

福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

名 称	公益社団法人 福岡県社会福祉士会		
所 在 地	福岡市博多区博多駅前 3-9-12		
T E L	092-483-2944	F A X	092-483-3037
評価調査者 登録番号	07-a00003、15-b00104		

【福祉サービス施設・事業所基本情報】

◆経営法人・設置主体

法 人 名 称	しゃかいふくしほうじん じあいかい		
	社会福祉法人 慈愛会		
法 人 の 代 表 者 名	ひらた まきお	設立年月日	昭和・平成 46 年 6 月 14 日
	平田 牧男		

◆施設・事業所

施 設 名 称	ようごろうじんほむ しのはらのさと	施 設 種 別	養護老人ホーム
	養護老人ホーム 篠原の里		
施 設 所 在 地	〒819-1129 福岡県糸島市篠原西2丁目13番13号		
施 設 長 名	たなか ひでき	開設年月日	昭和・平成 20 年 4 月 1 日
	田中 英樹		
T E L	092-322-2429	F A X	092-322-6511
E メール アドレス	shinoharanosato@jiaikai-fuk.or.jp		
ホームページ アドレス	http://www.jiaikai-fuk.or.jp		
定 員 (利用人数)	50(名)・世帯(現員 46(名)・世帯) ※該当を○で囲む		
職 員 数	常勤職員： 10名	非常勤職員： 3名	
専 門 職 員	管理栄養士 1名	精神保健福祉士 1名	介護支援専門員 4名
	社会福祉士 4名	介護福祉士 7名	看護師、准看護師各2名
施 設 ・ 設 備 の 概 要	居室 50室	食堂	大浴室 2ヶ所
	個浴 2ヶ所	静養室	エレベータ

◆施設・事業所の理念・基本方針

理 念	<p>私たち一人ひとは、愛されるものとして存在している。 私たちは、利用者一人ひとりを大切な独自の存在として尊重しなければならない。 それは、利用者に係る職員が、先ず心を開いて自分があるがままに受け入れ、生命を与えられたことに感謝し、同時にお互いをひとりの大切な人として認め合うことから始まる。 私たちは、ひとりの人から、ひとりの人へという触れ合いを、何よりも大切にしたい。</p>
基 本 方 針	<p>個人のニーズを尊重した生活を行い豊かな生活を応援します。</p>

◆施設・事業所の特徴的な取組

<p>「あきらめず、まず実践」を合言葉に、利用者・職員ともにチャレンジ精神で取り組むのが施設の方針です。それぞれに様々な課題を抱える利用者に向き合った支援となるよう努めています。</p> <p>篠原の里では、利用者のニーズに応じて社会とのつながりを保つ活動に力を入れています。例えば、地域の行政区の活動として、小中学生の下校時の見守り活動や清掃活動等に利用者が参加しておられます。自立した日常生活を送っていただくためにも、それぞれのできる範囲で役割を担っていただくことを重視した支援を行っています。</p> <p>また、職員と利用者との共同作業を通じて、お互いを知る機会とし、信頼できる関係の構築に努めています。</p> <p>また、地域とのつながりを重視し、地域との関係構築を進めています。毎年実施している合同防災訓練には地域住民や消防団の参加をいただき、地域の中の施設としての意識を高めることができています。</p> <p>平成27年に全面改築を行い、全室個室化されたことでプライバシーを守りながらご自身のペースでゆったりと過ごしていただける環境を確保することができました。法人の基本理念である「一人ひとりを大切に」の視点を大切に、職員ともども施設としても成長できるよう、日々取り組んでいます。</p>

◆第三者評価の受審状況

評価実施期間	契 約 日	令和2年 5月 1日
	訪 問 調 査 日	令和2年10月29日 10月30日
	評価結果確定日	令和3年1月18日
受審回数（前回の受審時期）		今回の受審：3回目（前回 平成28年度）

