

## 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	16-a00044 21-b00171		

## 【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	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： 7 名	非常勤職員：	7 名	
専門職員	(専門職の名称) 名	介護支援専門員 4	看護師 1 准看護師 2	
	管理栄養士 1 社会福祉士 5	精神保健福祉士 1 介護福祉士 7		
施設・設備 の概要	(居室数) 50	(設備等)		
	大浴室 2 個浴 2 静養室 食堂	エレベーター		

◆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、利用者に係わる職員が、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>(1) 私たちは独自の存在である一人ひとりを大切にします。  (2) 私たちは人と人のふれあい、チームケアを大切にします。  (3) 私たちは専門職として常に自己研鑽に努めます。  (4) 私たちは地域の一員として地域福祉に貢献します。  (5) 私たちは「利用者の新たな一面の発見」「あきらめず、まず実践」の精神で利用者を支援します。</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。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、小中学校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。また、職員と利用者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。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。合同防災避難訓練には地域住民や消防団の協力を得ています。地域の施設としての意識を高めています。全室個室であり、プライバシーの確保と自分のペースでの生活ができる体制になっています。</p>
---

◆第三者評価の受審状況

	契 約 日	令和5年11月1日
評価実施期間	訪 問 調 査 日	令和6年2月13日～14日
	評価結果確定日	令和6年3月29日
受審回数（前回の受審時期）		今回の受審：4回目（前回 令和2年度）

## 【評価結果】

### 1 総 評

#### (1) 特に評価の高い点

##### 1 施設運営改善の取組について、

○施設サービスの質の向上を目的とした職員アンケートを毎年とって質の現状を把握しています。施設長や職員と「業務上の改善事項」や「職員意見」の内容について必要な検討を行っています。

##### 2 職場環境への安全体制について

○職員の精神面の支援として、非正規職員を含めたメンタルチェックを行い、夜間勤務時間の軽減や有給休暇取得に取り組んでいます。又、職場環境で安全衛生推進者の設置などを行い、安全体制の構築に取り組んでいます。

○職員の家庭と仕事の両立支援では、男性の育児休暇取得実績があるなどワークライフバランスに配慮しています。

##### 3 運営の透明性への取組

○法人が取り組んでいる外部専門家である公認会計士による外部監査を定期的に受け、施設の財務状況や経理規定について、修正すべき点などの助言を受けています。

##### 4 利用者の満足度の向上について

○利用者からの相談や意見は、全職員がいつでも、どこでも聞く体制を構築しています。

○年2回の利用者満足度調査の実施や施設内3か所に設置している意見箱での意見について月1回行われる職員との意見交換会で説明を行っています。

○苦情対応は早期に行っています。時間を要するときは、職員会議等、会議のルールに則り速やかに対応しています。

##### 5 利用者の快適性への配慮

○居室の清掃、室温や明るさなど生活の快適性に配慮しています。

○洗濯機の自由な使用やベランダに喫煙コーナーを設けたり、利用者同士が雑談できるコーナーや静かに過ごせる部屋など利用者目線で環境の快適性に配慮しています。

##### 6 利用者・職員がともに展開する地域貢献活動

○地域の方や職員、利用者とともに小中学校生徒の下校時見守り活動や地域の海岸線清掃活動を行っています。

○福岡市の公園でホームレスへの炊きだし支援活動を行っています。

○糸島市が窓口となっている生活困窮者に対して、福岡県認定の「引きこもり成人に対する認定就労訓練事業」を実施しています。

○地域交流室を認知症カフェの開催や他の活動拠点として地域に常時開放しています。

○施設主催の夏祭りや餅つきに地域の方をお呼びし、地域交流を深めています。

## (2) 改善を求められる点

### 1 評価結果に対する取組について

○施設は自己評価と第三者評価調査を継続的に実施していますが、取り組み内容が分かる記録の管理を期待します。

### 2 福祉サービスの標準的な実施方法について

○サービス提供の標準的な実施方法が明文化されています。今後、実施方法のマニュアルへ「利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護」の文言の挿入を期待します。

