

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
訪問調査日	平成 28 年 11 月 29 日 平成 28 年 11 月 30 日	評価調査者 登録番号	07-a00003 07-b00011

【福祉サービス事業者・施設基本情報】

法 人 名 称	ふりがな しゃかいふくしほうじん じあいikai 社会福祉法人 慈愛会		
法 人 の 代 表 者 名	ふりがな ひらた まきお 平田 牧男	設立年月日	昭和・平成 46年 6 月 14 日
施 設 名 称	ふりがな ようごろうじんホーム しのはらのさと 養護老人ホーム 篠原の里	施 設 種 別	養護老人ホーム
施 設 所 在 地	〒 819-1129 福岡県糸島市篠原西 2 丁目 1 3 番 1 3 号		
施 設 長 名	ふりがな たなか ひでき 田中 英樹	開設年月日	昭和・平成 20 年 4 月 1 日
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	50 (名) 世帯 (現員 48 (名) 世帯) ※該当を○で囲む		

【評価結果】

1 総 評

(1) 特に評価の高い点

●人事管理体制は人事考課が導入され個人の目標が明確になっています。またキャリアステージごとの求められる能力を明示し、職員全員に配布しているキャリアデザインハンドブックを活用して職員育成の取り組みが行われています。

●運営方針に地域活動の基本的考え方が明示され、災害を想定した訓練を地域と合同で実施し地域住民の避難施設としての取り組みも積極的に行われています。

また、地域の清掃や児童の見守り隊、不登校生徒と利用者の交流、ホームレスの方への炊き出しなど地域への貢献を積極的に行い地域の一員としての活動が定着しています。

●施設の建て替えにより利用者の居室は個室化され個々の生活スタイルで自由に過ごせる仕組みになっています。利用者のプライバシーが守られ、利用者個人の空間を大切にした支援が行われています。

●利用者へのアンケートや意見交換会など利用者の意見や希望を収集し改善する仕組みがあります。個室化による利用者の孤立感を防ぎ退屈しないような働きかけや利用者が楽しく元気に暮らすために、クラブ活動など多くのアクティビティ活動があり利用者が参加しやすい工夫がされています。

食事も嗜好調査の結果を反映し利用者の意見や嗜好に対応する仕組みがあり、行事食や選択食など食を通して利用者を楽しんでもらう工夫がされています。

(2) 改善を求められる点

●支援計画作成においてはアセスメントの手順等定められ適時見直しもされていますが、入所時のアセスメントの実施方法や施時期、内容の充実を図られることを期待します。

●施設入所時の説明は入所のしおりでわかりやすく説明されていますが、重要事項説明書、個人情報利用の同意書などは事業所をトラブルから守る書類ともいえるので整備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

施設の建て替えによって、今までは環境上の理由が大きかった事項の改善が進み、個人が生き生きと生活するための基本的な部分が整ったとの評価をいただきました。

施設として重視している点は、利用者が自分の役割を担いながら様々な活動に参加していただくことで社会性を保つとともに、生きがいを持って生活していただけるように支援を行うことです。特に、地域とのつながりを保ち地域社会の一員として生活していただくことが重要と考えています。

また、支援計画を利用者支援のための主軸と位置づけ、職員全体で共有し、個々の自立に向け取り組むシステムを整備し、利用者を支える体制をより強化していきます。

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）

【養護老人ホーム・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) 理念、基本方針が確立されている。】		評価結果	コメント
1	I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。	a	* 法人の理念は明文化されており、ホームページや中長期計画、事業計画に記載されています。理念に基づく基本方針が作成され、利用者一人ひとりを大切な存在として尊重すること、法人の目指す福祉サービスや地域との関係等について基本方針や期待される職員像に反映されています。
2	I-1-(1)-② 法人や事業所の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。】		評価結果	コメント
3	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	* 理念は事業所内に掲示され、職員全員に配布しているキャリアデザインハンドブック、名刺等に記載し毎月の職員会議で読み合わせを行うなど周知する取り組みが行われています。 * 法人の全体研修で理念の理解を職員全体で深め、法人及び施設の根幹であることを説明するなど周知のための仕組みがあります。 利用者にも利用者会で事業計画の説明時などに法人の理念や基本方針について説明されています。
4	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	

