福祉サービスの向上を目指して努力していることがうかがえる。</p>
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	<p>○職階別や経験年数に応じた研修計画策定への着手に期待したい。</p> <p>職員の職階別や経験年数に応じた個々の技術水準・知識に合わせた研修を設定するには至っていない。今後は、組織として段階的かつ連続性のある研修計画策定にも着手し、職員一人ひとりがステップアップできるためのさらなる仕組み作りに期待したい。</p>
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	<p>○研修成果等を理事会で発表する機会を設け、職員の成長を促す取り組みが行われている。</p> <p>施設では、喀痰吸引、認知症実践者研修等の外部研修について、年度単位で資格取得人数の目標数値を定めて、研修毎の評価や分析を行い、職員のスキルアップに努めている。さらに研修で得た成果や各年度の事業計画及び事業報告を理事会で職員が発表する機会を設け、職員の成長を促す取り組みが行われている。</p>

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	<p>○実習受入れにあたって、利用者等への配慮をしている。  実習の受入れ目的として「利用者、家族等、地域に対する福祉の向上に貢献する」を掲げ、受入れマニュアルを作成している。そのマニュアルには連絡窓口、現場実習担当者、オリエンテーションの担当者を明記している。また、実習生を受け入れる際には、利用者の実習の趣旨を説明し、ケース記録の閲覧や面接等に関して同意を得るよう取り組んでいる。同じく判断能力が不十分な利用者においても家族又は代理人へ説明を行い同意を得るよう配慮している。実習生に対してはあらかじめ実習者としての心得をマニュアルに記すなどして、利用者にとって不利益が生じないよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>○実習に関する様々な体制が整備されている。  実習プログラムでは、養成施設（学校）との継続的な調整を行いつつ、利用者と直接接する時間やレクリエーションへの参加を組み入れるなどの工夫が見られ、「直接観察・モデリング・実習記録・スーパービジョン面接・評価」といった具体的な指導方法もマニュアルに明記し、標準化した受入れができる体制となっている。また、介護福祉士及び社会福祉士においては、実習指導者の研修修了者を計10名配置し、特に上級の実習では、個別ケアを主題とした実習を行い、実習生の資格取得への貢献及び福祉人材の育成につなげており、実習に関する様々な体制が整備されている。</p>

## 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	<p>○施設の地理的な環境をふまえた災害別のマニュアルが作成されている。  災害時に対する取り組みとして、法人では「災害対策委員会」を設置し、災害対策規程を策定したうえで、各施設のマニュアルを火災、地震、水害の災害別に作成し、加えて施設の地理的な環境の特性をふまえた「豪雪災害に対するマニュアル」も整備されている。また、緊急時にはメールで迅速に職員の安否確認ができるシステムとなっている。訓練も地元消防団に立ち合いを依頼するなどして、地域と協働した安全確保の取り組みがなされている。</p>
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	
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	<p>○広域的な災害や緊急時に備え、法人内の施設との連携強化等に期待したい。  広域的な災害に備え、法人内の施設と連携体制を強化し、災害対策本部の設置方法などをふまえたマニュアル整備及び訓練の実施に着手することに期待したい。併せて緊急時、例えば、食中毒に伴う対応については、給食業務が直営であるため、法人内の協力体制、あるいは外部業者との災害時協定などを結び、事前に準備しておくことが望まれる。</p>
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	

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	<p>○地域住民の生活に役立つ講習及び研修会の実施に取り組んでいる。</p> <p>利用者と地域の関わりについて、夏祭りや文化祭を通し、計画的に地域の方々と交流を行っている。また、「出前講座」と称して地域住民の生活に直接役立つ講習や研修会を実施しており、地域の集会所に向いて介護技術や認知症の知識・予防に関する講座を開催している。特に認知症に関する講座では参加人数が28名と多く、講座終了後に行ったアンケート結果でも参加者の78%が「分かりやすかった」と答えており、法人の基本方針に掲げる地域貢献の重要な取り組みとなっている。さらにアンケートでは、今後期待する講座内容を聴取するための項目が設定されており、確実に地域住民のニーズを捉える取り組みにつながっている。</p>
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	<p>○ボランティアに対する積極的かつ継続的な取り組みがうかがえる。</p> <p>施設では、「地域交流推進委員会」を設置し、積極的にボランティアを受け入れており、受入れに関するマニュアルが整備されている。マニュアルには、具体的な活動メニューやボランティアとしての留意点を明記している。活動メニューは豊富で外出援助、行事の手伝い、お話相手、趣味(生け花、書道等)、環境美化が用意されている。中でもボランティアだけによる「喫茶店」を施設内で開店し、コーヒーなどの飲み物やお菓子を利用者に提供しており、利用者には週1回の楽しみのひとつとして定着している。また、ボランティアの方々と職員による「ボランティア交流会」を年3回開催し、施設をより深く理解してもらうための機会としている。さらに交流会では長岡市で実施している健康体操(ハッピー体操)を積極的に活用し、ボランティアの方々の健康維持や介護予防にも取り組み、ボランティアの継続を促すよう工夫している。</p>
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。	a	<p>○災害時における福祉避難所等に関する協定締結に期待したい。</p> <p>災害時に地域住民の生活基盤を支え、災害時の福祉ニーズに応えられるよう自治体及び自治会と福祉避難所に関する協定を締結するなど、更なる地域福祉の拠点となる施設を目指した今後の取り組みに期待したい。</p>
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	<p>○地域住民も交えた福祉サービス等に関する様々なネットワーク作りに努めている。</p> <p>地域の関係機関との連携を確保することを目的に、施設では、新潟県老人福祉施設協議会(第3ブロック)主催の長岡地域特別養護老人ホーム施設長・事務長等情報交換会(年2回)に施設長等が出席し、長岡市職員の出席も得て情報交換を行っている。また、越路・小国エリアで実施する福祉関係者の連絡会議や地域包括支援センターが主催する交流会等へ職員を積極的に派遣・参加させている。さらに、施設が主催する「ボランティア連絡会」では、長岡市社会福祉協議会の職員を招いて、ボランティアとしての活動等を広く周知するなど、地域住民も交えて福祉サービス等に関する様々なネットワーク作りに努めている。</p>
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	<p>○関係機関等のリストの共有化に期待したい。</p> <p>施設にとって必要な関係機関・団体及び医療機関等の社会資源のリスト化を行っているが、そのリストは管理職と生活相談員で共有するにとどまっている。今後は介護職員等にもリストを周知するなどして共有化し、より一層利用者への福祉サービス提供に役立つ情報源の確保とネットワークの拡大に期待したい。</p>

Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	○地域の福祉ニーズを把握をもとに、地域福祉への貢献に取り組んでいる。 施設では、地域住民を対象とした「出前講座」「ボランティア交流会」を定期的に開催し、終了後にアンケートを実施している。そのアンケートの中で要望が多かった「傾聴について」の研修や「認知症予防・介護予防に関する講座」等を企画実施するなど、地域住民の具体的な福祉ニーズを把握しながら、それに応えようとする姿勢がうかがえる。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	○地域における公益的な取り組みの継続に期待したい。 平成28年4月に改正となった社会福祉法では「地域における公益的な取り組み」が社会福祉法人の責務として強く求められるようになったことから、今後は「出前講座」や「ボランティア交流会」といった地域福祉に対する具体的な取り組みを中長期計画にも明示し、継続的に取り組むことを期待したい。

