

2020(令和2)年度 福祉サービス第三者評価
調査結果報告書

具志川厚生園 特別養護老人ホーム

契約日	2020年	7月	3日
		5	
職員報告会	2020年	10月	21日

2020年10月21日
特定非営利活動法人
介護と福祉の調査機関おきなわ

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

2020（令和2）年度

特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ

契約日	2020年 7月 3日
確定日	2020年10月21日

② 事業者情報

名 称：	具志川厚生園	種 別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	知花 進	定員 (利用室数)：	100 名
所 在 地：	〒904-2202 沖縄県うるま市字天願 1983番地	TEL	098-972-6677

③ 総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行い、法人として各施設の家族会代表で構成された運営協議会で意見や要望等を聞く機会が確保されている。 利用者の状況は面会時やサービス担当者会議、家族会等で報告している。利用者の状況が変化した場合は、生活相談員が家族に随時報告している。面会時やサービス担当者会議、家族会等で、提供しているサービスの説明をして要望を聞く機会としている。意見箱に寄せられた相談や意見等は「希望の声つづり」として対応結果を記録・保存し、毎年実施している家族アンケートから要望等を把握して、サービスの向上に努めている。「食事環境を考えてほしい」の意見に対し、検討結果を家族へ郵送している。各施設の家族会の代表者で構成する法人の運営協議会は、利用者の声や家族の意見・要望等が反映できる場となっている。第三者評価の家族アンケート結果で、「家族の要望・意見の聴取」や「介護計画の説明」、「家族への報告」、「職員は話しやすい」、「この施設を選んでよかった」等がいずれも90%以上の高い評価を得ている。 項目33、34、36、62</p> <p>② サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、施設長は経営改善や業務改善に指導力を発揮している。 施設長は、リスクマネジメント委員会等の各種委員会の委員長として出席し、業務改善や課題に取り組んでいる。また、定期的に施設内を巡回して利用者に声をかけるなど、現場の把握に心掛けている。職場環境の見直しとして、夜勤専属を配置して3エリアの夜勤を二人体制にすることでサービスの質の向上に努め、空床対策としては、待機者が即入所できる体制を確保している。職員間で虐待に対する認識に差があることが判明し、全職員に研修を実施している。インターネットバンキングの導入による業務改善等にも取り組み、指導力を発揮している。 項目12、13、16</p> <p>③ 個別支援計画が適切に策定され、日々の実践に反映されている。 アセスメントはケアプラン作成業務標準書にもとづき、入所の際に家族及び入所前に関わった関係機関から情報を収集して、介護支援専門員や生活相談員、介護職、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等の多職種で協議を行い、利用者及び家族等の意向を含め同意を得て具体的なニーズを明確にした計画が作成されている。福祉サービス実施計画書の評価・見直しは利用者の認定期間終了や利用者の状態変化時に実施し、変更した施設サービス計画は多職種でモニタリングを行い、新たな問題が発生した場合は環境を整備し補助具などを工夫して、計画に反映させて取り組んでいる。変更した施設サービス計画書は職員へ回覧して周知する仕組みを整備している。 項目42、43</p>
--

◇改善を求められる点

① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組の徹底が望まれる。

身体拘束等廃止対策委員会が定期的開催され、多職種で情報を共有して切迫性と非代替性、一時性の3要件を満たしているかを検討し、家族に説明して確認を得て実施している。現在実施されている緊急やむを得ない身体拘束等を行う場合の3つの要件のうち一時性については再度の検討、及び全職員で身体拘束廃止に向けて徹底した取組が望まれる。食事と入浴、排せつは生活支援の基本となるサービスであり、特に入浴と排せつ、着替えの支援においてはプライバシー保護への配慮が求められる。男女が一緒に入浴する場合はカーテンで仕切り、移動の際はバスタオルを使用して見えないように工夫しているが、男女の入浴の曜日や時間をずらすなどの検討及びトイレのカーテンの設置等については利用者のプライバシーに配慮した取組が望まれる。

項目48、50、51

② 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望まれる。

生活支援課長をリスクマネージャーに選任し、家族には入所時に高齢者のリスクについて説明している。事故発生時の対応と安全確保については、手順書に沿って対応し、事故とヒヤリ・ハットの区分を明確にして報告書が提出されている。事故発生時は各エリアの職員で原因と対策を検討してリスクマネジメント委員会で報告・検討され、全職員に周知している。誤薬については、マニュアルに沿った実施がされているかを確認するとともに誤薬防止に向けた取組の強化が望まれる。

項目37

③ 中・長期の事業計画に沿った中・長期の収支計画の策定が望まれる。

中・長期的なビジョンを明確にした第3期経営計画（平成30年から3年間）が策定されている。経営目標として「①利用者に対する姿勢、②社会に対する姿勢、③人材に対する姿勢、④マネジメントに対する姿勢」の4つの目標を設定し、それぞれに具体的な項目が記載されている。法人において毎年度、各施設毎の目標達成度が集計された年間目標達成度管理表が作成されている。中・長期の事業計画に沿った中・長期の収支計画の策定が望まれる。

項目4

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

特に評価の高い点で家族アンケート結果で利用者・家族からこの施設を選んでよかったとの高い評価を得る結果であったが、利用者サービス評価から見えてきた継続した課題や新たな課題に対し、改善に向け職員研修を通して職員個々のスキルアップを強化し、法人理念に示された利用者サービスの質の向上を目指して、利用者個々の思いやニーズを計画に反映し利用者サービスの満足度を高められるよう取組み、地域から信頼され選ばれる施設を目指し取り組む。

⑤ 各評価項目にかかる第三者評価結果

沖縄県 福祉サービス第三者評価 評価結果（特養）

共通

着眼点	評価項目	評価結果
職員の集計結果		
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・周知されている。		
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
判断基準	a 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	54.0%
	b 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	38.1%
	c 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	0.0%
	n	7.9%
着眼点	○ 1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	71.4%
	○ 2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	60.3%
	○ 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	46.0%
	○ 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	34.9%
	○ 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	30.2%
	○ 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	39.7%
コメント	<p>理念、基本方針の明文化と周知について、法人の理念や基本方針は、ホームページや第3期経営計画に記載されている。法人の経営理念である「利用者本位のサービスの質の向上」「経営基盤の強化」「地域に貢献し地域の人々に信頼され愛される施設」の実現のため、施設が目指す方向や考え方を読み取ることができる。基本方針は、「①利用者の人権を尊重し、安全・安心・快適なサービスの提供に努める。②経営改革の視点と意欲を持ち透明性が確保され、効率的でバランスの取れた健全な経営に努める。③地域社会の一員としての自覚を持ち、地域との共生・共働に努め地域に密着した福祉事業を展開する。」となっており、施設としてのサービス提供方針を明確にして職員の行動規範を示す内容になっている。理念や基本方針は、採用時や異動時に研修で周知を図るとともに、経営理念が記載された名刺を全職員へ配布し、年度初めの全体職務会で周知を図っている。職員は、朝のミーティング等で理念等を読み上げて確認の一環としている。理念や基本方針の周知状況は、毎年実施している業務標準・働き方の自己評価チェックや職員ヒアリングで確認している。</p> <p>理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成し、利用者や家族へ周知することが望まれる。</p>	

着眼点		評価項目	評価結果
I-2 経営状況の把握			
I-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。			
2	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
判断基準	a	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。	41.3%
	b	事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	30.2%
	c	事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	4.8%
	n		23.8%
着眼点	○ 1	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	39.7%
	○ 2	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	31.7%
	○ 3	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	30.2%
	○ 4	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	41.3%
コメント	<p>施設経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析については、全国老人福祉施設協議会や九州地区の協議会、県内の老人福祉施設長会議、沖縄県社会福祉法人経営者協議会が主催するセミナー等に参加して社会福祉や介護保険等の動向等や情報の把握に努めている。社会福祉関係の月刊誌「介護ビジョン」や福祉新聞等からも動向を把握している。施設長が、うるま市社会福祉協議会の理事をしていることから地域の福祉計画等の策定動向や内容の把握がされている。うるま市第8期介護保険事業計画や地域福祉計画等から地域の高齢化率や特色、将来の地域の動向などが把握されている。施設の経営状況は、毎月の実績会議で収支状況や利用率の目標と達成率等が月次報告で説明されており、未達成の原因やコスト分析等が行われている。月次報告は法人事務局へ報告され、3か月に1回開催される経営対策監会議で各施設の情報が共有されている。</p>		
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。		a
判断基準	a	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	30.2%
	b	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	33.3%
	c	経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	4.8%
	n		31.7%
着眼点	○ 1	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	33.3%
	○ 2	経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。	27.0%
	○ 3	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	34.9%
	○ 4	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	28.6%
コメント	<p>経営課題を明確にした具体的な取組としては、毎月、実績会議で利用率等の減少が課題として取り上げられている。職員には、全体職務会において施設長が説明し周知を図っている。理事会で法人内の各施設の収支状況や課題について理事等へ報告し、説明されている。利用率の改善に向けての取組として、昨年度から長期入院や欠員に伴う対策として、職員の役割を明確にして組織的に対応している。欠員が出た場合に、即対応できるように、待機者（実態調査済みの男女3人づつ）を常に確保しておくことでスムーズに対応できる体制が取られ、今年度は目標を超えた利用率が続いている。社会貢献事業として低所得者世帯に対して「社会福祉法人等による利用者負担軽減制度事業」を活用して利用者増につなげている。</p> <p>入院を減らすための予防対策の取組に期待したい。</p>		