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。】		評価結果	コメント
5	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	* 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。取り組みの進捗状況や地域の福祉ニーズ及び制度改正等にも対応できるよう見直しを行う仕組みがあり実践されています。 * 事業計画も中長期計画の進捗状況を反映し策定され、事業計画についての評価・見直しの仕組みがあります。
6	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	
【I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。】		評価結果	コメント
7	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	* 事業計画は半期毎に職員会議で進捗状況の確認や今後の動きの確認をし、必要に応じ見直しなども行われています。 職員の意見や利用者から得た希望なども検討され全職員が策定に参画しており、組織的に策定する仕組みがあります。 * 事業計画は全職員に配布し、職員会議で施設長から理念との関連を説明するなど周知への取り組みがされています。 利用者へも意見交換会で事業計画を配布し説明されています。
8	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	
9	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	

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。】		評価結果	コメント
10	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	*管理者の責任と役割は職務分掌表で明確にされ職員会議で管理者の役割と施設の方向性を示しています。 管理者は自らの責務に対して広報誌や利用者との意見交換会でも表明し、災害訓練等でも表明しています。 経営協や老施協等の研修会に参加し管理者自ら法令遵守への意識を高めており、守るべき法令等はリスト化し職員へ周知する取組を行っています。
11	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。】		評価結果	コメント
12	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	*職員会議で職員とサービスに対する現状と課題を共有し、また利用者の満足調査をもとに施設全体のサービスの課題を分析し業務の改善に取り組むなど、改善するための仕組みが構築されています。 *管理者は財務管理やサービスの状況を把握し、職員会議で改善に向けた取組を行っています。
13	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	

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。】		評価結果	コメント
14	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	*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など把握する取り組みがされています。 把握した情報は中長期計画や事業計画に反映されています。 *経営状況を分析した結果は職員会議で職員に周知し、職員間で検討し改善していく仕組みがあります。 法人で外部監査を実施し、経営改善に努める仕組みがあり、公認会計士の外部監査が実施されその結果は公表されています。
15	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	
16	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 ※社会福祉法人のみ対象（他は対象外）	a	

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。】		評価結果	コメント
17	II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	*人事考課制度を導入し、法人の基本理念実現のための期待される職員像が明確にされています。 キャリアステージごとの求められる能力等が明示され人材育成の取り組みが行われています。 *人事考課は職員の目標を明確にし、自己評価及び上司評価、評価のすり合わせが行われ、職務基準書が整備され透明性が図られています。
18	II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	
【II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。】		評価結果	コメント
19	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	*職員の労働時間等は定期的に確認し、各部署の責任者が最初に対応し、管理者は報告を受け幹部会議で検討し改善する仕組みがあります。 職員の相談に対応する仕組みはありますが、メンタルヘルスケアは重要な課題であり今後組織的に取り組む必要性があります。 *福利厚生センターに加入し職員はそのサービスを活用しています。 通常の職員健康診断以外に乳がん、子宮がんの検診も実施し健康維持のための取り組みが行われています。
20	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	

【Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。】			評価結果	コメント
21	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	* 法人の中長期計画の中に「大切にしたい価値観」「期待される職員像」を明示し、職員に配布しているキャリアデザインハンドブックにも明示して職員に周知する取り組みをしています。 * 職員個人の研修履歴を管理し、人事考課の課題目標設定や上司との面接で課題が明確になり目標達成への取り組みが行われています。 * 新任研修を始め、キャリアステージに応じた研修が実施されています。 * 外部研修に参加した職員は報告書の提出と伝達研修を実施する取り組みがされています。 * 遵守すべき法令はリスト化され職員会議等で周知する取り組みが行われています。
22	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。	a	
23	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。	a	
24	Ⅱ-2-(3)-④	職員に対して、遵守すべき法令等を正しく理解するために研修を行っている。	a	
【Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。】			評価結果	コメント
25	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	* 「社会福祉士援助技術実習ガイドライン」を作成し受け入れの基本姿勢が明示されています。管理者自ら実習指導者の研修を受けるなど、積極的な取り組みがされています。