○標準的実施方法の内容について、職員と共に定期的に確認する取り組みを期待します。

### 3 適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定について

○利用者支援について外部の専門家から助言を受け、計画を策定し、福祉サービスが計画どおり実施されているが、その後の記録の管理を期待します。

### 4 家族等との連携について

○連絡が取れる利用者へは年に4回、広報誌などが送付されています。利用者と家族、友人等とのつながりが少ない利用者に対して、今後も関係性がさらに維持できるような取組を期待します。

## 2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

地域との共生を重視し、地域に開かれた施設を念頭に置いた施設運営を行っています。利用者と職員と一緒に地域活動に参加するとともに、施設行事への地域の方の参加や、地域サークルの活動の場として施設設備の開放も定着し、地域とは良好な関係を構築しています。今年で12年目となるホームレス支援活動は、施設の地域貢献活動の核として位置づけ、利用者の生きがい活動の場にもなっています。

利用者支援においては、利用者からの意見を施設運営に取り入れることを重視し、個々の支援計画や行事の企画、施設運営等に反映させています。

今回の評価結果を踏まえ、マニュアルやサービス計画を定期的・または変化があった際に確認し、必要な見直しを行います。併せて、変更点について職員間で共有する仕組みを構築し、常にアップデートが必要という認識を施設内で共有していきます。

## 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）

## 【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	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>○理念は職員に対して、朝礼で唱和し、内容は職員会議の際に説明されています。</li> <li>○利用者との会合の際などでも基本方針や事業計画に合わせて説明がされています。</li> <li>○基本方針について毎月の職員会議で協議されています。利用者に対して、毎月の意見交換会や年2回の満足度調査の際にお知らせしています。</li> </ul>

#### I-2 経営状況の把握

I-2-2 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	I-2-2 (1) -①	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>○社会福祉事業の動向などについて、老人福祉施設協議会等の研修機会や行政会議などで地域の状況を把握しています。</li> <li>○施設内で行われる毎月の運営会議で経営状況が検討されています。毎月の課長会議でも、経営環境と福祉の動向について、検討がされています。</li> </ul>
3	I-2-2 (1) -②	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>○経営上の課題について、月1回の課長会議で検討をし、関係情報共有をしています。他市の利用者の掘り起こしなどについて検討をしています。</li> <li>○他県への訪問をして、利用者増加を検討しています。</li> </ul>

#### I-3 事業計画の策定

I-3-3 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	I-3-3 (1) -①	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>○法人の中長期計画は「慈愛会ビジョン2025」として策定されています。</li> <li>○経営者の役割として、地域の生活課題や福祉ニーズへの対応が中長期ビジョンの中に示されています。</li> <li>○計画には人権の尊重、サービス質の向上、支援の充実、安心安全な環境整備、地域共生、地域福祉、人材育成などの目標を置いています。</li> <li>○目標の達成度や見直しを図る仕組みとして、運営委員会等での進捗度の検討や見直しが行われています。</li> </ul>
5	I-3-3 (1) -②	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>○単年度計画は各施設の状況に応じた中長計画を見据えた内容となっています。</li> <li>○職員の労働環境整備では、働き方改革関連法の改正に応じた同一労働同一賃金体制へ意向に向けた労働時間管理を始めています。</li> <li>○利用者の尊厳の尊重に向けた「自己実現支援」や「職員の専門性向上」に向けた取組が見られます。</li> </ul>
I-3-3 (2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-3 (2) -①	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事業計画策定の際は職員アンケートや職員会議での職員意見を参考に作成しています。</li> <li>○中長期計画をもとに施設の経営課題を検討し、施設のルールに従って作成しています。</li> <li>○事業計画は職員会議や研修会で、説明がされ、職員参加による計画見直しがされています。</li> </ul>

7	I-3-(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	<p>○事業計画を利用者との「意見交換会」で周知し、資料を用いて主な内容を説明して、計画の実施に勤めています。</p> <p>○理解の難しい利用者には個別にわかりやすく説明をする機会を設けています。</p> <p>○各計画の実施段階では、利用者の状況に合わせた参加方法を検討するなど柔軟な対応がとられています。</p>
---	-----------	---------------------------	---	---

