

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ

② 事業者情報

経営法人・設置主体(法人名等)		社会福祉法人 常磐会		
名称:	特別養護老人ホーム本部園	種別:	特別養護老人ホーム	
代表者氏名:	山里 将保	利用人数	70人	
施設長氏名:	西永 浩士			
所在地:	〒905-0213 沖縄県国頭郡本部町字谷茶310		電話番号: 0980-47-3644	
開設年月日	昭和56年8月1日		ホームページ:	
職員数	常勤: (51) 名、非常勤: (22) 名、計: (73) 名			
専門職員の数	社会福祉士	(0) 名	介護福祉士	(16) 名
	理学療法士	(1) 名	作業療法士	(0) 名
	介護支援専門員	(2) 名	言語聴覚士	(0) 名
	医師	(1) 名	柔道整復士	(0) 名
	看護師	(2(1)) 名	准看護師	(4(3)) 名
	あん摩マッサージ	(0) 名	栄養士	(3(2)) 名
	調理師	(7(3)) 名	精神保健福祉士	(1) 名
施設・設備の概要	居室【2人部屋(3) 4人部屋(17)】 食堂(3) 機能訓練室(1) 浴室(2) 医務室(1) 静養室(1) 霊安室(1)			

③ 理念・基本方針

基本理念

- ・和の心 - 全ての人々が、仲良くすることを基本に行動する
- ・愛の心 - 全ての人々の、幸せを願い行動する
- ・探求の心 - 全ての職員が自己研鑽に努め、高度なるサービス技術を利用者に提供すべく、日々精進し行動する

基本方針

1. 社会福祉事業者としての自覚、責任、自出性を確立する
2. 利用者様の個性、主体性を尊重し、自己決定を基本とした支援を行う
3. 利用者様、ご家族様、地域社会から安心して任せられる施設づくりを推進する
4. 職員は、相互視界を含め、利用者様のニーズに応えられる施設づくりをめざす
5. 職員は、業務を点検、改善し、合理的かつ効率的な業務に努める

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・老人デイサービスセンター
- ・短期入所生活介護事業所
- ・指定訪問介護事業所
- ・居宅介護支援事業所
- ・短期入所生活介護事業所
- ・本部町在宅介護支援センター
- ・住宅型有料老人ホーム
- ・本部町高齢者配食サービス

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年4月26日（契約・職員説明会）～8月2日（職員報告会）	
	訪問調査	2023年6月15日～16日
	評価結果確定日	2023年9月5日
受審回数 前回の受審年度	1回目 ()	

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 食事をおいしく提供し、利用者の心身の状況に合わせて提供している。

食事をおいしく提供するため、利用者の嗜好に配慮し、管理栄養士による献立表をもとに利用者の状態に合った食事形態を提供している。食事は3か所のエリアに分かれ、ほど良い採光の中ゆったりと食事をしている利用者の姿が見られ、穏やかな食事風景であった。利用者聞き取り調査では全員が「美味しい」との回答であった。利用者の状態に応じて、主食はアチビーやパン、副食は普通食や一口大、きざみ、ソフト食については食材の配色を工夫し彩りよく盛り付けて提供している。体重減少の場合等は栄養補助食品も提供している。利用者がなるべく自身で食べられるようスプーンや箸、介護用食器等を活用している。経口摂取を継続するため、口のオーラルケア（ぶくぶくケア）を実施するとともに、一人ひとりの利用者に対し栄養ケア計画を作成し、定期的に栄養スクリーニング、アセスメント、モニタリングを行い、水分量や食事摂取量を把握し現場からの報告にもとづいて、ケア会議や給食会議、食事形態の勉強会を実施している。

関連項目：53、54

2. 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実施している。

利用者の意向に配慮した個別機能訓練計画書に基づき、機能訓練や介護予防活動を実施し、歩行器でトイレまで行く利用者や自力で車椅子を操作する利用者、エプロンたたみ等の作業を計画に位置づけ、3か月毎に評価・見直しを行っている。機能訓練や介護予防活動として週1回のDVDを見ながらみんなの体操や月1回のレクリエーションで頭の体操やリハビリ体操、玉入れ等、多数実施している。壁面飾りとして4月はさくら、6月は紫陽花等、月ごとに花をモチーフにして作成している。誕生日の方には、ろうそくの火消しや写真撮影などを企画し実施している。機能訓練指導員を中心に日々の生活の中で、エプロンたたみやチリ紙折り、編み物、豆の仕分け等、利用者が好きな活動を支援している。県立図書館や本部町から書籍を借りて施設で貸し出し、昔話の大型絵本を使って利用者に読み聞かせをし、ベッド上で過ごす利用者にはCDによる絵本朗読や音楽を聞いてもらっている。認知機能低下により食事中にご飯をこぼしたり、白内障がひどくなり視力低下で、手探りで物が掴みにくくなっている等、利用者の変化に気づいた場合は、看護師が嘱託医へ報告し必要な対応を行っている。