【評価結果】

1 総 評

(1) 特に評価の高い点

1、福祉人材の育成と職員の質の向上について

○「期待される職員像」が明文化され、キャリアパスの仕組みがあり、人事考課体制が確立しています。それを、キャリアデザインハンドブックとして職員に配布して周知ができています。職員は明確な目標をもって働くことができます。

2、地域の福祉向上の取り組みについて

○篠カフェ（認知症カフェ）、地域の避難所として市、自然災害緊急一時避難所として地区の自治会と協定を結ぶなど地域の社会資源としての役割を果たしています。

○ライフレスキュー事業として定期的なホームレスの炊き出し支援、生活困窮者支援を行っているほか、地域貢献活動として、小学生の下校時の見守りや定期的な海岸清掃活動を行っています。

3、利用者の生活支援について

○利用者との意見交換会が毎月行われ、日々の支援でも声掛けを多くするなどの取り組みが行われ、相談や意見が述べやすい環境になっています。

○自立支援計画に位置づけられた利用者の心身の状況に応じた支援が行われ、プライバシーに配慮した支援が行われています。

(2) 改善を求められる点

○法人内で中長期の事業計画や、研修計画が立てられています。措置施設としての養護老人ホームの今後の在り方を見通すのは難しいと思いますが、篠原の里の具体的目標が設定され、それが数値化されることを期待します。

○日々の支援で利用者の話をよく聞き、利用者の訴えを受容する姿勢でのコミュニケーションに努められています。認知症の研修が新任研修で行われていますが、全職員への研修が実施されることを期待します。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

○地域に開かれた施設を目指し、地域公益活動への取り組みをすすめてきました。その中で特に力を入れているのは、利用者も地域社会とつながる活動を担っていただくことです。今後も地域と連携を深めていきたいと考えています。

○職員の資質の向上に向け、権利擁護や認知症、その他利用者への支援方法についての研修の充実を図っていきます。一人ひとりの職員の力を底上げすることで、様々な場面やニーズに対応し、利用者に安心して生活いただける施設にしていきます。

○セーフティーネットとしての社会的役割を果たせるよう、今後も措置元や各種関係先との連携を図っていきます。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果（別添）

【共通評価項目による評価結果】

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
項目	評価	コメント	
1	I-1-1 (1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a ○理念、基本方針が事業計画書に明記され、ホームページに記載されています。 ○期待される職員像と実践へのキーワードで職員に明示しています。理念についての説明文を職員会議で読み合せています。 ○意見交換会で利用者と共に唱和しています。 ○キャリアデザインハンドブックに理念を明記して職員に配布しています。

I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	I-2-1 (1)-①	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。	a ○社会福祉事業全般について幹部会議等で議題にあげ確認しています。 ○管理者は老施協や経営協などの研修への参加で社会福祉事業の動向等を把握し、行政の担当者や地域の役員と連携して地域のニーズ等の把握に努めています。また社会福祉のサービスに関するデータは毎月報告書を作成して共有が図られています。
3	I-2-1 (1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a ○経営課題について、幹部会議で議題として取り上げています。 ○経営状況を分析した結果は職員会議で周知し、職員間で検討されています。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 (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)-①	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。	b ○慈愛会ビジョン2020を作成し、中・長期の視点で法人の運営方針を明記しています。 ○経営方針もビジョンの実現に向け作成され、10年ごとに作成されるビジョンも途中で必要に応じて変更されています。 ○篠原の里の数値目標や具体的成果を設定することにより実施状況の評価が行える内容になることを期待します。
5	I-3-1 (1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a ○事業計画は中・長期計画を踏まえた経営方針と連動するように作成されています。 ○事業計画は中・長期の進捗状況を反映して策定され評価・見直しの仕組みがあります。
I-3-2 (2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-2 (2)-①	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 ○事業計画は職員会議で進捗状況の確認をして必要に応じて見直しがされています。 ○職員の意見や利用者の希望等も検討され、また全職員が策定に参加して、組織的に検討されています。 ○職員会議で周知されています。
7	I-3-2 (2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ○毎月の利用者との意見交換会で事業計画書を配布して説明されています。 ○広報誌に掲載、掲示物として掲示されています。