### 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	○法人としての基本理念、基本方針が施設の事業計画に反映され利用者を尊重したサービスが提供されている。 法人の基本理念が法人施設全体の根底に浸透し、各事業所の事業計画に反映されている。法人の拠点として当施設と障害者支援施設「しぶみ園」があり、併設の事業所とも合同で課や委員会が設置されている。各課、各委員会ごとに法人の基本理念に沿った年間の目標と具体的な取り組みを明文化し、毎月の活動内容を明確にしている。各課、各委員会では、半期ごとに職員間で話し合い活動状況を評価し、施設長に実践内容を報告している。法人としての研修と事業所ごとの研修を計画・実施して積極的に職員の質の向上に努めており、特に職員による利用者への不適切なケアについて家族から意見があったことから、身体拘束や高齢者虐待の防止のための研修、権利擁護研修等を実施したり、リーダー会議やグループ会議などでケアに関する振り返りや学習を積極的に行っている。成年後見制度に関する研修も実施している。また、勤務等の関係で研修に出席できない職員へは伝達研修等を行い、すべての職員に周知徹底を図るよう取り組んでいる。利用者を尊重するという意識を職員全体で共有して、組織的な取り組みを行い、利用者へのサービス提供に努めている。
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	○利用者のプライバシー保護のためのマニュアルの整備、環境整備が望まれる。 「障害者支援施設と特別養護老人ホームにおける倫理綱領及び行動規範」という文書の中には、「利用者の人格の尊厳と尊重」、「利用者への禁止事項」という項目が設けられ、利用者のプライバシー保護に関する内容が記載されている。また、支援マニュアルには、サービス実施の手順としてプライバシー保護に関する内容が記載されている。しかし、規定・マニュアル等の整合性が十分ではない状況が見受けられ、また、カーテンの使用の仕方が徹底されていないことや、居室入り口ドアについている透明なガラス等、設備・環境整備という点でもプライバシー保護が十分とはいえない。 「障害者支援施設と特別養護老人ホームにおける倫理綱領及び行動規範」とサービスの支援マニュアルとの整合性を検討し、高齢者の特性に配慮した留意点を作成することも有効と考えられる。面会時や生活場面におけるプライバシー保護について設備面の配慮や工夫を行うことも組織として求められる。法人理念に沿った規定、マニュアルの作成とそれに基づいたサービスの実施に期待したい。

Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	<p>○利用者の満足度という視点で状況を把握してサービスの改善に向けて取り組む体制作りが望まれる。</p> <p>平成27年度の秋と28年度の春、特別養護老人ホーム利用者の家族を対象に、家族への施設への関心を深めることを目的にアンケート形式で「サービス満足度調査」を実施した。回収率は、平成27年度は66%、平成28年度は82%であり、「匿名で伝えたいこと」という欄に家族の率直な意見も記載されていた。アンケート結果は園内に掲示し家族連絡会でも報告した。しかし、「匿名で伝えたいこと」という欄に記載してある内容を改善していくのかどうかという点や、回答欄の「少し不満がある」、「おおいに不満がある」等の選択肢の集計結果を改善するのかどうかなど、アンケート結果の取り扱い方が明確になっていないため、課題を抽出し、組織的な改善の方向性を検討する取り組みには至っていない。また、平成27年度に職員の対応に対する利用者・家族からの苦情があったことへの対応として、生活相談員が利用者意見・要望の聞き取りを行ったが、その際に出された内容に個別に対応するに留まり、結果を評価・分析したり、定期的に利用者への満足度調査を行っていく体制を構築するには至っていない。利用者本位の福祉サービスが出来ているかを判断するには、施設側の視点からのチェックと併せて、利用者がどれだけ満足しているかという視点で評価することが重要であり、利用者の満足度を定期的に把握しながらそれらをどう活用しサービスに結びつけるかという組織的な仕組みが重要である。アンケートや、利用者への個別の聞き取り、利用者懇談会の実施など利用者満足に関する調査等を定期的に行うことにより、改善課題の発見や対応策の評価・見直しの材料となる。サービスの質の向上のために組織としての仕組み作りと継続的な取り組みを期待したい。</p>

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。	a	○利用者の意見や要望を聞き取り、日頃からの信頼関係作りに努めている。 日頃から、「生活相談課」を中心として利用者や家族との関係作りに丁寧に対応している。職員は、利用者の意見や要望を聞き取ろうと意識して関わり、把握できた内容は日々のミーティング等で職員間で共有し、話し合いを行っている。また、生活相談課では、玄関口に顔写真入りの相談窓口を明示し、相談等が寄せられた際は細かなことも聞き取り多職種のミーティング等で検討し対応している。意見や相談ごとの窓口は生活相談員であるということを利用契約時から明確に示すとともに、相談時には相談室を使用したり、長く時間をとるなど、利用者・家族がより相談しやすいよう配慮している。相談ごとの内容によっては、看護師や機能訓練指導員、管理栄養士等の専門職から相談に応じてもらう等の取り組みを行っている。
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。	b	○苦情や意見を、広く利用者・家族に開示する仕組みを期待したい。 法人として「福祉サービスに関する苦情解決実施要綱」が定められ苦情受付から解決の仕組みが明文化されている。毎年「苦情解決実施要綱に基づく報告会」を開催し、法人の第三者委員に苦情、意見、要望等の概要を説明し講評をもらっている。 しかし、苦情解決の仕組みを利用者等にわかりやすく説明した資料を配布し説明しているかという視点では、十分とはいえない。利用者等に対し、苦情や意見を申し出やすい言葉かけや表出しやすい方法を工夫したり、苦情や意見をもらうことはケアの質の向上に向けた重要な取り組みであることをくり返しわかりやすい言葉で説明したり資料を作成するなどしてはどうか。
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	また、苦情における解決策の話し合いの記録や経過と結果の記録が正確にされているか、苦情を申し出た利用者に不利にならない配慮をしたうえで公表しているかということも重要であるが、この点も十分な取り組みには至っていない。今回の第三者評価における管理者等へのヒアリングによれば、苦情については個別に対応していること、集計結果として件数のみを公表しているとのことだったが、福祉サービスの向上に向けた施設全体としての取り組みとして捉え、苦情申出者に不利益が生じない配慮をしたうえで、苦情内容や対応・解決結果等を公表・開示す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。	b	○第三者評価の受審を通じて、評価結果を次年度の質のサービス向上に活かしながら定期的に職員全体で自己評価を継続していく仕組みが求められる。 法人の計画に沿って第三者評価を受審することによって自己評価を実施し、施設の現状と課題を明らかにする取り組みを行った。平成20年に一度第三者評価を受審しており、今回の経営層による自己評価結果には、前回の第三者評価結果をふまえて改善したのものと改善出来ていないものが記載されていたが、実施した自己評価、第三者評価の結果を組織がどう活用しているかという点は、改善課題に対する取り組みの実施計画書やその評価などがなく、確認することができなかった。分析の結果や改善課題の明確化と改善に向けた取り組みの実施計画の作成、計画の実行、そして計画を評価し見直しするというPDCAサイクルに基づく自己評価の継続的な取り組みを期待したい。
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	

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	<p>○標準的なマニュアルの活用とマニュアルに沿ったサービス提供の在り方の検証、サービスの改善に向けた取り組みを行う仕組みづくりが求められる。</p> <p>法人の各種標準的なマニュアルが整備されている。法人としての取り決めが実施要綱や規程として示されており、「リスクマネジメント指針」、「個人情報に関する基本方針」、「倫理綱領及び行動規範」等の文書類もあるが、作成の日付がないものもあり、職員への周知や活用の仕方、見直しや修正等の実施状況などを明確に確認することができなかった。また、法人の基本理念、基本方針と整合性のとれない文書類も見られ、文書の再確認や見直しが必要と考えられる。</p> <p>サービスの支援マニュアルに関しては、今回の第三者評価における訪問調査時に食事場を視察した際、支援内容としてマニュアルに沿った手順や言葉かけが実践されていない状況が現場で見受けられた。マニュアルの職員への徹底を研修会や個別指導等で図ると共に、マニュアルとして示された標準的な実施方法に基づいて支援が実施されているかどうかを確認する仕組みの構築が求められる。また、支援の標準的な実施方法が利用者の現状に即した適切なものであるか定期的な確認・見直しを行う仕組み、標準的な実施方法から外れたサービスが行われた場合の対応の仕組みも検討し、サービスの質の担保に向けたさらなる体制整備を期待したい。</p>
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。	c	