関連項目：58、46

3. 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。

経営状況の課題として、①介護人材の確保・育成や職員の定着 ②光熱費の高騰 ③職員間の情報共有をあげている。具体的な取組として、節電のために電球をLEDに交換し、職員間の情報共有の取り組みとして、職員向けの園内情報誌「かざぐるまⅡ」を今年度から隔月で発行している。また職員が意見を出しやすいよう意見箱を増設し、そのことから職員の提案により職員の登用期間短縮を決定している。課題の解決・改善に向けて「魅力創造チーム」を立ち上げ、マニュアルの整備及び職員のキャリア教育の推進や人材確保と育成のための雇用促進事業の取組、職場環境整備としてティールームの設置、Wifiのフリー使用等にも取り組み始めている。

関連項目：2、3

4. 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。

家族への状況報告は、介護支援専門員が主に行っている。コロナ禍時は、半年毎の担当者会議の時期に、家族に対して電話での対応で、状況報告や施設サービス計画書を説明し、家族からの意向を把握している。利用者家族の殆どは町内在住のため、日頃の面会時に直接会って説明することが多い。離島や他村の利用者家族に対しては、手紙と行事参加の写真等も添えて状況報告を行っている。コロナ禍以前は、事前に担当者会議を家族に案内し、殆どの家族が参加して、その場で意見を聞くことができていた。家族から法事で外出させたいとの要望や外泊の相談に対しては対応している。面会が少ない家族に対しては、電話で利用者の状況を伝えながら面会を依頼している。年2回家族会を実施し、約半数の家族が参加している。第三者評価に伴う家族アンケートで「職員はご家族の困っていること、不安、求めていること等の話をよく聞いてくれますか」の質問に対して91.7%の家族が「はい」と答えている。

関連項目：62

◇改善を求められる点

1. 利用者の権利擁護に関する取組の徹底が望まれる。

権利擁護に関するマニュアルとして、身体拘束廃止や高齢者虐待防止、プライバシー保護、苦情対策等が整備されている。身体拘束廃止や高齢者虐待防止に関する指針を整備し、年2回以上の委員会の開催や研修が実施されている。利用者及び家族に対しては、重要事項説明書で説明し、現在は身体拘束ゼロを実施している。介護マニュアルには、介護の基本と絶対禁止事項、食事や移動・移乗、排せつ、着脱、入浴、洗面等の介助方法が明記されている。移動・移乗の基本姿勢として「1対1の対人援助が原則」と記載されているが、訪問調査時、介護職員による不適切な行動が見られたことから、マニュアルの順守について職員への周知徹底、及びトイレのドアや壁の設置など利用者の尊厳やプライバシーに配慮した環境整備の実施が望まれる。委員会の委員長（理事長や施設長）の責務として、権利侵害の防止の理解と早期発見するための具体的な取組、及び再発防止策の検討結果の理解と実施方法等について、再度実施体制を見直し、利用者の権利擁護に関する徹底した取組が望まれる。

関連項目：28, 29, 48

2. 中・長期的な事業計画の策定が望まれる。

理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）達成のため、中・長期的な事業計画の作成については、下記の手順での策定が望まれる。

- ①施設の自己評価結果等からの課題を明確にする。
- ②組織体制や設備の整備、人材育成等に関する具体的な計画内容を策定する。
- ③策定した計画に基づいて収支計画を策定する。

関連項目：4, 5

3. 福祉サービスの質の向上に向けてPDCAサイクルの取組が望まれる。

福祉サービスの質の向上にむけた取組として、下記の手順でのPDCAサイクルの取組が望まれる。

- ①自己評価の実施する。
- ②結果を分析・検討する。
- ③結果に基づく組織として取り組むべき課題の明確化をする。
- ④職員参画のもとで課題についての改善策や改善計画を策定する。
- ⑤改善計画に基づいてPDCAサイクルに基づいて取り組む。

関連項目：8, 9

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまでは法人として講演会などで職員に指導をしておりましたが、管理職及び個々の職員の意識を把握して、課題を見つけ解決するために今回初めて福祉サービス第三者評価を受審しました。職員は多くの評価項目の用語に不慣れで、戸惑いを隠せないで、アンケートに答えておりました。

今回の評価を受け特に利用者及び家族アンケートの結果で、当法人施設を選んでよかったと高い評価を受けました。利用者サービス評価からは、継続課題または、新たな気づきも出ておりますので今後共によかった点は積極的に評価をし、向上させ、新たな課題に対しては施設全体で、研修を通して職員個人のスキルアップを図り、利用者がより安心安全に過ごせるよう、利用者個々の思いやニーズに対応できるよう事業計画を通して取り組み、地域から信頼され、選ばれる施設を目指し、職員一同努めたいと思います。また、中長期的課題に対しても指導を受けましたが、中・長期ビジョンの策定も早急に進めたいと思います。

