

## 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 受審施設・事業所

## (1) 施設・事業所情報

(評価結果確定日現在)

名称：特別養護老人ホームこしじの里・ユニット	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：番場 光康	定員：40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/ogoshi/">http://care-net.biz/15/ogoshi/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：平成24年5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：32名 非常勤職員：3名
専門職員	社会福祉士 2名 看護師・准看護師 3名
	介護福祉士 14名
	介護支援専門員 3名
	看護師・准看護師 2名
	管理栄養士 1名
施設・設備の概要	(居室数)
	ユニット型個室 1ユニット10室×4ユニット
	各ユニットに、食堂・リビング・個浴・トイレ3ヶ所 全室エアコン設置
	(設備等) 消火栓・自動通報装置・スプリンクラー等設置 特殊浴槽 全体で1ヶ所

## (2) 理念・基本方針

**【理念】**

「思いやり」「優しさ」「愛情」のあるサービスの提供  
 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いたします。  
 安全で安心できる暮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. 利用者に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

### (3) 施設・事業所の特徴的な取組

平成 28 年度に併設の従来型・短期入所生活介護が第三者評価を受審しました。受審で得た「気づき」の共有に努めました。支援の場面における声掛けの「好事例」を集めるようにユニット間で話し合いました。そのこともあり、平成 29 年度は「利用者・職員のいいところ探し」を単年度事業目標とし、職員の声掛けや介護技術等、お手本となる場面をお互いに伝えあい、ポジティブな支援ができるように取組を始めました。利用者に対しても同様であり、出来ない所の支援という視点ではなく、「出来る所」を気づき、職員間で共有していくように努めています。併設施設とも情報共有しながら、毎月のユニットリーダー会議やユニットミーティングで情報共有を図り、一つのユニットだけで課題を抱え込まず、4 ユニットが課題を共有し、質の向上に向けて検討しあえるように努めています。

## 3 評価結果

### (1) 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 5 月 1 日（契約日）～ 平成 30 年 6 月 11 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

### (2) 総評

#### ◆ 特に評価の高い点

##### ○第三者評価を受審することで、法人全体の質の向上に取り組んでいる。

平成 28 年度に従来型特別養護老人ホーム、短期入所生活介護施設において第三者評価を受審している。受審結果を活かして、こしじの里を中心とした併設事業所で改善に取り組む事項については、今回受審するユニット型特養でも既に一緒に実践しているところである。例えば、施設内の各事業所が集まる機会として実施している朝礼の時間には、各事業所からの連絡・報告等を行うなど部門を横断して、今日の施設内の全体状況がわかるように報告内容を改善している。また、各事業所においても中長期計画の作成に取り組み、部署ごとに単年度目標を定め、評価を行いながら次年度の事業計画に落とし込めるようにしている。さらに、各事業所ともに第三者評価受審の意義について理解をしており、自己評価に積極的に取り組むことができている。自己評価に取り組むことで、これまでは理解できていなかった事や課題等が明確になり、事業所として今後の取り組むべき事項が何かを気づくことができたこと等を、今回の第三者評価の訪問調査における職員面接の中で確認することができた。

##### ○利用者が生きがいを持って暮らしていくことを支援している。

ユニットへの入所に至る経緯は一人ひとりの利用者によって違うが、職員はユニットコンセプトとして掲げているように、利用者から「ここに来て良かった」と思ってもらえるように、一人ひとりの利用者が居心地良く暮らせるよう支援している。今回の第三者評価における利用者調査での面接においても「ここでずっと暮して行きたい」と話される利用者がほとんどで、利用者の暮らしに対する思いが実現できていることや、職員とも良好な関係性が築かれている事がうかがえた。さらに平成 29 年度は「利用者、職員の良いところ探し」に取り組んでいるところであり、職員自身も生きがいを持って仕事に取り組めるように努めている。利用者の生活歴や習慣等の把握については、利用者・家族から聞き取りを行い、入居後も把握できた事項や気づき等は職員で共有し、記録に残すシステムができて

いる。今年度は利用者の得意とするところを支援する取り組みとして、ユニットごとに計画を立てて畑作りにも挑戦している。この夏は、キュウリ、ナス、トマト等が実り、収穫した野菜で食卓に彩りも添えることもできた。何より、収穫までの水遣りや草取り、芯立てなどの作業等を通じて利用者が役割を担えることは、生きがいや楽しみのある生活への支援につながっている。ユニットにおいては、ボランティアを講師に「生け花サークル」なども開催しており、食堂には観葉植物や生花を飾って、利用者も参加しての空間づくりがなされている。また、職員は利用者一人ひとりの思いや要望を聞き取りながら、これまで続けてきた習慣や趣味活動が支援できるように自立に向けた取り組みを実践している。

#### ○施設設備が整っており、利用者は安全な環境の中で過ごすことが出来ている。

ユニット型特養は増築された部分であるが、共有スペースは広く天井も高く、掃き出し窓が広いこともあり、明るさも十分に感じられる。また、台所は対面式で、職員と入居者が一緒に作業ができるように造られており家庭的な雰囲気も感じることができる。トイレも広く車いすでの出入りもスムーズに行うことができ、適所に手すりの設置を行い、安全に排泄が行えるように配慮している。浴室は各ユニットに家庭浴が設置されているが、状態により特殊浴室の使用が可能である。特殊浴室や一般浴室も広いスペースが確保されており、入居者が安心して入浴が行えるように工夫と整理・整頓が実施できている。職員の業務負担を軽減した大型の洗濯・乾燥設備も整備されている。

#### ◆ 改善を求められる点

#### ○施設内の空間利用にさらなる工夫を期待したい。

事業所内はいずれも広いスペースが確保されており、その中で利用者が自由に過ごすことを支援しているが、4ユニットで共有できるスペースの利用法についてさらなる工夫が期待できる。現在はほとんど使用できていない共有スペースの活用法について、例えば4ユニットが一緒に集う「茶の間」の開設や「介護予防体操教室」「作品作り」、職員の特技を活かした取り組み等、利用者がユニット内に閉じこもらないで、居心地良く交流できる場所作りに取り組むことを期待したい。利用者の要望が叶って、ユニット内の廊下とユニットから従来型特養への続き廊下にソファの設置が行われて利用者の休息場となっているが、壁面等の活用にも同様に工夫をしていくことを期待したい。また、各ユニット内それぞれの共有スペースには、壁面飾りや生花、昔を偲べる小物、利用者が以前作成した手芸品などを飾って、季節感を感じたり、ほっこりできるスペース作りが行われていたが、今後もより一層、生活観や季節を感じることができるよう共有空間作りに期待したい。

また、居室の中には好きな俳優のポスターを飾ったり、手作りの作品を飾りつけるなど、居心地良く過せる居室づくりに取り組んでいるところも確認できたが、生活感のある居室はまだ少なく、今後も引き続き生活の場としての一人ひとりが居心地よく過ごせる居室づくりに取り組んでいくことを期待したい

#### ○利用者重度化の課題に向き合い、より工夫を行っていくことを期待したい。

第三者評価における利用者との面接や訪問調査時に調査者が一緒に過ごした中で、利用者からは「職員はいつも忙しいそうで大変だと思う」「自分より不自由な人の世話があるから」「思っている事も伝えていいのか遠慮してしまう事もある」との声が聞かれた。利用者間での助け合いや思いやりの言葉も多く聞くことができたが、職員への気遣いがある事もうかがえた。職員は一人ひとりの利用者寄り添ってサービス提供を行っていくことをコンセプトに掲げて実践している中で、利用者の重度化も一つの課題ではあるが、日々の暮らしの中で利用者ができることへの支援や、役割を担ってもらうなど、生きがい作りへの支援にもう一步の取り組みを期待したい。契約時に実施しているアセスメントでは、生活歴や心身機能の状況等の聴取は詳細に行われており、フェイスシートへの記載も的確で共

有が図られているが、さらに利用者を理解する上では、これまでの生活環境や生活習慣、住宅事情等の把握も深めていくことでより利用者に向き合った支援ができるのではないかと考えられる。

#### ○地域とのつながりが継続できる取り組みに期待したい。

家族連絡会「きずな」を、こしじの里従来型特養とユニット型の家族を対象に年1回開催している。利用者と家族との交流、家族間交流に加えて、各施設の取り組み状況や日々の暮らしをビデオ形式で紹介したり、物品販売を行ったり等、家族の意見や要望を把握する機会としているほかにも、参加者が楽しんで過ごせる行事として定着している。この他、事業所では定期的な季節毎の外出や、ボランティアの慰問を受けたり、夏祭りへの参加を通じて地域住民との交流が行われているが、日々の暮らしの中での日常的な交流が少ない。ユニット間同士の交流も含めて、これまで参加していた慰問グループや子ども達、地域の人との交流の機会をより多く持てるように取り組んで行くことを期待したい。

#### ○サービス計画書の作成、評価、見直しの強化に、さらにチームで取り組んで行く事を期待したい。

サービス計画書の作成については、アセスメント、担当者会議、原案作成、内容の検討、本計画の作成、サービスの実施、評価、見直し等を定められた手順書に添って実施している。また、サービス計画書は、利用者の主体的な暮らしを支援する為のサービス提供の基本となるものとして職員は捉えているところである。サービス計画書作成についての標準的な手順書も作成されており、職員に周知されているが、作成に関わるチーム職員の中では統一が図られていないところが課題となっている。利用者・家族や取り巻く関係者の参画に加えて、更により一層利用者主体のサービス計画となるように、職員間でもアイデアを出し合いながら、取り組んで行くことを期待したい。

