

宮崎県社会福祉サービス第三者評価結果書

評価完了日 令和 2年 3月31日

評価機関 社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会

評価実施期間 令和 元年12月 5日～令和 2年 3月31日

1 第三者評価結果の概要

(1) 施設・事業所情報

施設・事業所名	特別養護老人ホーム永寿園	種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 松木 真一	定員(利用人数)	80
所在地	〒883-0034 日向市大字富高字岩崎 546-1	TEL	(0982) 53-4007
		FAX	(0982) 53-5698
ホームページ	www.himawarikai.or.jp		

(2) 評価結果

① 特に評価の高い点

- 1 指定介護老人福祉施設の人員基準を上回る介護職員、看護職員を配置し、質の高い福祉サービスの提供に努めています。また、終末期の対応については、看取り実施マニュアルが作成され、家族が立ち会える看取り専用の居室が用意されています。
- 2 同じ敷地内にデイサービスセンターや介護支援センター等を併設し、高齢者の地域ケアステーションとして様々な事業を展開しています。また、職員が毎月地域の老人福祉センターに出向いて、高齢者を対象に創作活動やゲーム、各種講座等を開催し、高齢者の生きがい作りを行う「出張デイ」事業により地域福祉の推進に貢献しています。
- 3 法人全体の研修計画を策定し、施設単独での研修会開催や外部研修への派遣など職員の専門性や資質の向上に取り組んでいます。特に、園内研修では、全職員が受講しやすいように同じ内容で時間帯を変えて実施するなどの工夫をこらした研修実施は、質の高い利用者支援を目指した取り組みとして評価できます。

② 改善が求められる点

- 1 中・長期的なビジョンを明確にした中・長期計画が策定されていません。組織として取り組むべき施設の全体的な課題を明らかにした中・長期計画を策定し、単年度計画に反映し、事業を着実に推進することが望まれます。
- 2 毎年、かなりの数のボランティア等を受け入れていますが、ボランティアの受入れに関するマニュアルが作成されていません。思いがけないトラブルや事故の発生を防ぐためにも、受入れ方針を明確化にしてマニュアルを作成することが望まれます。
- 3 苦情解決の仕組みが確立しており、その内容は1階掲示板に掲示していますが、苦情内容及び解決結果等が公表されていません。苦情の有無も含めて「園便り」やホームページで定期的に公表することが望まれます。また、利用者の権利侵害の防止等については、身体拘束廃止マニュアルを定め、研修会を開催するなどの取組に努めていますが、権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行うなど、より一層の取組が望まれます。

③ 評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、社会福祉サービス第三者評価をうけたことで、自事業所の現状が確認できました。利用者を第一にサービスを提供してきたつもりですが、根拠となる書類が不足していたり、マニュアルの更新ができていなかったりと、今後の取り組むべき課題の明確化できました。

また、評価結果を職員が共有することで職員のモチベーションアップにもなったと思っています。

C評価の項目はB評価へ、B評価の項目は、さらに中身の充実へ向けて職員一丸となって努力してまいります。

2 施設・事業所情報

経営法人・設置主体	社会福祉法人 ひまわり会 特別養護老人ホーム永寿園
開設年月日	昭和53年4月1日
理念・基本方針	【理念】 Motto (心構え) 夢を志にそして使命に Mission (事業目的) 生活に新しい価値を創造する Value (大切にしていること) 信頼