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	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 ○第三者評価を定期的を受審しています。 ○組織的に福祉サービスの向上に取り組んでいます。 ○定期的な自己評価を行うことでさらに福祉サービスの向上が図られると思いますので、年1回以上の自己評価が期待されます。
9	I-4-(1)-②	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 ○第三者評価を受審して自己評価を行い、改善点について事業計画に盛り込んで取り組んでいます。 ○職員研修会で議題に取り上げ検討しています。 ○改善策や改善の実施状況の評価をして、改善計画の見直しを行うことが期待されます。

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	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。	a ○管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針を明確にして、広報誌等にも掲載しています。 ○役割と責任は職務分掌で文書化されています。 ○有事における役割と責任が明示され、不在時の対応も明確です。
11	II-1-(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 ○管理者は、法令等を遵守するとともに、外部の研修会にも積極的に参加しています。 ○遵守すべき法令はリスト化され職員会議等で周知されています。
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	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。	a ○管理者は主任者会議等でサービスの質の向上のための具体的検討や提案を行っています。 ○職員は階層別の法人内研修、職場内研修、外部の研修に計画的に参加しています。
13	II-1-(2)-②	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。	a ○管理者は財務管理やサービスの状況を把握して、職員会議や主任者会議等で改善に向けた取り組みについて説明して指導力を発揮しています。 ○管理者は毎月の月次報告で経営管理を行っています。

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	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 ○福祉人材の確保と育成に関する方針が確立していません。 ○同一地区の法人内施設と連携して採用活動を行い、必要な人材の確保ができています。 ○法人内での連携がありますが、篠原の里独自の計画が作成されることが望まれます。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a ○法人内に人事考課制度があり、半期ずつの評価が行われています。 ○法人内にキャリアパスが構築されています。目標を持った働き方ができます。 ○期待する職員像が明確にされています。

II-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-2 (2) -①	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組んでいる。	a ○職員に就業についての意見や希望についてのアンケートを実施しています。有給休暇の取得状況について取りまとめを行い、取得の少ない職員への声掛けを行っています。 ○定期的に管理者と職員の面談を実施して職員の意見を聞いています。
II-2-2 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	II-2-2 (3) -①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ○職員一人ひとりに目標を設定して、振り返りや新たな目標設定に利用されています。またその目標は人事考課制度と連動しています。 ○期待する職員像が明確にされています。
18	II-2-2 (3) -②	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。	a ○法人として、理念に基づいた「期待する職員像」を明確にしています。 ○法人単位で階層別研修を実施しています。 ○必要な専門知識を身に着けるため外部派遣研修を利用しています。 ○法人内に研修部会が組織され、キャリアステージに応じた研修が計画・実施されています。
19	II-2-2 (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。	a ○職員のキャリアステージに合わせて、入社時から研修が実施されています。キャリアステージごとの研修は法人にて計画実施しています。 ○外部研修は、個別に選定して推奨しています。 ○職員一人ひとりが教育・研修の場に参加できるよう配慮されています。
II-2-2 (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-2-2 (4) -①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a ○実習生への教育・育成に関しては段階に応じてマニュアルが作成されています。 ○学校と連携して実習プログラムを作成したり、実習指導教員と情報共有を行い、より良い実習ができるよう配慮しています。 ○実習生担当のフォローアップ研修を受講しています。

II-3 運営の透明性の確保

II-3-1 (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) -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。	a ○法人や施設についての情報は随時ホームページに情報公開されています。 ○法人や施設の理念・基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人の存在意義や役割を明確にするように努めています。
22	II-3-1 (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。	a ○年に2回外部監査（公認会計士事務所）にて、財務管理、事業の経営管理についての検証を実施しています。 ○経理担当者も専門職から公正な業務を行うための助言を受け、実務に生かしています。 ○事務・経理・取引等について内部監査で定期的に確認されています。