### (3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H30.6.11)

第三者評価を受審するにあたり、自己評価に取り組んだことで改めて自分たちのサービスを見直す良いきっかけとなり、法人理念、組織の在り方、サービスの考え方などについて多くの課題が見えました。

法人理念やユニットコンセプトを理解し、日々のサービスに具現化している職員はいるものの、職員によって理解度に差異があることが分かりました。ユニットミーティング等で第三者評価の評価細目の話し合いや自己評価を通して、個々の職員の理念の理解度を知ることができたことは大きな収穫となりました。

ご利用者の生活空間の活用法についても、安全・安心に過ごして頂くためにハード面の整備だけでなく、各ユニット職員の協力体制の在り方の検討の他、家族やボランティア等の協力を仰げるような仕組み作りが必要である事が分かりました。

利用者調査では、私たち職員では知る事の出来なかった「利用者の想い」を知ることができました。ご利用者と私たち職員は支援される側、する側の関係ではないことを痛感しました。もっと、ご利用者お一人お一人を深く知ることが私たちに不足しており、施設サービス計画書の作成についても見直しが必要であることが分かり、改善に向けた取り組みを始めています。

今回、a評価を受けた項目については、組織全体で取り組んでいる証であり、組織として同じ目的に向かって進んでいるというやりがいや喜びを感じることができ、励みになりました。改善を期待したい項目については、中長期計画、事業計画に沿って実践しております。「利用者職員とのいいところ探し」を平成30年度も継続して行い、更なるサービスの質

の向上に向けて取り組んでいきたいと思えます。

(H . . )

(H . . )

#### (4) 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

法人研修を毎月実施しています。大学や専門学校、市町村職員等を講師として招き、高齢者虐待や事故防止の考え方、介護記録の書き方など、福祉・介護の基本的な知識や技術を学ぶ機会としています。研修に参加できなかった職員は出席した職員から伝達研修を受ける仕組みとしており、全職員を対象として、研修後には復命書を記入し、所属長は個々の職員の研修の理解度を図っています。

また、無資格者に対しては実務者研修等、法人の費用負担で学ぶ機会を設けています。その他、認知症実践者研修や喀痰吸引等の研修などにも積極的に参加してもらうようにしています。介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得に向けた支援の体制も整えています。

人材育成に力を入れており、新人職員に対しては上記の研修体制の他、入職後はOJTによる指導を丁寧に行っています。

# 評価細目の第三者評価結果

## 〔 高齢者施設（事業所）版 〕

### 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	○法人としての基本理念、基本方針が明文化されている。 法人の基本理念として、「思いやり」「優しさ」「愛情」の3つの精神をもったサービス提供を行うことを掲げている。3つの精神を柱として、利用者の人格の尊厳、安定した経営環境のもとでの利用者本位のサービス提供、安全で安心できる暮らしの継続、地域のよりどころとしての機能の発揮などを明記しており、社会福祉法人としての使命、姿勢を読み取ることが出来る。 基本方針は、理念の実現に向けて、「1. 利用者に寄り添う心のケアの実践」「2. 利用者の人格と尊厳を守る人材の育成」「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」とより分かりやすい言葉で明文化され、ホームページ、パンフレット、広報誌などに掲載されている。当法人は、高齢福祉だけではなく障害福祉も手掛けており、事業所のリーフレットには、「思いやり」「優しさ」「愛情」と法人のサービス提供の基本となる3つの精神を記載し、利用者にも解りやすく記載するなど工夫もされている。事業所においては、「法人理念」と「ユニットコンセプト」を具現化するための目標を係長・主任がリーダー会議で検討し、事業目標・計画を策定して共有を図り、職員が協働して実践に取り組んでいる。
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	
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	○理念・基本方針に対する職員の認識は、理解度にばらつきがある状況が見受けられる。 運営会議、リーダー会議にて法人の理念・基本方針について説明されており、事業所ごとに作成される単年度の事業計画書にも記載をすることで、職員間で周知が図られるように取り組んでいる。また、理念・基本方針に結び付けるかたちで事業所ごとの年度目標を作成している。年度目標の実践状況はユニットミーティングで検討している。前述のほか、行事や会議の際に園長から理念について職員に直接説明する機会もある。法人全体で職員向け研修会として事例発表会を開催しており、利用者への日々の支援が理念・基本方針につながっているかを検証している。その成果として、日々の支援内容までつながるかたちで理念・基本方針を理解している職員もいるものの、今回の外部評価における職員聴取等から、職員の捉え方や目指す目標等に少し差異も見受けられた。今後は、目標・基本方針について、全職員がどのように捉えているかの周知状況の確認にも取り組んでいくことを期待したい
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	○利用者や家族への周知に努めている。 家族へは、生活相談員が契約時に理念等を説明している。その際には、パンフレットや理念等を大きな文字で記載した別紙を準備し、わかりやすい簡易な言葉で説明している。地域に開放している地域交流スペースでは週1回喫茶を開いており、その時に法人の取り組みを紹介した映像を流すなど、利用者や外部に向けて発信する取り組みが行われている。周知状況の確認は、毎年全家族対象におこなわれるアンケートを実施して確認されている。今後は、認知症の高齢者や障害のある方により継続的にわかりやすく周知できるよう、文章にルビを振ったり、よりわかりやすい言葉に噛み砕いたものを掲示するなどのさらなる取り組みに期待したい。

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。	b	○前年度の第三者評価結果をふまえて、新たに中長期計画が策定されている。 平成28年度に受けた第三者評価の結果をもとに、法人の中長期計画の策定を行った。平成32年度までの取り組みを示した中長期計画が策定され、法人の平成29年度事業運営計画書の「第四章」として掲載されている。この中長期計画に基づいて、平成29年度事業計画が策定され「第五章」として示されている。中長期計画の内容としては、行政や関係機関からの情報を基に、地域社会の今後の展望と課題への取り組みとして、1.サービスの質の向上に向けた取り組み、2.福祉人材の確保・維持、3.財務・資産管理の強化、4.経営組織の強化と事業運営の透明性の確保が掲げられ、法人の基本理念・基本方針に基づいた形となっている。それぞれの項目ごとに、内容の説明と評価のための指標が示されているが、策定されたばかりであり、PDCAサイクルに基づく中長期計画の取り組みはこれからの段階である。
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	中長期計画の内容に基づいて各事業所の単年度の事業計画が作成されており、各事業所の事業計画は、課や委員会などの部門ごとに作成した活動内容で構成されている。部門ごとの活動計画は、具体的な取り組みの内容、取り組みの期間を示し、評価、課題を記入する欄も設けられている。
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	○事業所の事業計画が組織的に策定される仕組みがある。 毎年度末に、課や委員会などの部門ごとで当年度の活動を評価して課題を整理し次年度の計画策定を行っている。それらの計画を総合して事業所の事業計画が策定されている。部署からの活動計画に基づく予算要望は次年度予算にも反映されている。活動計画の進捗状況は、各部門で確認・評価され、毎月の運営会議で報告し全体で把握する仕組みとなっている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	○利用者・職員への周知にさらなる取り組みを期待したい。 基本理念から中長期計画、単年度計画、各事業所での具体的な取り組みがそれぞれ連動する形で作成されており、職員へ説明され、内容はパソコンでも閲覧できるようになっているが、今回の第三者評価における自己評価結果からは、職員の理解度がばらばらな状況が見受けられる。特に年度中途の採用者へ説明し理解してもらおう仕組みが確立されていない。中長期計画については今年度からの新たな取り組みなので、周知や理解度の確認までの仕組みづくりが今後組織的に進められることを期待したい。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者・家族等への周知として、法人の広報紙に、その年度の法人の取り組み目標を掲載している。また、家族に対しては、家族会「きずな」を行い、そこで施設の事業計画を説明したり取り組みを映像で紹介したりしているが、利用者への説明は十分には行われていない。事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項であり、利用者の生活にも密接に関わってくるような事業計画の主な内容が、利用者にもわかりやすく伝わるようさらなる工夫を期待したい。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	○園長は、自らの役割と責任を説明することに積極的に取り組んでいる。 園長は、職務分掌規程、決済規程、運営規定等に自らの役割と責任について明記するとともに、前回の第三者評価受審時の気づきから、年間の業務や役割の詳細を明記した役割表を作成、運営会議にて配布し説明している。年度初めに発行する法人の広報誌には、園長のあいさつ文を掲載し、年度の目標や重点的に取り組む内容などを伝えている。園長は法令遵守や環境対策の研修等にも積極的に参加し、その内容を研修や規程に反映させて施設へ還元している。
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	
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	○施設の課題に対して積極的に取り組んでいる。 「こしじの里」の各種サービスの管理職が集まる運営会議で各事業所の課題の検討や法人からの協議などを検討し、その内容をユニット会議におろし、職員からの意見も取り入れて検討する形で、一方的なトップダウンではなく、サービスの向上に結び付くよう取り組んでいる。ユニットの現場責任者である介護係長は、何かあればその都度園長に報告や相談しており、日常的に課題解決のために協働して取り組んでいる。
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。	a	