着眼点		評価項目	評価結果
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	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
判断基準	a	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	33.3%
	b	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定してなく、十分ではない。	15.9%
	c	経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	3.2%
	n		47.6%
着眼点	○ 1	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	27.0%
	○ 2	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	23.8%
	○ 3	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	19.0%
	○ 4	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	22.2%
コメント	<p>中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定については、法人として第3期経営計画（平成30年から3年間）が策定されている。経営目標として「①利用者に対する姿勢、②社会に対する姿勢、③人材に対する姿勢、④マネジメントに対する姿勢」の4つの目標を設定し、それぞれに具体的な項目が記載されている。法人において、毎年度、各施設等の目標達成度が集計された年間目標達成度管理表が作成されている。</p> <p>中・長期の事業計画に沿った中・長期の収支計画の策定、及び中・長期計画は必要に応じて見直しが望まれる。</p>		
5	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。		b
判断基準	a	単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	38.1%
	b	単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	12.7%
	c	単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	3.2%
	n		46.0%
着眼点	○ 1	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	30.2%
	○ 2	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	31.7%
	○ 3	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	19.0%
	○ 4	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	22.2%
コメント	<p>中・長期計画を踏まえた単年度の計画について、昨年度までは中・長期計画の第3期経営計画の項目に沿って単年度計画を作成している。今年度は中・長期計画の「利用者に対する姿勢」において、サービスの質の向上として施設サービス提供方針を明文化し、「挨拶は笑顔で元気よく行う」「福祉サービスの提供は説明を行い、同意を得て実施する」「利用者の在宅時の生活・入所前の生活背景を理解し、寄り添うケアを実践する」の3つを掲げ、実践に取り組んでいる。単年度計画は、第3期経営計画の「利用者に対する姿勢」の中のサービスの質の向上の内容を反映した具体的な内容となっており、第三者評価受審も位置付けられている。</p> <p>単年度の事業計画は数値目標や具体的な成果等を設定することが望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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。		b
判断基準	a	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。	34.9%
	b	事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	28.6%
	c	事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	6.3%
	n		30.2%
着眼点	○ 1	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	28.6%
	○ 2	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	25.4%
	○ 3	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	25.4%
	○ 4	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	28.6%
	○ 5	事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）されており、理解を促すための取組を行っている。	28.6%
コメント	<p>事業計画の策定と組織的な実施状況の把握や評価・見直しについて、単年度の事業計画案は課長と主任、副主任が中心となって作成し、職員がエリア会議で検討して、年度初めの全体職務会議で報告し説明されている。今年度のサービス提供方針は「①挨拶は笑顔で元気よく行う、②福祉サービスの提供は説明を行い、同意を得て実施する、③入所前の生活背景を理解し寄り添うケアを実践する」の3つを掲げ、実施されている。事業計画の実施状況は、福祉サービス自己点検を実施して評価、見直しが図られ、実績報告が法人に提出されている。</p> <p>事業計画は、時期を明示した手順書の作成と手順書にもとづいた評価が望まれる。</p>		
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		b
判断基準	a	事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	31.7%
	b	事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	27.0%
	c	事業計画を利用者等に周知していない。	11.1%
	n		30.2%
着眼点	○ 1	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。	38.1%
	○ 2	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	34.9%
	○ 3	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	22.2%
	○ 4	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	23.8%
コメント	<p>事業計画の利用者や保護者等への周知については、家族会総会時に施設長や各課長から口頭で説明されている。施設長は家族会の相談役となっており、利用者や家族の要望や意見を聞いている。昨年度から法人に運営協議会が設置され、各家族会の代表者が委員として参加し、施設運営の課題等について家族の意見を聴取している。</p> <p>事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成して配布し、より理解しやすいような説明の工夫等が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
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	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。		a
	判断基準	a 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。	34.9%
		b 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ているが、十分に機能していない。	50.8%
		c 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ていない。	4.8%
		n	9.5%
着眼点	○ 1 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	34.9%	
	○ 2 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。	39.7%	
	○ 3 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	44.4%	
	○ 4 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	22.2%	
コメント		福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みについては、PDCAサイクルにもとづく年1回の福祉サービス自己点検が実施されている。サービス自己点検の結果、「①自己点検で課題は出たが、改善計画が未作成、②第三者評価の受審、③骨折、誤薬について減少することができなかった」という課題があり、改善に向けて取り組んでいる。課題についてはリスクマネジメント委員会等、各種委員会で課題を評価する体制が整備され、評価結果は実績会議で分析・検討されている。第三者評価は今回で2回目の受審である。	
9	② 評価結果にもとづき組織として取り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
	判断基準	a 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	33.3%
		b 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	34.9%
		c 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	7.9%
		n	23.8%
着眼点	○ 1 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	31.7%	
	○ 2 職員間で課題の共有化が図られている。	33.3%	
	○ 3 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	27.0%	
	○ 4 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	19.0%	
	○ 5 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	28.6%	
コメント		評価結果にもとづく課題の明確化と計画的な改善策の実施について、昨年度の評価結果を分析した結果、課題は「①サービス自己点検で課題は出たが、改善計画が未作成となった。②第三者評価の受審、③リスクマネジメント委員会で骨折、誤薬について減少することができなかった」となっている。課題の改善に向けては、管理者で構成される実績会議で検討されている。 職員参画のもと改善策や改善計画を策定することが望まれる。課題は事業計画に明記し、改善の取り組みを計画的に行うとともに必要に応じて改善計画の見直しが望まれる。	

	着眼点	評価項目	評価結果
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	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
判断基準	a	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	52.4%
	b	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	23.8%
	c	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	6.3%
	n		17.5%
着眼点	○ 1	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	46.0%
	○ 2	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	36.5%
	○ 3	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	39.7%
	○ 4	平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	34.9%
コメント	<p>施設長の役割と責任の職員への表明と理解される取組について、施設長の役割と責任は、沖縄県社会福祉事業団組織規程に明記されている。ホームページで就任あいさつし、施設に対する使命を表明している。施設長は年度初めの全体職務会議や職員採用時及び異動職員等に事業所の方針等を説明している。特に利用者の尊厳や人権の尊重、虐待や身体拘束については重点的に説明し、周知を図っている。施設長不在時の代理決済・決定は決済規程の別表で管理課長となっている。有事においては、自衛消防隊長として責任を明示し、施設長不在時は管理課長を副隊長と位置づけ、権限委任が明確になっている。</p>		

		着眼点	評価項目	評価結果
11		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
判断基準	a	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。		49.2%
	b	管理者は、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が、十分ではない。		25.4%
	c	管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。		0.0%
	n			25.4%
着眼点	○ 1	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。		42.9%
	○ 2	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。		27.0%
	○ 3	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。		31.7%
	○ 4	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。		38.1%
コメント		<p>遵守すべき法令等を正しく理解するための取組については、法人として法令遵守要綱と法令遵守マニュアルが作成されている。法令遵守責任者に法人の事務局長を配置し、各施設長等を法令遵守管理者として位置づけている。各施設は法令遵守委員会を設置し、9月と2月に委員会を開催し、各種加算等の取得要件の確認、年休の取得状況や時間外の状況等、職場における法令違反や不祥事防止のための対策を図っている。就業規則に「職員は職務に関して不当な金品の借用または贈与の提供を受けないこと」と利害関係者との適正な関係を保つよう明示されている。施設長は県内外の老人福祉施設長会議や経営セミナー等の研修に参加し、遵守すべき法令等の理解を深めるとともに、加入する全国老人福祉施設協議会からの情報や福祉新聞等から情報を収集している。特に働き方改革に伴う年次有給休暇が10日以上与えられた職員に対する年5日の取得義務については実施されている。セクシャルハラスメントとパワーハラスメント、マタニティーハラスメントについては、法人で「ハラスメントは許しません」のポスターを作成し、相談窓口として法人職員が明示されている。</p>		

着眼点		評価項目	評価結果
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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。		b
判断基準	a	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	41.3%
	b	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	34.9%
	c	管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	4.8%
	n		19.0%
着眼点	○ 1	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	41.3%
	○ 2	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	36.5%
	○ 3	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	28.6%
	○ 4	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	28.6%
	○ 5	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	33.3%
コメント	<p>福祉サービスの質の向上の取組への指導力の発揮について、施設長は毎月の全体職務会議や接遇委員会、リスクマネジメント委員会等の全てに委員長として参加している。施設長は定期的に施設内を巡回して利用者に声を掛けるなど、現場の状況把握に心掛けている。職場環境の見直しでは、夜勤専属を配置して夜勤を2人体制にし、利用者の入院や欠員対策として2週間以上の入院については利用者や家族の了解を得て、一旦退所とし、待機者が即入所できる体制を確保している。職員間で虐待について認識の差があることが判明したため、研修を強化するなど指導力を発揮している。倫理委員会において毎年自己評価の結果をもとに接遇やサービスの質について評価・分析を行い改善に取り組んでいる。職員の研修にも積極的に取り組み職場内研修を実施し、職場外研修や資格取得のための研修に職員を派遣するなど、福祉サービスの質の向上に努めている。</p> <p>福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
13		② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
判断基準	a	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	30.2%
	b	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	36.5%
	c	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	3.2%
	n		30.2%
着眼点	○ 1	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	38.1%
	○ 2	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	27.0%
	○ 3	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	23.8%
	○ 4	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	23.8%
コメント	<p>経営の改善や業務の実効性を高める取組については、実績会議において毎月の収支状況の把握や分析、労働安全衛生委員会や倫理委員会で職員の有給取得状況や時間外労働等の把握や分析等が行われている。職員の自己評価から、虐待について職員間に認識の差があることがわかり、高齢者虐待防止法と権利擁護について全職員に職場内研修を実施している。さらに申し送りやエリア会議、身体拘束廃止対策委員会で確認し、情報を共有して実効性の向上に取り組んでいる。ワークライフバランスへの配慮として、産休明けや育休明けの職員に対する夜勤の免除や短時間勤務、作業軽減等の働きやすい職場環境を整備し、キャリアパスの導入等の取組がなされている。夜勤職員を2人配置することで、職員の業務負担軽減が図られた。</p>		