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。	b	<p>○施設サービス計画書等に基づいた記録が求められる。</p> <p>利用者一人ひとりについては、「施設サービス計画書」や「栄養ケア計画書」、「個別機能訓練計画書」が作成されている。サービス担当者会議やモニタリングなどでそれぞれの計画書を意識して整合性を図る取り組みはなされているが、サービス実施計画の評価・見直しを行う基本情報となる記録の整備は十分とはいえない。ケース記録は、介護・看護共通の様式であり、年月日と「記事」「処置・処方等」「記録者」という項目が設定されており、生活の様子を追った記録内容は多いが、サービスの実施計画に沿ってどのようなサービスが提供されたか、その結果として利用者の状態がどのように経過しているかなどについては、具体的な内容が少なく、施設サービス計画書を意識した記録としては十分ではない。施設サービス計画書に沿って計画内容を意識した支援経過の記録を行うことは、計画の評価・見直しの基本材料として必要不可欠であり、より効果的な計画作成につながると考えられる。どのような情報をどのように活用するのか、記録の目的を明確にしたうえで、利用者の変化への気付き、記載方法の工夫につなげることが望まれる。また、記録する職員間で差異が生じないための取り決めや指導、研修会の開催などの工夫も求められる。</p>
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	<p>○利用者に関する情報を職員間で共有する仕組みの整理が求められる。</p> <p>施設は、障害者支援施設と高齢者の各事業所を併設する複合型の施設であり、施設長は特別養護老人ホームと障害者支援施設の長を兼務している。毎朝施設長と高齢事業の各課（総務課、生活相談課、高齢介護課、看護課、在宅介護課、居宅介護支援課、給食栄養管理課）が集まり全体ミーティング（朝礼）を行っており、その後各課で引き継ぎが行われて1日の業務が始まっている。利用者の状況や留意すべき内容、サービスの実施に伴う状況の変化などの情報は、各課で口頭で申し送りを行うとともに、業務日誌などに反映される流れとしている。全体ミーティングに出席した職員が個々にメモを取り、各課で業務日誌に転記する方法をとっているが、メモを取る内容や業務日誌に記載する内容の取り決めがなく、職員個々の判断にゆだねられており、必要な情報が職員に正確に伝わる仕組みが確立しているとは言えない。また、施設内では、パソコンのネットワークシステムを利用して情報を共有する仕組みがあるが、活用されていない。共有化にあたっては、職員が知るべきものや速やかに伝えるべきもの、職員でとどめるもの、施設長に報告すべきこと、他の課に伝えるべき内容などが的確に分別される必要がある。情報が適切に分別され、必要な情報が的確に流れるように、様式類や伝達の仕組みの工夫が求められる。組織として情報の流れを明確にして、よりいっそう効率的・有効的な情報の共有化を目的とした仕組み作りを期待したい。</p>
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	<p>○利用者に関する情報を職員間で共有する仕組みの整理が求められる。</p> <p>施設は、障害者支援施設と高齢者の各事業所を併設する複合型の施設であり、施設長は特別養護老人ホームと障害者支援施設の長を兼務している。毎朝施設長と高齢事業の各課（総務課、生活相談課、高齢介護課、看護課、在宅介護課、居宅介護支援課、給食栄養管理課）が集まり全体ミーティング（朝礼）を行っており、その後各課で引き継ぎが行われて1日の業務が始まっている。利用者の状況や留意すべき内容、サービスの実施に伴う状況の変化などの情報は、各課で口頭で申し送りを行うとともに、業務日誌などに反映される流れとしている。全体ミーティングに出席した職員が個々にメモを取り、各課で業務日誌に転記する方法をとっているが、メモを取る内容や業務日誌に記載する内容の取り決めがなく、職員個々の判断にゆだねられており、必要な情報が職員に正確に伝わる仕組みが確立しているとは言えない。また、施設内では、パソコンのネットワークシステムを利用して情報を共有する仕組みがあるが、活用されていない。共有化にあたっては、職員が知るべきものや速やかに伝えるべきもの、職員でとどめるもの、施設長に報告すべきこと、他の課に伝えるべき内容などが的確に分別される必要がある。情報が適切に分別され、必要な情報が的確に流れるように、様式類や伝達の仕組みの工夫が求められる。組織として情報の流れを明確にして、よりいっそう効率的・有効的な情報の共有化を目的とした仕組み作りを期待したい。</p>

### 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	<p>○福祉サービス開始にあたっては、利用者や家族に対しサービス内容の情報をわかりやすく説明している。</p> <p>サービスの開始にあたっては生活相談員が中心になって、わかりやすくイメージしやすいようパンフレットや写真を明示して丁寧な説明を行っている。契約書や重要事項説明書等ばかりではなく、“利用者の視点に立ち利用者の希望に沿ったサービスを選択するための材料として情報を提供する”という意識をもって説明しており、利用者本人が理解しやすいように、施設の内部の様子や設備の様子を写真にとりアルバムにして持参し、施設での生活がイメージできるような工夫を行っている。説明を受ける利用者が、認知症等により理解や判断が困難な場合でも、一つ一つ手順に沿って言葉の遣い方に注意し、写真を示しながら誰にでもわかりやすい内容にして説明し、安心して利用できるように積極的に情報を提供している。</p>
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	<p>○福祉サービス開始にあたっては、利用者や家族に対しサービス内容の情報をわかりやすく説明している。</p> <p>サービスの開始にあたっては生活相談員が中心になって、わかりやすくイメージしやすいようパンフレットや写真を明示して丁寧な説明を行っている。契約書や重要事項説明書等ばかりではなく、“利用者の視点に立ち利用者の希望に沿ったサービスを選択するための材料として情報を提供する”という意識をもって説明しており、利用者本人が理解しやすいように、施設の内部の様子や設備の様子を写真にとりアルバムにして持参し、施設での生活がイメージできるような工夫を行っている。説明を受ける利用者が、認知症等により理解や判断が困難な場合でも、一つ一つ手順に沿って言葉の遣い方に注意し、写真を示しながら誰にでもわかりやすい内容にして説明し、安心して利用できるように積極的に情報を提供している。</p>

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	<p>○サービスの終了・移行にあたり、サービスの継続性に配慮した支援方法が求められる。</p> <p>利用者の状態や家庭環境の変化等に伴い当施設でのサービスを終了し事業所等の変更を行う場合、生活相談員が利用者・家族の相談窓口となり対応している。生活相談員はサービスの開始前から利用中の場面ごとに利用者や家族の意見、要望などの相談に応じ、丁寧な説明を行っており、サービスの終了・移行時も利用者・家族の心配事や要望を確認しながら助言を行っている。しかし、その対応についての手順やマニュアル、利用終了時の相談方法に関する説明文書等は定められておらず、また、事業所等を変更する場合に移行先への引継ぎを行うための様式等は特に用意していない。サービス終了後も必要に応じて利用できる相談窓口を文書等で利用者・家族に提示したり、移行先の事業所等への引継ぎの手順や文書を定めるなど、サービスの終了や変更に伴う利用者・家族の不安を軽減し、利用者への適切なサービスが継続されるためのより一層の取り組みに期待したい。</p>

### 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	<p>○施設サービス計画書の作成手順が明文化され、施設におけるアセスメントの見直しやアセスメントに関する協議を実施する仕組みがある。</p> <p>施設サービス計画書の作成やそれに伴うアセスメントについて「施設サービス計画書作成手順」「施設サービス計画書作成フローチャート」が定められ、内容として、新規入所者の暫定施設サービス計画書の作成や更新・変更施設サービス計画書の作成手順、保管の仕方、管理の仕方などが明示されている。新規入所者に対しては、生活相談員が事前面接を行って「訪問調査記録」と「個人記録表」を作成し、利用者や家族の意向や今まで利用していたサービス内容を確認したうえで介護支援専門員が暫定施設サービス計画書を作成している。入所してから1ヶ月後には、決められたアセスメント様式で利用者個々の居室担当職員がアセスメントを実施し、介護支援専門員、看護職員が確認したのちにパソコンシステムを活用して課題抽出を行っている。サービス計画書の更新にあたっては、1年に1回、長期目標の期間に合わせてアセスメントを実施し、必要時には介護支援専門員が文字の色を変えて記録に加筆している。定期的更新時以外にサービス計画書を変更する際は、介護支援専門員がサービス計画書のモニタリングを進める中で利用者の状況を確認し、利用者や家族に相談しながらアセスメントを実施している。多職種が参加するサービス担当者会議においても、ニーズの把握、明確化に努め、サービス計画書に反映させている。</p> <p>○アセスメントの実施において、施設サービス計画との連動をより意識しながらのニーズ把握に期待したい。</p> <p>介護支援専門員は、「施設サービス計画書作成手順」と「施設サービス計画書作成フローチャート」によりアセスメントを実施しているが、新たな情報を得た場合や利用者や家族の状況が変わった場合などのアセスメントの更新や追記の方法については明確に取り決められていない。モニタリングやサービス担当者会議において利用者の身体状況や生活状況等の変更を確認した場合はアセスメント様式に追記していると今回の第三者評価訪問調査時に聞き取ったが、「施設サービス計画書作成手順」の中で、誰が・どのような状況の場合に更新追記し・どのように施設サービス計画に反映させるのかを明文化することで、その方法が統一化され、より適切な施設サービス計画の作成に繋がると考えられる。</p>