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

#### Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	○地域の経営環境の把握に積極的に取り組んでいる。 施設が立地する市や町の高齢者や障害者の人口動態、市の介護保険計画、他施設の利用状況、就労人口推移、情報資料から得られた情報と、SNS等も活用し情報収集に努めている。それらの情報と、管理者や相談員が地域包括支援センターや関係機関など外部から生の情報を収集した実際の情報とを突き合わせて総合的に判断した数字等を中長期計画作成に活かしている。特に将来的には過疎化が進む地域であるため、施設として体制維持・人材の確保には危機感をもっており、中長期計画にも明示している。
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	○収集した情報を分析し施設経営に活かすべく取り組んでいる。 運営会議において、毎月の収支や利用実績、利用申し込み者の推移・近隣施設の状況等が分析され事業経営に活かされている。管理者は、事業経営を資金収支だけではなく、サービスの質と人事労務と合わせて考える必要があると考えており、その取り組みが将来の経営にも影響することを会議の場などで繰り返し職員に説明している。中長期計画が策定されたばかりであり、中長期計画に連動した取り組みはこれからの段階である。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	○外部監査導入の検討に期待したい。 現在は、会計事務所による定期巡回指導と法人による年2回の内部監査を実施している。また、会計システムをクラウド化して3つの拠点施設で情報共有していることで、互いの施設のチェック機能も果たしており不正防止に役立っている。今後は、外部監査導入を税理士事務所に委託することなどを具体的に検討する予定なので、今後の取り組みに期待したい。



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	<p>○人材確保と体制維持の計画が作成されている。                      中長期計画に、現行の職員体制維持を掲げ、採用の幅を広げた人材の確保、業務合理化による人材不足のリスク回避、余剰人員発生も見込んだ計画として策定している。人材育成のため、介護職員初任者研修や実務者研修の受講補助、国家試験の模擬試験受験補助、試験時の勤務調整など、介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士の資格取得も支援している。人事考課制度も人材育成を目的に平成20年度から導入されている。階層別の研修制度や管理職登用のための取り組みも行われており、総合的に人材を育成する仕組みが整備されている。</p> <p>○地域環境の情報を活かし、計画達成のための具体的取り組みに期待したい。                      施設では、利用対象者となる高齢者や障害者の人口動態が減少に向かっていることにも危機感をもっているが、現在でも課題となっている職員の人材確保が就労人口減少などで更に困難になっていく予測を立てており、特に危機感をもっている。ハローワークだけに頼らず、就職ガイダンスへの参加、大学や高校との連携、就職情報サイトへの掲載を行ったり、ホームページを活用して管理者が動画で職員募集を行う等、人材確保に努めている。また、現在介護職員の負担軽減の為に、清掃や洗濯の業務はシルバー人材センターを活用するなどの検討も行っているところである。さらに人材確保については、管理者や経営層だけで努力しても限界があることから、現場職員も含めた施設全体で考えることや、アイデアを募り取り組む必要があることも自覚している。今後は、計画達成のために現場職員にも「我が事」として捉えてもらいながら、法人・事業所・職員が協力して具体的方策に組織全体で取り組めるよう期待したい。</p>
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	<p>○人事考課制度のさらなる活用に期待したい。                      人事考課制度は法人全体で確立され、人材育成を目的に取り組んでおり、職員個々へのフィードバックは年に1回実施する園長との個別面談で行うことになっているが、統括する組織が大きく職員数も多いため面談の実施が全体に行き届いていない。そのため、人事考課の目的や実施することの意義が職員へ十分に伝わっておらず制度が活かしていない状況となっている。今回の第三者評価におけるユニット特養職員の自己評価では、個別面談を管理者と直接話せる貴重な時間であると捉えている意見も多く、人事考課制度の個別面談は管理職層の職員で手分けして実施し、管理者の個別面談は人事考課制度と切り離して実施してはどうかという意見も見られた。どのようなかたちで実施するのが良いのか、実効性のある方法を検討し実施されることに期待したい。</p>

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	○職員の就業状況や環境に配慮されている。 園長は、職員個々の勤怠について個人別の台帳を基に管理・把握している。職員の意見を聞く機会として年に一度園長との個別面談を行う仕組みとなっているが全職員に実施できていない状況がある。昨年からは新たな制度により職員のストレスチェックを実施している。て法人としても全体研修において、外部の講師を招いて「自己覚知」「部下の育成」「職場におけるコミュニケーション方法」「職場において、業務を行うにあたり円滑な人間関係を築く手法」を題材に研修を実施し、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。また、法人で親睦会が設置され、バーベキューやボウリングなどの行事を計画的に実施して職員の親睦を図っている。さらに、今年度は長岡市勤労福利センターへも加入し職員の福利厚生の実に努めている。職員の負担軽減を目的に、スライドボードや移動リフトなどの福祉機器の導入、機械浴槽など設備の更新も行われているほか、現在、記録のICT化なども検討され今後導入予定となっている。
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。	b	○職員面談などの仕組みが機能することで、より一層の職員の負担軽減につながることを期待したい。 安全衛生委員会、衛生管理者の設置など体制が整備され、医務室（看護職員）が悩み相談の窓口になっているが、職員からの意見として気軽に相談できる仕組みではない様子がかがえる。また、年に一度の園長による個別面談が職員全体に実施されていないという状況もあり、計画的に実施する等の改善が望まれる。内部に相談窓口が設置されたり、上席から個別面談がされることは有効であるが、相手によっては日常の関係性が影響することも考えられるので、内部の体制活用と併せて、外部にも相談窓口を設置したり公的機関の相談窓口を周知するなど職員に選択肢を与える機会も設け、職員の精神的負担軽減に配慮されることに期待したい。また、各種機器や設備を導入しても十分に活かされていない状況もあることから、機器や設備の実際の使用方法を個々のケースに当てはめて具体的に指導したり、設備を効率的に使用する具体的な方策を検討するなど投資した資源を無駄にせず活かすための取り組みにも期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	○研修計画が策定され、内部・外部の研修が実施されている。 年度の事業計画のなかに、基本理念、基本方針、行動指針が明記され、その実現に向けた人材育成計画として内部研修の実施、各種資格取得のための支援制度の検討について記載されている。内部研修は年間計画に沿って実施され、復命書やアンケートで理解度が確認されている。外部研修へ参加した際は、復命研修を実施して他の職員にも知識を広めるよう努めている。資格取得の支援にも、費用補助を含めて積極的に取り組んでおり、経験年数などに応じた資格取得を推進している。事業計画に基づく各事業所での実践・取り組みについて法人の役員会で発表をする機会も設けている。
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	○職員個々の計画的な育成に取り組むことに期待したい。 施設全体での研修を計画的に実施し、復命研修などで職員全体へ広める取り組みも実施できるようになってきているが、研修の目的、何を学んでほしいかというねらいが職員個々に理解されているか、どう日々の仕事に活かしていけば良いかという意識の醸成までには至っていない。個々の職員が研修の内容をどの程度理解しているか、課題は何かまでは把握されているので、今後は個々の職員の課題について個別に伝え、自分が何を学んでどう仕事に活かしていけば良いかを自覚してもらえるよう促し、行動できるような取り組みがなされることを期待したい。
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。	c	

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>○近年実習受け入れの実績はないが、いつでも実習受け入れができるよう体制が整備されている。</p> <p>実習生受け入れに関するマニュアルのなかで、実習生受け入れの目的が明記されるとともに、窓口・連絡の担当者、実習指導者、実習前のオリエンテーション担当者が明記されている。マニュアルには、実習依頼受け付けから利用者・家族への説明、実習生の受け入れ、実習前オリエンテーションの説明内容、実習計画の作成、実習生への指導方法、実習の評価と受付から評価まで一連の流れが注意点も踏まえて記載されている。施設での実習要綱にも実習の目的や目標、心得に具体的な注意点なども明記されている。専門学校とは、法人研修の講師を依頼したり、施設で行う夏祭りのボランティアを受け入れるなど施設実習が無くても日頃から連携を図れるよう努めている。実習指導者の養成にも積極的に取り組んでおり、「こしじの里」全体で社会福祉士実習指導者を2名、介護福祉士実習指導者を10名それぞれ配置している。近年実習生は減少していて、受け入れ件数が少ないとのことだが、体制維持に継続的に取り組むことに期待したい。</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。	a	<p>○「リスクマネジメント指針」に基づく安全確保のための体制が整備されている。</p> <p>「リスクマネジメント指針」が作成され、介護事故の防止や発生時の対応についての施設の基本方針が定められている。「リスクマネジメント指針」には職員研修やマニュアルの作成、事故報告書・ヒヤリハット報告書の活用・検証などが挙げられており、さらに、「介護事故」「無断外出」「交通事故」「事件(盗難・傷害等)」「自然災害」「火災」などの項目別に、職員がどのように対応するべきかが明記されている。施設全体で「事故防止検討委員会」や「感染対策委員会」等が設置されており、法人研修として今年度は事故予防の研修が実施されているほか、緊急時や感染症への対応についても研修も行われている。</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。	a	<p>事故やヒヤリハット発生時は会議を実施して要因と防止策を検討し、報告書は、事故要因、検討会の内容、防止策、家族への説明内容や実施後の評価までを記載しひと目で確認しやすい様式となっている。特に実施した再発防止策については一定期間後に評価して実効性を検証し、必要に応じて見直しをしている。</p> <p>マニュアルの活用については、職員個々の意識にばらつきがあり、内容が周知されていない状況があったことから、マニュアルを管理するマニュアルを作成し対策に取り組むところである。現場でのマニュアルの活用について、置き場所が統一されていない状況も見受けられたので、対策が進むことに期待したい。</p>
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>○災害時の体制が整備されている。</p> <p>「こしじの里防災計画」が策定されるとともに、火災・豪雪・地震・水害などに対応したマニュアルが整備されている。地域の消防団、消防署と連携して会議を行い、消防団との合同防災訓練、消防署との消火訓練を実施している。災害時に地域の避難所となるべく長岡市と防災協定を結び、災害時に避難者の受け入れができる体制となっている。</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。	a	