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		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
判断基準	a	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	23.8%
	b	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	36.5%
	c	組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	20.6%
	n		19.0%
着眼点	○ 1	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	30.2%
	○ 2	福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	25.4%
	○ 3	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	23.8%
	○ 4	法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。	22.2%
コメント	<p>必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画の確立と取組については、第3期経営計画の人材に対する姿勢として「①トータルな人材マネジメントの推進、②人材確保に向けた取組強化、③人材の定着に向けた取組強化、④人材育成」の4つの方針を掲げ、専門職の配置や人員体制、人材育成について具体的に示し取り組まれている。福祉人材の確保については、ホームページでの求人やハローワークの活用、人材派遣会社への求人広告、職員への友人知人の紹介依頼、地域へのチラシ配布等を通して人材確保に努めている。</p> <p>福祉サービスに関わる専門職の配置や必要な人材の具体的な計画を作成するとともに人材の確保に向けて更なる継続的な取り組みが望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
	15	② 総合的な人事管理が行われている。	b
判断基準	a	総合的な人事管理を実施している。	30.2%
	b	総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	34.9%
	c	総合的な人事管理を実施していない。	4.8%
	n		30.2%
着眼点	○ 1	法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	39.7%
	○ 2	人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。	33.3%
	○ 3	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	27.0%
	○ 4	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	27.0%
	○ 5	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	30.2%
	○ 6	職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりがある。	9.5%
コメント	<p>総合的な人事管理については、法人が定めた「働き方の指針」に「期待する職員像」を職種ごとに明記し、人事評価制度を業務標準と働き方について評価する仕組みを整えて仮運用中である。働き方の指針・評価基準、評価・研修ニーズについて、職員ヒヤリングを実施して「①個人の資質、②仕事への取組み、③仕事に向かう姿勢・態度、④対人関係（管理職）」等について確認し、キャリアパスの受講状況により職員の業務遂行状況を評価する仕組みとなっている。その結果は施設の倫理委員会と法人の倫理委員会へ報告されている。職員の不適切な言葉遣いや態度等があり、必要な場合は施設長が直接研修等を実施している。給与規定や就業規則等に職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みがある。</p> <p>昇進、昇格等に関する基準を明確に定め、職員等へ周知することが望まれる。</p>		

着眼点		評価項目	評価結果
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	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。		b
判断基準	a	職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	27.0%
	b	職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	55.6%
	c	職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	7.9%
	n		9.5%
着眼点	○ 1	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	34.9%
	○ 2	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	52.4%
	○ 3	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	31.7%
	○ 4	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	30.2%
	○ 5	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	22.2%
	○ 6	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	17.5%
		7 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	12.7%
	○ 8	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	14.3%
コメント	<p>職員の就業状況や意向の把握と働きやすい職場づくりの取組について、職員の労務管理に関する責任者は法人組織規程や安全衛生管理規程で施設長となっている。毎月の時間外や有給取得状況は管理課で把握し、倫理委員会で報告されている。産業医の配置があり、毎年実施されるストレスチェックで心身に不安を抱える職員の相談に応じるなど支援体制がある。嘱託職員は、一定の期間を経て正職員へチャレンジできる制度がある。今年度からインターネットバンキングを導入することにより銀行へ出向くことが減り、職員の業務量の減少に繋がった。健康診断の実施やソエルクラブへの加入、福祉医療機構の社会福祉施設職員退職手当共済や全国社会福祉事業団年金共済への加入等、総合的な福利厚生が整備されている。事業計画にワークライフバランスに配慮した職場環境の取り組みが明記され、産休明けの職員の夜勤の免除や短時間勤務等の働きやすい職場づくりに取り組んでいる。毎年実施されている個人面接において、職員の要望や意見を聴取して改善に取り組み、人員配置等の法人全体に関するものは法人に報告する等の体制がある。</p> <p>職員の就業状況の改善策については、事業計画等に反映させて実行することが望まれる。</p>		

着眼点		評価項目	評価結果
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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		b
判断基準	a	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	22.2%
	b	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	34.9%
	c	職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	22.2%
	n		20.6%
着眼点	○ 1	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	22.2%
	2	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	20.6%
	3	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	11.1%
	4	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	12.7%
	5	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	14.3%
コメント	<p>総合的な人事管理については、法人として人材育成要綱を制定して人材育成方針を明確にしている。期待する職員像として法人が定めた「働き方の指針」において職種ごとに「期待する職員像」が明示されている。</p> <p>「期待する職員像」の達成に向けて、職員一人ひとりの目標設定及び年2回の進捗と達成状況の面接の実施が望まれる。</p>		
18	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。		b
判断基準	a	組織として職員の教育・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。	28.6%
	b	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	41.3%
	c	組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	6.3%
	n		23.8%
着眼点	1	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	28.6%
	2	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	28.6%
	○ 3	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	17.5%
	○ 4	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	9.5%
	○ 5	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	12.7%
コメント	<p>職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、研修計画が作成され、計画にもとづいて研修が実施されている。外部研修としては、階層別の新任職員研修や中間管理職研修、中核職員研修が実施され、専門研修として、排泄ケアや成年後見制度等の研修が実施されている。施設内研修としては、職員倫理や接遇、感染防止、介護事故防止、認知症ケア、成年後見制度等が実施されている。研修計画の定期的な評価と見直しは12月から1月にかけて生活支援課長を中心として見直しが行われている。</p> <p>計画の中に、「期待する職員像」及び組織が必要とする専門技術や資格等を明示することが望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
19		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
判断基準	a	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	30.2%
	b	職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	38.1%
	c	職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	12.7%
	n		19.0%
着眼点	○ 1	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	30.2%
	○ 2	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	22.2%
	○ 3	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。	15.9%
	○ 4	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	30.2%
	○ 5	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	34.9%
コメント	職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保について、研修計画は毎年作成し新採用職員研修や採用後1年のフォローアップ研修、中堅研修等の階層別研修を実施し、ケアに関係する虐待防止や接遇、認知症ケア研修等のテーマ別研修や職種ごとの研修も実施されている。職務に必要な知識や技術水準に応じた質の向上の場として、全国老人福祉施設協議会等が主催する県外研修等に職員を派遣している。県外研修で「利用者の声を聴き、今を生きる力を引き出す職員の可能性を生み出す介護現場の創造性について」を受講した職員による伝達研修が行われている。研修参加の際はシフト勤務の調整を行うなど、配慮している。職員の専門資格取得状況等は管理課で把握している。		

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		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。	b
判断基準	a	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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	44.4%
	b	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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	28.6%
	c	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ておらず、教育・研修が行われていない。	1.6%
	n		25.4%
着眼点	○ 1	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	31.7%
	○ 2	実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	25.4%
	○ 3	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	17.5%
	○ 4	指導者に対する研修を実施している。	17.5%
	○ 5	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	30.2%
コメント	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢は、法人の第3期経営計画に記載されている。実習生受け入れマニュアルが作成され、実習生受け入れ担当者は生活支援課長となっており、実習担当者は介護福祉実習指導者講習会を受講している。高等学校の介護課程や専門学校、教員特例法にもとづく大学生の介護体験等の実習生を受け入れている。オリエンテーションを実施し、依頼先が準備した実習プログラムにもとづいて実習を指導して、反省会や評価を行っている。実習担当者は実習期間中は学校側と連携を取りながら取り組んでいる。 マニュアル等に実習生等の教育・育成に関する基本姿勢や実習受け入れ担当の明文化が望まれる。		

	着眼点	評価項目	評価結果
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	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
判断基準	a	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	41.3%
	b	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	15.9%
	c	福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	0.0%
	n		42.9%
着眼点	○ 1	ホームページ等の活用により、法人・福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	34.9%
	○ 2	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	34.9%
	○ 3	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	28.6%
	○ 4	法人（福祉施設・事業所）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（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	28.6%
	○ 5	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	28.6%
コメント		<p>運営の透明性を確保するための情報公開について、法人のホームページで経営理念や基本目標、事業報告、財務状況等が公開されている。苦情・相談の体制や苦情内容にもとづく改善や対応状況も施設内で公表するとともにホームページでも公開されている。今年度は2回目の第三者評価を受審している。広報誌を発行して家族や学校、市、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治会等へ配布し施設の存在意義や役割、活動等の説明に努めている。</p>	
22	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
判断基準	a	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。	50.8%
	b	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が、十分ではない。	12.7%
	c	公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	0.0%
	n		36.5%
着眼点	○ 1	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	34.9%
	○ 2	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	47.6%
	○ 3	福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。	34.9%
	○ 4	外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	33.3%
コメント		<p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営について、施設における事務や経理、取引、内部監査、月次報告等については文書取り扱い規程と決裁規程、経理規程で明確にされている。法人の決裁規程において職務分掌と権限・責任が明確にされ、理事長と常務理事、事務局長、施設長、課長の権限が明確にされている。職員への周知については、全体職務会で月次報告等が行われている。定期的に監事による内部監査が実施され、指摘事項の改善は法人本部に報告する仕組みとなっている。法人として公認会計士による外部監査が実施されている。昨年の内部監査において、消防訓練で夜間想定訓練、緊急避難経路図の掲示、痰吸引を行う際の計画書の作成、実施状況を記載した報告書の医師への提出等の指摘があり、改善を図り、法人本部へ報告されている。</p>	