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	<p>○利用者一人ひとりを主体にした施設サービス計画の作成に期待したい。</p> <p>「施設サービス計画書作成フローチャート」や「施設サービス計画書作成手順」に沿って、新規の利用者においては、入所日までに暫定の施設サービス計画書原案を介護支援専門員が作成し、入所当日に利用者・家族の出席を得てサービス担当者会議を開催して、意向の確認や要望を聞きながら同意をもらい暫定施設サービス計画の実施に繋げている。入所1ヶ月後には、利用者・家族の出席を得てサービス担当者会議を開催して暫定施設サービス計画書の評価を行い、今後必要と考えられるサービス内容を検討し、家族の同意を得ている。その内容を施設サービス計画とし、サービスの提供を行っている。また、施設サービス計画書の更新・変更にあたっては、短期目標や長期目標の設定期間ごとにサービス担当者会議を開催して利用者の様子やサービス提供状況を話し合い、さらに3ヶ月ごとにモニタリング（評価）を行って計画の有効性・妥当性を検討し、利用者の状態の変化に合わせたより適切な施設サービス計画書の作成に努めている。</p>
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	<p>しかし、今回の第三者評価において資料として確認した数名の施設サービス計画書では、本人の視点というよりは介護する側がどうするかという視点での内容が多く、また、画一的な内容となっている状況が見受けられた。施設サービス計画書は、身体的な介護・介助や認知症の周辺症状への対応だけでなく、医療やリハビリ、精神面の支援を含め総合的な視点で作成されること、また、「利用者自身のための計画書」という意識を持って作成されることが大切である。利用者を主体に、計画に対する利用者の満足度の確認や利用者の意向を聞きながら、どうなりたいか、何をサービスに求めているかを反映させたその人らしい内容の計画書の作成に期待したい。利用者の意向の確認やモニタリングの場面等において現状では郵送での同意を得ることが多いが、利用者自身の計画書であることを利用者・家族により意識・理解をしてもらい関心を持ってもらえるよう、より多くの利用者・家族からサービス担当者会議に継続的に出席してもらえるような仕組み作りと、施設サービス計画書をより分かりやすく記載し説明していくことが望まれる。</p>

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	<p>○今までの暮らしを把握し、日中の活動への参加につなげる支援を行っている。</p> <p>入所前に自宅を訪問し、健康状態や暮らしの様子などの把握を行うとともに、利用者及び家族の意向の確認を行い、「訪問調査記録」や「個人記録表」に記載している。訪問時には生活相談員のほか、介護職員や看護職員等、複数の職員が同行することにより、多職種間で情報を共有し、入所時の施設サービス計画書の作成に取り組んでいる。入所後に利用者との関わりを通じた情報は、ケース記録に記入し、グループ会議において職員間の情報共有を図っており、施設サービス計画書見直しの際には、新たな情報も含め検討し、利用者にも参加してもらい担当者会議を行っている。</p> <p>利用者が日中できるだけ離床し活動に取り組めるように、踊りや手品など見て楽しめるものから、生け花や書道など作品として仕上げ展示するもの等、ボランティアによる多様な活動メニューを用意している。担当の職員が利用者の意向を聞き、利用者自らが選択し参加できるよう工夫し取り組んでいるほか、機能訓練指導員による集団レクリエーションや平行棒を利用した歩行練習などの個別の機能訓練を実施し、利用者の自立支援に向けた取り組みを行っている。また、地区の収穫祭や敬老会への参加など地域行事への参加を通じ地域住民との関わりを持ったり、家族にも協力してもらい外出の機会を持ち、利用者がそれまで培ってきた馴染みの関係が継続できるような支援も行っている。</p>
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。		<p>○意向を伝えられない利用者への配慮や利用者一人ひとりの話に耳を傾けることによる個別の支援への取り組みに期待したい。</p> <p>入所時の施設サービス計画書の説明やサービス担当者会議には、利用者にも参加してもらい、意向の確認を行いながら支援にあたるよう心掛けているが、意思の疎通が困難であったり、意向の確認が難しい利用者への取り組みは十分とは言えない。言葉だけでなく絵や文字・写真を用いるなど利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションの工夫を図ったり、利用者の意向を十分にくみ取り、その人らしく生活できるような個別の支援に向けた取り組みに期待したい。</p>
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	<p>また、職員は利用者に対し、日々の挨拶や支援を行う際の声かけは行っているが、一方的な声かけであったり、指示的な言葉づかいが聞かれたほか、食事の場面での会話や日常の合間にコミュニケーションを図る機会が少ない様子が、今回の第三者評価における訪問調査時に見受けられた。利用者一人ひとりの話に耳を傾け、じっくりと向き合える時間が取れるよう、業務の見直しを含めた取り組みに期待したい。</p>

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	<p>○身体拘束廃止に向け、継続的に取り組んでいる。</p> <p>身体拘束しないケアについて契約書に明記している。緊急やむを得ない場合の対応については、入所時に書面及び口頭にて説明を行っており、やむを得ず身体拘束を行う場合は、都度、家族に説明し書面にて同意を得ており、その内容を記録している。</p> <p>現在、経鼻経管栄養が必要な利用者に対して経管栄養時のみミトンを使用している。利用者の様子を観察し記録に記載し、「身体拘束廃止委員会」にて解除に向けての検討を行うほか、3ヶ月ごとにモニタリングを行うなど、出来るだけミトンの使用を解除する時間を長く設けていけるよう検討を重ねている。今後も研修を重ね職員への周知徹底を図り、身体拘束の廃止に向け取り組むことを期待したい。</p>
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。	a	<p>○職員間において不適切な行為に対する気づきを持ち、利用者の視点に立ったケアの実践が望まれる。</p> <p>不適切な行為が行われないよう守るべき規範と倫理について、倫理綱領・行動規範に記載している。法人全体での不適切ケアに対する研修を実施したり、毎月の運営会議において不適切ケアについて伝えたり、毎朝のミーティング時には不適切な言葉づかいに気を付けるよう職員に促している。しかし、実際のケアの場面において、利用者に対する指示的な言葉づかいが見られるなど、個別の関わりに対する視点や取り組みは十分とは言えない。利用者への声かけやケアの実践について、職員間で話し合いをしたり、研修を重ねることにより、利用者の視点に立ったより良いケアの実践に向けた仕組みづくりが望まれる。</p>
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	<p>○職員間において不適切な行為に対する気づきを持ち、利用者の視点に立ったケアの実践が望まれる。</p> <p>不適切な行為が行われないよう守るべき規範と倫理について、倫理綱領・行動規範に記載している。法人全体での不適切ケアに対する研修を実施したり、毎月の運営会議において不適切ケアについて伝えたり、毎朝のミーティング時には不適切な言葉づかいに気を付けるよう職員に促している。しかし、実際のケアの場面において、利用者に対する指示的な言葉づかいが見られるなど、個別の関わりに対する視点や取り組みは十分とは言えない。利用者への声かけやケアの実践について、職員間で話し合いをしたり、研修を重ねることにより、利用者の視点に立ったより良いケアの実践に向けた仕組みづくりが望まれる。</p>
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	<p>○利用者が安全に過ごせるよう、環境面での改善に向けた取り組みに期待したい。</p> <p>施設内では、生活感を持たせたいという考えから、必要以上に物を片付け過ぎないようにしているが、床に洗剤が置いたままの状態であるなど、管理が不十分な面が見られる。また、施設内は自由に行き来できる環境にあるが、各棟に通じる通路が幾つかに分かれるなど、今いる場所が分かりにくいほか、談話室など、場所によってはスペースが狭く、利用者が自由に動けずにいる場面も見られた。利用者が安全に過ごせるよう、建物内の確認を行い、改善に向けた取り組みに期待したい。</p>
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	<p>○利用者が安全に過ごせるよう、環境面での改善に向けた取り組みに期待したい。</p> <p>施設内では、生活感を持たせたいという考えから、必要以上に物を片付け過ぎないようにしているが、床に洗剤が置いたままの状態であるなど、管理が不十分な面が見られる。また、施設内は自由に行き来できる環境にあるが、各棟に通じる通路が幾つかに分かれるなど、今いる場所が分かりにくいほか、談話室など、場所によってはスペースが狭く、利用者が自由に動けずにいる場面も見られた。利用者が安全に過ごせるよう、建物内の確認を行い、改善に向けた取り組みに期待したい。</p>