Ⅱ-3 安全管理

【Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。】			評価結果	コメント
26	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確保のための体制が整備されている。	a	* 管理者はリスク情報の管理を行いフローチャートで職員の役割を指示、事故や感染症発生などの緊急対応のため委員会を設置して安全確保の徹底を図るなど体制が整備されています。 * 自然災害を想定したBCPを策定し、職員に配布して研修等で災害に対する職員の意識を高めています。 * 自治体と防災協定を結び、地域合同の夜間想定避難訓練を実施し、地域の方が実際に利用者の救助に関わる訓練が行われています。 * 防災委員が中心となり食料や備品等の災害時の備蓄のリストを作成し管理を行っています。 * ヒヤリハットを基に事故事例の収集や現状での課題を分析し、リスクマネジメント委員会を中心に職員への周知を図り事故防止に努めています。
27	Ⅱ-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a	
28	Ⅱ-3-(1)-③	災害等の発生時における防災体制が整備されている。	a	
29	Ⅱ-3-(1)-④	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	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。】			評価結果	コメント
30	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	* 法人及び施設の運営方針や事業方針に地域との関わり合いの基本的な考えが明示されています。 * 社会福祉協議会、民生委員・児童委員との定期的な会議、地域の役員会出席など地域との定期的な交流の機会があり地域のニーズを把握する取り組みが行われています。 * 把握したニーズに対して、小学生の登校時の見守り、不登校児の高齢者との交流、ホームレス支援の炊き出し、地域の清掃など職員と利用者がボランティア活動に参加しています。 * 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、クラブ活動や行事等でボランティアの受け入れがあり、受け入れ時には個人情報等の説明をしています。
31	Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a	
32	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。】		評価結果	コメント
33	Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	* 関係機関、ボランティア、地域の社会資源など一覧表にリスト化し会議で職員に周知しています。 * 地域定着センター、行政との定期的会議、福岡県の養護部会の委員としての活動など関係機関との交流に取り組まれています。
34	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	* 成年後見制度の活用に対して、成年後見人との連携も図られています。
【Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。】		評価結果	コメント
35	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	* 福岡県の養護部会、在宅医療連携会議、民生委員・児童委員、地区の行政会議などに参加し地域のニーズの把握に努めています。 * 不登校児の受け入れや地域との防災訓練の実施、認知症カフェによる相談活動の実施など地域のニーズに対する活動が行われています。
36	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。 ※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	* 中長期計画や事業計画の中で地域での活動が明示されその実現への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。】		評価結果	コメント
37	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	* 法人理念が明確化され、職員にも周知徹底が図られ、その理念にある利用者の尊重について施設全体で取り組まれています。
38	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。	a	* プライバシー保護に関しても各種マニュアルの中に明示され、職員一人ひとりがマニュアルに沿った支援をされています。
【Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。】		評価結果	コメント
39	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備、取組を行っている。	a	* 年2回の満足度調査を実施、職員会議で検討し改善できるよう関係部署と相談しています。その結果については利用者との意見交換会などで利用者・家族にきちんとフィードバックされています。
【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。】		評価結果	コメント
40	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	* 利用者との意見交換会を毎月開催し、相談員や支援員にはいつでも相談できることを利用者に説明しています。
41	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	* 苦情解決のための仕組みとして、意見箱も各所の見やすい位置に設置しており、月2~3件の意見が入っています。ご家族には入所時に、来所時や電話等で意見を言ってくださいと説明しており意見が寄せられています。
42	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。	a	* 意見が出たときは、マニュアルに沿って職員会議や検討委員会を開いて速やかに対応されています。ご家族からの意見についても必ずフィードバックされています。