今回の評価結果を真摯に受け止め、今後の法人運営に生かしていきたいと思います。

⑧ 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（高齢者福祉サービス 特養版）

評価項目		評価結果	
I 福祉サービスの基本方針と組織			
共通	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。
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。	
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。	
n		わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント	<p>開設当初からの理念と基本方針は、実施する福祉サービスの特性を踏まえて作成され、掲示し、事業計画やパンフレットに記載されている。理念からは施設の目指す方向を読み取ることができ、基本方針は、理念との整合性が確保され、具体的な内容となっている。理念や基本方針は、4月の全体職務会で理事長が職員に説明している。家族には入所時に理念や基本方針が記載されたパンフレットを配布している。コロナ禍以前は、家族会総会に参加した家族に理念や基本方針も含めた資料を配布して説明しているが、今年度はコロナ禍により、資料を全家族へ郵送している。</p> <p>理念・基本方針の達成に向けた倫理綱領を、職員の具体的な行動規範として示すとともに、研修等の実施に当たっては、研修内容を職員一人ひとりへ周知徹底するなどの継続的な取組が望まれる。</p>		

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適切に対応している。			
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント		<p>施設長は、県内の老人福祉施設長会議等に参加して社会福祉事業全体の動向について把握している。統括部長が本部町の福祉計画策定委員を務め、配食事業における治療食のニーズが地域にあることを把握している。施設としては、団塊世代の高齢化に伴う地域密着型小規模特養の新設と介護人材不足による雇用促進事業の取組が課題であると把握している。毎月、関係者会議で収支を確認し、その後税理士も参加する月次報告会を実施して、人材確保や光熱費の高騰が課題であることを把握している。毎年度、入所申込者の人数や利用率等を集計し、事業実績報告をしている。</p> <p>過去数年間の事業実績の推移を比較検討し、分析することに期待したい。</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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント		<p>経営環境と経営状況の課題として、介護人材の対策として、雇用促進事業や人材育成、光熱費の節約等の取組を明らかにしている。課題については理事会に報告し、全体職務会で職員に周知している。節電の取組として電球をLEDに替え、太陽熱温水器の導入についての検討もしている。今年度、経営課題の解決・改善に向けて「魅力創造チーム」を立ち上げている。その中で、マニュアルの整備、及び働き甲斐のある職場を目指して職員の資質向上やキャリア教育の推進等人材確保と育成、ティールームの設置やWi-Fiのフリー使用等の環境的整備に取り組み始めている。職員用の意見箱を4台に増設し、職員の意見を聴取して迅速に対応し、正職員への登用期間短縮を決定している。職員向けの園内情報誌「かざぐるまⅡ」を今年度から隔月に発行して職場環境の整備に努めている。</p>	

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。		C
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。	
	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いない、十分ではない。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	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。	
	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。	
	4	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	
コメント	中・長期計画は、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、地域のニーズや施設の課題（配食事業における治療食、地域密着型小規模特養の新設、介護人材不足による雇用促進事業の取組）等、経営課題の改善に向けて具体的に設定し、評価を行える内容で策定することが望まれる。		
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。		C
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	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。	
	3	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	
	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。	
コメント	単年度の計画は、中・長期計画の内容を反映させ、実行可能な数値目標や具体的な成果等を設定して実施状況の評価を行える計画として策定することが望まれる。		

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。
	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。
	c	事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>事業計画は、2月に統括部長が介護主任や各専門職員から当該年度の事業計画と実績報告を基に各部署の意見を聴取して見直し、次年度の事業計画案を作成している。計画案は管理職会議で検討し、3月の理事会で承認を得て、4月の全体職務会で説明して職員に周知している。今年度は感染症予防対策計画が見直され、利用者が好きなカラオケ大会を新たに業務計画に位置付けて毎月実施している。</p> <p>事業計画案の検討への職員の参画、及び計画期間中においても、事業計画の実施状況を把握するための時期や手順を定めて把握することが望まれる。</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。
	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。
	c	事業計画を利用者等に周知していない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	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。
	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。
コメント	<p>事業計画と前年度の実績報告等を、コロナ禍以前は家族会総会に参加した家族に資料を配布して事務長と統括部長が説明している。今年度は事業計画書とその他の資料を全家族に郵送して周知している。</p> <p>利用者や家族等が事業計画を理解しやすいような資料の作成、及び利用者や家族等の参加を促すための説明の工夫が望まれる。</p>	