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	<p>○利用者一人ひとりに応じた自立支援や個別の取り組みが行われるよう、個々の職員のスキル向上に期待したい。</p> <p>施設サービス計画書作成のマニュアルに基づき、利用者個々の居室担当の介護職員がアセスメントを行い、介護支援専門員が施設サービス計画書を立案し、サービス担当者会議を開催するなど、プラン作成の手順・仕組みはできているが、施設サービス計画書作成にあたり利用者一人ひとりの意向を確認し、個別の支援内容に反映していくまでには至っていない。特に意思の疎通が困難な利用者に対し、日常の関わりや会話、表情やしぐさから思いや意向をくみ取るなどの工夫を行うほか、利用者と向き合いゆっくと話を聞く機会を持つなどして、利用者一人ひとりに応じた支援や個別性のある施設サービス計画書の作成に向け取り組んでいくことを期待したい。また、支援を行うことにより利用者の表情や生活がどのように変わっていったのかを具体的に記録に残すことで、モニタリングから次の計画作成を行う際の有効な検討材料となる。利用者一人ひとりの個性のある施設サービス計画作成につなげていけるよう、多職種間の連携を図ったり、記録の書き方を統一するなど、個々の職員のスキルの向上に向けた更なる取り組みが行われるよう期待したい。</p> <p>○職員間の連携や情報共有が図られるよう、施設内のネットワークの活用が望まれる。</p> <p>利用者の様子は、業務日誌及び個々の記録に記載しているほか、夜勤者から日勤のリーダー・看護職員に口頭で申し送り、その後、リーダーは各棟（一般棟・なごみ棟）の職員に口頭にて伝達しているが、このような仕組みは、情報の重複や個々の職員の考え方の違いによる齟齬が生じやすく、正しい伝達が行われにくいと考えられる。職員間で、正確かつスムーズな情報共有や連携が図れるよう、施設内のネットワークの活用を含め、今後の情報共有のための仕組みづくりに期待したい。</p>
A-1-(4) 預かり金・所持金の管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b	<p>○預り金についての適切な管理体制の仕組みがある。</p> <p>施設で金銭を預かる場合は、預かり金規程に則り適切に管理している。現在、10名の利用者の預り金の管理を行っているが、預かり開始時には預り金についての契約を行い、3ヶ月ごとに収支報告書を作成し家族等へ郵送するとともに、記録にも記載している。預り金は施設内の金庫で保管し、入出金の際は預り金規程に基づき、利用者及び施設長、出納担当の事務職員、生活相談員、介護係長の複数職員で対応している。</p> <p>○自己管理に向けた支援体制の構築に期待したい。</p> <p>現在、小遣い程度の金銭を自分で持っている利用者はいるが、金額や自己管理の状況の把握は行われていない。利用者の自己管理の能力や状況をアセスメントし、支援計画に基づき、小遣い帳に記入し管理するなどの支援や、個人用の金庫を用意するなど、自己管理に向けた体制の構築に期待したい。</p>

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	<p>○利用者個々の状態に応じた食事の提供が行われている。</p> <p>管理栄養士が利用者の心身状態や嚥下の状態などのアセスメントを行い、栄養計画書を作成しており、医師の指示のもと、治療食の提供についても取り組んでいる。毎食の残食状況を確認し、食事量の低下や経口摂取の状況など多職種間で情報共有を図りながら支援を行っている。</p> <p>施設内の厨房で調理を行っているため、その日の利用者の状態に応じ、常食・キザミ食・ミキサー食などを柔軟に提供している。急な食事形態の変更や外出などで食事の時間に間に合わない場合は、新たに作るなど臨機応変に対応している。</p> <p>むせやすい利用者に対しては、無理せず途中で食事を中止するなど、安全に配慮しながら支援を行っており、モニタリングの際に経口摂取の継続が可能かも含め検討を行っている。義歯が合わない場合は、看護職員が連絡調整を行って歯科医師に往診してもらい、義歯の調整を行ってもらうなど、利用者が自力で食事を食べることが出来るよう支援を行っている。また、機能訓練指導員が中心となり、自助具を検討したり、車イスの角度やテーブルの高さを調整するなど、利用者が正しい姿勢で食事が行えるよう工夫し取り組んでいる。</p>
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	<p>○利用者に応じた食事方法や、安全かつ適切な食事介助が行われるよう検討が望まれる。</p> <p>食事介助が必要な利用者も多く、職員はテーブル越しに複数の利用者を同時に介助している状態がある。利用者個々の状態に合わせ食事ができるよう、支援の方法についてマニュアルの周知を図ったり、職員がゆとりをもって関わられるよう食事の開始時間を少しずらす等、業務の見直しも含めた検討が望まれる。また、食事時の誤嚥や事故への対応について、支援マニュアルに記載されているが、マニュアルに沿った手順の確認や研修などは行われていない。誤嚥や事故の際の初期対応や応援体制など、研修をもとに具体的な手順について追記していくなど、今後も継続的な見直しや検討が望まれる。</p> <p>○食事環境の工夫や楽しく食事するための取り組みに期待したい。</p> <p>食事の際は、大食堂や「なごみ棟」の談話室を使用しているが、談話室は狭く、食事を終えた利用者が自由に動くことができない状態である。食事中は職員による指示や声かけ以外の会話はほとんどなく、また、食べこぼしによる汚れを防ぐためエプロンを使用する等、職員の業務が優先される様子が見えられた。より落ち着いて食事ができるよう大食堂をパーティションなどで仕切ったり、広いスペースのある談話室を活用するなどの環境面での工夫や、利用者が好きな音楽をかけたり、献立表を利用者が見て分かりやすく掲示したり、選択メニューを取り入れる等の楽しく食べるための雰囲気づくりや、エプロンの使用なども含めた食事介助のあり方について利用者の気落ちに寄り添った取り組みに期待したい。</p>
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	<p>○口腔ケアについて、利用者個々に応じたさらなる支援や、環境面の改善に向けた取り組みに期待したい。</p> <p>口腔ケアに関する園内研修を行ったり、利用者の口腔ケアの自立度を把握し、ケアプラン実施表及び記録に記載しているが、利用者一人ひとりに応じてサービス計画書に位置付けている姿も見られたが、できるだけ経口でおいしく食事を摂れるために、利用者一人ひとりの能力に応じたより適切な口腔ケアが行えるよう必要に応じてサービス計画書に位置付けて支援をしたり、利用者が口腔ケアを行いやすい環境面の改善も含めた検討や取り組みを期待したい。</p>