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-1 運地域との関係が適切に確保されている。			
23	II-4-1-1-①	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。	a ○法人及び施設の運営方針や事業方針に地域との関わり の基本的な考えが明示されています。 ○年2回の環境美化活動への参加、小中学生の下校時 の見守り活動。海岸線清掃への参加等が行われていま す。 ○地域の商店からの利用者の物品購入等の買い物の機 会の提供があります。 ○地域交流事業（しのカフェ）、ライフレスキュー事 業としてホームレス支援、生活困窮者支援が行われて います。
24	II-4-1-1-②	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。	a ○ボランティア受け入れはマニュアルに基本姿勢が明 示され、クラブ活動や行事で受け入れがあります。導 入時は個人情報の取り扱いの説明がなされています。 ○中学生の職場体験の受け入れがあり学校教育への協 力ががあります。
II-4-2 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-2-1-①	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。	b ○関係機関、ボランティア、地域の社会資源などを一 覧表にリスト化して職員会議で周知しています。 ○各機関とも連絡を取り合い、必要な連携を行って います。 ○職員会議で説明するなど、職員間の情報の共有がよ り図られることを期待します。
II-4-3 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-3-1-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元してい る。	a ○地域交流室を地域のサークル活動や会合の場所とし て提供しています。 ○災害時の福祉避難所及び、地域の避難所として協定 を結んでいます。 ○事業計画の中で地域での活動が明示されその実現へ 向けて取り組みが行われています。
27	II-4-3-1-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行 われている。	a ○施設の専門職を活用し、認知症カフェを開設し、地 域に参加を促しています。 ○地域の連絡調整会議、生活困窮者自立支援会議、社 会福祉協議会、民生委員・児童委員との定期的会議 に出席して地域のニーズを把握する取り組みが行われ ています。

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-1-1-1-①	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。	a ○法人の理念や基本方針の職員への周知と職員行動 指針を策定し、利用者を尊重した福祉サービスへの 取り組みが行われています。 ○基本業務マニュアルの中に利用者を尊重した支援 方法が明文化され、全職員へ研修を行い周知を図っ ています。
29	III-1-1-1-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福 祉サービス提供が行われている。	a ○利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する規程 及びマニュアル等が整備され、全職員に研修を行い周 知を図っています。 ○基本業務マニュアルが策定され、サービスの場面ご とにプライバシー保護に配慮した支援が行われていま す。 ○施設長はSNSに関するプライバシーの侵害について も職員に指導し、ネット上の確認なども自ら行って 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。	a ○施設の情報はホームページの作成、公共施設へのパンフレットの配布等で提供しています。 ○利用希望者にはパンフレット等で説明し、見学者等には丁寧に対応しています。
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。	b ○サービスの開始や変更の際はパンフレット等で内容の説明を行い、利用者の同意を得ています。 ○サービスの説明は健康管理、日常生活、食事、施設の行事や成年後見制度等に関することなど具体的にを行っています。 ○意思決定が困難な利用者にも分かりやすい説明の工夫が行われていますが、説明にあたってルールやマニュアル化まで至っていません。
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。	b ○事業所の変更や家庭への移行などの福祉サービスの変更時は、利用者が継続したサービスが受けられるように、関係機関等と事前協議を行っています。 ○相談員により、サービスの利用が終了した後も、利用者や家族が相談できるように取り組んでいます。相談の方法等については口頭で説明されていますが、文書での説明が望まれます。
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。	a ○年2回の利用者満足度調査を実施し、調査内容を検討し、内容及び検討結果は全職員に配布し周知しています。 ○満足度調査の内容や検討結果は、意見交換会や掲示などで利用者や家族等に報告しています。
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。	a ○苦情解決のための仕組みが構築され、意見交換会や施設内の掲示にて利用者や家族に周知しています。 ○毎月の利用者との意見交換会や意見箱に入っている意見、要望等について検討する仕組みがあり、必要時は第三者委員会への報告する手順等が定められています。 ○苦情内容及び解決結果は、意見交換会や施設内掲示で公表し、職員会や事業報告書等で職員にも周知しています。
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。	a ○相談室が設置され全室個室対応のため、いつでも相談できる環境が整っています。 ○利用者との意見交換会を毎月開催し、日々の支援でも声掛けを多くするなどの対応が取られており、相談や意見が述べやすい環境になっています。
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。	a ○利用者からの相談や意見に対しては、対応マニュアルにそって対応しています。マニュアルの見直しについては職員会議で検討されています。 ○利用者からの意見は、日々のサービス提供で利用者への声掛けなどで意見を述べやすい配慮が行われ、意見箱や意見交換会などで把握する取組を行っています。 ○利用者からの意見や相談については、検討内容について公表しています。