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。	C
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	○ 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。
	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。
コメント	今年度は、第三者評価を受審するにあたり、管理者及び全職員の自己評価を実施している。毎年、担当者を定めて評価基準に基づいた自己評価を実施し、評価結果を分析・検討する会議を設置して、組織的にPDCAサイクルに基づく福祉サービスの質の向上に向けた取組の実施、及び定期的な第三者評価の受審が望まれる。	
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。	C
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	2	職員間で課題の共有化が図られている。
	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。
	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。
	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。
コメント	毎年、自己評価を実施してその結果に基づき、組織として取り組むべき課題を文書化して職員間で共有し、職員参画のもとで課題についての改善策や改善計画を策定して計画的に取り組むことが望まれる。	

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。	b
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。	
	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。	
	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。	
	n わかならい、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント	<p>施設長は、施設の経営・管理に関して、事業計画に質の高いサービスに向けたケア目標と経営目標、業務目標を明示している。広報紙に挨拶を掲載して表明し、今年度から職員向けの情報誌「かざぐるまII」を発行している。施設長の役割と責任を含む職務分掌が文書化され、管理規程には、施設長不在時の権限委任が定められており、不在時の代理順位は、第1に事務長、第2に統括部長となっている。</p> <p>施設長不在時の指示系統の明確化、及び施設長の役割と責任を含む職務分掌等を会議や研修で職員に周知することが望まれる。</p>	
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。	b
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。	
	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。	
	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。	
	n わかならい、判断できない。	
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。	
	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。	
	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。	
	○ 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。	
コメント	<p>利害関係者との適正な関係の保持については、経理規程に契約に関する事項が記載され、就業規則に利益供与の禁止が明記されている。年次有給休暇が10日以上与えられた職員に対する年5日以上の取得義務が実施されている。身体拘束廃止や高齢者虐待防止、感染症対策、ハラスメントの防止等についての指針を作成し、各種委員会が組織され、定期的な研修を計画に位置付けている。</p> <p>施設の理事長や施設長は、自ら法令や倫理を正しく理解し、組織全体を積極的にリードしていく大きな責務を負っている。そのために遵守すべき法令等の十分な理解はもとより、法令遵守の観点から研修等に参加し、福祉分野に限らず環境や消費者保護関連等の幅広い分野について、遵守すべき法令等を職員に周知し、また遵守するための具体的な取組が望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	福祉サービスの質の向上について検討する場として管理職会議が位置付けられている。施設長は今年度、質の向上を目的として「魅力創造チーム」を立ち上げ、職員向け園内情報誌「かざぐるまⅡ」を発行し、職員用意見箱を増設し、グループラインを活用する等に取り組んでいる。県立図書館の貸出制度を活用して園内に「ときわ文庫」を開設して利用者や職員に貸し出ししており、昔話の大型絵本は利用者に人気がある。施設内研修計画を見直し、職員の意見で無資格者の正職員への登用期間を短縮している。職員の資格取得について、介護福祉士と調理師だけでなく介護支援専門員の資格取得も推奨して欲しいとの要望がでている。 毎年、自己評価を実施してその結果から課題を把握し、把握した課題の解決や改善のための具体的な取組を明示した上で指導力を発揮することが望まれる。	
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	年次有給休暇の取得状況や時間外勤務については事務長と庶務が把握し、残業が多い職員がおり業務改善が課題となっている。財務については関係者会議で毎月収支を確認した後、税理士を交えての関係者会議を開催して月次報告をしている。今年度、専任の施設長を採用して経営の改善や業務の実効性の向上に向けて「魅力創造チーム」を立ち上げ、職員の意見で正職員への登用期間短縮を決定し、雨漏り箇所や修繕等環境整備の要望に迅速に対応している。5年前から虐待予防のため夜勤の職員を1名増員し、今年度は精神保健福祉士の資格を持つ介護支援専門員を新たに1人採用している。	

評価項目			評価結果
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。		C
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	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。	
	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。	
	○ 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。	
コメント	福祉人材の確保については、「職員の採用紹介料」の規程を作成して職員の紹介による採用活動を実施し、ホームページやハローワークも活用している。 必要な福祉人材や人員体制、福祉人材の確保・育成に関する基本方針を明示して具体的な計画を作成し、計画に基づいた人材の確保・育成が望まれる。 着眼点2が確認できないため、判断基準によりC評価となる。		
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。	
	b	総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c	総合的な人事管理を実施していない。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	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。	
	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。	
	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。	
	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。	
	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できている。	
コメント	第三者評価を受審するにあたり今年度、管理者会議で「期待する職員像」を作成している。 人事基準を定め、基準に基づいた評価と処遇改善の必要性等の評価・分析、職員の意向等に基づいた改善策の検討と実施、職員が自ら将来を描くことができるような仕組みづくりが望まれる。		