	<p>【介護方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. わたしたちは、愛情を持って「あなたらしさ」に寄り添います。 2. わたしたちは、ご利用者とご家族・地域との「架け橋」になります。 3. わたしたちは、気持ちの良い挨拶とともに「安心・安全な暮らし」を提供します。
事業内容	特別養護老人ホーム：従来型40名、ユニット型40名
職員数	常勤職員数 59名 非常勤職員数 6名
専門職	介護福祉士 38名（内1名非常勤職員） 社会福祉士 3名 看護職員 9名 栄養士 1名 歯科衛生士 1名
施設・設備の概要	建物面積 4313.26㎡ 耐火・耐震構造 いずれも基準に対応 建築年 平成27年 居室数 91部屋
特徴的な取組	<ul style="list-style-type: none"> ●平成27年12月に建替を行い、1、2階は従来型、3階はユニット型の個室です。 ●日向市街地の高台に位置し、津波や洪水などの災害の心配はありません。また、自家発電設備も備えていますので、万が一の停電にも対応できます。 ●移乗用リフトも多数導入し、浴槽もリフト付き個浴にするなど、介護機器を有効活用し、職員の腰痛予防対策や利用者の安全な移乗に努めています。 ●多数の有資格を有しています。 ●処遇改善加算や特定処遇改善加算を取得し、職員の賃金の向上に努めています。

詳細は別紙「評価結果表」を参照。

評価結果表（特別養護老人ホーム永寿園）

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・周知されている。

1	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		b
評価コメント	併設しているデイサービス、介護支援センター等を含む地域ケアステーションとして介護方針（基本方針）を策定しています。介護方針は、年度初めの全体研修会及び採用時のオリエンテーションで説明し、利用者・家族に対しては、重要事項説明書に記載して入所時に説明しています。なお、介護方針は施設の人目につきやすい場所へ掲示し、ホームページに掲載するなど広く明らかにすることが望まれます。	

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

2	I-2-(1)-①	評価
事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		b
評価コメント	施設長は日向市の高齢者福祉計画・介護保険事業計画の策定委員であり、地域の各種福祉計画の動向と内容について把握・分析しています。施設利用者の推移、利用率については施設内の情報共有システムに掲載し、主任級職員が常時把握できるよう取組んでいます。	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		b
評価コメント	平成30年度事業で掲げた9項目の重点目標取組結果について、それぞれの成果と反省点を明らかにしています。これらの状況については、経営統括主任会議及び主任級職員参加の企画会議で共有しています。	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

4	I-3-(1)-①	評価
中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		c
評価コメント	中・長期計画は策定していません。福祉サービス、組織体制、経営環境など施設全体としての課題、問題点を明らかにし、その解決に向けての中・長期的な計画を策定することが望まれます。	

5	I-3-(1)-②	評価
中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		c
評価コメント	単年度の事業計画は策定されていますが、中・長期計画を踏まえたものとはなっていません。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	評価
事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		a
評価コメント	事業計画は主任級職員が参画して策定し、年度初めの職員研修会で周知を図っています。事業計画の進捗状況については、毎月の主任会議で確認しています。取組結果については、設定した重点目標ごとに評価を行い、事業の見直しをしています。	

7	I-3-(2)-②	評価
事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		c
評価コメント	利用者・家族等に対する事業計画の全体的な説明はしていません。家族に対しては、利用者の近況を記入して月ごとに送付している「園便り」で次の行事を案内しています。	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

8	I-4-(1)-①	評価
福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		b
評価コメント	サービスの質の向上については、業務内容別にマニュアルを作成するとともに、各種委員会や会議等を通じて具体的な取組がなされています。しかし、施設としての課題等が明確にされていませんので、定期的に評価を行い、課題等を明確にして改善に向けた取組が望まれます。	

9	I-4-(1)-②	評価
評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		b
評価コメント	日常の支援場面で気づいたことや問題点等については、伝達ノートを通じて職員間で確認できています。また、定期的開催されている委員会や会議の場で協議・検討され、その結果も共有されています。しかし、これまで自己評価がされていないので、今回の第三者評価の結果を踏まえ、更なるサービスの向上を期待します。	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

10	II-1-(1)-①	評価
管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		C
評価コメント	年度初めの職員全体研修会において、施設の方針、目標等を提示していますが、施設長として広報紙等での表明はされていません。職務分掌については運営規程に定められていますが、具体的な職務内容については従前の職務分掌表が踏襲されています。新たに分掌表を作成のうえ、自らの役割と責任を含む職員の職務分掌について明確にし、施設長の職務代理者についても、あらかじめ定めておくことが望まれます。	