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	<p>○利用者個々の健康状態に合わせ、安全に入浴が行われるよう取り組んでいる。</p> <p>基本、ひとりの利用者が週2回入浴できるようにし、午前と午後の時間帯に行っているが、失禁や皮膚状態等に応じ、入浴回数を増やしたり清拭やシャワー浴を行うなど、柔軟に対応している。入浴前に看護職員が検温を行い、健康状態の確認を行っており、体調を崩し入浴が行えない場合は清拭に変えたり、入浴拒否が見られる場合においても、午後の時間に再度誘ったり、翌日に行うなど、配慮し取り組んでいる。</p> <p>機械浴、一般浴の他、併設する事業所の個浴（ユニット型特養）や座浴（デイサービス）の利用も可能であり、利用者のその日の状態に応じた入浴を提供している。また、入浴後には水分補給をしたり、理髪室にて髪をセットしたり爪切りを行うなど、利用者がゆっくり過ごせるよう心を配っている。</p> <p>入浴マニュアルを見直すとともに、研修の中で実際に職員が特浴の機械に乗って入浴の疑似体験を行ったり、機能訓練指導員からの提案により手すりを設置し環境面の改善に取り組むなど、利用者の立場に立った支援が行えるよう取り組んでいる。水質検査は職員が毎日行うほか、外部の業者による検査を3ヶ月に1度行っている。また、入浴マニュアルに沿って清掃や消毒、脱衣所や浴室内の室温等にも気を配っている。</p>
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	<p>○利用者の意向を取り入れた個別の支援への取り組みに期待したい。</p> <p>施設サービス計画書に基づき入浴支援を行っているが、利用者個々の留意事項の記載や細かな記録は行われていない。今後、入浴時の利用者の様子や表情などを記録していくことで、利用者一人ひとりの意向を取り入れた個別の支援へ取り組みが充実することを期待したい。</p> <p>また、できるだけ利用者の意向を聞きながら入浴日や時間を決め提供したり、同性介助の希望があった場合に対応できるように体制を整えているが、今後さらに、意思疎通が困難な利用者に対しても、意向の確認に向けた具体的な取り組みに期待したい。</p>
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	b	<p>○脱衣所の環境整備やプライバシーに配慮したさらなる取り組みに期待したい。</p> <p>一般浴の際には1回に2～3人ずつに声をかけ、ゆっくり入浴が行えるよう配慮しているほか、他の利用者の目に触れないよう身体にタオルをかける等、プライバシーに配慮し取り組んでいる。今後はさらに、脱衣所内の棚に置いてある紙おむつやパットが周りから見えないよう目隠しをするなどプライバシーへの配慮や、脱衣所の床に置いてある洗剤を片付けるなど、安全面も含めた環境整備に向けた取り組みに期待したい。</p>

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	○プライバシーに配慮したおむつ交換やトイレ誘導を心がけている。 排泄マニュアルに基づき、プライバシーに配慮しながら排泄の支援を行うよう努めており、おむつ交換の際には、カーテンを閉め、利用者に声をかけながら速やかな交換を行うよう努めている。また、周りの利用者に気づかれないよう配慮し対応にあたっている。おむつ交換の際には皮膚状態の確認を行い、状態が変わっている際は、看護職員へ伝え、嘱託医とも連絡を取り合い、情報共有及び早期の対応を心がけている。
A-2-(3)-② 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取組を行っている。	b	○利用者一人ひとりのリズムやタイミングに合わせた排泄支援に期待したい。 施設サービス計画に基づき支援を行っているが、現在は定時のおむつ交換やトイレ誘導を行っており、個別の排泄リズムの確認や随時のおむつ交換など、個別の支援は行えていない。以前に、紙おむつからリハビリパンツ、紙おむつから布パンツへと代えていった例もあったというため、今後、利用者一人ひとりの排泄リズムを把握し、個別の支援に取り組んでいく事で、おむつに頼らないケアの実践につなげていく事を期待したい。また、排便のコントロールについても下剤に頼っているところが大きい。今後、水分の摂取量の確認や日中の運動などを取り入れるなどの取り組みに期待したい。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	○トイレの環境改善についての検討や取り組みに期待したい。 毎日のトイレの掃除は汚れたらすぐに行っているが、いつ清掃を行ったのか分かるようチェック表の活用や、汚物入れの汚れ物が見えないよう蓋をしたり、トイレ内の棚にある紙おむつやパットが周りから見えないよう目隠しをするなどの工夫に期待したい。また、トイレ入口がカーテンのため、開閉が容易に行える。プライバシーへの配慮の視点から、施設としても課題として捉えており、今後の環境改善のための検討や具体的な取り組みが行われる事を期待したい。

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	<p>○利用者の好みを尊重した支援を心がけている。 衣類は居室のダンスに入れており、日々の衣類については利用者を選んでもらうよう支援を行っている。外出や行事の際には事前に家族に連絡を行い、外出用の衣類を持ってきてもらうなどの協力をお願いし、利用者が着替えやお洒落を楽しめるよう支援を行っている。また、家族が遠方である場合は、職員が利用者の意向を確認し購入代行を行うなどの支援も行っている。</p> <p>平成27年度に施設内で衣類の訪問販売を行い利用者から好評であったため、平成28年度は家族や地域の人への参加も呼び掛けたいと考えている。利用者自ら品物を手に取り、選べる機会を持つことは自立支援にもつながることから、今後も継続的に取り組んでほしい。</p> <p>○意向の確認が難しい利用者や個別の支援へのさらなる取り組みに期待したい。 意向の確認が取れない利用者については職員が衣類の準備を行い、着替えの等の介助を行っている。就寝前に寝間着に着替えるなど個別の支援を行っている利用者もいるが、施設サービス計画書に反映されておらず、個々の記録も行われていない。今後、利用者の意向の把握に努め、施設サービス計画書に反映させていくと共に、日々の記録にその様子を記載しより良い個別の支援につなげていくよう期待したい。</p> <p>○衣類の汚れや破損が生じた場合の手順について標準化が図られるようさらなる取り組みに期待したい。 衣類の汚れや破損が生じた場合に速やかに対処するための業務手順については、グループ会議を通して職員に周知しているが、手順内容や対応方法について明文化はされていない。今後、サービスの標準化が図られるようマニュアル化するなどの取り組みに期待したい。</p>
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。	b	<p>○理美容に関する情報提供をしたり、馴染みの店の利用ができるよう支援を行っている。 月に1度、地域の理容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ほか、個別の店を希望する場合は、地域の理美容店に連絡し施設に出向いてもらうなどの協力体制ができています。また、入所後も馴染みの理美容店の利用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。</p> <p>施設では、利用できる理美容院の連絡先や代金がわかるよう資料を用意し利用者に提示しているが、今後、利用者に説明する際にわかりやすいよう資料を工夫していきたいと考えている。</p> <p>○髪形や化粧などの個別支援や利用者が選択できるようなより一層の取り組みに期待したい。 化粧をしたり髪を結うなど、利用者からの希望があれば対応したいと考えているが、積極的に希望を聞きとるための工夫や個別の対応は行われていない。今後、利用者からの希望の聞き取りや一人ひとりの好みに応じて選べるよう具体的な支援の方法についての検討や取り組みに期待したい。</p>

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	<p>○安心して休めるよう配慮した支援に取り組んでいる。            マットレスは利用者の状態に合わせて使用しており、毛布などは自宅で使い慣れた物があれば持ってきてもらうよう、家族にも伝えている。            足元が不安定な利用者に対しては、夜間のみポータブルトイレを設置したり、足元灯を付けて夜間でも安全にトイレに行けるよう支援を行っている。おむつ交換により覚醒してしまう利用者には、交換回数が少なく済むようおむつの種類を検討するなど、工夫して取り組んでいる。また、同室者の音が気になり眠れないという利用者には耳栓やアイマスクを用意したり、リラックスできるようにお茶やココアを提供したり、場合によっては居室を変更するなどの対応を行い、安心して休めるよう支援している。</p> <p>○職員間での対応の統一が図られるよう、マニュアルの整備が望まれる。            夜眠れず、周りの利用者に影響を及ぼす場合は、一時的に静養室を活用するなど、その都度に対応しているが、就寝・安眠のための支援方法についてマニュアルの整備には至っていない。不眠の利用者への個別の対応や対応の工夫について、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することが望まれる。</p>