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。
	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。
	c	職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 6	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。
	○ 7	改善策については、福祉人材や人管理体制に関する具体的な計画に反映し実行している。
	○ 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。
コメント	<p>職員の労務管理に関する責任者は管理規程で施設長となっている。毎月の年次休暇や時間外勤務は庶務課で把握管理されている。採用時は職員の相談窓口が庶務課に設置され、年1回のストレスチェックが実施され心身に不安のある職員の相談に事務長が応じるなど支援体制がある。職員の福利厚生として健康診断の実施、採用時の年休の先渡し、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沖縄県社会福祉事業共済会の退職手当共済に加入するなど総合的な福利厚生が整備されている。就学前の子どもがいる職員に対する看護や同居する両親の介護に対して10日間の有給休暇が整備されている。妊産婦や就学前の子供がいる職員の夜勤の免除、3歳未満児のいる職員の短時間勤務等ワークライフバランスに配慮した取組がされている。今年4月から幅広く職員の意見を拾い上げるため「職員意見箱」を4か所に設置して意見を基に改善が図られた事例がある。今後は職員の就業状況の改善策について事業計画等に反映させて実行することが望まれる。</p>	
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。	c
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	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。
	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。
	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。
コメント	<p>常に利用者を第1に行動する職員として職員像等9項目からなる「期待する職員像」が作成されている。期待する職員像の達成に向けて、職員に周知するとともに、組織の目標や方針を徹底するために目標管理のしくみを導入し、一人ひとりの目標項目、目標水準、目標期限を設定し、目標の進捗状況について年2回の個別面接を実施することが望まれる。</p>	

評価項目		評価結果
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	○ 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。
	○ 4	定期的に計画の評価と見直しを行っている。
	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。
コメント	年度ごとの研修計画が策定され研修を実施している。研修計画は毎年見直しされている。基本方針や研修計画に「期待する職員像」を明示するとともに、職員に必要とされる専門資格や専門技術の明示、及び定期的な研修内容やカリキュラムの評価、見直しが望まれる。	
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。	b
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	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。
	○ 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。
	○ 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。
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、職員の専門資格の取得状況等は庶務課で把握している。研修計画が毎年作成され、新人研修はマニュアルに基づき3か月間OJTが実施されている。認知症や虐待防止等のテーマ別研修が毎月ユニット会議の前に実施されている。外部研修の情報はユニット会議で周知し、希望者を募る場合と研修担当責任者が指名する場合がある。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。新人研修マニュアルに理念や基本方針を追加して周知すること、及び階層別研修、職種別研修の機会を確保して職務に必要とされる知識、技術水準に応じた研修が望まれる。	

評価項目		評価結果
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	○ 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。
	○ 4	指導者に対する研修を実施している。
	○ 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。
コメント	<p>実習生等の受け入れ担当窓口は介護サービス課長となっている。実習担当者による実習プログラムが作成され、実習指導者研修も全国介護福祉士会主催による研修を受講している。高等学校の介護課程や専門学校の実習生を受け入れ、教員特例法にもとづく介護体験も受け入れている。オリエンテーションを実施し、反省会や評価も行っている。施設の担当者は実習期間中は学校側と電話連絡や依頼担当者の訪問など連携が図られている。</p> <p>「有意義な体験学習のために」が作成されているが、実習生受け入れとしては不十分であるため、実習生受け入れのマニュアルの作成が望まれる。その内容については、実習生の教育・育成に関する基本姿勢や実習生受け入れ担当、事前説明に関する項目、守秘義務についての明文化が望まれる。</p> <p>着眼点1と2が確認できないためC評価となる。</p>	
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。	b
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	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。
コメント	<p>運営の透明性の確保の取組として、法人のホームページやパンフレット、単年度事業計画に理念や基本目標が掲載されている。広報誌「かざぐるま」に事業報告や財務状況が公表されている。今年度から職員向けの園内情報誌「かざぐるまⅡ」が発行され各事業別の収支一覧が記載されている。財務状況は全国社会福祉協議会の経営者協議会のホームページに公開されている。施設長や事務長が地域の公民館や学校等に出向きパンフレットや広報誌で施設の役割や活動等の説明をしている。苦情・相談の体制や苦情内容にもとづく苦情検討結果を施設玄関先に公表し、今年度は第三者評価を受審している。公民館や学校等に理念や基本方針、施設で行っている活動等を説明した印刷物の配布の再開が望まれる。</p>	

評価項目			評価結果
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。		b
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント	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管理規程で明示されている。定期的に監事による内部監査が実施され、指摘事項等の改善は法人本部に報告されている。税理士との月次報告会には施設長、事務長、統括部長、課長等が参加し状況報告がされている。有料老人ホームの閉鎖について議論され法人本部へ報告し、理事会で閉鎖の方針を決定するとともに、職員へ説明が実施されている。施設における事務、経理、取引等に関するルールや職務分掌及び権限・責任について職員への周知が望まれる。		
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。		b
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント	地域との関わり方について事業計画やパンフレットに基本的な考え方が明示されている。地域の病院や飲食店等の社会資源に関する情報は掲示板で利用者に提供している。離島出身の利用者の家族に、入所時に成年後見人制度の活用を説明をした事例がある。地域のボランティアによる髪のカットが定期的に行われている。これまで地域の草刈りや福祉祭り、ヒージャーオーラサー（山羊どうしの競争）に利用者と一緒に参加していたがコロナ対策で交流が中止となっている。コロナ禍であっても感染対策に配慮しながら、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けることが望まれる。		