11	II-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	法令遵守に関する研修には積極的に参加するとともに、制度改正の際は情報収集に努め、法令遵守に取り組んでいます。	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	II-1-(2)-①	評価
福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。		b
評価コメント	主任級職員とは定期的な個別面談を行い、意見・要望を福祉サービスの向上に反映できるよう取り組んでいます。部内研修については、職員自身が主体となって研修が行える環境づくりを進めています。	

13	II-1-(2)-②	評価
経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。		b
評価コメント	介護職員の負担軽減と利用者しやすいサービスを提供するために、多数の移動用リフトの購入、個浴用浴槽リフトの配備など、介護機器の充実に取り組んでいます。また、本年度の職員研修では、中堅職員研修会の実施を重点に取り組んでいます。	

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

14	II-2-(1)-①	評価
必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		b
評価コメント	介護職員数、看護職員数ともに指定基準を上回る職員数を確保し、有資格者を多数雇用して、より手厚い福祉サービスに努めています。職員募集ではホームページ上に給与シミュレーションや職員の声を掲載するなど工夫しています。しかし、厳しい雇用環境の中で短期間勤務の離職者も多く、人材の確保、定着・育成等についての具体的な計画を立てて取り組むことが望まれます。	

15	II-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		b
評価コメント	求める職員像については文書化して職員に明示しています。また、定期的な面談により職員の意向を把握しています。給与については、ホームページの採用情報で職種、勤務年数に応じてシミュレーションした給与予想額を閲覧できるようにしており、透明な運営に努めています。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	II-2-(2)-①	評価
職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		b
評価コメント	年2回、施設長が主任級職員の個別面談を行い、主任級職員が一般職員の個別面談を行っています。また、全職員に対してストレスチェックを実施して、その結果を本人にフィードバックしています。新規採用職員に対しては、5日の特別休暇を付与する制度を創設して休暇を取得しやすい職場づくりに努めています。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17	II-2-(3)-①	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		b
評価コメント	三項目からなる「求める職員像」を職員に明示し、この職員像の中から各職員が目標を選定しています。施設長が主任級職員を対象に面談し、主任級職員が一般職員と面談して各人の目標達成状況を確認しています。年2回の面談を実施していますが、年4回の実施を目指しています。	

18	II-2-(3)-②	評価
職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		b
評価コメント	併設するデイサービス等を含む「地域ケアステーション」として研修計画を策定しています。「キャリア段位制度の理解」と「福祉人としての資質の向上」を研修目標に掲げ、各月ごとにテーマを設定して研修会を開催しています。なお、研修内容についての評価・見直しをしていませんので、研修成果の評価・分析を行い、次の研修計画に反映することが望まれます。	

19	Ⅱ-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	評価
			a
評価コメント	新任職員に対しては担当者を決めて個別的な研修を行い、3か月経過後レポートの提出を求めるなどの取組を行っています。外部研修については、人手不足の中で参加者が限られますが、関係機関・団体の主催する各種研修会に参加しています。		

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

20	Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	評価
			b
評価コメント	策定している介護実習受入・指導マニュアルをもとに実習生を受け入れています。実習生の学校が主催する実習指導者会議にも参加して情報を共有しています。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

21	Ⅱ-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	評価
			b
評価コメント	現況報告、決算情報についてはホームページで公開しています。理念、介護方針については、職員向けの資料や重要事項説明書、施設案内チラシ等への掲載に留まっていますので、ホームページ、広報紙等の手段で地域や関係機関・団体に広く情報提供することが望まれます。		

22	Ⅱ-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	評価
			b
評価コメント	経理規程を定め、規程に則った事務執行に努めていますが、具体的な職務について平成29年度以降の職務分掌表が作成されていません。現在の職員配置に応じた職務分掌表を早急に作成して各職員の職務を明確にし、適正な運営に努めることが望まれます。財務については税理士が関与し、公正な運営に努めています。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

23	Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	評価
			b
評価コメント	地域への社会参加活動を積極的に行う旨就業規則に規定しています。施設で開催している納涼祭には地域住民を招いており、利用者が施設外での社会資源を利用して外食する機会も設けています。		