Ⅲ－２ サービスの質の確保

【Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。】		評価結果	コメント	
43	Ⅲ－２－（１）－①	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。	a	*施設独自の評価シートを使って職員が毎年自己評価を行っています。その結果をホームページやフェイスブックに公表し、課題に対し改善に取り組む仕組みがあります。
44	Ⅲ－２－（１）－②	評価の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	*評価結果の課題についての取り組みについて、課題の抽出はできてますが改善実施計画の取り組みが不十分です。評価する時期が毎年年度末ぎりぎりになって十分な評価、計画に繋がっていないので自己評価の方法等の工夫が必要です。
【Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。】		評価結果	コメント	
45	Ⅲ－２－（２）－①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b	*支援員マニュアルは策定され誰でも閲覧できます。標準的な支援の実施方法については明確なものがなく主任支援員が個々に確認しながら会議の中で伝えていますが、継続的な支援のためには利用者情報の一元化が必要です。利用者情報の整備と一元化が望まれます。
46	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されている。	b	*見直しは随時されていますが、明確な時期設定や記録方法等についての規定がないので組織として工夫が期待されます。
【Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。】		評価結果	コメント	
47	Ⅲ－２－（３）－①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	*毎日のサービス内容についての記録は日誌で確認できますが、全職員が同じ力量で書けていないので今後の記録の平準化を図るために研修を実施されることを期待します。
48	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。	b	*記録の管理は相談員が行う体制になっていますが、記録の廃棄に係る規定が明確にされていないので整備されることを期待します。
49	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	*アセスメント～評価に至る利用者に関する情報の共有は職員間では、毎月の職員会議やミーティングで行われており、個々の部分の把握はされていますが一元的な把握がなされていません。利用者のとらえ方の工夫をしていかれることを期待します。

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

【Ⅲ－３－（１） サービス提供の開始が適切に行われている。】		評価結果	コメント	
50	Ⅲ－３－（１）－①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	*ホームページやパンフレットを市役所や地域包括支援センターにおいて情報提供しています。
51	Ⅲ－３－（１）－②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	b	*施設利用にあたっては施設サービス等について丁寧に説明され、施設独自の書式で入居の意思確認の書面に同意を取られています。重要事項説明書は、組織と利用者の権利義務関係を明確にし、利用者の権利を守るとともに事業者の不要なトラブル回避のために重要なものなので準備されることを期待します。

【Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。】		評価結果	コメント
52	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	*事業所の移行時には、紹介状などを添付したり、事前会議を開催して安心して移行できるように支援されています。支援の経過記録を残すこと、移行後の相談支援についての情報提供の取り組みを期待します。

Ⅲ-4 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。】		評価結果	コメント
53	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b	*初回アセスメントについての決まった手順はなく、入居時は措置元の市町村からの情報で支援計画を立てています。入居時から施設の決められた手順でアセスメントを取って支援計画を立てることを期待します。再アセスメントは手順に従って行われています。
【Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。】		評価結果	コメント
54	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	b	*支援計画書の策定に関しては、アセスメントを行い関係部署との自立支援会議を開催していますが会議録は整備されていません。支援計画については大まかな方針のみの記載なので、目標設定、支援内容まで言及されることを期待します。
55	Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	*評価見直しは入居者一人ひとりについて予定を立てて実施されています。緊急時にも見直しの対応ができるようにされることを期待します。

A-1 個別サービスの提供

【A-1-(1) 利用者に対する食事の提供】		評価結果	コメント
56	A-1-(1)-① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	a	*施設の建て替えにより食堂はゆったりとして明るく、音楽が流れて良好な環境です。食事も温かいものは温かく提供され、麺も伸びないように工夫して提供されています。
57	A-1-(1)-② 定期的にメニューを見直すシステムができていて、機能している。	a	*毎月委託業者と献立会議を行い、利用者の嗜好調査や残菜調査等を基にメニューを見直しています。
58	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a	*利用者の体調や医師の指示に合わせた糖尿食、減塩食、刻み食などのメニューも対応し提供しています。
59	A-1-(1)-④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	a	利用者が食べられない食材の時は代替食も対応できるようになっています。テーブルや椅子の高さ調整もできるよう足置きやクッション等準備されています。 *献立も嗜好調査を年2回実施し、随時利用者の意見を聞いたり、また残菜調査も行い、利用者の意見を反映した内容になっています。アンケートを取って選択食やバイキング方式イベント食と豊富なメニューです。
【A-1-(2) 利用者に対する入浴の提供】		評価結果	コメント
60	A-1-(2)-① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a	*原則として入浴は週3回、安全に配慮した人員配置がされています。自立の方については夜間の入浴も可能です。
61	A-1-(2)-② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	*施設の建て替えにより浴室は4カ所あり、利用者の希望や体調に合わせ個室を利用できる仕組みになっています。 *脱衣室はプライバシーに配慮し必ずドアを閉めて行っています。介護は自尊心や羞恥心に配慮し、同性介護を基本として行われています。