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	○施設の機能を地域へ還元すべく交流や連携に積極的に取り組んでいる。 地域との関わりについては、「地域福祉の拠点」「地域のよりどころ」としての機能を発揮し、住民の期待と信頼に応えることを基本理念の一つとしている。利用者が入居前に利用していた馴染みの店へ一緒に買い物に行ったり、地域で開催する運動会やカラオケ大会等にの利用者と職員が一緒に参加をして交流が継続できるように取り組んでいる。また、施設の夏祭りや文化祭に地域住民から参加してもらうなど、施設側から積極的に交流するよう取り組んでいる。
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。	a	施設機能の地域への還元としては、地域に向けて地域包括支援センター職員と一緒に「認知症サポーター養成講座」の開催や「介護予防教室」「介護研修」などの出前講座を、各事業所の職員が講師やスタッフとなって実施している。ボランティアとの交流も活発で、ホームページや広報誌を通じてボランティアを募集しており、29年度はこしじの里・しづみ園で登録者数は105名となっている。また、「ボランティア交流会」を年に3回定期的に行っており、その中で研修を実施したり、様々なボランティア活動の紹介をして、ボランティアに参加することでやりがいを実感できボランティア自身の健康維持にも役立つよう積極的に取り組んでいる。
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。	a	
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	○関係機関との顔の見える関係づくりに積極的に取り組んでいる。 地域の関係機関との連携については生活相談員が担当となって実施している。生活相談員が地域包括支援センター主催の事業所連絡会へ出席したり、地域包括支援センターや他法人の事業所の勉強会へ参加したり、関係機関へ年に1度は必ず挨拶に回り、日頃から連絡を取り合う等お互いに顔の見える関係づくりに努めている。年1~2回開催される越路・小国地域における地域ケア会議へも出席するようにし、参加する関係者間でも情報交換を行っている。地域貢献の一環として実施している「出前講座」も地域包括支援センターと協力して実施するなど日頃から関係作りに取り組んでいる。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	個々の利用者の状況に活用できる地域の社会資源をリスト化してデータ管理を行い、いつでも職員が閲覧して活用できるようにしている。成年後見制度に関する内部研修も実施し、制度に対する理解を深めている。
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。	a	○地域に貢献するための取組みが積極的に行われている。 地域貢献を社会福祉法人の使命として理念に掲げ中長期計画にも明記し、法人全体で取り組んでいる。関係機関や自治体からの高齢者人口・介護度分布や将来予測のデータ、出前講座等の際に行うアンケートなどから、地域での福祉ニーズの把握に努めている。ボランティア交流会へ民生委員に参加してもらい、地域での福祉課題について地域住民とも共有している。日常の支援の中でも利用者や家族から悩みを引き出すなど個人の福祉ニーズの情報収集にも努めている。それらの情報を基に、「こしじの里を中心とした併設事業所」で構成された「地域交流推進委員会」を中心に「出前講座」や「ボランティア交流会」の内容を年度ごとにテーマを検討して活動しており、寸劇を交えた認知症の人への接し方等のテーマで実施した出前講座は、地域住民からも分かりやすいと高評価を得ている。地域包括支援センター主催で民生委員児童協議会からの依頼を受けて実施した、「認知症サポーター養成講座」へも地域包括支援センターの職員や保健師等と一緒に事業所職員もキャラバンメイトとして協力してしている。認知症サポーター養成講座には要請があれば参加する体制が整っている。
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。	a	

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 (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。	a	<p>○法人の基本理念において「利用者の人格の尊重」が掲げられており、職員は常に意識しながらサービスの提供に努めている。</p> <p>利用者を尊重したサービスの提供については理念に掲げるとともに、具体的な実践を行っていくために、基本方針においても利用者本位のサービスが提供できるように掲げている。職員は、日頃から「利用者の視点に立ったサービス」「利用者寄り添うケア」等について、話し合いやケアの振り返りを行いながら、利用者一人ひとりの生活の質を高めるように取り組んでいる。また、権利擁護をはじめ「身体拘束防止」「虐待防止」についても、正しく理解するために定期的な法人研修と事業所内研修を実施するとともに、社会的な情報を元に話し合う等、組織内で共通の理解が図れるように取り組んでいる。</p> <p>○権利擁護に関する規定・マニュアルが整備されており、職員への周知が図られている。</p> <p>法人の倫理要綱や職員規範において、利用者尊重の基本姿勢が示されており、職員への周知が図られている。職員は利用者のプライバシーが確保できるように、事業所内で話し合いを重ねて日々取り組みを行っている。具体的には、排泄支援時はおむつ類をエコバックに入れて持ち運んだり、トイレ使用時には衝立を使用する等の工夫が行われている。また、プライバシーの確保は利用者尊重の基本であると捉えており、一人ひとりの利用者の自由な暮らしが支援できるように話し合いを重ねて努力しているところである。</p>
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	<p>○プライバシー保護に関するマニュアルの見直しを期待したい。</p> <p>プライバシー保護については「プライバシー保護のための指針」として示されており、法人職員として守らなければならない基本的な行動指針として職員に周知が図られている。今後は、より職員が個人情報保護との違いや、プライバシー保護に対する理解を深めて取り組んでいくために、マニュアルの見直しを行うことを期待する。また、不適切な事案が生じた際の対応方法についても明確にしておくことが望ましい。</p>
Ⅲ-1-1 (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-1-1-2-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	<p>○家族に対するアンケート調査を定期的実施している。</p> <p>事業所では年に1回家族アンケートを実施している。アンケートの回答は直接園長に届くシステムとなっており、結果は公表するとともに事業所にフィードバックしている。家族から寄せられる要望・意見は利用者からの代弁であるとも捉えて、サービスの質の向上に向けて活用するように取り組んでいる。また、年度末に定期的開催している家族連絡会「きずな」に参加している家族からは直接意見を聞くことができている。日常的にも家族へは面会時や電話連絡の機会に、意見や要望について引き出せるように声かけを行っている。</p> <p>○行事ごとに利用者の満足度について聴取を行い次回の計画に活用している。</p> <p>利用者には誕生会や収穫祭、お楽しみ会等の行事実施後に必ず意見や感想を聞くよう努めている。寄せられた意見は職員間で検討して次回の行事に活かせるよう取り組んでいる。</p> <p>○利用者の満足の上昇に向けた仕組みづくりに期待したい。</p> <p>利用者の満足調査については、日頃の暮らしの中から意向を汲み取って、サービス内容の改善につなげていくことが重要である。行事における意見等の把握以外に、随時実施するのではなく、定期的・継続的な事業所の取り組みとして利用者の満足度調査を実施していくことが望ましい。また、利用者の意見を言いにくい心情や言葉に表出できない利用者にも配慮した工夫が必要である。これまでもソファの設置や図書コーナーの開設など利用者の意見から改善が図られた点も多いが、今後はさらに、寄せられた意見・要望を検討する担当者や検討会議等の設置、利用者の参加を図りながら、質の向上に向けた組織としての仕組みづくりに取り組んでいくことを期待したい。</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	○苦情・相談の窓口について利用者家族に周知が図られている。 「苦情・相談窓口のご案内」としての文章が作成されており、利用者家族に配布している。また、玄関において生活相談員の顔写真と合わせて案内文章を掲示し、来園者の目に留まるように工夫を行っている。利用契約時には文章の配布とともに、口頭にて苦情・相談の受付職員や解決までの流れについて丁寧に説明している。苦情・相談に対しては、事業所として、サービス向上のために活用していくことの有用性や、職員以外に直接申し出ることができる第三者委員等の窓口についての案内も行い、利用者・家族が申出やすい環境を整備していることを伝えている。
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	○苦情解決の仕組みが確立している。 福祉サービスに関する苦情解決実施要綱を定めており、苦情の受付から解決に至るまでの仕組みについて職員に周知が図られている。苦情受付書は定められた様式を使用し、申出に至った経緯や苦情の内容、解決までの話し合いの経過が記載されている。解決後は申出者に必ずフィードバックを行い、第三者委員へも取りまとめて報告を実施している。公表については広報誌を活用して、件数・内容等の報告を行っている。職員は苦情の内容を共有し、提供するサービス内容の妥当性の評価や改善課題を見出す有効な手段として積極的に捉えて、サービスの質の向上に取り組んでいる。現在、苦情の公表については満足度調査の結果とともに、より利用者・家族にフィードバックできる方法を検討中である。
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	○利用者・家族が意見を述べやすい環境整備にさらなる工夫を期待したい。 苦情に至らない意見や相談の申出に対する対応についてはマニュアルが定められておらず、職員の中でも苦情と相談の線引きが理解できていないところもある。利用者・家族に対しては、初回の説明と文書の掲示のみでなく、日常的に説明することや、文章等の配布を定期的に行っていくことが望ましい。また、正面玄関に利用者が出向くことは多くはないので、事業所内で利用者が目にしやすい場所への掲示や利用者にわかりやすく説明を重ねていくことも期待したい。また、利用者に対しては日常的に接する職員の以外にも、内容によっては複数の方法や相談相手がいることも伝えていくことが望ましい。