24	Ⅱ-4-(1)-②	ボランティア等の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。	評価
			C
評価コメント	地元ボランティアグループ、中・高校、幼稚園からボランティア等を受け入れ、中学校の職場体験後の意見交換へも職員を派遣しています。しかし、ボランティアの受入れや学校教育等への協力についての方針や具体的な対応に関するマニュアルが作成されていません。受入れ方針を明確にしてマニュアルを作成することが望まれます。		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	Ⅱ-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	評価
			b
評価コメント	地域の医療機関や福祉関係機関・団体、ボランティア団体その他、施設の関係する社会資源についての連絡先や資料を備え、必要に応じて連携をとっています。また、日向市社会福祉施設等連絡会に加盟して研修会に参加するほか、宮崎県老人サービス協議会県北ブロックの主催する各職種ごとの研修会や球技大会にも参加して連携を深めています。		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	評価
			b
評価コメント	職員が地域に出向いて実施している「出張デイ」で高齢者と交流する中で、地域の福祉ニーズや課題を把握しています。また、施設長が日向市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定委員、その他職員2名が同市の介護認定審査会の委員として参加して福祉ニーズや課題の把握に努めています。		

27	Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	評価
			a
評価コメント	地域貢献事業として、富高地区の高齢者を対象にほぼ毎月「出張デイ」を開催し、創作活動や防災・食中毒講座等を実施しています。施設が高台にあることから、災害避難所に指定されている中学校から直接施設へ登れる避難路を造設し、また、風雨が強い日に地域住民の避難があった際には、施設に宿泊させる支援を行うなどの活動に取り組んでいます。		

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。

28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	評価 b
評価コメント	経営理念に人権を守ることを明示し、介護方針では利用者を尊重する趣旨の規定を設けて職員研修で理解を深めています。運営規程にも利用者尊重について規定していますが、具体的な実践に当たっての手順書等を整備して、さらにサービスの質の向上を図ることが望まれます。	

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	評価 b
評価コメント	利用者のプライバシー保護については、就業規則のほか、入浴マニュアル、排せつ支援などプライバシーに配慮した福祉サービスが必要なマニュアルにおいて規定し、これらマニュアルに基づいたサービス実施に努めています。	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	評価 b
評価コメント	ホームページを作成して施設内の状況を写真も掲載してわかりやすく紹介しています。地域ケアステーション永寿園として運営しているほかの福祉施設も含まれたチラシも作成していますが、限られた場所にのみに置いてありますので、広く情報を提供するために、公共施設その他多くの人が手にできる場所にも置くことが望まれます。	

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	評価 b
評価コメント	入所の際は利用者本人・家族同席の上で重要事項説明書に従って説明し、利用者が同意した署名を得ています。利用者本人が意思決定困難な場合は、家族の同意・署名を得ています。サービス変更の際にも変更内容を説明し、同様の取扱いをしています。なお、サービス開始・変更時には利用者や家族が理解しやすいような工夫や配慮を行うことが望まれます。	

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等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。	評価 b
評価コメント	利用者が退所する場合、利用者の状況に応じて医療機関や福祉サービスの提供者を紹介することを重要事項説明書に明記し、円滑に退所できるよう支援しています。退所後も主任級職員が相談に応じていますが、退所後の相談方法や担当者について文書を渡して説明することが望まれます。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	評価 b
評価コメント	以前は利用者・家族に対するアンケートを実施して利用者満足の状況を把握したり、家族に食事を提供して意見を聴取していましたが、現在は実施していません。利用者・家族の満足状況を把握して、満足度を向上させていく方策を講じることが望まれます。	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	評価 c
評価コメント	苦情解決責任者（施設長）、苦情受付担当者（統括主任）、二人の第三者委員を設置し、苦情解決の仕組みについて1階掲示板に掲示しています。苦情の申し出については、各エレベーター前に記入用紙を備えています。なお、苦情内容及び解決結果等が公表されていませんので、公表が望まれます。	