	着眼点	評価項目	評価結果
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	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
判断基準	a	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	39.7%
	b	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	28.6%
	c	利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	1.6%
	n		30.2%
着眼点	○ 1	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	22.2%
	○ 2	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	28.6%
	○ 3	利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	36.5%
	○ 4	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	42.9%
	○ 5	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	27.0%
コメント		地域との関わりについての考え方は、法人の第3期経営計画に記載されている。地域の社会資源や情報は掲示板で利用者に提供している。利用者は職員と一緒に地域の保育園に出かけてハロウィンの行事で交流している。定期的な地域交流として、夕涼み会には地域の青年会（赤野、平敷屋）や老連民謡クラブ等がボランティアとして80名以上参加している。家族が対応する通院時に必要に応じて介護タクシーの利用を奨め、利用者の希望により買い物を支援することもある。	
24	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
判断基準	a	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	41.3%
	b	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	22.2%
	c	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	4.8%
	n		31.7%
着眼点	○ 1	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	27.0%
	○ 2	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	33.3%
	○ 3	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している	25.4%
	○ 4	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	17.5%
	○ 5	学校教育への協力を行っている。	28.6%
コメント		ボランティア受入れと地域の学校教育等への協力に関する基本姿勢は、法人の第3期経営計画に記載されている。高校生のボランティアを受け入れる際は、施設としてボランティア活動保険に加入し、ボランティア受入要綱にもとづいてボランティア活動における留意事項を説明資料としている。小学校の職場見学や中学校の職場体験、高校のインターンシップを受け入れ、毎週赤十字奉仕団のボランティアを受け入れている。ボランティアに対しては、今年度準備された誓約書の提出を求めると共に、業務標準書の「外部受け入れ（実習生・ボランティア）」が、実習生に関する内容のみとなっているので、ボランティアについても記載することが望まれる。	

	着眼点	評価項目	評価結果
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25		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
判断基準	a	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	46.0%
	b	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	15.9%
	c	利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	1.6%
	n		36.5%
着眼点	○ 1	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	19.0%
	○ 2	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	30.2%
	○ 3	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	22.2%
	4	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	14.3%
	5	地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	12.7%
コメント	<p>地域の関係機関や団体等、個々の利用者の状況に対応できる社会資源として、市の高齢者交流サロンや病院付き添いサービス、社会福祉施設等名簿、その他多数の資料を簿冊にして整備している。協力病院や協力機関等は掲示して職員間で情報を共有している。行政と一時保護事業の契約を結び、緊急一時保護や虐待等による緊急やむを得ない措置入所等も受け入れている。市主催の運営協議会や市社会福祉協議会主催の地域運営推進会議にも施設長が参加して自治会や老人会の会長、民生委員児童委員と連携している。「アイフェスタin泡瀬」の盲具展まつりに施設長と支援課長、相談員が参加している。広報誌は定期的に法人関係や第三者委員、講師（生け花、手芸、書道、舞踊）、行政、実習・ボランティア関係機関、自治体等に郵送されている。</p> <p>地域の関係機関・団体の共通する問題解決に向けて、協働した具体的な取組が望まれる。</p> <p>着眼点5は、地域に関係機関・団体があるため、評価対象外とする。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26		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。	b
判断基準	a	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	25.4%
	b	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	25.4%
	c	地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	4.8%
	n		44.4%
着眼点	○ 1	福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	28.6%
コメント	<p>施設長は、沖縄県老協理事会や市の社会福祉協議会理事会に出席して地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域行事に参加し、市主催の運営協議会や市社会福祉協議会主催の地域運営推進会議にも施設長が参加して自治会や老人会の会長、民生委員児童委員から情報を得る機会がある。</p> <p>地域の福祉ニーズ等を把握するためのさらなる取組が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
	27	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。	b
判断基準	a	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	20.6%
	b	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	23.8%
	c	把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。	6.3%
	n		49.2%
着眼点	○ 1	把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関する事業・活動を実施している。	20.6%
	2	把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	17.5%
	○ 3	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。	14.3%
	○ 4	福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。	9.5%
	5	地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	9.5%
コメント	<p>地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動については、低所得世帯を対象に、公益事業として市の事業である社会福祉法人等利用者負担額軽減事業に取り組み、利用料の一部を免除することでショートやデイサービス、訪問介護の利用につなげている。地域住民に対する相談窓口を設置し、家族・親族に関する相談や貧困・経済的困窮に関すること、福祉サービスの利用に関する相談等を受けている。相談には、生活支援課長や介護支援専門員、生活相談員で対応して、必要に応じて行政につないでいる。地域の活性化やまちづくりなどへの貢献として、地域の敬老会やカジマヤー祝い、こいのぼりフェスタ等の地域行事に参加し、ボランティアで天願川周辺の草刈・清掃をし、自治会主催の天願デーには看護師を救護員として派遣している。</p> <p>地域の福祉ニーズにもとづいた事業・活動の計画への明記、及び被災時に福祉的な支援を必要とする地域住民の安全・安心のための備えや支援の取組が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
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		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
判断基準	a	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。	61.9%
	b	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	15.9%
	c	利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	1.6%
	n		20.6%
着眼点	○ 1	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	44.4%
	○ 2	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	50.8%
	○ 3	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	39.7%
	○ 4	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	33.3%
	○ 5	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	31.7%
コメント	<p>利用者を尊重した福祉サービスの提供については、法人の理念や経営方針、倫理綱領、職員行動基準に明示して施設内に掲示するとともに初任者研修や年度初めの職員会議で職員に周知されている。年2回、倫理委員会を開催して組織内で共通理解を図り、毎年、倫理綱領自己評価を実施して集計分析し、法人本部に報告されている。職員には採用時に守秘義務を含む誓約書を提出させている。利用者を尊重した福祉サービスの提供に関しては、業務標準書のチェックポイント欄や更衣介助等の手順書に記載されている。職員は「利用者の人権と虐待防止、アンガーマネジメントについて」等、施設内外の研修を受講している。成年後見制度を活用している利用者もいる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
29		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。	b
判断基準	a	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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が行われている。	49.2%
	b	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が、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	33.3%
	c	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ない。	1.6%
	n		15.9%
着眼点	○ 1	利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。	36.5%
	○ 2	規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。	39.7%
	○ 3	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	41.3%
	○ 4	利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。	34.9%
コメント	<p>利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供については、入浴や排泄等の場面毎の業務標準書（マニュアル）に、「カーテンを閉めてプライバシーに配慮する」や「利用者の同意を得る」、「1対1で対応する」等が記載されている。職員は、マニュアルにもとづいて福祉サービスの提供に努め、「職業倫理について」等、施設内研修を受講している。居室入り口はドアで、多床室はカーテンで仕切られている。利用者や家族には、プライバシー保護に関する取組を利用開始時に説明している。</p> <p>トイレ入り口のカーテンは結ばれ、中の個別トイレのカーテンは短い、入浴支援においては、カーテンで仕切って男女を一緒に入浴させることもあり、利用者のプライバシー保護の観点から配慮が望まれる。</p>		
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		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
判断基準	a	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	52.4%
	b	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	17.5%
	c	利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	1.6%
	n		28.6%
着眼点	○ 1	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	33.3%
	○ 2	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	28.6%
	○ 3	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	41.3%
	○ 4	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	36.5%
	○ 5	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	20.6%
コメント	<p>理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容についてはホームページで公開している。パンフレットには、居室や食事、行事等の様子を写真で紹介し、イラスト等も使用している。QRコードでホームページを見ることも可能であるパンフレットは3年前に見直されている。パンフレットは行政窓口や各公民館、地域包括支援センターに配布している。利用希望者には施設での生活状況等を説明し、必要に応じて見学に対応している。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
31		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。	a
判断基準	a	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	54.0%
	b	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	17.5%
	c	福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	0.0%
	n		28.6%
着眼点	○ 1	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	36.5%
	○ 2	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	31.7%
	○ 3	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	41.3%
	○ 4	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	38.1%
	○ 5	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	30.2%
コメント	サービス利用開始時は重要事項説明書で提供する内容等を説明し、個人情報保護とプライバシー保護について、個人情報の利用目的も含めて同意書を得ている。重要事項説明書の文字は見やすい大きさで、表形式で表示することによりわかりやすく記載されている。利用者の状況変化等によるサービス変更時は、サービス担当者会議に参加した利用者や家族の意向を計画に反映させ、同意を得ている。耳が遠い利用者にはモシモシフォンで声を大きくし、目が見えにくい方には字を拡大して説明している。家族のいない利用者には成年後見人に説明している。		
32		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
判断基準	a	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。	52.4%
	b	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。	12.7%
	c	福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。	0.0%
	n		34.9%
着眼点	○ 1	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	36.5%
	○ 2	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	28.6%
	○ 3	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	36.5%
	○ 4	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	28.6%
コメント	他の介護施設や有料老人ホームへの変更、入院等で退所する場合は、相談員や計画作成担当者、看護師等、各部署の関係職員が説明と引継ぎをしている。福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定め、利用者や家族等に対して退所後の相談方法や担当者について口頭で行った説明内容を記載した文書を渡すことが望まれる。		