## 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	<p>○福祉サービスの質の向上に向けて、定期的に職員自身の「接遇の自己チェック」や「身体拘束・虐待防止自己チェック」などを活用しています。</p> <p>○施設は自己評価と第三者評価を継続的に実施しています。第三者評価結果などを分析し、定期的に検討されることを期待します。</p>
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	<p>○自己評価や第三者評価で明確になった課題や内容を職員会議などで共有しています。</p> <p>○課題の共有後、改善への取組の必要性を検討されています。改善策など今後の具体的な取組について、職員と共に実施されることを期待します。</p>

## 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	<p>○管理者は福祉施設や事業所の経営や管理について、基本方針に基づいて取組を進め、毎月の職員会議で説明をしています。</p> <p>○職員会議で施設長から施設が目指す基本方針が示されています。</p> <p>○管理者不在時の権限委任について職務分担表などで明確化されています。</p>
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	<p>○管理者は関係法令について外部研修に参加し福祉施設や事業所経営等について、学び、関係資料がリスト化されています。</p> <p>○施設の法令順守や安全な生活環境を守るために外部講師による職員研修を行っています。</p> <p>○管理者は職員会議に参加し、職員への周知すべきリスク管理などについて周知しています。</p>
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	<p>○施設のサービスの質向上を目的とした職員アンケートを毎年とって質の現状を把握しています。内容は「業務上の改善事項」や「職員要望」「職員意見」で、内容について必要な対応を検討しています。</p> <p>○管理者は職員会議やケース会議で必要な対応などについて、職員と検討を行っています。</p>
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	<p>○管理者は経営の現状と課題を検討するために職員会議やケース会議に参加しています。困難事例などについて、職員とともに検討しています。</p> <p>○職員の精神面の支援として、メンタルチェックを行い、夜間の勤務時間軽減に取り組んでいます。又、職場環境で安全衛生推進者の設置など安全体制の構築に取り組んでいます。</p>

## II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-1 (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。	a ○施設で必要とする人材確保について、法人の方針に沿って採用計画を作成しています。 ○人材育成では階層別研修など職員手帳にキャリア形成の内容が示されていて、職員が理解しやすいものになっています。 ○施設単位での育成計画や計画周知が期待されません。
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a ○法人の理念や基本方針から「期待する職員像」が示されています。 ○全職員が持つ「キャリアデザインハンドブック」にキャリア形成の内容が示されています。 ○人事考課のため管理者は年に2回職員との面談を行い、年度当初の目標への進捗状況を確認しています。
II-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-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り組んでいる。	a ○職員の希望や就業状況を把握するために「就業アンケート」を取っています。法人内で人事考課制度があり、管理者は半期ごとに進捗状況の確認をしています。 ○職員の有給休暇取得状況の把握や時間外労働の状況を把握しています。 ○男性の育児休暇取得実績があるなど職員のワークバランスに配慮しています。
II-2-1 (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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ○職員一人ひとりが個人目標を作成しています。管理者は安全な職化環境を守る労務管理制度を築いています。 ○半期ごとの人事考課に関する面接で目標達成度を確認しています。必要な場合は臨時的な面接を増やしています。
18	II-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 ○法人内の研修部会で体系的な研修計画があります。施設での職員の体制は法人キャリアデザインハンドブックを基本にそれぞれの職務目的にあった研修計画を作成しています。 ○管理者は職員の研修ステージに合わせた研修への参加を促しています。中途採用の職員にも同様な取組があります。
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。	a ○法人に職員の育成計画があり、施設ではキャリアデザインに基づく独自の研修に取り組んでいます。 ○職員の成長を年2回の個別面談で進行状況の確認しています。中途採用職員も同様に外部研修職種別研修などへの参加を促しています。
II-2-1 (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 ○実習生受け入れのマニュアルがあります。実習生受け入れの目的は広く福祉人材育成の取組であることを明示しています。 ○昨年は栄養士、社会福祉士の養成校からの学生を受け入れました。学習プログラムは実習元の教員との情報共有を行い、プログラムが作成されています。

## 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。	a ○法人のホームページに財務や決算などが示され、事業所の運営や事業の財務状況が公表されています。 ○第三者評価結果の内容が法人ホームページで公開されています。 ○地域に向けた広報などで施設の状況が公開されています。小中学校の下校の見守りや防災時の避難場所を提供するなど地域での役割が示されています。
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。	a ○施設では経理規定があり、会計上のルールが守られ、職員への周知がされています。 ○法人が取り組んでいる外部専門家である公認会計士による外部監査を定期的に受け、施設の財務状況や経理規定について、修正すべき点などの助言を受けています。