### 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	○事業計画における進捗状況の把握を組織的に実施している。 昨年度に法人内の従来型特養・短期入所施設で受審した第三者評価の結果から得られた改善内容については、事業所としても既に取り組んでいるところである。これまで組織的に課題としてきた単年度計画・中長期計画の策定に取り組み、単年度で実施できないものは中長期計画に落とし込んで実施できるように体制づくりに取り組んでいる。事業計画はユニットミーティングの中で検討し、進捗状況は、運営会議の中で報告するとともに、課題については運営会議のメンバーである他部署の職員の意見や提案等を受けながら検討する仕組みができている。
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	○福祉サービス実施の評価についてPDCAサイクルで実施していくことを期待したい。 上段の第三者評価における事業計画の進捗状況の把握については行われているが、現在実施しているサービス内容についての自己評価は定期的には実施できていない。提供するサービスの振り返りを行う自己評価票の様式を定めて、定期的に職員で取り組んでいくことで、サービス内容の可視化が図られて改善点を明確化することができる。このことにより、事業所として優先的に何に取り組んで行けば良いのかが確認でき、さらなるサービスの質の向上に取り組んで行くことが期待できる。また、改善課題の明確化についての評価方法や結果の分析、検討課程の記録については、担当部署を設定して全職員間で共有が図られるように取り組んで行くことが望ましい。

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	○提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立について取り組んで行くことを期待したい。 現在事業所では標準的なサービスにおけるマニュアルの作成ができていないものや、整備していても活用できていないマニュアルもある等、サービスの標準化が実施できていないことを課題としている。人員配置上職員が一人に対応しなければならない時間帯もあることから、職員一人ひとりのスキルに頼ったサービスの実施が行われている場面もある。このことから、標準的なサービス実施への取り組みは利用者の立場からも重要であると職員の中で意識づけが行われている。法人全体として活用できるマニュアル、事業所の特性に合った独自のマニュアルを作成するとともに、それらのマニュアルで一定の水準を保った上でさらに、一人ひとりの利用者の状態に応じた個別マニュアルの作成を行い、留意点やプライバシーへの配慮等サービス全般に対するサービスを文章化していくことが望まれる。また、福祉サービスの評価結果や利用者の状態変化に対応して、マニュアルの見直しを実施していくことも必要である。マニュアルの作成や定期的な見直しについては、福祉サービス実施計画との整合性も図りながら取り組んで行くことを期待したい。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	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	○利用者の情報に対する管理体制が確立している。 「個人情報に関する基本規定」が定められており、利用者に関する情報については的確な管理が行われている。また、職員による個人情報の取り扱いについては研修会を定期的実施して、不適切な取り扱いが行われないように組織として徹底して取り組んでいる。基本規定の内容には保管場所や廃棄方法、持ち出し禁止等も詳細に記載されており、職員は常に意識して取り扱いを行っている。さらに利用者・家族に対しても個人情報の取り扱いや情報の開示についてを理解してもらうために、分かりやすく丁寧な説明を実施できるように、説明方法の実践研修も職員間で取り組んでいる。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	○利用者の情報については職員間で共有する仕組みが確立している。 利用者に関する情報はフェイスシート、アセスメント票、医療情報、個別に留意する対応内容、福祉サービス計画書等の情報を文章化して、個別ファイルにまとめられており職員が常に確認できるように整備されている。情報については職員間で共有化ができる体制が確立しており、情報の内容について上司への報告が必要な内容、運営会議で他部署への報告が必要な内容、早急に伝えなければならない内容等の判断も的確に行うことができるように職員間で共有が図られている。業務日誌や申し送りについては、全職員が見逃すことがないように、回覧印を押して確認できるように取り組んでいる。
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。	a	○記録の書き方についてさらに取り組んで行くことを期待する。 支援経過等の記録の書き方や、文言、文章の作成に対してはマニュアルが作成されておらず、個々のスキルに応じて行っている。今後はより分かりやすく、他者に伝わりやすい文章の書き方や、効率的な記載の方法について、さらに検討や研修を重ねて取り組んで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。	a	○ホームページは法人の情報が伝わりやすいように工夫されている。 ホームページは法人の「理念」「取り組み状況」「イベント情報」等が写真や動画も取り入れてわかりやすく伝えられており、法人の広報誌「小越会」も発刊に合わせて更新が図られている。利用者の笑顔や職員の生き生きしたイベントの様子、研修会等の様子が写真で紹介されており、職員が丸丸となって取り組んでいることが伝わるものとなっている。ホームページの作成は主に園長が担当し、常に新しい情報が伝わるように更新を行っている。また、広報誌はホームページへの掲載のほか、住民への回覧と行政機関、公立機関、サービス事業所等に配布して法人の情報を伝えている。今後は、読む機会の少ない利用者に対しても、利用している法人の情報や理念を理解してもらう一つの手段として、広報誌発刊時にはサイズを拡大して読んで貰う工夫などの取り組みを期待したい。
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。	a	○適切にサービスを開始できるように取り組んでいる。 サービス開始にあたっては、重要事項説明書をもとに、サービス内容、料金、苦情受付窓口等の説明を行っている。契約書・重要事項説明書ともに、事業所と利用者双方の権利義務関係や料金等についてわかりやすく記載されており、サービス提供の開始が利用者にとって不安なく行われるよう的確なものであった。職員は、説明する際には利用者・家族に伝わっているかを確認しながら説明することを心がけ、そのうえで利用者・家族から十分な理解を得たうえで同意をもらうようになっている。契約書・重要事項説明書は家族と事業所双方の保管とし、事業所においても適切に管理している。契約書や重要事項説明書の内容については、大切な利用者との約束事であると捉え、全職員への周知が図れるように定期的に研修を実施している。
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	○サービス移行についての支援内容が明確化されている。 利用者の状態によりサービスが移行になったり終了する場合における支援内容は契約書に記載しており、利用者・家族へも口頭にて説明を行っている。窓口が生活相談員となるため、マニュアルの中にも支援の手順が定められている。利用者・家族への説明時においては、終了後の相談体制について生活相談員が窓口となっていることを伝えて、利用者・家族の不安を軽減するように支援体制を確立している。利用者への支援が終了した後も家族が相談できることを知ってもらい、継続した家族支援が実施できるように、文章で利用者・家族へもお知らせしたり、職員への周知を図るように取り組んで行くことを期待したい。

### Ⅲ-4 福祉サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	○利用者のアセスメントが的確に行われている。 利用者へのアセスメント方法については手順として定められており、アセスメントを行う内容については定められた様式を使用して利用者・家族からの聞き取り内容を記録に残すように体制が確立している。また、利用開始にあたっては、生活相談員・担当職員等による自宅訪問を実施して、家族状況や生活環境、これまでの生活歴・習慣、医療情報等の確認を行っている。あわせて、利用者がサービスの利用にあたってどのような暮らしを送りたいのか等の個別ニーズや目標についても確認を行い記載している。入居後に確認できた利用者の情報については追記を行い、職員間で周知を図るようになっている。アセスメントの見直しについては、状態変化等による緊急的な見直しが必要な時以外は、要介護認定更新時に合わせて定期的実施することを取り決めている。福祉サービス計画を見直すにあたっては、関わる関係者が集まって専門的な立場からの意見等を持ち寄って検討し、アセスメントの見直しを行いながら、計画に反映させるようになっている。



Ⅲ-4-(2) 利用者に対する福祉サービス実施計画が策定されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ-4-(2)-① 福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	○適切な福祉サービス実施計画が作成されている。 アセスメントの内容と利用者のニーズを反映させた福祉サービス実施計画が作成されている。福祉サービス実施計画作成は、マニュアルに沿って行われているが、介護係長、担当職員を中心に全職員の意見や気づきを取り入れて検討を重ね、医療やリハビリ、メンタル面での支援も含んだ総合的な視点を持って作成している。計画に盛り込んだ内容については、計画通りにサービスが提供できているかどうか3ヶ月ごとに評価を行い確認している。また、標準的な計画内容に加えて、利用者一人ひとりの個別の状態に合わせて必要な介助方法や、機能訓練内容、留意事項等について記載が行われている。見直しにおいては、目標の妥当性や具体的な援助の見直しについても検討を行うとともに、利用者・家族の意向の把握等も正確に実施できており計画に反映させている。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	○急変時に対応したサービス計画の変更手順についても定めておくことを期待したい。 利用者の状態変化に対応して緊急時における福祉サービス実施計画の見直し・変更は行われているが手順としては定められていない。的確に対応するためにもマニュアルに記載しておくことが望まれる。