評価項目		評価結果
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。	C
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	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
	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。
	○ 5	学校教育への協力を行っている。
コメント	<p>中学校の職場体験や高校生のインターンシップなど学校教育への協力が行われている。「有意義な体験学習のために」が作成されているが、ボランティア受け入れとしては不十分であるため、ボランティア受け入れのマニュアルの作成が望まれる。その内容については、一般ボランティア受け入れの基本姿勢や学校教育への協力の基本姿勢を明示するとともに登録手続、ボランティアの配置、事前説明に関する項目の記載が求められたされたボランティアマニュアルの整備、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点で必要な研修と支援が望まれる。</p> <p>着眼点1と2が確認できないためC評価となる。</p>	
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	3	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。
	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。
	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。
コメント	<p>地域の関係機関や団体等の一覧表を作成し、介護サービス課内に掲示され、ユニット会議で情報を共有している。施設長が県老人福祉施設協議会の会議に定期的に参加し連携や情報の共有を図っている。事務長が社会福祉協議会の評議員として理事、監事の選定等に携わっている。地域の関係機関・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むことが望まれる。</p>	

評価項目			評価結果
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	コメント		地域の福祉ニーズを把握するための取り組みとして、事務長が社会福祉協議会の評議員、統括部長が町の福祉計画策定委員として出席し、地域の配食事業において治療食のニーズがあることを把握している。施設長と事務長が公民館等を訪問し地域の福祉ニーズの把握と高齢者福祉（特にデイサービス）への理解と周知に努めている。また、学校や教育委員会に出向き、児童生徒に高齢者福祉に対する理解を深めてもらうため、積極的に職場体験や見学等を受け入れる用意があることの周知に努めている。地域の福祉ニーズ等を把握するための更なる取り組みが望まれる。
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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わる事業・活動を実施している。	
		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。	
		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。	
		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。	
	○	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。	
コメント		地域の福祉ニーズ等にもとづく公益事業は定款に明示されている。台風等の災害時の避難場所として本部町と協定を結び、特養ホームやデイサービスのフロアを地域の町民が利用できるようにしている。市からの委託事業とは別にデイサービス利用者の希望者に対しては、夕食の提供を安価で提供している。事業所が有する専門的な情報（車いすの扱い方・介護食の作り方）等介護のノウハウを地域に還元する取組が望まれる。	