## 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	利用者と地域との交流を上げるための取組を行っている。	a ○中長期計画や事業計画に地域との交流の重要性が示されています。 ○地域活動として、地域の安全や環境美化、福祉活動参加、祭りなど行事への貢献などがあげられています。 ○地域の方、職員、利用者とともに小中学校生徒下校時の見守り活動「見守り隊」が行われています。地域の清掃活動として「合同海岸線清掃」に参加し、福岡市でのホームレス支援での炊き出しを行っています。
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。	b ○施設にボランティア活動を受け入れる基本姿勢が中長期計画で示しています。ボランティア受け入れのしおりを作成し、マニュアルで守秘義務や注意点などが参加者に説明がされています。 ○今後はコロナ感染防止で中断していたインターンシップや職場体験など学校教育への協力が期待されます。
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。	a ○地域の社会資源となる関係機関のリストが作成され、新人研修などで活用されています。 ○地域や行政機関との連携を進めるために職員会議などで関係機関の特徴を周知しています。 ○退所後の利用者のアフターケアを退所先施設や関係機関との連携のもと、連絡をしたり支援を継続しています。
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。	a ○地域福祉ニーズを把握するために施設活動で行政区の役員と連携がされています。施設内に地域交流室を置いて、地域での会議や活動の際に活用してもらっています。施設では夏祭りで模擬店を出し、協力しています。 ○市とは福祉避難所として登録がされ、今年の台風時に地域の方に利用されました。また、地域とは防災協定を結んでいて、関係機関とは定期的に連絡を取っています。
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。	a ○地域の福祉ニーズを把握して、専門職を配置した認知症カフェ等を開催しています。 ○施設に来ている移動販売車の活用として、地域の人々にも利用してもらっています。同様に施設内にある乗り合いバス停の利用を勧めています。

### 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 (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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○理念、基本方針、倫理規定に利用者を尊重したサービスの提供が明示されています。</li> <li>○理念は毎朝の朝礼や毎月1回実施の入居者との意見交換会で唱和されています。利用者の尊重を福祉サービスに生かすために「倫理綱領」を置き、サービス提供を行っています。</li> <li>○毎月の職員会議では利用者の尊重や基本的人権に対する勉強会も行われています。</li> <li>○施設内3か所に設置されている意見箱、年2回行われている満足度調査などを通して利用者及び家族から寄せられる意見に対応しています。職員はサービス提供の評価として年2回自己チェックを実施しています。</li> </ul>
29	Ⅲ-1-1 (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。	a <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者のプライバシー保護に対する配慮は、サービス提供にかかわる根幹ととらえ、虐待防止と併せて規定を設けています。サービス提供者の基本的な姿勢として、責務等についても明示しています。</li> <li>○環境面での施設整備、入浴や排せつ時におけるプライバシー保護についての徹底を行っています。</li> <li>○入所時では家族に対しても重要事項説明書に沿ってプライバシー保護について丁寧な説明をしています。</li> </ul>
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○入所希望者には、パンフレットや入所時の「篠原の里 生活のご案内」を使い説明しています。</li> <li>○ホームページやパンフレットは市役所はじめ、公共施設等に配置しています。それらは丁寧に分かりやすい表現や図画等を多く掲載しています。</li> <li>○見学希望があった際には、丁寧な説明を心がけ、措置者（関係自治体）の説明も行っています。</li> <li>○体験入所や1日利用等の希望にも対応するようにしていますが、事例はありません。</li> </ul>
31	Ⅲ-1-1 (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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉サービスの利用開始や変更については、入所時や変更が生じた際に、利用者・家族へ丁寧に分かりやすい説明を行っています。</li> <li>○意思決定が困難な利用者に対しては、成年後見制度の説明を行っています。意思決定支援に係るルールやマニュアルの策定を期待します。</li> </ul>
32	Ⅲ-1-1 (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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○福祉サービスに変更があったときは、サービスの継続と不利益とならない配慮を行っています。</li> <li>○他の施設や事業所や地域・家庭への移行にあたっては、その手順や引継ぎに関する文書を策定し、連携につなげています。</li> <li>○退所などで施設利用の終了にあたっては、その後の相談対応について説明しています。相談受付とその窓口、責任者の明示を期待します。</li> </ul>
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-1 (3) -①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a <ul style="list-style-type: none"> <li>○年2回の利用者満足度調査を実施しています。その結果は全職員に会議等で周知し、共有しています。</li> <li>○利用者からの要望は日常的に聞き取り、すぐに対応できるものは早期に対応しています。</li> <li>○内容によっては、意見箱の開陳と併せて、月1回開催の利用者・家族との意見交換会で紹介し、解決に向けた具体的な対応を行っています。</li> <li>○満足度調査の分析・検討は職員会議で検討し、意見交換会において報告と追加の意見交換を行っています。</li> </ul>