#### 評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

##### A-1 利用者の尊重

A-1-(1) 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。	a	○利用者のこれまでの暮らしの把握に努め、日々の活動に活かせるよう取り組んでいる。 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共に、利用者及び家族の意向の確認を行い、「入所事前面接調査票」や「訪問調査記録」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。入所後の利用者との関わりを通じた情報は、ケース記録に記入し、職員間の情報共有を図っている。利用者の持っている力や楽しみなど、「その人の良いところ探し」を行い、活動や支援内容に取り入れているほか、サービス担当者会議には利用者・家族にも参加してもらい、協同し取り組んでいる。
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。		傾聴ボランティアや踊り・フラダンス等のボランティア団体に協力してもらいながら、利用者が今まで行っていた趣味活動や楽しめること継続できるよう支援を行うほか、利用者一人ひとりの希望を行事計画に取り入れるように努めている。毎週金曜日に地域のボランティアにより行われる喫茶や、「夏祭り」や「らあ祭」など、地域住民や家族にも参加してもらい、交流の機会を持つよう支援を行っている。
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。	a	○利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションの取り方を工夫し、利用者の意向の把握に努めている。 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がけている。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に対しては、表情から思いをくみ取ったり、家族から話を聞く等して利用者の意向の把握に努めている。普段の生活においても、ジェスチャーや筆談のほか、アイコンタクトやスキンシップを用いながらコミュニケーションが図れるよう工夫し取り組んでいる。 利用者に対する職員の言葉づかいについて、ミーティング時に話し合いを行ったり、職員同士お互いに気を付けるよう取り組んでいる。今後、利用者一人ひとりの意向を基に、より個別性のある支援に向け、さらなる取り組みを期待したい。

A-1-(2) 利用者の権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(2)-① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	○身体拘束廃止に向け、継続的に取り組んでいる。 契約書に身体拘束しないケアについて明記すると共に、身体拘束廃止に向け取り組んでいる。緊急やむを得ない場合の対応についても、入所時に書面及び口頭にて説明を行い、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いる。
A-1-(2)-② 身体的拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	現在、身体拘束は実施していないが、ベットから降り転倒のリスクのある利用者に対しセンサーマットを使用している。できるだけセンサーを外せる時間帯を設けるよう取り組んでおり、利用者の様子を観察・記録し、毎月のミーティングにて話し合いを重ねている。今後も身体拘束廃止に向け継続的な取り組みに期待したい。
A-1-(2)-③ 認知症高齢者への対応は、利用者の個別の状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	○日頃より不適切なケアがないか振り返りを行い、利用者の視点に立ったケア提供へのさらなる取り組みが望まれる。 不適切なケアが行われないよう、守るべき規範と倫理について、倫理綱領・行動規範に明記している。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園長より各所属のリーダーに説明し、周知を図るよう努めている。
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	利用者の中には認知症のため自分の思いを上手く伝えられない人や、寝たきりで発語がほとんどない人も多いため、今後も利用者への声かけやケアの実践についての研修会や、職員間でケアの振り返りや話し合う機会を設けるなど、利用者の視点に立ったより良いケアの実践に向けた継続的な取り組みが望まれる。
A-1-(2)-⑤ 成年後見制度や日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の利用情報の提供など支援を行っている。	a	○利用者が居心地よく安心して過ごせるよう、環境面での工夫に向けた取り組みに期待したい。 施設内では、「家庭的な雰囲気」を大切にしたいという考えから、契約書や理念などの掲示は行っておらず、室内や壁などの飾り付けも少ない。また、利用者の居室においても私物が少なく殺風景な部屋も見られた。利用者の中には、一人で自由に動けない人もおり、限られた空間の中で生活している人も少なくはない。今一度、利用者一人ひとりの思いに寄り添ったその人らしい暮らしについて、職員間で検討したりするなど、利用者が居心地よく安心して過ごせるよう、居室も含めた環境面での工夫に向けた取り組みに期待したい。
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	○利用者一人ひとりに応じた個別の取り組みが行われるよう、さらなる取り組みに期待したい。 施設サービス計画書作成において、介護支援専門員が課題分析を行い、各担当職員が細かなコメントを加えたアセスメントを行うほか、サービス担当者会議には利用者・家族も参加し意向を確認している。 利用者の中には自分の意思を上手く伝えられない人も多く、職員が日常の関わりの会話から話を聞きだしたり、表情・しぐさから思いや意向をくみ取るよう努めているが、施設サービス計画書の記載は職員がどのように介助を行うかが中心となっていて、利用者が活動に参加したりケアを受けることでどのように過ごしたいかなどの内容はあまり盛り込まれていない。利用者一人ひとりがどのような生活を希望しているのか、その為にはどのような支援が必要なのかを考え、個別性のあるサービスが提供されるようさらなる取り組みに期待したい。 ○施設内のネットワークを活用し、情報の共有が図られることを期待したい。 現在、職員間の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に取り組み始めたところである。今後、職員間における情報の共有及び情報の活用がより一層図られることを期待したい。