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	評価 b
評価コメント	利用者・家族等からの相談についても苦情と同様にお客様相談窓口を設け、統括主任を担当者として対応しています。窓口の設置、担当者、受付時間については重要事項説明書にも記載し、契約時に説明しています。	

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	評価 b
評価コメント	利用者からの相談・意見・要望については、職員が連絡ノートに記録するほか、パソコン上のシステムで主任級以上の職員が閲覧できるようにしています。内容検討後は利用者に速やかに回答するよう努めていますが、一連の手順についてのマニュアル等が策定されていませんので、策定することが望まれます。	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	評価 a
評価コメント	介護事故対応マニュアルが作成されています。また、年2回のリスクマネジメント研修や事故発生時の対応研修、危険予知研修会への参加等、安心・安全なサービスの提供に取り組んでいます。なお、事故・ヒヤリハット報告書には発生時の状況や対応の他、関係者とのミーティングによる原因の分析や改善策等の協議結果が記録されており、その結果は職員にも周知されています。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		b
評価コメント	衛生管理（感染症・食中毒）マニュアルが整備され、毎年2回の感染症に関する研修会を実施しています。また、3か月おきに感染症対策委員会を開催し、季節に応じた予防策について利用者及び職員に注意喚起するとともに、食事前には必ず手指消毒を行うなど発生予防に努めています。	

39	Ⅲ-1-(5)-③	評価
災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		b
評価コメント	毎月、火災や地震、津波等様々な場面を想定した避難訓練を実施し、終了後は反省会を行いその結果等は記録され、職員に周知されています。また、大規模災害を想定した連絡訓練では、施設職員に加え法人内の他施設職員にも連絡し、施設に集合する訓練も行われています。食料品の備蓄や自動発電設備も設置されています。なお、消防計画は作成されていますが、防災・避難訓練マニュアルの作成が望まれます。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 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。

40	Ⅲ-2-(1)-①	評価
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
評価コメント	勤務パターンや職種ごとに標準的な業務手順書は作成されており、業務遂行に必要なマニュアルは別途作成されています。職員への周知は、「伝達ファイル」「伝達ノート」によって行われており、また、職員の理解、資質向上を図るための研修が実施されています。標準的な実施方法については、定期的なケア会議の中で確認、検討がされています。	

41	Ⅲ-2-(1)-②	評価
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
評価コメント	利用者や職員からの意見等は、ケア会議や各種委員会に出され、ケアプランの評価・見直しの参考にしていきます。業務手順書については、最近一部見直しが行われていますが、全てのマニュアルの見直しまでは至っていません。	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	Ⅲ-2-(2)-①	評価
アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。		a
評価コメント	契約時に利用者の生活状況、心身の状況、健康状態、嗜好状況、家族の意向や要望等を聞くとともに、医療機関や前施設からのサマリー等を参考にしてアセスメントを行い、ケア会議で協議、検討されケアプランが作成されています。なお、ケアプランについては、利用者、家族に説明され、書面で同意が得られています。	

43	Ⅲ-2-(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。	評価 b
評価コメント	ケアプランはケア会議において6か月おきに評価、見直しが行われています。緊急な場合の見直しの仕組みは整っていませんが、関係職員で協議、検討して適宜変更されています。見直したケアプランの内容は利用者、家族に説明し同意を得るとともに、職員は共有フォルダで確認できるようになっています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44	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、職員間で共有化されている。	評価 b
評価コメント	「記録に関するマニュアル」に具体的な記録内容や記録者が決められており、様式も統一されています。日々の記録は、食事状態、健康状態、排せつ状態、睡眠状態等について1か月間のまとめが記録されています。記録や必要な情報は共有フォルダや伝達ノートの活用で共有化が図られています。	

45	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。	評価 b
評価コメント	個人情報管理規程を定めるとともに、就業規則にも守秘義務や情報管理等についての規定が設けられています。個人情報の取り扱いについて利用者や家族に対しては、契約時に重要事項説明書で説明するとともに、施設の中にも概要が掲示されています。	