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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○苦情解決の体制（苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員の設置）を整備し、マニュアルを作成しています。苦情解決に関する資料については、入所時やその後適宜に利用者・家族に説明の上、配布しています。</li> <li>○第三者委員のポスターは施設内に掲示しています。</li> <li>○苦情があった場合は、マニュアルに沿った対応を行い、適宜に利用者・家族、関係者に通知報告を行う共に公表しています。</li> <li>○その後のサービス向上に向けた検討会を職員会議等で実施しています。</li> </ul>
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○日常的な利用者からの相談については、全職員がいつでも、どこでも気軽に受けるようにしています。</li> <li>○内容によっては、時間や場所を変えて傾聴することになっています。相談する職員に指定があれば対応しています。</li> <li>○毎月の意見交換会では、利用者が意見を出しやすいような雰囲気にも配慮しています。</li> <li>○相談内容や対応、結果については記録しています。</li> </ul>
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○日常的に受ける相談や意見については速やかに対応することになっています。</li> <li>○内容によっては上司に報告し指示を受け、できる限り早期に対応しています。</li> <li>○意見交換会や意見箱の投書、満足度調査時の苦情や意見も含め、早期対応を心がけています。</li> <li>○検討を要するものは課長レベルでの報告や協議が組織的ルールに則り行われています。結果を利用者・関係者に伝え、内容によっては掲示しています。</li> <li>○相談対応のあり方については適宜見直すこととしています。</li> </ul>
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○事故や感染症、身体拘束や虐待等のリスクマネジメントについてのマニュアルを作成しています。</li> <li>○発生時の対応や責任者、初期対応や通報に至る連絡体制及び経過と結果、その後の見直しなど記録しています。</li> <li>○各委員会での検討会や全職員参加での分析検討を行い、サービスの改善、質の向上に向けた作業を行っています。</li> </ul>
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○感染症防止マニュアルを作成しています。</li> <li>○感染症委員会を2ヶ月に1回開催し、研修や勉強会の企画や運営をしています。</li> <li>○看護師を中心に、発生時の備品等の整備を図っています。</li> <li>○法人運営会議や感染症対策会議で面会の可否や法人としての対応を検討しています。その際には、看護師も含め複数名が参加しています。</li> <li>○プライバシーへの配慮や家族への連絡等にも配慮した対応が行われています。</li> </ul>
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>○災害対策マニュアルが作成されています。</li> <li>○防災・消防計画はじめ、消防署や地元自治体、福祉関係団体との連絡協力体制を含めたBCP（事業継続計画）の策定も完成しています。</li> <li>○避難防災訓練では、地域の参加もあります。</li> <li>○訓練の様態など写真に収めて記録を整えています。家族・関係者にも便りなどを活用して報告をしています。</li> <li>○避難時の安否確認は初動時及び適宜行うようにしています。</li> </ul>

## Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-1 (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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○サービス提供にあたっての標準的な実施方法については、排せつなど各支援場面ごとにマニュアルが整備され、いつでも閲覧できるようにしています。</li> <li>○マニュアルの活用・確認については、部署ごとや職員会議等において勉強会などを行っています。</li> <li>○利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護についても確認はありますが、マニュアルへの記載を期待します。</li> </ul>
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○標準的な実施方法については、日々、朝礼や各種会議等で検討見直しが行われています。</li> <li>○標準的な実施方法を職員と共に定期的に見直す取り組みを期待します。</li> </ul>
Ⅲ-2-1 (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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○統一したアセスメントシートを活用し、利用者の意向を把握した個別支援計画の作成にあっています。専門職の職員も含めたカンファレンスを行っています。</li> <li>○支援困難ケースへの対応では外部の専門職からの助言ももらい、適切な計画を心がけています。</li> <li>○日常的に実施計画に照らしたサービスの提供の記録が不十分です。</li> <li>○見直しに関する手順が不明確です。</li> <li>○福祉サービスが計画どおり実施されているか確認する仕組みの構築を期待します。</li> </ul>
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。	<p>b</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○計画期間の満了（毎年1回）における計画の見直しは実施されています。</li> <li>○手順や仕組みについて、計画作成のマニュアルが整備されています。</li> <li>○入院退院後の見直しの経緯の記録が不十分です。</li> <li>○サービスの質の担保や向上に資する手順が不明確です。</li> </ul>
Ⅲ-2-1 (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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○サービスの実施状況における記録及び職員間の共有については、日誌や申し送り（タブレットなどICTの活用も含め）ノート等で行っています。</li> <li>○パソコンのネットワークシステムによる記録の閲覧も可能となっています。また、毎朝の朝礼、毎月の支援会議や職員会議、看護会議などで情報の共有に努めています。</li> </ul>
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。	<p>a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○個人情報保護規定を整備し、規定に基づいた記録の保管、保存、廃棄を行っています。</li> <li>○入所時に本人・家族へ説明し、同意をいただいています。</li> <li>○規定の順守にあたっては、記録管理の責任者を明示するとともに、研修会や勉強会を通して職員意識の醸成に努めています。特に、個人が特定されることがないように写真の掲載などには配慮しています。</li> </ul>