【A-1-(3) 利用者の適切な排せつ管理】		評価結果	コメント
62	A-1-(3)-① 排せつの自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している。【任意項目】	b	*排泄チェック表を参考に排泄リズムを把握し、その情報を職員間で共有して排泄介助を行い自立につなげていますが、個別支援計画書の方の見直しの記録を整備されることを期待します。 *プライバシーに配慮して、施設の建て替え後は居室横のトイレでの排泄ができます。2つの居室の間にあり二人で共有しています。排泄時もプライバシーに配慮してケアをしています。Pトイレ利用の方は居室で行い、速やかに汚物の処理を行っています。
63	A-1-(3)-② 排せつに関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	
【A-1-(4) 利用者の移乗の確保】		評価結果	コメント
64	A-1-(4)-① 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。【任意項目】	a	*移乗の介助が必要な方は現在はおられません。マニュアルの整備等行いつても対応できるようにしています。全員の方が離床して過ごされるので退屈しないようクラブ活動に参加できるような働きかけを行っています。
【A-1-(5) 利用者の整容の確保】		評価結果	コメント
65	A-1-(5)-① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。【任意項目】	a	*自立の方が多く自分でされる方が多いが、支援が必要な方は支援員が整容の援助をしています。髪型も自分で理美容師に希望を伝え、自分の好きな髪型にされています。
【A-1-(6) 個々の生活、障害に合わせた介護】		評価結果	コメント
66	A-1-(6)-① 個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。【任意項目】	a	*課題の多い利用者についてはケアプランに基づき職種間での見守りを行っています。福祉用具も利用者の状態に対応できるよう取揃えています。精神障害についても外部研修参加、内部研修を行っています。
【A-1-(7) 利用者の健康管理】		評価結果	コメント
67	A-1-(7)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	a	*必要な方には毎日バイタルチェック、その他の方も外出時、帰設時には必ずバイタルチェックを行い健康管理をしています。利用者にも外出時のマスク着用、嗽、手洗い等を働きかけています。
68	A-1-(7)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	a	*薬に関しては看護師が看護室で管理しています。配薬についても3重チェックを行い間違いがないようにしています。落薬事故についても、リスクマネジメント委員会で落薬の原因を追求し、職員会議や利用者との意見交換会で事故に対する周知を行い、服薬支援の見直しを行うなど再発防止への取り組みがされています。
69	A-1-(7)-③ 感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a	*感染症対策のマニュアルに沿った対応がされており、研修も毎年行われています。利用者に対してもマスク着用や手洗いの励行について意識啓発を行っています。万が一罹患した場合も個室なので個別に対応可能です。
70	A-1-(7)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	a	*食品の衛生管理についてもマニュアルがあり、生ものは使用しない、下処理は別部屋で行う等配慮されています。委託先との連携も会議を通してとれており、衛生管理の情報共有もされています。