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

46	A-1-(1)-① 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。	評価 b
評価コメント	利用者一人ひとりの状況・生活リズムに配慮した支援（食事・入浴・排せつ等）が行われています。利用者の意見や希望を聞きながらアクティビティ活動の実施（書道教室への参加、絵描き、計算遊び等）やユニット内で出来る役割の提供（洗濯物たたみ、テーブル拭き）等、出来るだけ活き活きした生活ができるよう工夫しています。なお、毎月アクティビティ参加表を作成し、午前・午後の参加状況を記録しています。	

47	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	評価 評価外
評価コメント	評価外	

48	A-1-(1)-①	評価
利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。		評価外
評価コメント	評価外	

49	A-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	<p>日常の支援（食事の前後、入浴、排せつ、移動等）の場を利用者との会話の機会と捉え利用者の気持ち・要望等の傾聴に心がけています。介護方針のひとつに「気持ちの良い挨拶」を掲げており、毎年接遇研修が行われています。また、接遇や支援内容等に関して委員会等で出された意見や課題（スピーチロック）等は会議録や伝達ノートで職員に周知され、情報が共有されています。さらに、対話支援機器を導入し、利用者との意思疎通を図りやすくするなどの工夫がされています。</p>	

A-1-(2) 権利擁護

50	A-1-(2)-①	評価
利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		c
評価コメント	<p>身体的拘束廃止マニュアルを定め、身体拘束原則廃止のケアに取り組んでいます。やむを得ない場合の具体的な対応・手順についても明記されています。また、身体拘束廃止や高齢者虐待防止研修会の開催、3か月おきに身体拘束廃止委員会を開催し、出された意見等は職員に周知されています。</p>	

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

51	A-2-(1)-①	評価
福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		b
評価コメント	<p>全室個室でユニット間の往来もスムーズにできるような構造になっています。ベランダは回廊式で散歩等が出来るように工夫されています。居室入口は、戸建て住宅の玄関風で靴箱が配置されていたり、利用者の馴染みのものや写真等が飾られています。園内の清掃は外部業者に委託しており、清潔で衛生的な生活環境が保たれています。</p>	

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

52	A-3-(1)-①	評価
入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	<p>入浴マニュアルが作成されており、入浴設備も個浴（チェアー浴）と特浴（寝台浴）が整備されています。浴室の入り口には入浴者の名札があり、そこに注意すべき事項を記入したメモを付けておくなどの配慮が見られます。また、入浴の際は必ず看護師が入る事になっており、皮膚の状態や全身の観察を行っています。</p>	

53	A-3-(1)-②	評価
排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		b
評価コメント	排せつ支援マニュアルが策定されており、利用者のプライバシーに配慮した排せつ支援が行われています。また、24時間記録の排せつチェック表には、個々の排せつパターンが記録されており、トイレ誘導やおむつ交換等一人ひとりの状況に応じた支援が行われています。さらに、トイレの構造は可動式の手すりや立ち上がりリフトを導入するなど、利用者が可能な限り自力で安心・安全な姿勢を保持できるよう配慮されています。	

54	A-3-(1)-③	評価
移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		b
評価コメント	ユニット間の往来もスムーズにできるような構造で、バリアフリーや手すり等のハード面の整備も整っています。車椅子や歩行器等の福祉機器を有効に活用することで、利用者の安心・安全な移動とともに職員の負担軽減にも心がけています。	

A-3-(2) 食生活

55	A-3-(2)-①	評価
食事をおいしく食べられるよう工夫している。		b
評価コメント	調理業務は外部業者に委託していますが、毎月、栄養管理委員会が開催されています。委員会は、施設の介護主任、副主任、栄養士、業者側の栄養士数名で構成されており連携が図られています。献立は、検査者の意見や利用者の意向等を考慮して、行事食やバイキングなど工夫しながら作られています。食事は温冷提供でその日の献立は、食堂のボードに大きな文字で書かれており、配膳時には口頭で説明されています。	