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。	a ○施設長はリスクに関する情報の管理を行い、リスクマネジメントのための委員会設置やマニュアルを整備し、職員に周知する取組を行っています。 ○事故対策委員会を中心に、事故報告書やヒヤリハット報告の事例の収集を行い、現状の課題や対策について職員に周知しています。
38	Ⅲ-1-(5)-②	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。	a ○感染症マニュアルが整備され、看護師が感染症対策の責任者として明示されています。 ○感染症の予防や安全確保の職員研修が実施され、利用者に対しても意見交換会などで説明しています。 ○感染症予防のポスターがイラスト入りで施設内に掲示され、感染症予防の啓発が行われています。
39	Ⅲ-1-(5)-③	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。	a ○防災委員を中心に年2回の避難誘導訓練と消防設備の自主訓練が行われており、地域の消防団や住民との合同訓練も実施しています。 ○災害対応マニュアルは火災のみでなく、地震や風水害等についても整備されています。 ○災害時の備蓄は1階と2階に管理され、地域避難所として毛布等も準備しています。

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	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b ○基本業務マニュアルが整備され、入浴、排泄、コミュニケーションなどの日々のサービスについての手順が作成されています。 ○標準的な実施方法には利用者の尊重やプライバシーに関する姿勢が明示され、職員会議や日常業務での指導で周知されています。 実施方法に基づいたサービスが実施されているかを確認する仕組みの構築が望まれます。
41	Ⅲ-2-(1)-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。	a ○福祉サービスの標準的な実施に関しては、事業計画作成前に検証・見直しが行われ、随時職員会議で実施されています。 ○検証・見直しは職員会議で議論され、職員の意見が反映されています。
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	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 ○個別の自立支援計画は相談員が策定責任者となり、アセスメントが実施され策定されています。 ○自立支援計画は、各職種が参加して課題等を協議し、利用者一人ひとりのニーズも明示されています。 ○自立支援計画は年に1回見直しが行われ、見直しに当たっては各職種が参加して自立支援会議で行われています。
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。	b ○自立支援計画の見直しは年1回行われており、状態変化時も支援会議や各職種参加の自立支援会議で検討する取組が行われています。 ○自立支援計画の見直しは定期的に行われていますが、全利用者に対応できるような対応を期待します。
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。	a ○利用者の状況や生活状況等はアセスメント表に記載され、各職種が確認できる仕組みになっています。 ○利用者の課題は自立支援計画に明記され、健康や日常の記録は看護師、相談員、支援員がそれぞれ記録しています。記録された情報は全職員で共有しています。 ○記録の方法は外部研修に参加した職員が、職員研修で伝達し記録の技術向上を図っています。
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。	a ○個人情報の保護規定等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の開示など明記されています。 ○個人情報の不適正な利用に関しての対策や対応法も明記され、施設長から職員への研修が行われています。 ○個人情報の取り扱いについて、利用者や家族にはサービス利用開始時や意見交換会等で説明しています。