	着眼点	評価項目	評価結果
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	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。		b
判断基準	a	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	36.5%
	b	利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	36.5%
	c	利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	7.9%
	n		19.0%
着眼点	○ 1	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	30.2%
	○ 2	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	27.0%
	○ 3	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	27.0%
		利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	27.0%
	○ 5	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	31.7%
コメント	<p>年1回、家族アンケートを実施している。家族会総会に施設長と職員15名が出席している。利用者満足に関する調査の担当者は生活支援課長である。東エリアの食事場所についての家族からの意見に対して、蛍光灯の設置や壁の飾りつけ等で明るい雰囲気づくりをする等、食事環境の整備に取り組んでいる。利用者の要望等で居室の移動や補聴器の調整、車いす等福祉用具の調整をしている。</p> <p>法人の運営協議会には家族代表を参加させて意見の聴取をしており、施設においても家族アンケートの集計結果について利用者等の参画のもとで検討会議を実施することが望まれる。</p>		

着眼点	評価項目		評価結果
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	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
判断基準	a	苦情解決の仕組みが確立され、利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	49.2%
	b	苦情解決の仕組みが確立され、利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	19.0%
	c	苦情解決の仕組みが確立していない。	3.2%
	n		28.6%
着眼点	○ 1	苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。	46.0%
	○ 2	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	31.7%
	○ 3	苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	49.2%
	○ 4	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	36.5%
	○ 5	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	34.9%
	○ 6	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	30.2%
	○ 7	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	38.1%
コメント	<p>苦情解決責任者は施設長で苦情受付担当者は介護支援専門員として、第三者委員を設置している。重要事項説明書に苦情受付窓口を明示し、行政機関やその他の苦情受付機関、第三者委員の連絡先も記載され、施設内に沖縄県福祉サービス運営適正化委員会のポスターが掲示されている。事務所の前に意見箱が設置され、用紙と筆記用具が準備されている。苦情内容は、受付と解決を図った記録を保管し、苦情への対応結果は法人のホームページで公開されている。苦情に対しては各エリアで話し合い、東エリアからの「食事環境を考えてほしい」等の苦情に対しては、検討結果をエリアの全家族に郵送しており、匿名の場合は施設内掲示で回答している。職員の態度や言葉遣いに関する苦情には、不適切な支援を行った職員へ事実確認し、「利用者の尊厳」や「サービス提供方針」等を説明し、施設長が個別に指導し、「高齢者虐待防止研修」を実施して改善に取り組んでいる。意見箱には苦情や要望だけでなく、感謝の声も寄せられ、職員も投書している。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
35		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
判断基準	a	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	47.6%
	b	利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	17.5%
	c	利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	1.6%
	n		33.3%
着眼点	○ 1	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	28.6%
	○ 2	利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	30.2%
	○ 3	相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	36.5%
コメント	重要事項説明書に施設内の苦情受付窓口だけでなく、市役所の介護長寿課と国民健康保険団体連合会、沖縄県福祉サービス運営適正化委員会、3名の第三者委員の連絡先が記載されている。重要事項説明書と沖縄県福祉サービス運営適正化委員会のポスターは掲示されている。利用者は相談員や栄養士、施設長等に相談しており、面談室や園長室で利用者の相談に対応している。		
36		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。	b
判断基準	a	利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	52.4%
	b	利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。	23.8%
	c	利用者からの相談や意見の把握をしていない。	0.0%
	n		23.8%
着眼点	○ 1	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	44.4%
	○ 2	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	38.1%
	○ 3	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。	25.4%
	○ 4	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	34.9%
	○ 5	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	41.3%
	○ 6	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	14.3%
コメント	法人の苦情対応要綱に沿ってマニュアルを整備し、職員は日々の福祉サービスの提供において利用者からの相談や意見の傾聴に努めている。意見箱を設置し、毎年家族アンケートを実施して利用者等の意見の把握に努めている。意見箱は立会人とともに管理課長が開封し、利用者からの相談や意見は各エリアで話し合い、検討して対応している。検討に時間がかかる場合には施設長が利用者に説明している。家族アンケートの集計・分析の結果、課題となった挨拶や言葉遣い、身だしなみ等、職員の接遇面については、新任職員研修等でも周知し、意識付けを行っている。相談意見対応マニュアルの定期的な見直しが望まれる。		

着眼点	評価項目		評価結果
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	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。		C
判断基準	a	リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	60.3%
	b	リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	19.0%
	c	リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	0.0%
	n		20.6%
着眼点	○ 1	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	54.0%
	○ 2	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	54.0%
		3 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	41.3%
		4 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	47.6%
	○ 5	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	36.5%
		6 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	34.9%
コメント	<p>リスクマネジメントに関する責任者は施設長で、生活支援課長をリスクマネジャーに選任している。家族には「入所時リスク説明書」で高齢者のリスクの特徴として11項目のリスクを説明し、確認を得ている。事故発生時の対応と安全確保については、手順書に沿って対応し、事故とヒヤリ・ハットの区分を明確にして報告書が提出されている。事故発生時は各エリアの職員で原因と対策を検討してリスクマネジメント委員会で報告・検討され、全職員に周知している。リスクマネジャーや管理栄養士が職種別研修で「リスクマネジメント」や「再加熱によるリスク管理」等の研修を受講し、身体拘束や警察署員による防犯研修は園内研修で全職員が受講している。</p> <p>利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集し、発生要因を分析して改善策・再発防止策を検討するとともに、事故防止策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行い、誤薬等の再発防止策については職員への周知徹底が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
38		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。	b
判断基準	a	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	58.7%
	b	感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	25.4%
	c	感染症の予防策が講じられていない。	1.6%
	n		14.3%
着眼点	○ 1	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	41.3%
	○ 2	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	50.8%
	○ 3	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	33.3%
	○ 4	感染症の予防策が適切に講じられている。	36.5%
	○ 5	感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。	46.0%
	○ 6	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	27.0%
コメント	<p>感染症防止対策委員会を設置し、施設長を委員長として各委員の役割を明確にしている。感染症の予防と発生時等の対応マニュアルは、ノロウイルスと疥癬、インフルエンザ、新型コロナウイルス等、個別に整備され、3か月に1回開催される感染症防止対策委員会で対応策を検討し、職員に周知している。新型コロナウイルス感染予防に関しては、労働安全衛生委員会で対策について審議し、利用者と職員、来客の検温と消毒、マスク着用を徹底し、面会制限やリモート面会等の対応をしている。感染症については、看護師が外部研修を毎月受講し、施設内研修が2回実施されている。感染症が発生した場合は委員会で対策を検討し、罹患者は個室でマニュアルに沿って対応している。新型コロナウイルス感染症が発生した場合に備えて、対応する職員用としてフェイスシールドや防護服等も準備されている。</p> <p>感染症の予防と発生時等の対応マニュアルの定期的な見直しが望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
39		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。	b
判断基準	a	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	38.1%
	b	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	17.5%
	c	地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	9.5%
	n		34.9%
着眼点	○ 1	災害時の対応体制が決められている。	30.2%
	2	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	23.8%
	3	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	19.0%
	○ 4	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	19.0%
	○ 5	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	30.2%
コメント	<p>具志川厚生園自衛消防計画で対応体制が決められており、昼想定避難訓練が消防署に届け出て年2回実施され、防災設備の点検も年2回実施している。居室のタンス等は壁に固定して落下防止等の対策が取られている。市の防災・減災マップがあり、備蓄について、食料等は管理栄養士の管理のもと賞味期限とエネルギー量が記載された備蓄リストを作成し、リストに応じた3日分の献立が準備されている。</p> <p>年1回は重要事項説明書に明記されている夜間を想定した避難訓練の実施するとともに、利用者と職員の安否確認の方法を決めて職員に周知することが望まれる。県では7日分の備蓄が定められており、利用者と職員の7日分の備蓄が望まれる。市の防災・減災マップの掲示及び災害発生後も福祉サービスの提供を継続するために必要な対策が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
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	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
判断基準	a	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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	52.4%
	b	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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	25.4%
	c	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ていない。	1.6%
	n		20.6%
着眼点	○ 1	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	44.4%
	○ 2	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	52.4%
	○ 3	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	39.7%
	○ 4	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	28.6%
コメント	<p>標準的な実施方法の文書化については、法人全体の業務標準書を施設にあわせて作成し、手順書も作られている。業務標準書と手順書は、各部署に設置して会議や研修で読み合わせて確認されている。業務標準書には、標準的な実施方法にもとづいて実施できているかどうかを確認する欄があり、職員一人ひとりの実施状況の評価が行われている。業務標準書のチェックポイント及び入浴や排泄等の場面毎の手順書には、「カーテンを閉めてプライバシーに配慮する」や「利用者の同意を得る」、「1対1で対応する」等、利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢が示されている。プライバシーの保護に関して、利用者にとっては最大の配慮が求められる入浴や排泄、着替えの支援においては、利用者のプライバシー保護への更に細かい配慮の明記が望まれる。</p>		
41	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。		b
判断基準	a	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	42.9%
	b	標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	25.4%
	c	標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	0.0%
	n		31.7%
着眼点	○ 1	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	31.7%
	○ 2	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。	28.6%
	○ 3	検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。	28.6%
	○ 4	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	28.6%
コメント	<p>標準的な実施方法の検証・見直しに関しては、各種委員会の要綱に各委員の役割として、「マニュアルや手順書の作成及び改正等」と明記され、必要に応じて見直されている。見直しにあたっては関係職員の協議により見直し、会議や研修で読み合わせて確認されている。</p> <p>マニュアルの見直しにあたっては、社会や地域、家族の状況等、高齢者を取り巻く環境の変化に応じた利用者の個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されることが望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
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		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
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	50.8%
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	20.6%
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。	0.0%
	n		28.6%
着眼点	○ 1	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	41.3%
	○ 2	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	39.7%
	○ 3	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	39.7%
	○ 4	福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	36.5%
	○ 5	福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	30.2%
	○ 6	福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。	27.0%
	○ 7	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	22.2%
コメント	<p>施設サービス計画の責任者は介護支援専門員と定められている。アセスメントは、入所の際に家族及び入所前に関わった関係機関より情報を収集して作成され、介護支援専門員や生活相談員、介護職、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員など多職種で協議を行い、利用者及び家族の意向等を含め同意を得て、具体的なニーズを明確にした施設サービス計画が策定されている。入所後は、ケアプラン作成業務標準書に沿って、多職種でアセスメントを実施し、利用者の心身の状況等に合わせて、サービス内容を検証し確認する仕組みとなっている。支援困難ケースについては、各委員会において多職種で情報を共有し、家族の協力や積極的な相談援助の対応、環境の整備などに配慮し支援が行われている。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
	43	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。	a
判断基準	a	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	58.7%
	b	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	12.7%
	c	福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	0.0%
	n		28.6%
着眼点	○ 1	福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	46.0%
	○ 2	見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	49.2%
	○ 3	福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	33.3%
	○ 4	福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	31.7%
コメント	<p>施設サービス計画の見直しは、ケアプラン作成業務標準書に沿って、利用者の認定期間の終了や利用者の状態変化時（随時）と明記されている。介護支援専門員や生活相談員、介護職、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員など多職種でアセスメントを実施し、利用者及び家族の意向を確認して、サービス担当者会議の中で協議し、利用者及び家族の同意を得て、具体的な課題が明確にされた施設サービス計画を変更している。退院後など、緊急に施設サービス計画を変更する場合も同様に対応している。変更した施設サービス計画は、多職種でモニタリングを実施し、新たな課題が発生した場合は、環境整備し、補助具などを工夫して、施設サービス計画に反映させるよう取り組んでいる。変更した施設サービス計画書は、職員へ回覧で周知する仕組みを整備している。</p>		