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。	b
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	○ 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。
	○ 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。
	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。
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、基本理念に「すべての人々の友好と幸せを願い行動する和の心、愛の心とすべての職員が自己研鑽に努め、高度なるサービス技術を利用者に提供すべく日々精進し行動する探求の心」が明示され介護職詰所等に掲示し、「3つの心」について職員アンケートを実施し、職員に周知している。利用者の個性、主体性を尊重し、自己決定を基本として支援を行う等の基本方針をパンフレットに記載し全体会議で全職員に配布し周知を図っている。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、食事は無理強いしない、排泄については自尊心・自立心へ配慮するなど介護ケアマニュアルに反映されている。認知症ケアや虐待防止などの研修を実施し利用者の尊重や基本的人権について学んでいる。利用者の尊重や基本的人権への配慮についてユニット会議等で状況の把握・評価等を行い、利用者の希望により食事は三食パンを提供し、オムツをリハビリパンツに変えるなど必要な対応を図っている。</p> <p>介護マニュアルの移動・移乗の基本姿勢の中に、「移動介助は1対1の対人援助が原則」と記載されているが、訪問調査時、介護職員1人が車椅子利用者2名を同時に移動している姿が見られ、職員自己評価のコメントにも記入されている。「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・評価等を実施」「倫理綱領」を策定して、職員が理解し実践する取組が望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	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。
	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れるよう設備等の工夫を行っている。
	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。
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、自立と尊厳への対応、人権・人格保護の観点でプライバシー保護の考え方を明示したプライバシー保護マニュアルを整備している。介護マニュアルに具体的な取り組み手順が明示され、介護の基本、絶対禁止事項、食事介助、移動・移乗、排せつ介助、着脱、入浴、洗面等の介助方法が明記されている。例えば、オムツ交換は羞恥心を取り除く声掛け、接し方を心掛ける。プライベートカーテンを閉める等が明示されている。入浴は利用者が浴室外からは見られないようドアやカーテンで仕切り、浴室内の移動時にはタオルをかけるなどプライバシーに配慮した手順が明示されている。居室はカーテンで仕切られ、廊下との間の出窓に小物等のインテリアを飾り、直接覗かれることがないように工夫されている。</p> <p>トイレの入り口にドアを設置し、便器と便器の間に壁を設置すること等の検討を行い、利用者の尊厳やプライバシーに配慮した環境整備の実施、及び利用者や家族にプライバシー保護に関する取り組みの周知が望まれる。今回の第三者評価の実施に伴って行った家族アンケートにおいても「入浴・排泄の時、同性介助に配慮されていますか」に関する項目については、肯定的な回答の割合が他の項目に比較して低位であった。</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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 4	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
	○ 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。
コメント	<p>利用希望者に対する福祉サービス選択に必要な情報の提供については、理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や法人の沿革、特性等を紹介したパンフレットを作成している。パンフレットは言葉遣いや文字の大きさに配慮し、写真・図・イラスト等の使用で誰にでもわかるような内容になっている。施設の利用希望者に対しては介護サービス課長がパンフレットに基づいて個別に丁寧に説明を行っている。見学や体験入所、一日利用等の希望も対応している。パンフレットは3年前に作成され今年度見直しを予定している。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>サービス利用開始時は重要事項説明書で提供するサービスの内容等を説明し利用者とキーパーソン（中心的家族）の同意を得、個人情報保護の利用については内容を特定し利用者の同意を得ている。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「もしもしフォン」で声を大きくし説明した事例がある。子どもや兄弟等の親族がいない場合は甥や姪、その子どもたちと連携して協力を得ている。</p> <p>今回の第三者評価の実施に伴って行った家族アンケートにおいて「あなたは介護記録や看護記録などの情報を見ることが出来ることを知っていましたか」に関する項目については、肯定的な回答の割合が他の項目に比較して低位であった。重要事項説明についてはなお一層の丁寧な説明に期待したい。</p>	
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>他の介護施設への移行や入院等で退所する場合は、介護支援専門員が介護サービス課長と調整をし、情報提供書で情報提供を行い利用者に不利益が生じないよう配慮されている。退所後の相談窓口は介護サービス課長であることを退所時に伝えている。</p> <p>他の施設や家庭等への移行にあたり、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、利用者や家族に対し退所後の相談方法や担当者についてその内容を記載した文書を提供することが望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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参加している。
	4	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。
	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。
コメント	<p>利用者満足の上昇を目的とする取組については、管理栄養士による残食調査が行われ、食事をしっかり取ってもらうために、視覚的にもおいしさを感じるソフト食の工夫やきざみ食等の食形態勉強会を行い改善に取り組んでいる。普段の会話から席の配置や部屋替え、毛布の追加等の要望を聞き取り、介護支援専門相談員、介護職等のミニ会議で検討し支援している。年2回の家族会では、5月は総会、11月は花壇整備の後に理事長、施設長、介護サービス課長含む多数の職員と家族30名余の懇親会を開催し、家族の満足度や意見等を把握している。第三者評価の家族アンケートでは88パーセントの家族が「この施設を選んでよかった」と回答している。</p> <p>入所者の認知症状を勘案した利用者満足把握の検討と、把握した結果を分析・検討するための利用者参画による会議の設置が望まれる。さらに分析・結果にもとづいた具体的な改善の実施が望まれる。</p>	

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。	b
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。
	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。
	c	苦情解決の仕組みが確立していない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	苦情解決責任者は施設長で、苦情受付担当者は介護サービス課長と生活支援相談員とし、第三者委員を設置している。重要事項説明書に苦情受付担当窓口を明示し、行政機関やその他の苦情受付機関も記載されている。玄関前の掲示板には第三者委員と苦情担当職員の氏名・連絡先が明記された沖縄県福祉サービス適正化委員会のポスターと重要事項説明書が掲示されている。事務所の前に意見箱が設置され記入用紙が準備されている。苦情内容については、受付と解決を図った記録を保管し、苦情への対応結果は事業報告書や広報誌等に掲載し公表している。苦情は、施設長を委員長として本部園・苦情対策委員会を開催し対応策が検討され、家族等に説明している。職員の言葉遣い等苦情に対しては、該当職員への個別指導の他、施設長が職員会議で丁寧な言葉遣い等の注意喚起を行っている。利用者や家族が苦情の申し出がしやすいためのアンケートの実施や重要事項説明書への第三者委員の追記が望まれる。「資料を利用者等に配布し説明」「利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫」「受付と解決を図った記録の保管」に関しては職員の自己評価において他の項目より肯定的な回答の割合が比較して低位であった。	
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。	b
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	重要事項説明書に地域行政機関と沖縄県福祉サービス適正化委員、国保連介護サービス苦情相談窓口の連絡先が明示されている。重要事項説明書は入所時に利用者や家族に説明され、玄関前の掲示板上に重要事項説明書と沖縄県福祉サービス適正化委員会の第三者委員が明示されたポスターが掲示されている。利用者は日常生活の中で介護職や生活相談員等に席替えや病院受診等について相談している。相談室が設置され意見を述べやすい環境が確保されている。利用者が相談したり意見を述べたりする方策として、第三者委員の氏名、連絡先を重要事項説明書に記載することが望まれる。	