A-1-(4) 預かり金・所持金の管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a	<p>○利用者の金銭の自己管理に対する積極的な取り組みを期待したい。</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あるが、自己管理としており小遣い帳の活用などには行っていない。また、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を行ったり、利用者と契約を締結する仕組みは出来ているが、現在は対象となる利用者はいない。</p> <p>今後、利用者の自己管理の能力をアセスメントし、どのような支援があれば自己管理が行えるのかなどの具体的な検討や自己管理に向けた積極的な支援・取り組みを期待したい。</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>訪問調査票の事前情報や利用者の意向、好みを基に心身状態や嚥下の状態などをアセスメントし、管理栄養士が栄養ケア計画書を作成している。透析が必要な方に対して病院と連携し対応したり、医師の指示のもと治療食の提供や必要に応じカロリー調整を行う等、できるだけ個々の状態に応じた対応に努めている。毎食の残食状況や経口摂取の状況を確認すると共に、入居時及び3ヶ月毎のモニタリングの際には体重測定の結果や食事量の変化などを基に、管理栄養士や看護師を含めた関係職種で情報を共有し検討を行い、主食の量や食事の形態を変更する等、利用者の状態に応じた柔軟な対応に取り組んでいる。</p> <p>献立は委託業者が作成したものを管理栄養士が確認して提供している。旬の食材を取り入れ季節感のある献立にしたり、嗜好調査の結果を基に出来るだけ利用者の意向を取り入れるよう取り組んでいる。食事変更届を出す時間は決まっているが時間を過ぎた場合でも代替え食で対応するなど、柔軟な対応に努めている。</p> <p>○利用者が自分で食べるための工夫や自立に向けた支援に期待したい。</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>食事は委託業者が施設内の厨房で作っているが、ご飯とみそ汁については、各ユニット毎に炊飯器で炊いたり鍋で温めたりして提供している。ユニットのキッチンを使い「おやつ」を作ったり、年越しに「すき焼き」を作って食べるなど、暮らしている利用者が食事を五感で感じ楽しめるよう工夫して取り組んでいる。</p> <p>また、目が見えにくい利用者に対し、茶碗の色を変えたり配膳の位置を指で触り確認してもらうなどの工夫や、小さめのシリコンスプーンやマグカップなど、その人の状態に合わせた器具を使用し、できるだけ自力で食べてもらえるよう取り組んでいるが、利用者の中には車いすに座ったままの状態での食事をしている人や、エプロンを装着している姿が見られた。食事の際の座位保持が可能かどうかをアセスメントしたり、その日の健康状態などを勘案し利用者の意向の確認を行い、利用者一人ひとりの視点に立った支援が行われることが望ましい。楽しく食事が行えるよう喫食環境を検討する会議であったり、利用者の視点に立った支援についての研修会を行う等、利用者の意向に基づき自立を目指すためのさらなる取り組みを期待したい。</p> <p>○利用者の口腔ケアの自立度を把握し、計画に位置付けた支援を行うなど、さらなる取り組みに期待したい。</p> <p>口腔ケアに関する研修を行ったり、また、義歯が合わない利用者については歯科医師に往診してもらい義歯の調整を行ってもらったり、顎関節症の人に対し歯科医師から口腔体操、口腔マッサージの指導を受け実施する等、利用者の状態に応じた支援を行っている。</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>利用者の咀嚼や嚥下機能などを確認し歯磨きやうがいの自立度の把握に努めているが、自室に洗面台があるため、一人で出来る利用者は自室で歯磨きを行っており磨き残しがないかなど細かな確認は行っていない。利用者一人ひとりの口腔ケアの自立度を把握し、サービス計画書に位置付けた支援を行うなどさらなる取り組みに期待したい。</p> <p>○定期的なマニュアルの見直しや、マニュアルの活用に向けた取り組みに期待したい。</p> <p>誤嚥やのど詰まりなどの食事中的の事故に関して、緊急時・急変時のマニュアルはあるが、見直した日付が記載されていなかったり、マニュアルを基にした勉強会や活用を行うまでには至っていない状況がある。法人では、看護職員を中心にマニュアルの見直しや緊急時対応の勉強会を計画しているが、緊急時に慌てずに対応できるよう、マニュアルを活用した訓練やマニュアルの周知など、さらなる取り組みに期待したい。</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。	a	<p>○利用者個々の健康状態に合わせ、プライバシーに配慮し安全に入浴が行われるよう取り組んでいる。</p> <p>入浴前に検温や健康状態の確認を行い、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は時間を変更し再度誘ったり翌日に行うなど、利用者の心身状態に配慮し取り組んでいる。個浴・機械浴の他、併設する事業所には、一般浴（従来型特養）や座浴（デイサービス）などもあり、利用者の身体状況に応じて利用ができる。利用者の意向を大切にしながら、その日の状態に応じた入浴を提供している。個浴については、利用者の意向と残存能力を勘案し福祉用具を使ったり、2人介助で行うなど、安全に配慮し取り組んでいる。入浴は一人ずつ行っており、希望があれば同性介助を行う体制も整えている。また、フロアから脱衣所が見えないよう衝立やのれんを使い工夫し、プライバシーへの配慮にも取り組んでいる。入浴後には水分補給を行い、髪をセットしたり爪切りを行うなど、利用者がゆとり過ごせるよう心を配っている。</p>
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	<p>○利用者の意向を取り入れた支援が行われている。</p> <p>入所時に入浴日や回数、時間帯について利用者に説明している。基本的には、週2回入浴できるよう取り組んでいるが、外出や面会等の予定が入った場合には時間帯を変更したり、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。変更がある際には利用者への説明を行い、できるだけ利用者の意向に沿うよう支援を行っている。</p>
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	b	<p>○利用者が安全に、安心して入浴が行えるよう、浴室内の定期的な検討を行うなどの取り組みを期待したい。</p> <p>特浴は広い造りとなっているがゆえに、殺風景で、かえって落ち着かない印象を受ける。また、個浴には手すりを取り付けてあるが、横方向の手すりしかなく、使い勝手の点からは十分とはいえない。個浴を利用している利用者の中には複数職員による介助が必要な利用者もあり、浴室内の設備や併設事業所の浴室の有効な利用も含め、利用者が安心して入浴が行えるよう、定期的に検討を行うなどの取り組みを期待したい。</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。	a	<p>○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。</p> <p>各ユニット内に3ヶ所ずつトイレがあり、誘導の際には利用者の耳元でさり気なく声をかけるなど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いる。おむつ交換を行う際には、職員が居室へ行き、利用者に声をかけながら速やかな交換を行うよう努めたり、エコバックを使用しおむつや汚れ物が周りの利用者につぶかれないよう配慮し対応にあたっている。おむつ交換時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るなど早期の対応を心がけている。</p> <p>排泄の介助については、ユニットで作成したルールに基づいた支援を行い、職員が同じように対応できるよう取り組んでいる。今後、マニュアルを基にケアの平均化・質の向上に向けて取り組むことを期待したい。</p>
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	<p>○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取り組んでいる。</p> <p>日常生活記録表には利用者の1週間分の記録が記載できるようになっており、排便状況や必要に応じ排泄リズムについても記載し利用者一人ひとりに応じた対応に心がけている。自然な排便が行われるよう水分摂取を勧めたり、お腹の体操にも取り組んでいる。また、必要な利用者にはベットサイドにポータブルトイレを設置するなど、できるだけおむつに頼らずトイレを使つての排泄が行われるよう取り組んでいる。</p>
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	<p>○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。</p> <p>ユニット内のトイレは、1日1回掃除しているほか、汚れたら随時掃除行っているが、チェック表等の活用は行っていない。汚れが多い時間帯の把握や、いつ誰が清掃を行ったのか分かり確実に清潔保持がなされるようチェック表などの活用が望ましい。</p> <p>トイレの入口は引戸となっており、ドアを開けるとフロアからトイレ内が見えてしまうため、トイレ入口に衝立等を設置している。トイレ内は広く車いすの人でも利用できるようになっているが、手すりがすべて同じ方向に取り付けてあり、片麻痺のある利用者にとっては使いにくい面が見られる。今後、トイレ内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。</p>
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。</p> <p>日々の衣類については利用者に選んでもらったり、自分で選ぶのが困難な場合は職員が服を2枚用意し、どちらか選んでもらうよう支援を行っている。</p> <p>衣類が必要な際には、家族に連絡し衣類を持ってきてもらうなどの協力をお願いするほか、買い物外出や施設内で衣類の訪問販売を行う際に、利用者に選んでもらうなど、利用者がお洒落を楽しめるよう支援を行っている。</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。</p> <p>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。また、就寝時に着替えず、日中と同じ衣類を着たまま寝る利用者も多く、一人ひとりの意向の確認も十分とは言えない。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。</p> <p>衣類の汚れや破損が生じた場合は職員が家族に連絡し、確認後に破棄するなど、個々の職員で対応しているが、手順内容や対応方法について明文化されていない。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>○利用者が馴染みの店を継続して利用できるような支援に期待したい。</p> <p>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。入所後も馴染みの理美容店を希望する利用者については、家族に協力してもらいながら出かけているが、職員が付き添う等の支援は行われていない。遠方の家族など協力が難しい場合も考えられることから、利用者の希望に応じて馴染みの店を継続して利用できるよう、職員などによる送迎や同行などについても検討や取り組みを期待したい。</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支援など、さらなる取り組みに期待したい。</p> <p>利用者の髪型や化粧などの好みについて、入所前の訪問時や日々の関わりを通じ把握に努めているが、記録としては確認できず、職員間の情報共有も十分とは言えない。また、起床時に髪形を整えるなどの支援は行っているが、起床時の身だしなみだけでなく、利用者自らが髪型や化粧など楽しんだり選択できるような具体的な支援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。</p> <p>部屋は個室となっており、不眠時における他の利用者への影響は少ない。マットレスは利用者の状態に合わせた物を使用し、自宅で使い慣れた物があれば持ってきてもらう等、利用者が安心して休めるよう工夫し取り組んでいる。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。また、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。</p> <p>○利用者の安眠を支援するためのマニュアル整備が望まれる。</p> <p>利用者にとっては環境に慣れるまでに戸惑ったり、認知症の利用者の中には不眠で落ち着かないということも考えられる。今後、利用者一人ひとりの夜間の様子などの情報を把握し職員間で共有するしくみや、不眠時におけるマニュアルを作ることでより一層個別の支援が充実すると考えられる。</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。	a	○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。 入所前に健康状態や服薬内容の確認を行い、「入所前訪問面接票」や「訪問調査記録」に記載し職員に周知している。月1回の体重測定及び血圧測定、週2回の入浴前に検温を行うほか、食事摂取の状況・排泄状況等を確認し記録している。健康状態に変化があった場合は、看護職員や他のユニットにも伝え、職員間の情報共有を図り早期の対応ができるよう努めている。また、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を行うと共に、毎月のお便りの「連絡事項」に血液検査の結果や利用中の体調の様子を記入し、定期的な家族への情報提供に取り組んでいる。
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	○日々の健康維持や感染予防に努めている。 病院の入退院時には、生活相談員が医療機関と連絡を取り合い状況を確認するほか、情報の共有を図りながら退院後の対応について一緒に検討するなど丁寧に対応している。また、退院後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た相談を行ったり、一旦契約が終了となった場合においても、系列の事業所などの利用も含め、利用者・家族の負担が増えないようフォローに努めている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	○日々の健康維持や感染予防に努めている。 入所時にインフルエンザ予防接種の有無を確認したり、肺炎球菌ワクチンなど助成が受けられるものについての情報提供を行うなど、感染の予防や防止に努めて取り組んでいる。嘱託医師の指示のもと、年2回の採血、年1回のレントゲンを実施するなど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、口腔ケア体操やベット上での体操を行うなど、日々の生活においても利用者の健康維持が図られるよう努めている。
A-2-(7)-④ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。	a	○職員間での薬や褥瘡予防についての情報共有の仕組み、緊急時の対応体制を整えている。 毎日の薬については看護職員が医務室にて管理し、ユニットごとに配薬し袋に入れ、その日の夜勤者が1日分の薬を受け取り鍵のかかる棚で保管している。配薬の際は利用者の名前を呼んで薬の確認を行い、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も行っている。 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。ミーティングの時間を使い、看護職員から介護職員に薬についての勉強会を行ったり、ユニットごとに研修会を行う等、利用者の健康管理や病気、薬について学ぶ機会を設けている。
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	○標準的な実施方法の職員への周知に向け、マニュアルの確認、見直しを行う等、さらなる取組みに期待したい。 健康管理マニュアルや緊急時の対応、医薬品管理マニュアルを作成し、適時、見直しを行っている。褥瘡予防マニュアルについては作成してあるものの、平成20年度より見直しされていない。現在、看護部を中心に健康に関するマニュアル全般の見直しに取り組んでいる。標準的な実施方法の職員への周知に向け、今後も、定期的かつ必要に応じたマニュアルの確認、見直しを行う等、さらなる取組みに期待したい。