着眼点		評価項目	評価結果
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	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。		b
判断基準	a	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	52.4%
	b	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	31.7%
	c	利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。	0.0%
	n		15.9%
着眼点	○ 1	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	50.8%
	○ 2	サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	46.0%
		3 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	27.0%
		4 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	36.5%
	○ 5	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	38.1%
	○ 6	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	46.0%
コメント	<p>利用者に関する福祉サービスの実施記録は、経過記録の業務標準書に定められ、利用者一人ひとり心身の状態や生活状況等は統一された様式に記録されている。日々の介護職の行動観察記録や看護記録など、多職種で情報を共有し、施設サービス計画にもとづいて実施されているかが確認できるように取り組んでいる。記録の書き方は(5W1H)を使用し、相手に伝えることを基本としている。また各エリアで、定期的にエリア会議、支援会議を開催し、職員間で情報共有に取り組んでいる。事業所はパソコンのネットワークシステムを整備し、職員間で情報共有と連携に取り組んでいる。</p> <p>記録の書き方や伝え方について、職員間で差異が生じないように記録要領の作成や職員への指導及び情報を的確に届くような仕組みの整備が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
	45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
判断基準	a	利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	58.7%
	b	利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	20.6%
	c	利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	3.2%
	n		17.5%
着眼点	○ 1	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程を定めている。	47.6%
	○ 2	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	41.3%
	○ 3	記録管理の責任者が設置されている。	30.2%
	○ 4	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	30.2%
	○ 5	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	44.4%
	○ 6	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	39.7%
コメント	<p>利用者に関する記録の管理について、個人情報保護規程により、管理責任者は施設長と定められ、利用者に関する記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関することや不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が定められている。新任職員に個人情報保護規程の説明を行い、守秘義務に関する誓約書を提出させて資料を配布している。職員に対して所属管理責任者より、定期的に個人情報保護の取り扱いについて、教育や研修を行い、職員は個人情報保護規程を理解し遵守するように努めている。利用者や家族には、入所時に個人情報保護と利用目的について文書で説明し同意を得ている。</p> <p>個人情報保護規定に関して、管理責任者は職員に対し定期的な教育や研修を継続することに期待したい。</p>		

着眼点		評価項目	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			
46	A①	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。	b
判断基準	a	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。	23.8%
	b	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が、十分ではない。	38.1%
	c	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ない。	14.3%
	n		23.8%
着眼点	○ 1	利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。	31.7%
	○ 2	日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。	27.0%
	○ 3	利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。	17.5%
	○ 4	利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。	27.0%
	○ 5	利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。	28.6%
	○ 6	利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。	23.8%
	○ 7	(特養)利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。	33.3%
	○ 8	(特養)利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。	28.6%
コメント		<p>利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方については、利用者の心身の状況やこれまでの生活環境、生活習慣等について家族や関係機関から情報を収集し、担当者会議で同意を得て、利用者一人ひとりに応じた施設サービス計画を作成し、支援されている。利用者の心身の状況に合わせて、機能訓練士による利用者の出来る部分に配慮した個別機能訓練計画が作成され、利用者は日常的に朝の体操や生け花、歌声サークルへ参加している。希望する利用者には、車椅子マラソンに参加させるなど、活動的に過ごしてもらえよう取り組んでいる。利用者一人ひとりに応じた生活は、サービス内容を多職種でモニタリングを実施し、必要な場合は見直しを行い改善する仕組みが取られている。新型コロナウイルス感染症の影響で活動が単調になっているが、少人数でのカラオケ大会の企画や敷地内の散歩などに取り組んでいる。</p> <p>利用者一人ひとりの生活習慣を理解し日常生活の中で役割が持てる取組、及び利用者一人ひとりの日課表があることが望まれる。</p>	

	着眼点	評価項目	評価結果
47	A④	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
判断基準	a	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。	42.9%
	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が、十分ではない。	38.1%
	c	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ない。	1.6%
	n		17.5%
着眼点	○ 1	利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。	44.4%
	○ 2	利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。	31.7%
		3 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。	33.3%
		4 コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。	30.2%
	○ 5	話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。	30.2%
	○ 6	(特養、通所介護、養護、軽費)利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。	31.7%
	○ 7	(特養、通所介護、養護、軽費)会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしもらえるようにしている。	30.2%
コメント	<p>利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションとして、接遇委員会を設置し、新任研修で接遇研修を実施している。利用者への日々の支援の中で、挨拶や積極的な声掛けなどに配慮した支援を行っている。意思表示が困難な利用者には、ケアに入る前に必ず声かけをし、不安にさせないよう配慮し、表情や動作等を観察しながら介助するよう努めている。居室担当制をとり、利用者の心身の状況に応じて、筆談ボードやモシモシフォンを使用して個別に対応し、日常生活の中で利用者とは話せる機会を作っている。利用者からの相談がある場合は、その都度、相談室や利用者の居室で相談援助を行っている。</p> <p>利用者の心身の状況等に合わせて、全職員に対してコミュニケーションの研修の実施が望まれる。</p>		

着眼点		評価項目	評価結果
A-1-(2) 権利擁護			
48	A⑤	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
判断基準	a	権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	57.1%
	b	—	0.0%
	c	権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	14.3%
	n		28.6%
着眼点	1	権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。	25.4%
	○ 2	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っている。	31.7%
	○ 3	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。	44.4%
	4	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。	30.2%
	○ 5	権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。	25.4%
	○ 6	権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。	31.7%
コメント		<p>利用者の権利侵害の防止等に関する取り組みについて、職員倫理委員会設置要綱や身体拘束廃止対策委員会設置要領が定められ、委員長は施設長になっている。年2回の倫理要綱自己チェックの実施や年1回の職員ヒアリング、年2回の高齢者虐待研修を実施している。やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体拘束適正化委員会を開催し、多職種で情報を共有し、切迫性、非代替性、一時性の三要件を満たしているかどうか検討し、利用者や家族へ身体拘束の内容等、改善に向けた取組方法を詳細に文書で説明して確認を得て実施している。実施後は、毎月身体拘束等適正化委員会を開催し、身体拘束等の早期解除に向けて、拘束等の必要性や方法を随時検討し、結果を記録して職員へ周知する仕組みが明確化されている。</p> <p>現在実施している事例について、長期間の身体拘束の実施が確認された。緊急やむを得ない身体拘束等を行う場合の3つの要件のうち一時性について再度の検討、及び全職員で身体拘束廃止に向けて徹底した取り組みと虐待に関する手順等の整備が望まれる。</p>	

	着眼点	評価項目	評価結果
A-2 環境の整備			
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
49	A⑥	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。	b
判断基準	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。	31.7%
	b	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が、十分ではない。	47.6%
	c	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	3.2%
	n		17.5%
着眼点	○ 1	福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。	30.2%
	○ 2	利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。	28.6%
	○ 3	環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。	27.0%
	○ 4	(特養、養護、軽費)利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援している。	38.1%
コメント		<p>施設の環境について、清掃は業者が行うが、行き届かない所は毎月、環境美化委員会があり、居室清掃、整理整頓、トイレ清掃の手順書に沿って取り組んでいる。居室は温度計を設置し、空調の設定や暗い場所は蛍光灯を設置し、環境整備に努めている。身体状況に合わせてベッドの位置を調整し、居室内はカーテンで仕切っている。敷地内はバリアフリーになっており、利用者の意向がある場合は施設周辺を車椅子で散歩できるように努めている。</p> <p>東エリアについては、職員から環境面での改善を求めるコメントが多数あがっている。利用者が快適にくつろいで過ごせるよう、さらなる環境の整備が望まれる。トイレの入り口のカーテンは結ばれており、中の個別トイレのカーテンは短いので、利用者のプライバシー保護の取り組みとして配慮が望まれる。</p>	