【個別評価項目による評価結果】

A-1 生活支援の基本と権利擁護

【A-1-(1) 生活支援の基本】			
項目	評価	コメント	
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。	該当なし
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。	該当なし
48	A-1-(1)-①	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。	a ○意見交換会、利用者満足度調査、日々の支援で本人の意思や心身の状態の把握を行い、自立支援計画を策定し支援が行われています。 ○精神疾患や認知症など個別に配慮が必要な利用者に関しては、日々の支援で関わりを持ち、課題に対しては主治医や嘱託医と連携して支援しています。 ○海岸清掃や行政区の清掃などに参加することで、利用者の社会参加への機会を設けています。
49	A-1-(1)-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b ○日々の支援の場や1日2回の体調確認時に利用者とのコミュニケーションを行い、利用者の思いや希望を把握しています。 ○話すことや意思表示の困難な利用者には、ゆっくりと個別の対応や簡単な単語等でのコミュニケーションが図られています。 ○コミュニケーションマニュアルや言葉遣いに関する評価基準等の資料を作成し、利用者の接し方や言葉遣いについて職員に周知しています。言葉遣いやコミュニケーションの内容が更に向上することを期待します。
【A-1-(2) 権利擁護】			
50	A-1-(2)-①	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 ○利用者の権利侵害については、職員行動指針で明示され、職員研修で周知されています。 ○身体拘束・虐待防止委員会で権利擁護に関する取り組みを行い、職員会議で権利侵害の防止に関して検討が行われています。 ○権利侵害について全職員が基本的な認識を身につけることができるような、さらに踏み込んだ研修の実施を期待します。 *評価はaかcの二択の項目。施設は虐待防止に積極的に取り組んでいます。虐待や身体拘束などの権利侵害に該当する案件は見当たりません。高齢者の人権尊重（意思決定支援など）のサービス提供を重要な目標にしていますが、全職員に周知するためのさらなる努力を期待してc評価としています。

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	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。	a ○全室個室対応で、室内は冷暖房、テレビ、冷蔵庫等も整備され、プライバシーが保てる安心できる環境になっています。 ○利用者の満足度調査、意見交換会や職員からの気づき等を集約し、環境eco委員会でより良い環境になるように取り組んでいます。

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	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 <ul style="list-style-type: none"> ○入浴に関する支援は、基本業務マニュアルの中で支援方法から支援時のプライバシーに関することが明示されています。 ○支援が必要な利用者は自立支援計画に位置づけられ、支援の方法等は職員会議で検討し、情報の共有が図られています。 ○入浴を拒否する利用者の対応は、個人の入浴に対するニーズを確認したり、声かけのタイミングを図るなどの工夫がされています。個浴での入浴であり支援が必要な場合は同性での対応が行われています。
53	A-3-(1)-②	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。	a <ul style="list-style-type: none"> ○排泄に関する支援は基本業務マニュアルの中で入浴の介助方法から支援時のプライバシーに関することが明示されています。 ○支援が必要な利用者は自立支援計画に位置づけられ、支援の方法等は職員会議で検討されています。 ○トイレは部屋の横にあり、手すりが設置され安全に排泄できる環境が整備されています。
54	A-3-(1)-③	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a <ul style="list-style-type: none"> ○施設はバリアフリーの環境が整備され、車椅子や歩行車の利用者も自由に移動できる環境が整っています。実際に車椅子の方や在宅酸素の方が施設内を自由に移動されています。 ○安全に移動をするために、ストレッチャーや車椅子の備品が整備され、生活上の移動に関しては理学療法士の助言を受け自立支援計画に位置づけられています。
【A-3-(2) 食生活】			
55	A-3-(2)-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a <ul style="list-style-type: none"> ○食事は年2回の嗜好調査を行い、利用者の嗜好に対し一覧表にされ、代替え食など利用者の嗜好に対応しています。 ○行事食や選択メニューを取り入れ利用者が楽しく食べられる工夫をしています。 ○衛生管理マニュアルが整備され、管理栄養士及び委託先の栄養士と協力して衛生管理が適切に行われています。
56	A-3-(2)-②	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 <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の状態による食事形態及び食事方法（自助具）は一覧表に整理され、職員がすぐ分かるようになっていきます。 ○食事提供、支援・介助方法については看護師、相談員、支援員などで検討し嘱託医への確認もできています。 ○誤嚥・窒息事故に対して、食事中の見守り及び新任時の研修で実施していますが、定期的な研修の実施が望まれます。
57	A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a <ul style="list-style-type: none"> ○口腔ケアが必要な方は職員会議で検討、自立支援計画に位置づけることで職員に周知されています。 ○支援が必要な利用者はチェック表を作成し、口腔内の異常がある場合は嘱託医に相談し歯科医の受診につなげています。自分で実施する利用者には、日々の支援でケアの確認や口臭などの確認を行っています。 ○口腔ケアの重要性について、利用者には意見交換会で説明し、職員には研修を実施しています。
【A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア】			
58	A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b <ul style="list-style-type: none"> ○入所時に利用者の栄養状態を確認し、医師及び管理栄養士と連携し、福祉用具の活用や補食など栄養状態の改善に努めています。 ○四肢の循環が悪い方には、レッグウォーマーや保湿クリームの使用など、褥瘡発生の予防を職員が連携して取り組んでいます。 ○褥瘡発生及び予防に関して、新任時の職員研修で実施されていますが、定期的な研修の実施が望まれます。