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	<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>「感染対策委員会」を中心に年間研修計画を作成し、研修会の実施やインフルエンザやノロウィルスの感染に関するマニュアルを整備しており、マニュアルの見直しも行っている。今年度より、感染症予防についてシュミレーション形式による研修を実施するなど、全職員に向けた周知徹底が図られている。また、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。</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、職員の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。	a	<p>○食中毒発生時の対応方法や衛生管理についての体制が整備されている。</p> <p>食事については委託業者に依頼しており、衛生マニュアルにより食中毒に対する予防対策や発生時の対応が整備されている。食事はワゴン車を使用して各ユニットに運んでおり、職員が厨房などの衛生区域へ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。</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>○日常生活を通してのリハビリに取り組んでいる。</p> <p>利用者の意向や心身の状態を含めアセスメントを行い、施設サービス計画書に基づき機能訓練を実施している。トイレでの排泄やユニット内を歩くなど、日常生活を通して利用者自身が出来る事は行うように働きかけながら機能の維持及び自立に向けた支援に取り組んでいる。</p> <p>併設事業所の機能訓練指導員から、食事の際の車いすでの姿勢やベット上での体位交換やポジショニング、歩行時の注意点について助言を得たり、判断能力の低下や認知症の症状の変化時には看護職員に連絡するなど、多職種間で協同し取り組んでいる。</p> <p>今後は、訓練を行うことで利用者がどのように変わっていったのかを記録し、利用者一人ひとりの個性を大切にしたい計画書の作成、具体的な実施に向けさらに取り組みを期待したい。</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>○利用者の状態を把握し、自立に向けた移乗・移動の支援を行っている。</p> <p>ユニット内は広く作られており、利用者が移動しやすいようになっている。特別な用具などは使わず、トイレでの立ち座りや車いすからイスへの移乗など、利用者の日常生活を通じたりハビリを実施し自立に向けた支援を行っている。利用者の状態を把握し、イスからの立ち上がり時の声か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。</p> <p>○安全な支援が行われるよう、用具等の点検も含めた取り組みに期待したい。</p> <p>併設事業所の機能訓練指導員から職員に対して移動や移乗時の動作の研修を行ってもらったり、福祉用具の業者を招き福祉用具の使い方の研修などを行っている。これからも、移動や移乗時の介助の仕方など職員間の情報共有を図り、安全な支援が行なわれるようさらなる取り組みに期待したい。</p> <p>また、車いすや歩行器など福祉用具においては、日々のメンテナンスが不可欠である。福祉用具をナンバリングし備品管理台帳を用いるなど、用具の適切な管理及び常時点検できる仕組み作りを行うことが望まれる。</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。	a	<p>○利用者の意向を確認しながら、楽しく参加できるよう工夫し取り組んでいる。</p> <p>毎月の生け花や書道教室などのほか、季節ごとの行事を行うなど、利用者が生きがいや楽しみをもって過ごせるよう取り組んでいる。行事や余暇活動を計画する際は利用者との日々の関わりを通じて意向を聴いたり、行事に参加した時の利用者の表情やしぐさなどから意向をくみ取り次の行事計画へ反映させるなど工夫し取り組んでいる。</p> <p>家族へは、毎月の行事の予定表を送り参加を呼びかけたり、夏祭りや文化祭・「らぁ祭」などの行事やイベントを通じ、家族や地域住民も一緒に参加してもらい楽しめるよう取り組んでいる。</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>新聞は2部定期購読し、2つのユニットに1部ずつ置いて利用者が自由に読めるようにしている。テレビはフロアに共有のものを備え付けている他、個人の持ち込みもできる。施設内は禁煙としており、入所前の訪問の際にそのことを本人・家族へ説明している。</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>以前に、昼食時に決まっていた見たい番組がある入居者がいた際には、他の入居者には職員から説明し理解してもらったことはあるが、テレビの利用方法や嗜好品の使用等について、入居者同士が話し合いで取り決めるような場を設けたことはない。今後、利用者間の話し合いの機会を設けるなど、利用者が主体的となるような取り組みが行われるよう期待したい。</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	○送迎車両の点検を行い、安全に配慮し送迎を行っている。 送迎マニュアルに基づき運転手のほか添乗員を配置するなど、複数の職員が対応し利用者の安全に配慮した送迎に取り組んでいる。送迎用の車両にはステップが備え付けてあるほか、利用者が安全に乗降しやすいよう踏み台を準備している。送迎車両には点検チェック表が備え付けてあり、運転前に車いす等の固定、シートベルト着用等の確認を行っている。
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	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いるほか、送迎時の事故発生時や緊急時対応のマニュアルを整備し各車両に備えるなど、安全に配慮した取り組みが行われている。
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	○安全に送迎が行われるよう職員の状態を確認する仕組みや緊急時等の対応に向け、さらなる取り組みが望まれる。 年1回の職員健診を実施したり、体調不良時には職員間で運転を代わるなど、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。安全な送迎が行われるようチェック表等に基づいて運転員の健康の状態を確認するなど、職員間で適切に確認し合えるような仕組みづくりが望まれる。 また、送迎時の事故発生時や緊急時対応のマニュアルについては、現在、見直しに向け検討を行っているが、マニュアルに沿った緊急時の訓練は行われていない。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を実施するなどさらなる取り組みが望まれる。
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	○建物・設備の点検を行い、利用者が安全に安心して過ごせるよう取り組んでいる。 防災設備や電気設備関係の点検など、定期的に外部業者に依頼し実施しているほか、エアコンや換気扇などの清掃点検等、日頃から備品の点検に努めている。また、各種機械設備復旧作業の手順書・担当者一覧表を作成し、不具合が生じた際にはすぐに連絡し対応している。  ○利用者が個々に落ち着いて過ごせるよう、環境整備へのさらなる取り組みを期待したい。 ユニット内は広々とした造りとなっており、リビングには共有のテレビやソファを置くなど利用者が休めるよう配慮しているが、装飾や家具などの物活用が少なく、殺風景な印象を受けた。また、交流ホールにおいても飾りつけも少なく、利用者がゆっくりとくつろげるような雰囲気は感じられなかった。利用者が過ごす空間を、パブリックスペース（交流ホールや玄関ホールなど地域の方なども含めて誰でもと交流できる空間）、セミパブリックスペース（ユニット間で近所づきあいの交流ができる空間）、セミプライベートスペース（ユニットのリビングなどユニット内で他者と家庭的な交流できる空間）、プライベートスペース（居室など一人になれる空間）と分けて考えるなど、利用者同士が気軽に交流ホールで過ごしたり、個々の利用者が快適に心穏やかに過ごせるよう、利用者の視点に立って環境の改善に向けた検討を行い、各ユニットごとの工夫や具体的な取り組みが望まれる。 また、各居室においても、利用者の今までの暮らしを基に、一人ひとりに応じた家具の配置や装飾品の活用など、その人の生活の場として息づくよう、家族等とも協力しさらなる取り組みを期待したい。

A-3 家族との交流・連携

A-3-(1) 家族との交流・連携確保		
評価細目	評価結果	コメント
A-3-(1)-① 利用者の家族との交流・連携を適切に行っている。	b	<p>○家族への情報提供やわかりやすい説明に向け、工夫して取り組んでいる。</p> <p>年1回、家族連絡会「きずな」を実施し、事業報告と次年度事業計画の説明を行っている。スライドや写真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よう工夫し取り組んでいる。また、家族連絡会でもアンケートを実施したり、面会時に家族から意見や要望を聞くよう努めている。</p> <p>利用者の健康状態について変化があった場合は、家族に電話で連絡したり、面会に来た際に伝えているほか、毎月の行事予定表配布の際、定期的な報告を記載するなど、家族への情報提供及び連携に努めている。</p> <p>○家族に対し定期的な相談の機会を設け、家族と協力して利用者を支える関係づくりが図られるよう期待したい。</p> <p>生活相談員が中心となり、家族からの個別の相談については随時対応しているが、定期的な相談の機会は設けていない。今後、担当者会議開催時などを通じ、家族との定期的な相談の機会を設け、利用者の気持ちに寄り添うケアに向け、家族と協力した関係づくりが図られるよう期待したい。</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。	a	<p>○利用者が主体となって外出や外泊に参加できるよう、工夫し取り組んでいる。</p> <p>市政たよりや地域のボランティアを通じて地域で行われる行事などの情報をリサーチし、利用者が外出先の選択が行えるよう情報提供を行っている。家族には、入居後も無理のない範囲で面会や外出・外泊の協力をお願いし、できるだけ利用者・家族の希望に沿えるよう支援を行っている。利用者に意見や要望を聞き外出の計画を立てたり、利用者の声や表情を次の計画に活かすよう取り組んでいる。</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や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ことを利用者と家族へ説明しており、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。看取りケア開始の際には、医師から家族へ説明し、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、利用者・家族の悔いの残らないよう、都度、意向を丁寧に確認しながら支援に取り組んでいる。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>全室個室のため、付き添いを希望する家族には、部屋にソファを用意する等、家族が付添いしやすい環境も整えている。</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>法人研修や勉強会に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。また、看取りの経験の少ない職員についてはリーダーがアドバイスを行うなど、職員への精神的な支援を行いながら取り組んでいる。</p>
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。		本項目は訪問介護のみ対象