## 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。	非該当
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。	非該当
48	A-1-(1)-①	b	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。	<p>○日常的に身体の状態や生活上の課題を把握し、自立や社会参加に向けた支援に努めています。</p> <p>○常に地域との連携の視点を持ち、地域清掃など具体的な参加を実施しています。</p> <p>○ホームレス支援の活動にも積極的な支援を行っています。また、精神疾患などがある利用者にも配慮した社会活動支援を選択肢として用意しています。</p> <p>○介護サービスの利用手続きなどの行政手続きにも職員間での連携を行う支援体制があります。</p> <p>○地域移行の実例は少ないのですが地域移行後の支援継続を期待します。</p>
49	A-1-(1)-②	b	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。	<p>○利用者の希望や意向の把握につながるコミュニケーションが展開されています。</p> <p>○今後も利用者の特性を尊重した積極的なコミュニケーションの働きかけが期待されます。</p>
【A-1-(2) 権利擁護】				
50	A-1-(2)-①	a	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	<p>○権利擁護に関するマニュアルが策定されています。</p> <p>○身体拘束廃止及び虐待防止委員会の設置があり、年2回の身体拘束、虐待に関する自己チェックが実施されています。結果分析を委員会で整理し、職員会議等で共有されています。</p> <p>○本人・家族に対する権利擁護に関する説明は、入所時のほか適宜機会を設けて実施しています。</p> <p>○マニュアルでは、虐待や事故に関する報告の手順や権利侵害が発生した後の再発防止策の検討方法なども明記しています。事案としての発生はみられていません。</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	a	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。	<p>○全室個室となっており、その環境は清潔、適温、光の調整など整備されています。そこでの生活は快適な状態で維持されています。</p> <p>○自立支援として洗濯機や浴室・脱衣室での手すりやヒートショック対応の整備がされています。</p> <p>○喫煙者には喫煙場所が確保され、毎月の法要行事も実施される部屋なども準備されています。これらは利用者の意向に取り組んだ成果との説明を聴取できました。</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	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"> <li>○入浴前の備品の確認や温度管理など、利用者の心身の状況や意向に沿った支援に努めています。声掛けから一連の介助も含めた支援は標準的規定を踏まえたものです。</li> <li>○同性介助を基本とするなどプライバシーへの配慮もなされています。</li> <li>○入浴の拒否に対する手順や対応方法は、利用者の意向を尊重したものとなっています。</li> <li>○入浴前の健康チェックや心身の状況、感染症の観察や把握などにも注意を払っています。</li> </ul>
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"> <li>○利用者の心身の状況や意向に沿った配慮や工夫を行ったさりげない排せつ支援を行っています。</li> <li>○排せつ記録を参考にした定時誘導での対応をしています。</li> <li>○トイレまでの安全な導線確保、トイレ内の手すりの設置など環境整備も行っています。</li> <li>○排せつ動作における介助支援では自立した排せつを見守るとともに安全やプライバシーへの配慮を行っています。</li> <li>○利用者の身体状態によっては尿や便の観察を行い、看護師や職員間での連携を図っています。</li> </ul>
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"> <li>○利用者の心身の状況や意向を踏まえ、自立した移動を基本に考えた支援に努めています。</li> <li>○居室内や廊下の移動にあつては移動目的までの安全な動線確保に努めています。</li> <li>○福祉用具の使用の意向があれば、情報提供などの支援を行い、介護サービスの手続きの支援も行っています。</li> <li>○車いす等、福祉用具の使用に対応した安全な環境整備にも努めています。</li> </ul>
【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"> <li>○利用者の身体の状況や意向を訪ねながら、献立や提供方法について常に工夫を重ねています。</li> <li>○美味しく、楽しい食事となるよう、食材調理の安全・衛生管理に努め、明るさや音楽を流すなど環境の整備にも心を配っています。</li> <li>○メニューは選択でき、形態にも本人の意向を反映するよう努めています。</li> <li>○時間差や場所の選択にも柔軟に対応できるよう配慮しています。</li> </ul>
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。	a <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者の嚥下機能など身体の状況や意向に合わせた食事の提供支援に努めています。</li> <li>○マニュアルに沿って、各専門職が栄養の管理やその時の体調や口腔・嚥下状態の観察や誤嚥・窒息など、緊急の事態における医療機関との連携などを行っています。また、その際の記録もなされています。</li> </ul>
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。	b <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者の口腔機能の保持・改善は心身の機能維持を図るための重要な要因ととらえています。</li> <li>○職員は口腔ケアについての研修を受けて支援にあたっています。ケアが不十分な利用者に対してはチェック表を作成し、機能の維持・改善を促しています。</li> <li>○歯科医・衛生士の助言や指導を受けて、嚥下機能など定期的なチェックの実施を期待します。</li> </ul>
【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"> <li>○褥瘡に関する対応指針を整備しています。</li> <li>○褥瘡のリスクが高い利用者へは、指針に沿った医療や栄養の専門職との連携を看護師がとっています。</li> <li>○処置や対応方法については職員との連携指示を行い重症化防止に努めています。</li> <li>○褥瘡ケアについての最新の情報収集や日常のケアへの取り組みなどは十分ではありません。</li> </ul>

【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。	非該当
【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 ○利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組めるよう支援を行っています。 ○機能訓練を要する利用者には介護サービスによる個別の機能訓練が受けられるよう支援を行っています。 ○一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防訓練の実施について各人に応じた訓練の実施を期待します。
【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。	a ○認知症の医療・ケア等についての研修を行っています。 ○馴染みのものを活用するなど、認知症の利用者が安心して生活できる環境づくりの工夫や支持的、受容的な姿勢でケアを行っています。 ○医師はじめ専門職との連携を図り、支援内容を検討しています。
【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 ○利用者の体調急変時における対応手順や医療連携などの体制を構築しています。 ○日々の健康チェックは看護師を中心に実施し、記録をしています。 ○利用者の健康管理や病態管理のための研修を行っています。 ○服薬の管理、服薬支援の指導 指示を看護師が行っています。
【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 ○終末期にあつては利用者・家族の意向を聴き、可能な限り希望に希望に添えるよう支援しています。 ○医師・医療機関との必要な連携体制は確立しています。 ○職員対象の終末期ケアの研修と終末期・見取りに関するマニュアル作成を期待します。

## 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 ○身体状況の変化や介護サービスの変更等については必要に応じて家族と連絡を取り調整を行っています。 ○家族面会の際には近況の報告などを行っています。 ○年に4回は、利用者の預かり金の管理状況の報告を郵送で行っています。 ○家族に定期的に広報誌などが送られていますが、利用者と家族、友人等とのつながりが少ない方に対しては今後も関係性がさらに維持できるような取組を期待します。

## 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。	非該当