【A-1-(8) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施】		評価結果	コメント
71	A-1-(8)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練または、アクティビティケアを実施している。【任意項目】	b	<p>*機能訓練が必要な利用者にはデイサービスや病院等での評価の情報を共有し、多種のクラブ活動を行い、多くの利用者の参加が得られています。施設での個別プログラムをもとに利用者の機能訓練を行っていかれることを期待します。</p> <p>*地域のボランティア活動にも利用者が計画的に参加、草取り庭木の剪定、小学生の帰宅時の見守り等をされています。が、評価する仕組みが確立されてなく、全職種の共通認識となりにくいので。全職種で評価する仕組みを作られることを期待します。</p> <p>*特殊寝台の利用をされている方もおられ、法人のPTやOTにも相談して利用者の身体状況に合わせた福祉用具が使われています。</p> <p>*施設の建て替えでバリアフリー化し転倒予防に配慮されています。転倒予防のため、利用者が毎朝自主的にラジオ体操を行っており、それに合わせて転倒予防体操も取り入れて行っています。</p>
72	A-1-(8)-② 機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。【任意項目】	b	
73	A-1-(8)-③ 利用者の身体状況に応じて福祉用具等を適切に提供している。【任意項目】	a	
74	A-1-(8)-④ 転倒予防のための取組を実施している。	a	
【A-1-(9) 利用者の希望、要望の尊重】		評価結果	コメント
75	A-1-(9)-① 主体的な生活や余暇活動を保障している。	a	<p>*自主的に余暇活動を楽しんでもらえるよう、前もって多種のクラブ活動の予定表を配布し、自分で選んで参加してもらっており多くの方が参加され楽しまれています。</p> <p>*テレビは自室に設置され自由に見られます。自室のレイアウトも自分で楽しみながら自由に行っておられます。外出も自由にでき、馴染みのお店や美容院等にも行かれています。</p> <p>*20名程の方が日常生活費を預け管理を依頼されていますが、預り金の上限を決め、帳簿を整備し、家族への報告も年4回定期的にされています。</p> <p>*起床時間や就寝時間には大まかな取り決めはありますが強制ではなく自由にしてもらっています。食事時間も1時間程度の幅を持たせ自由に食べてもらっています。外出も自由にされています。</p> <p>*利用者が自宅で使っておられた椅子などを居室に置いたり、家族との写真など部屋に飾って馴染みのある生活ができるよう支援員が声掛けをしています。</p>
76	A-1-(9)-② 利用者のライフスタイルを保障している。	a	
77	A-1-(9)-③ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	
78	A-1-(9)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。	a	
79	A-1-(9)-⑤ 生活の継続性がある、馴染みのある暮らしができるよう配慮している。	a	

A-2 家族との交流の確保

【A-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保】		評価結果	コメント
80	A-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	b	*家族はよく面会に来られています。面会室も準備されておりゆっくり面会ができるよう配慮されています。夏の地域交流会は、家族に案内を出して多くの家族が参加されています。家族への行事案内は地域交流会の1回のため、定期的な行事の案内等実施することで、家族との交流の機会を増やす取り組みを期待します。
81	A-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。	b	*家族会の設置はなく、家族の意見は個別に意見箱やホームページの意見箱また、来所時に伺うのみです。家族との連携方法等の検討が期待されます。

A-3 利用者の人権の擁護

【A-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止】		評価結果	コメント
82	A-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	*身体拘束については実際はありませんが、マニュアルも整備されており研修も毎年行われています。
83	A-3-(1)-② 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	*虐待防止に向けて、接遇向上委員会にて「接遇アンケート」を実施、職員の意識向上に向けての活動が行われています。職員に対してもストレスチェックを行ったり、相談員により個別相談を受けるなどして虐待防止に向け対策を講じています。
84	A-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。	a	*成年後見制度については入居時に説明を行い、必要になった時には一緒に関係機関に相談するなどの支援を行っています。現在成年後見制度を利用されている方もあります。
【A-3-(2) 生きがいのある生活】		評価結果	コメント
85	A-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a	*相談員・支援員が一丸となって利用者の状態を把握し閉じこもりにならないよう声かけされています。行事の月間予定表を配布し参加していただく仕組みがあります。
【A-3-(3) その他】		評価結果	コメント
86	A-3-(3)-① 自己評価を実施している。	a	*毎年自己評価を実施しており、評価はホームページに公表しています。評価を見て改善すべき点については委員会で検討し改善に向け取り組みが行われています。
87	A-3-(3)-② ターミナルケアを利用者、家族の希望に応じて行っている（ターミナルケアの検討をしている）。【任意項目】	b	*ターミナルケアについては指針は作成されていますが、夜勤体制をとっていないため真のターミナルケアとは言えませんが、終末期の方については家族と協議しながら対応しています。