着眼点		評価項目	評価結果
A-3 生活支援			
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
50	A⑦	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。	b
判断基準	a	入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	49.2%
	b	入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	30.2%
	c	入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	1.6%
	n		19.0%
着眼点	○ 1	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行っている。	50.8%
	○ 2	安全・快適に入浴するための取組を行っている。	58.7%
	○ 3	入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。	52.4%
	○ 4	入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。	55.6%
	○ 5	入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	42.9%
	○ 6	入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。	49.2%
	○ 7	(特養、通所介護、養護、軽費)心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	55.6%
	○ 8	(特養、通所介護)利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。	57.1%
	○ 9	(特養、通所介護、養護、軽費)利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。	39.7%
	○ 10	(特養、養護、軽費)利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	46.0%
	○ 11	(特養、養護、軽費)利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	39.7%
コメント	<p>入浴支援については、入浴介助の業務標準書があり、利用者の心身の状況等に合わせ、入浴前の検温や血圧測定などバイタルチェックを実施し、シャワーチェア入浴やストレッチャー入浴の手順書に沿って実施されている。感染症など留意が必要な利用者は、最後に入ってもらえるなど配慮している。入浴を拒否する利用者については、利用者の意向に合わせて、同性介助や入浴の時間や曜日を変更し、入浴日以外の日でも必要に応じてシャワー浴を行うなど対応している。体調不良が続いている利用者は、身体状況を確認しながら清拭で対応している。</p> <p>男女一緒の入浴時は、カーテンで仕切り、移動の際はバスタオルを使い見えないように工夫しているが、入浴の曜日や時間帯をずらして入れるなど、男女別に対応する取組が望まれる。</p>		

		着眼点	評価項目	評価結果	
51	A⑧		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。	b	
	判断基準	a	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。	58.7%	
		b	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が、十分ではない。	23.8%	
		c	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ない。	0.0%	
		n		17.5%	
	着眼点	○ 1	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。	54.0%	
		○ 2	自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。	44.4%	
			3	トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。	46.0%
		○ 4	排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。	55.6%	
		○ 5	排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。	49.2%	
		○ 6	排せつの自立のための働きかけをしている。	44.4%	
		○ 7	必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。	60.3%	
		○ 8	支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	44.4%	
		○ 9	(特養、通所介護)尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。	52.4%	
	コメント	<p>排泄の支援については、排泄委員会要綱が定められ、排泄介助の業務標準書に沿って行われている。利用者の心身の状況や意向に合わせて、便が出ない利用者は、オリゴ糖を提供し、水分摂取を多くし、日常の中で離床を促すなど、できるだけ薬に頼らない自然の排泄を支援している。自然な排泄が難しい場合は、医師に相談して緩下剤を処方してもらい、与薬している。オムツを使用している利用者には、日中はできる限りトイレでの排泄を支援し、利用者の要望に応じて、待たせないように努めている。職員一人での介助が難しい場合は、二人で対応するなどの取組をしている。夜間はベッドの横にポータブルトイレを設置し、利用者の意向や身体状況に合わせて排泄ができるよう取り組んでいる。居室でのおむつ交換は、カーテンで仕切り利用者の尊厳や羞恥心に配慮している。排泄介助の際は、排泄の観察を行い、便や尿がいつもと違うなど変化がある場合は看護師に報告している。</p> <p>トイレ入り口のカーテンは結ばれており、中の個別トイレのカーテンは短いので、利用者のプライバシー保護の取組が望まれる。排泄については、継続して医師や多職種と連携し、できる限り自然な排便ができるようさらなる取り組みが望まれる。</p>			

	着眼点	評価項目	評価結果
52	A⑨	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。	b
判断基準	a	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	52.4%
	b	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	25.4%
	c	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	0.0%
	n		22.2%
着眼点	○ 1	利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。	49.2%
	○ 2	移動の自立に向けた働きかけをしている。	42.9%
	○ 3	利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。	49.2%
	○ 4	安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。	44.4%
	○ 5	介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。	44.4%
	○ 6	(特養、通所介護、養護、軽費)利用者が移動しやすい環境を整えている。	44.4%
	○ 7	(特養、通所介護、養護、軽費)移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。	47.6%
コメント	<p>移動支援については、移乗移動介助の手順が定められ、車椅子介助やリクライニング車介助の手順に沿って、利用者の身体状況に合わせて安全に移乗移動を行っている。機能訓練指導員を中心に多職種でアセスメントを実施し、利用者の身体状況に合わせて、車椅子はリクライニングやスタンダード、座面が広いタイプや利用者が片手で移動できるなどの車椅子を選定して対応している。車椅子の取り扱いは、機能訓練士から職員にその都度説明して周知している。外出する利用者は、体調を確認し、身体状況や場所、家族の要望に応じて車椅子を選定している。施設内や敷地内はバリアフリーになっており、利用者が希望した場合は、散歩などに対応できるように努めている。</p> <p>車椅子の取り扱いについて、職員間で情報共有を継続し、安全に移動介助を実施するための取り組みの強化、及び移動介助マニュアルに剥離等についての留意点の追記が望まれる。</p>		

A-3-(2) 食生活

53	A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
判断基準	a	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	38.1%
	b	食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。	38.1%
	c	食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	4.8%
	n		19.0%
着眼点	○ 1	食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。	30.2%
	○ 2	(特養、通所介護、養護、軽費)食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。	30.2%
	○ 3	(特養、通所介護、養護、軽費)衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。	30.2%
	○ 4	(特養、養護、軽費)食事を選択できるよう工夫している。	20.6%
コメント	<p>食事をおいしく食べられる工夫として、安全衛生管理規定により、衛生管理体制が確立され、業務標準書や配膳・食事介助の手順書に沿って実施されている。食事の環境や雰囲気づくりとして、東エリアの食卓周辺は暗かったため、蛍光灯を設置し、部屋を明るくするなど工夫している。利用者に食事を提供する際は、保温器のある配膳車を使用し適温の食事を提供している。食事摂取状況を観察し、見直しが必要な場合は、管理栄養士へ報告し、代替食や食事形態を変更する等の対応をしている。</p> <p>食事に関する利用者及び家族から改善を求める声が多く寄せられている。利用者の意向を取り入れ、栄養面に配慮した食事の提供など、引き続き課題を検討し、組織を挙げて利用者の意向に沿った食事提供の取組が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
54	A⑪	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
判断基準	a	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。	68.3%
	b	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が、十分ではない。	14.3%
	c	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ない。	1.6%
	n		15.9%
着眼点	○ 1	利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。	57.1%
	○ 2	利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。	54.0%
	○ 3	利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。	58.7%
	○ 4	経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。	44.4%
	○ 5	誤嚥、窒息など食事中の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。	47.6%
	○ 6	食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	47.6%
	○ 7	(特養、通所介護、訪問介護)食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。	54.0%
	○ 8	(特養)利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。	46.0%
コメント	<p>食事の提供、支援については、利用者の個別の栄養ケア計画書が作成され、常食やきざみ食、粗きざみ食、小きざみ食、ミキサー食、経管栄養など、一人ひとりの身体状況に合わせて、食事形態を調整している。また栄養面や介助量の側面から確認し補助食やハーフ食を取り入れ、栄養面に配慮した食事の提供に取り組んでいる。利用者の食事のペースを確認し、介助が必要な状態になった場合は配慮している。嚥下機能低下の可能性のある利用者については、管理栄養士や機能訓練士へ報告し、食事摂取評価を実施し、日誌への記録や食事形態の検討を行っている。管理栄養士や介護職、看護師などで連携を取り、情報共有を行い、日々の食事や水分の摂取量を確認し、月一回の体重測定を実施し、BMIを確認して利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成して実施している。</p>		
55	A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
判断基準	a	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	49.2%
	b	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	33.3%
	c	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	3.2%
	n		14.3%
着眼点	○ 1	利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。	49.2%
	○ 2	職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	49.2%
	○ 3	(特養、通所介護、養護、軽費)歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。	47.6%
	○ 4	(特養、通所介護)利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。	23.8%
	○ 5	(特養、通所介護)口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。	28.6%
	○ 6	(特養)食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。	42.9%
コメント	<p>利用者の状況に応じた口腔ケアについては、口腔衛生指針が定められ、定期的な口腔ケア委員会を開催し、多職種で情報共有を行い課題について取り組んでいる。口腔ケア業務標準書に沿って利用者一人ひとりの身体状況に合わせ、施設サービス計画に口腔ケアが位置付けられている。職員に対して、定期的な口腔ケアに関する研修の実施と、月1回の歯科診療を利用し、歯科衛生士による職員への口腔ケアの指導、助言を得て、利用者の毎食後の口腔ケアと口腔内のチェックを実施し、誤嚥性肺炎予防に取り組んでいる。毎日、利用者の義歯の有無を確認し、歯ブラシの交換や入れ歯の洗浄等を行っている。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
56	A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
判断基準	a	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	61.9%
	b	褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。	20.6%
	c	褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。	0.0%
	n		17.5%
着眼点	○ 1	褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取組んでいる。	54.0%
	○ 2	標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。	54.0%
	○ 3	褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。	60.3%
	○ 4	褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。	61.9%
		5 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。	46.0%
	○ 6	(特養)褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。	52.4%
コメント		<p>褥瘡の発生予防・ケアとして、褥瘡対策に関する指針が定められ、毎月褥瘡対策委員会が開催されている。褥瘡がある利用者については、褥瘡対策員会で情報を共有して協議し、改善に向けて検討している。委員会で協議した結果は記録し、職員へ周知している。褥瘡がある利用者は、医師と連携し、医師の指示のもと看護師が褥瘡の処置を行い、福祉用具の使用や介助方法、栄養面での支援など、多職種で情報を共有し、連携しながら褥瘡の改善、治癒に向けて取り組んでいる。褥瘡の早期発見として褥瘡状態判定表を活用している。</p> <p>褥瘡対策について、褥瘡委員会で改善に向けて対応しているが、褥瘡発生状況（再発も含む）は入所者の10%台（調査時点で11名）で推移している。褥瘡のある利用者の改善対策として、医師と連携し、多職種共同で褥瘡ケアに関する栄養面や皮膚の衛生面、介助方法などの強化、及び予防対策の徹底した取組が望まれる。</p>	