【A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養】			
59	A-3-(4)-①	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。	該当なし
【A-3-(5) 機能訓練、介護予防】			
60	A-3-(5)-①	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 ○利用者の生活の維持や介護予防への取り組みとして、ボランティアの受け入れによる舞踊、生花等のクラブ活動や地域の清掃、施設の行事などが行われています。 ○しのカフェ（オレンジカフェ）運営の充実を事業計画で位置づけ、利用者の日常生活の充実や認知症の予防に役立っています。 ○日々の支援の中で、怒りやすい、会話がおかしいなど利用者の様子が普段と違った場合は、看護師に報告し、嘱託医・専門医への相談を行っています。 ○機能訓練が必要な利用者に関しては、介護保険を活用し対応されています。一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動の計画的実施と評価・見直しの充実を期待します。
【A-3-(6) 認知症ケア】			
61	A-3-(6)-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b ○利用者一人ひとりの日常生活能力、生活能力、心身の状態が適切にアセスメントされ、自立支援計画が作成されています。 ○日々の利用者の支援で、トラブルを起こしたり規則を守れない利用者には話をよく聞き、利用者の訴えを受容する姿勢でのコミュニケーションに努めています。 ○認知症の研修は、新任時研修で行われていますが、全職員への定期的な研修が求められます。
【A-3-(7) 急変時の対応】			
62	A-3-(7)-①	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 ○1日2回の検温、日々の支援での体調の確認を行い、看護師への報告、看護師から医師・医療機関への連携体制が確立し、取り組まれています。 ○服薬管理については、自己管理の方、見守りが必要な方、介助が必要な方など判断し、職員間で共通認識を図って支援しています。 ○服薬介助の方法、薬剤の効果や副作用について研修が行われています。高齢者の病気や健康管理についての研修の充実を期待します。
【A-3-(8) 終末期の対応】			
63	A-3-(8)-①	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。	b ○利用者の健康状態に応じて、嘱託医、医療機関との必要な連携体制が取れています。 ○終末期を迎えた利用者支援の手順書は作成されていませんが、利用者や家族の希望に添えるよう、養護施設としてできる限りの支援を実施しています。標準的な手順書の作成を期待します。

A-4 家族等との連携

【A-4-(1) 家族等との連携】			
64	A-4-(1)-①	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b ○利用者の生活や身体状況に変化があったときは、家族に報告しています。 ○家族に年4回預かり金の報告が行われています。同時に、利用者の生活状況などの報告ができるような工夫を期待します。 ○年1回地域交流会の案内が行われています。施設の行事など定期的な案内の検討を期待します。

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	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。	該当なし