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	<p>○利用者の健康状態を把握し、医師との連携や早期の対応が行える体制が整えられている。</p> <p>入所前に健康状態や服薬内容の確認を行い、「訪問調査記録」や「個人記録表」に記載し、職員に周知している。月2回の血圧測定のほか、週2回の入浴前に検温を行い、所定の様式に記入するほか、食事摂取の状況・排泄状況等を確認し記録している。また、利用者の状態に応じ、管理栄養士や看護職員が医師に相談し補助食品の利用も含め検討を行っている。健康状態に変化があった場合は、朝夕の申し送りにて口頭で伝え、ケース記録及び業務日誌に記入し、職員間で情報共有を図るほか、医師との連絡や受診が必要な場合の家族への連絡は随時、看護職員が行うなど早期の対応が行える体制が整っている。施設では、今後、家族に向け書面等での定期的な情報提供を行っていきたいと考えている。</p> <p>病院への入退院時には、生活相談員が医療機関と連絡を取り合い情報の共有を図るほか、退院後の施設への受け入れが難しい場合については、家族への情報提供や医療機関の相談員も含め相談を行うなど、支援を行っている。</p>
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	<p>○日々の健康維持や感染予防に努めている。</p> <p>年に1回、利用者の定期検診を行うほか、日々の健康状態を確認し、病気の早期発見・早期対応に努めている。また、機能訓練指導員による集団体操や昼食時にラジオ体操を行うなど、利用者の日々の健康維持が図られるよう努めている。</p> <p>適時、健康管理マニュアルの見直しを行うほか、施設内に加湿器を設置したり、流行期には掲示物などで注意喚起を促すなど、感染の予防や防止に努め取り組んでいる。</p>
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	<p>○職員間での薬や褥瘡予防についての情報共有の仕組み、緊急時に対応できる仕組みづくりを期待したい。</p> <p>毎日の薬については看護職員が医務室にて管理し、服薬の確認を行い誤薬の防止に努めている。事故やヒヤリハット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、マニュアルの見直しを行っている。薬の名前や効果については看護職員が個人記録表やアセスメント表に記載しているほか、変更があれば追記しているが、介護職員に向けた研修などは行われていない。褥瘡予防についても看護職員を中心にマニュアルを作成しているが、具体的な実施方法について介護職員への周知は図られていないなど、職員間の情報共有が十分でない状況がある。今後は、職員間で情報の共有ができる仕組みづくりや標準的な実施方法の周知徹底に向けた取り組みに期待したい。</p>
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	<p>また、緊急対応マニュアルには利用者が急変した時の連絡先や手順について詳しく記載してあるが、緊急時対応の研修は行われていない状況がある。今後、マニュアルをもとに研修を行うと共に、実践に基づいて対応方法の見直しを行い、緊急時にも慌てず的確に対応できる仕組みづくりについてさらなる取り組みを期待したい。</p>
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	

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	<p>○感染予防への取り組みや職員の健康管理の体制が整えられている。</p> <p>インフルエンザやノロウイルス、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）の感染に関するマニュアルは整備されており、平成26年度にインフルエンザが蔓延してしまった経緯も踏まえ、「感染対策委員会」を中心にマニュアルの見直しを行い、その後も随時見直しを行っている。流行期には施設内にポスターを掲示し注意を促すほか、家族やボランティアへ文書を配布し注意喚起を行い予防に努めている。また、施設内の2ヶ所に加湿器兼空気清浄機を設置し、発生の防止に努めている。</p> <p>職員のインフルエンザの予防接種については施設が全額費用を負担し実施しており、感染症に対する職員の対応マニュアルを定め、家族や同居人が罹患した場合の対応も記載している。日々の健康状態については各自の報告としているが、職員間でお互いにチェックし合ったり、具合の悪い場合は退勤し休むよう早めの対応に努めている。</p>
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	<p>○食中毒発生時の対応方法についての体制の整備が望まれる。</p> <p>施設内の厨房で調理を行っている。食事はカウンターより提供し、下膳は職員が食器の入ったワゴンを厨房口に置く形でっており、職員が厨房などの衛生区域への出入りしないよう細心の注意を払い衛生管理に努めている。</p> <p>衛生マニュアルには保存食・原材料についての記載のほか、毎月の検便の実施や厨房関係の清掃や消毒などに関する内容についても記載しており、随時見直しを行い、感染予防や食中毒対策に努めているが、食中毒発生時の連絡体制や対応についての記載はない。今までに食中毒は発生していないが、もしもの場合に備えての対応方法や連絡体制などの整備が望まれる。</p> <p>○全職員に向けて、感染症に関する研修の徹底が望まれる。</p> <p>「感染対策委員会」を中心に年間計画を立て研修を行っているが、ノロウイルス発生時の初期対応についての研修など、勤務の都合もあり全職員が出席するには至っていない。発生時に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。</p>
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	<p>○機能訓練指導員による集団体操や個別の訓練に取り組んでいる。</p> <p>機能訓練指導員が作成した個別機能訓練計画書に基づき、機能訓練や介護予防に努めている。3ヶ月ごとに看護・介護・生活相談員など、多職種間で個別機能訓練計画書の内容を評価し検討を行っている。月・木曜日は一般棟、火・金曜日は「なごみ棟」で、機能訓練指導員による集団体操や歩行訓練などの個別の訓練を行うほか、寝たきりの利用者についてはベッド上にて、関節可動域が固まらないよう訓練を行うなど、機能の維持や向上が図られるよう取り組んでいる。</p> <p>また、機能訓練指導員を中心とし、食事の際やイスに移乗した時の姿勢、ベッド上での体位交換やポジショニングについて多職種間で検討するほか、機能訓練業務マニュアルを作成し、福祉機器、訓練用具の活用や選定について示すなど、利用者の自立支援につながるよう取り組んでいる。</p> <p>今後、訓練を行うことにより、利用者がどのように変わっていったのかを記録していくと共に、利用者の意向をもとに多職種間での連携を図り、利用者自身が日々の生活の中で出来る事は行うよう働きかけるなど、利用者一人ひとりの自立支援に向け、さらに取り組んでほしい。</p>

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	<p>○利用者の状態に応じた介助や用具の検討に取り組んでいる。</p> <p>利用者の状態を把握し、一人ひとりに応じた用具の検討を行うとともに、利用者及び職員の身体への負担がかからないよう工夫して介助・支援にあたっている。歩行器や車イスを使用している利用者も多く、イスからの立ち上がり時の声掛けや見守りを行ったり、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配慮している。また、機能訓練指導員から職員へ、移動や移乗時の動作の研修や、新しい福祉用具の使い方などの研修を行っている。</p> <p>○利用者の視点に立った支援や、安全に動けるよう環境面も含めた取り組みに期待したい。</p> <p>イスからの立ち上がりや移乗動作が不安定な利用者に対して職員が付き添いや介助を行っているが、利用者の自由な動きを制する言葉かけがあったり、談話室などにおいては、空間が狭く車イスや歩行器がぶつかるなど、利用者が自由に動けない場面が見受けられた。利用者一人ひとりの状態を理解し、そのうえで安全に動けるよう環境面も含めた改善や取り組みに期待したい。</p>
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	<p>○多様な活動を準備し、利用者が選択できるよう取り組んでいる。</p> <p>踊りや手品など見て楽しめるものから、生け花や書道など作品として仕上げ展示するものなど、ボランティアによる多様な活動メニューを用意し、利用者の希望を聞きながら参加を促している。毎週金曜日に交流スペースにて地域のボランティアによる喫茶を行っており、利用者は好みのお菓子や飲み物を選ぶことができる。また、喫茶は短期入所利用者や家族、地域の人も利用でき、交流の場としても活用されている。</p> <p>夏祭りや文化祭などの行事の際は、家族や地域住民へも参加を呼び掛けており、地域との関わりも大切にしたいと考え取り組んでいる。</p>
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。	b	<p>○利用者との話し合いの機会が持たれ、利用者主体の取り組みが行われるよう期待したい。</p> <p>施設内には本や雑誌、新聞があるほか、各棟にテレビが置いてあり、利用者は自由に見ることができる。居室へのテレビなどの持ち込みも可能であるが、多床室については、他の利用者への音の配慮をお願いしている。</p> <p>現在は、各棟のテレビのチャンネルの切り替えや音量などの操作は職員が行っているが、施設としては今後、共同の利用方法などについて利用者によりわかりやすい説明や周知の仕方を工夫したり、利用者による話し合いの場として利用者会を開催したいと考えている。今後、利用者の意見や意向を反映した取り組みとなるよう期待したい。</p>
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。	b	<p>○職員のレクリエーション技術の向上が図られるよう期待したい。</p> <p>現在、機能訓練指導員が研修会に参加し、日々のレクリエーション活動に生かしているが、介護職員等が研修会に参加する機会は持たれていない。今後、利用者のニーズの変化に応じ多様な活動が行えるよう、職員間で研修の機会を持つなど、レクリエーション技術の向上が図られることを期待したい。</p>