	着眼点	評価項目	評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
57	A⑭	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。	b
判断基準	a	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。	55.6%
	b	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と取組が、十分ではない。	14.3%
	c	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が確立していない。	1.6%
	n		28.6%
着眼点	○ 1	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。	44.4%
	○ 2	喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。	46.0%
	○ 3	医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。	49.2%
	○ 4	介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	27.0%
	○ 5	介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。	33.3%
コメント	<p>介護職員による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制については、医療的ケア対策委員会があり、委員長は施設長と定められている。委員会は月1回開催し、多職種で情報を共有し協議している。喀痰吸引が必要な利用者は、医師の指示のもと、看護師が一人ひとりの医療的ケア実施計画を作成し、介護職員が医療的ケア実施記録及び実施報告書を作成している。16名の介護職員が喀痰吸引の講習を受講し、日中の喀痰吸引・経管栄養の実施は、看護師を中心に対応し、夜間は看護師の指導・助言を受けて介護職員が実施している。</p> <p>喀痰吸引が必要な利用者が20%弱おり、喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修の強化、及び看護師による個別指導等のさらなる取り組みが望まれる。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
58	A⑮	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
判断基準	a	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。	30.2%
	b	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が、十分ではない。	44.4%
	c	機能訓練や介護予防活動を行っていない。	1.6%
	n		23.8%
着眼点	○ 1	利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。	30.2%
	○ 2	利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。	50.8%
	○ 3	(特養、通所介護、訪問介護)日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。	39.7%
	○ 4	(特養、通所介護、養護、軽費)一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。	39.7%
	○ 5	(特養、養護、軽費)判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。	38.1%
コメント	<p>利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動については、機能訓練士を中心に機能訓練業務標準書に沿って実施している。利用者の身体状況に合わせて福祉用具の選定や一人ひとりの残存機能を評価した個別機能訓練計画書が作成され、機能訓練士の助言・指導を受けて、日常生活の中でベッドやトイレ間の移乗動作等、自力での車椅子の操作、洗濯たたみやパズルなど利用者が主体的に取り組めるよう実施している。個別機能訓練計画書を定期的に評価し、利用者の身体状況が変化した場合は、多職種でアセスメントを実施し、担当者会議で情報共有を行い、機能訓練の見直しを行っている。日々の記録で、利用者の心身の状況変化を把握し、必要な場合は医療機関と連携して受診の対応を行っている。</p> <p>利用者一人ひとりに応じた機能訓練、介護予防活動について、機能訓練士からの助言、指導を継続し日々の日常生活の中で取り組むことが望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
A-3-(6) 認知症ケア			
59	A⑯	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
判断基準	a	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	25.4%
	b	認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。	44.4%
	c	認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	4.8%
	n		25.4%
着眼点	○ 1	利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。	41.3%
	2	あらゆる場面で、職員等は利用者に配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。	36.5%
	○ 3	行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。	33.3%
	4	職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。	12.7%
	○ 5	(特養、通所介護、養護、軽費)認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。	31.7%
	○ 6	(特養、通所介護、養護、軽費)利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。	22.2%
	○ 7	(特養、通所介護、養護、軽費)医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状(BPSD)について分析を行い、支援内容を検討している。	22.2%
コメント	<p>認知症の状態に配慮したケアについては、入所の際に家族及び入所前に関わった関係機関より情報収集を行い、多職種でアセスメントを実施し、施設サービス計画を作成している。入所後はケアプラン作成の手順に沿って、多職種でアセスメントを実施し、見直しを行っている。居室には名前を掲示し、要望に応じて居室の変更や同室者の組み合わせに配慮している。施設内はバリアフリーになっており、利用者の行動が抑制されることなく、各居室から食堂やトイレに行ける。敷地内もバリアフリーになっており、利用者の意向に添って車椅子での散歩などの対応に努めている。利用者の心身の状況に合わせて、多職種で情報を共有し、医師と連携しながら支援している。</p> <p>認知症の状態に配慮したケアについて、利用者に配慮した支持的、受容的な関わりの対応、及び認知症ケアの研修の実施、より多くの職員が認知症ケアについて学び、質の高い支援ができる取組と認知症ケアマニュアルの整備が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
A-3-(7) 急変時の対応			
60	A⑰	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
判断基準	a	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。	60.3%
	b	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、取組を行っているが、十分ではない。	22.2%
	c	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ていない。	0.0%
	n		17.5%
着眼点	○ 1	利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取組んでいる。	61.9%
	○ 2	日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。	55.6%
	○ 3	利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。	54.0%
		4 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	17.5%
		5 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	28.6%
	○ 6	(特養、通所介護、養護、軽費)利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	57.1%
コメント		<p>利用者の体調変化に迅速に対応するための手順の確立と取組については、各部署に設置された「緊急時、夜間対応フローシート」に沿って対応し、医療機関と連携している。日々の利用者の健康状態は必要に応じて「行動観察記録」に記載されている。利用者を3つのエリアに分けて支援し、利用者の状況は日誌や申し送りでも職種が連携するとともに、各エリアの夜勤者を2人体制にするなど、体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。配薬・与薬の手順書を作成し、服薬管理は看護師が行っている。</p> <p>高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用、体調変化時の対応等については、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底することが望まれる。</p>	

	着眼点	評価項目	評価結果
A-3-(8) 終末期の対応			
61	A⑱	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
判断基準	a	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。	25.4%
	b	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。	31.7%
	c	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。	3.2%
	n		39.7%
着眼点	1	利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。	28.6%
	2	医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。	41.3%
	○ 3	利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。	31.7%
	○ 4	職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。	14.3%
	○ 5	終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。	11.1%
	○ 6	(特養、養護、軽費)利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。	28.6%
コメント	<p>利用者が終末期を迎えた場合の対応については、業務標準書「ターミナルケア」が作成されている。法人としては看取りに取り組んでいないが、中部病院地域ケア科の医師の協力により実施した実績がある。看取りの実施に際しては、退院後のカンファレンスで医師からの説明を受け、今後の対応を決めて、家族に「看取り介護、医療の同意書」について説明し、同意を得て実施している。終末期のケアに携わる職員に対する精神的なケアとして、法人が医師によるグリーフケアを含む看取りの研修を実施し、看取りに関わった職員には、施設長や介護課長が労いの言葉をかけている。法人の看取りケアの研修を介護支援専門員が受講している。利用者・家族から希望があった場合、医師・医療機関の協力体制が得られる場合は、施設で終末期のケア（看取り）を行うことにしている。</p> <p>利用者が終末期を迎えた場合の対応について、方針の明文化及び医師・医療機関等との必要な連携体制の確立が望まれる。</p>		

	着眼点	評価項目	評価結果
A-4 家族等との連携			
A-4-(1) 家族等との連携			
62	A⑱	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
判断基準	a	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	65.1%
	b	利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。	14.3%
	c	利用者の家族等との連携と支援を行っていない。	0.0%
	n		20.6%
着眼点	○ 1	家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。	58.7%
	○ 2	利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。	50.8%
	○ 3	家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。	49.2%
	○ 4	家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。	49.2%
	○ 5	(特養、養護、軽費)利用者や家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。	38.1%
	コメント	<p>利用者の家族等との連携と支援について、利用者の状況は面会時やサービス担当者会議で報告し、利用者の状況が変化した場合は、生活相談員が家族に随時、報告している。面会時やサービス担当者会議、家族会等は、家族に提供するサービスの説明をして要望を聞く機会としている。家族代表者で構成する法人の運営協議会に参加して意見を述べ、意見箱や毎年の家族アンケートからも要望等を把握している。意見箱に寄せられた相談や意見等は「希望の声つづり」として対応結果を記録・保存し、東エリアからの「食事環境を考えてほしい」等の苦情に対しては、検討結果をエリアの全家族に郵送している。サービス担当者会議の記録には利用者や家族の要望が記載されている。トーチやカジマヤー等の行事に家族も招待して利用者や家族がつながりを持てるように配慮している。定期的に広報誌を全家族に郵送しており、家族がいない利用者は、成年後見人と連携して支援している。今回の第三者評価調査受審時の家族アンケートで、「家族の要望・意見の聴取」や「介護計画の説明」、「家族への報告」、「職員は話しやすい」、「この施設を選んで良かった」等がいずれも90%以上の高い評価を得ている。</p>	