56	A-3-(2)-②	評価
食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		b
評価コメント	食事支援マニュアル・食中毒防止マニュアルが作成されています。年2回の栄養ケアの研修に加え、毎月、栄養管理委員会を開催しており、利用者の状況に応じて水分量やとろみの程度を調整するなど個々に栄養ケア計画が作成されています。なお、利用者の嗜好等については契約時のアセスメントの際に確認しています。	

57	A-3-(2)-③	評価
利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		b
評価コメント	毎年2回の口腔ケア研修会を実施し基礎的知識や技術の習得に務めています。歯科衛生士の資格を有している職員を中心に口腔ケアが行われています。また、摂食・嚥下障害時の訓練も行われており口腔ケア、嚥下時の事故防止に配慮した支援が行われています。	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

58	A-3-(3)-①	評価
褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		b
評価コメント	褥瘡予防マニュアルを作成し、年2回の褥瘡予防研修が実施されています。体位変換や入浴、排せつ時の身体状況の観察等を通じて皮膚トラブルの有無・程度等が確認され、その内容は申し送りや伝達ノート等で職員に共有されています。また、月1回、皮膚科医が来園しての診察のほか、褥瘡の予防・早期発見・早期対応等について毎月開催の看護会議や3か月おき開催の褥瘡対策会議で協議・検討されケアプランに反映されています。	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

59	A-3-(4)-①	評価
介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		非該当
評価コメント	評価外	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

60	A-3-(5)-①	評価
利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。		b
評価コメント	専任の機能訓練等職員は配置されていませんが、介護職員等が中心となり、生活の中(ベランダ散歩・トイレ移動・タオルたたみ・食器の蓋とり等)やアクティビティ活動への参加を促すことで介護予防につなげています。	

A-3-(6) 認知症ケア

61	A-3-(6)-①	評価
認知症の状態に配慮したケアを行っている。		b
評価コメント	利用者一人ひとりの生活能力をこまめに把握してアセスメントを行い、ケアプランが立てられています。園内での認知症研修、2週間の認知症専門研修に職員を派遣し、終了後は他の職員へ周知する機会を設けるなどケアの向上を図る取組が行われています。また、認知症高齢者介護マニュアルが作成されており、行動や心理症状のある利用者については、申し送りや伝達ノートを活用して職員間で情報の共有を図るとともに、嘱託医、精神科医等との連携を図りながら適切な支援に努めています。	

A-3-(7) 急変時の対応

62	A-3-(7)-①	評価
利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。		b
評価コメント	緊急時の対応については就業規則に記載され、緊急時対応マニュアルが作成されています。定期的に救急法研修(外部講師)、事故発生時対応研修、KYT研修(危険予知トレーニング)等により、利用者の体調等の変化の兆候を把握するための取組が行われています。また、投薬の際は名前を読み上げて行い、施行者と確認者が書面にサインして二重にチェックし誤薬等の防止に努めています。なお、酸素吸引設備のある居室(4室)も整備されています。	

A-3-(8) 終末期の対応

63	A-3-(8)-①	評価
利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		a
評価コメント	終末期の対応については、看取り実施マニュアルが作成されています。契約時に家族に内容や手順等を説明し確認書を徴していますが、実際にその時を迎えた際には、嘱託医から家族に説明がされ、家族の意向を尊重しながら、関係職員で看取り看護カンファレンスを行ってプランを作成し、ケアが行われています。家族が立ち会える看取り専用の居室も用意されています。なお、職員に対しては定期的にターミナルケア、看取りについての精神的ケア等に関する研修が行われています。	

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

64	A-4-(1)-①	評価
利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		b
評価コメント	毎月「園便り」が送付されています。これは個々人の家族向けで、担当者のコメント、看護師による健康状態の報告に合わせて、利用者の近況が写真入り（5～6枚）で報告されています。また、ケアプランの作成や見直し時に家族の意向や要望を聞いたりしています。なお、日ごろの面会や施設の行事（敬老会や納涼祭）には参加の案内を行い、利用者とのつながりが持てるよう配慮しています。	

A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

65	A-5-(1)-①	評価
安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。		評価外
評価コメント	評価外	