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	<p>○送迎車両の点検や送迎時の安全に配慮している。</p> <p>車両にはステップが備え付けてあるほか、踏み台も準備して、利用者が乗降しやすいうようにしている。送迎は複数の職員で行っており、車いす等の固定時は機械操作と目視だけでなく、固定部分に触って安全に固定されているか確認するとともに、利用者が乗降する際は職員が付き添うなど、安全に気を配っている。送迎車両には点検チェック表が備え付けてあり、運転手が運転前に点検を行っている。送迎前には利用者の様子や注意する事などを運転員と添乗員で確認し合うほか、シートベルト着用確認や適温を保つように努めるなど、利用者の安全に配慮した送迎に取り組んでいる。</p> <p>万が一、事故等が起きた場合に備え、施設で損害賠償保険に加入しており、保険会社の連絡先は各車両に備え、送迎の職員は必ず携帯電話を所持し、常に連絡がとれるようにしている。</p> <p>冬期間は路面状況や天気予報を確認し、安全運転に努めている。今後、地域における危険箇所や道幅の狭い場所などをリストにあげ、情報を共有する等の取り組みが行われるとさらに良いと考えられる。</p>
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	<p>○安全に送迎が行われるよう、緊急時等の対応に向けたさらなる取り組みが望まれる。</p> <p>年1回の職員健診の実施や、体調不良時には運転を代わるなど、安全に運転が行えるよう努めているが、運転員の日々の健康チェックは自己申告としており、記録は行われていない。安全に送迎が行われるよう、運転員の健康の状態をチェック表に記載し、職員間で確認し合えるよう記録しておくことが望ましい。</p> <p>送迎時の事故発生時や緊急時対応のマニュアルはあるが、マニュアルの見直しや緊急時の訓練は行われていない。また、送迎前に、利用者個々の状況や注意する点などを口頭で確認しているが、具体的な記載は行われていない。緊急時に慌てずに対応できるよう、マニュアルに沿った訓練や研修の実施、利用者の状況把握も含めたマニュアルの見直しに取り組んでいく事を期待したい。</p>
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	
A-2-(12)-④ 送迎時に家族等との情報交換をしている。		
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	<p>○安全点検などにより、利用者が安全に安心して過ごせるよう取り組んでいる。</p> <p>防災設備などの点検は定期的に外部業者に依頼し実施しているほか、日頃からベッドや車いす等の不具合がないか確認し、運営会議で報告するなど早めの対応を行っていくよう心がけている。</p> <p>談話室は複数あり利用者は自由に利用できるほか、仏間や神棚も置いてあり、利用者の心の拠りどころの一つとなっている。廊下が広いと、所々にソファを置き、利用者が休めるよう配慮しているほか、廊下の壁や談話室には利用者や職員の作品を展示するなど、くつろげる雰囲気づくりを心掛けている。</p> <p>○利用者が安心して快適に過ごせるよう、環境改善に向けた取り組みが望まれる。</p> <p>施設は平屋作りで全体的に広々とした造りとなっているが、畳のある談話室スペースなどが有効に活用されていない状況があったり、狭い造りの談話室で利用者が自由に身動きが取れずに過ごしていたり、高さが合わないため洗面台を使わず洗面器を使って歯磨きを行う等、利用者にとって生活しにくい場面が見られた。また、トイレの入り口がカーテンであったり、居室の入り口の扉がガラス窓となっているなど、利用者がプライバシーを守られながら落ち着いて過ごすためには改善が必要と考えられる点もある。利用者が安心して快適に過ごせるよう、利用者の視点に立った環境の改善に向けた検討や具体的な取り組みが望まれる。</p>

A-3 家族との交流・連携

A-3-(1) 家族との交流・連携確保		
評価細目	評価結果	コメント
A-3-(1)-① 利用者の家族との交流・連携を適切に行っている。	b	<p>○家族との交流や、家族へのわかりやすい説明に向け工夫して取り組んでいる。</p> <p>利用者や家族の外出や外泊の希望に対しては都度対応を行っている。また、毎月の行事予定表を配布して家族への参加を呼び掛けており、夏祭りや文化祭、新年会等に家族が参加したり、バスハイクの際に家族と現地で待ち合わせるなど、利用者が家族との交流の機会を持てるよう取り組んでいる。</p> <p>家族の面会時には、玄関前の地域交流ホールを活用するなどして居室以外でもゆつくりと過ごせるように配慮しているほか、利用者の看取り期や状態が不安定になった際には、家族と一緒に過ごせるよう、居室にソファベッドを用意したりボランティア室を使ってもらうなど、きめ細やかな対応を心がけている。</p> <p>年1回、「家族連絡会」を実施して事業報告と次年度事業計画の説明を行っており、パソコンのプレゼンテーションソフトを活用して施設の取り組みや利用者の様子などを映像でわかりやすく伝える工夫を行っている。</p>
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	<p>○家族に対し定期的な相談や情報提供の機会が持たれるよう体制の整備が望まれる。</p> <p>入所時や施設サービス計画書見直し時に、利用者への支援内容について家族に説明し意向の確認を行っている。家族との個別の相談は、生活相談員が中心となり随時対応しているほか、利用者の健康状態に変化があった場合は電話で連絡したり、面会に来た際に伝えるようにしているが、定期的な相談の機会が持たれていない。施設では今後は看護職員から健康状態などを伝えていきたいとも考えており、家族に対し定期的な相談や情報提供の機会が持たれるよう体制の整備が望まれる。</p>
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	<p>○ターミナルケアの対応体制が整備されている。</p> <p>入所時に看取りケアを実施している事を利用者と家族へ説明しており、「施設内医療処置承諾書」と合わせて看取りを希望する場合の施設の対応についての説明を行っている。</p> <p>食事摂取量が落ちてきた・普段より元気がないなど、利用者の状態が変わってきた段階で一度、家族と面談の機会を持ち、併せて看護職員から医師へ状態の報告を行ない、その後の面談にて医師から家族へ状態の説明を行っている。施設では、自分の言葉で終末期の意向を伝えられない利用者も多いため、早い段階から本人及び家族の間で話し合いが行えるよう働きかけを行うなど、利用者主体のケアに向けて取り組んでいる。</p> <p>看取りケアを開始する際には、医師から家族に口答および書面で説明し、同意を得たのち、家族等の意向をふまえて看取りケア計画書を作成している。また、医師を含めた看取りの話し合いの内容については記録に記載し、職員間での情報共有を図り、看取りケアの指針に基づき支援を行っている。</p> <p>施設の協力医療機関の医師とは24時間、常に連絡が取れる体制にあり、看取り期に入り利用者の状態が不安定な時には事前に医師へ連絡し、情報の共有を行うなど、急な状態変化に備えて対応している。</p> <p>○ターミナルケアの対応について職員間で周知が図られている。</p> <p>施設の協力医を講師として看取りケアの研修を行ったり、看取り後には職員間で振り返りを行い、看取りに対する理解を深めるよう努めている。看取りの経験の少ない職員については看護職員がアドバイスをを行うなど、職員への精神的な支援を行いながら取り組んでいる。</p>