評価項目		評価結果
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。
	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。
	c	利用者からの相談や意見の把握をしていない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 6	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。
コメント	<p>苦情解決の指針を整備し、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、意見箱も設置している。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苦情対策マニュアル、及び苦情の対応に関する実施要綱を整備している。職員は把握した相談や要望等について、検討に時間がかかる場合は速やかに説明している。苦情相談受付で、家族から職員の接遇について改善してほしいとの要望があり、速やかに謝罪を行い、職員会議等で丁寧な言葉遣いでのサービス実施について職員に注意喚起している。コロナ禍でのカラオケの要望に関しては、少人数で実施し、手工芸の作品を飾ってほしいとの要望に対しては廊下等の壁を活用して掲示している。利用者からの要望等についても相談や意見と同様に記録すること、及び対応マニュアルは3～4年前に見直しているが定期的な見直しが望まれる。</p>	
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。	b
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
着眼点	○ 1	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
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、法人の組織の管理者、各部署の代表が参加する事故対策委員会が設置され毎月開催されている。介護事故防止のための指針や介護事故防止・対応マニュアルが整備され、職員会議等で周知されている。介護サービス課長は「事故・ヒヤリハットの原因分析と再発等の検討手法について」のリスクマネジメントセミナーを受講している。職員は昨年5月に介護事故報告書・ヒヤリハットについての研修を実施している。利用者の安心と安全を脅かす事例を収集し、職員参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策等を検討・実施する取組が望まれる。また、事故防止の安全確保の実施状況について定期的に評価・見直しを行うことが望まれる。</p>	

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。
	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。
	c	感染症の予防策が講じられていない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 4	感染症の予防策が適切に講じられている。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>感染症対策委員会を設置し、感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備して、各部署の責任と役割を明示している。ノロウイルス、インフルエンザ、疥癬、結核等を含む感染症対応マニュアルを整備し、平常時や感染発生時の対応、個別の感染対策等について規定している。感染症対策委員会で検討された内容については、職員会議等で全職員に周知徹底し、各ユニット会議で感染症に関する勉強会を実施している。新型コロナに関しては、平時及び新型コロナ感染症発生時の対応マニュアルが整備され、平常時の体制整備やフェイスシールド・サージカルマスク等の資材確保、手指衛生・常時換気の徹底等が明示され、感染者が発生した場合の対応等を規定している。職員や来客に対して、検温と消毒、マスク着用を徹底し、面会制限や屋外面会等を実施している。施設長は、コロナ感染症拡大下における職員ルールとして、外出の自粛、会食の自粛、感染予防の徹底について職員に周知している。コロナ感染症発生時は、一人の場合は静養室での隔離、2人以上の場合は室内をカーテンで仕切り、職員は防護服を着用し対応している。食中毒マニュアルはコロナ発生に伴い2年前に見直しされている。感染症の予防と発生時等の対応マニュアルを定期的に見直すことが望まれる。</p>	
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
着眼点	○ 1	災害時の対応体制が決められている。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>防災管理規定が策定され災害時の対応体制が決められている。施設は街中から離れた高台に位置し、平屋で、各居室にはベランダが設置され災害時には速やかに屋外への移動ができる造りになっている。また、本部町の災害時避難場所として協定書を結んでいる。令和5年6月にコロナ感染症発生時の業務継続計画が策定され、コロナ時の福祉サービス継続のための必要な対策が講じられている。緊急時の職員連絡網が作成され、年1回非常招集の訓練も実施されている。食料は3日分が調理室の外側吊り棚に保管され、備蓄リストやメニュー表も作成されている。また感染症の備蓄リストも作成されている。防災計画及び訓練実施計画を整備し、消防や法人福祉関係団体と連携した訓練が年2回実施されていたが、昨年度はコロナ禍で机上訓練のみを実施している。年2回の訓練の実施と非常災害時の食料の備蓄については、利用者と職員分で1週間分の備蓄が望まれる。コロナ感染症発生時の業務継続計画は今年6月に策定されているが、非常災害時の業務継続計画の策定が望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
着眼点	○ 1	標準的な実施方法が適切に文書化されている。
	○ 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。
	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。
	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。
コメント	<p>標準的な実施方法については、介護マニュアルや身体拘束マニュアル、認知症ケアマニュアル等が整備されている。介護マニュアルには、マニュアルの趣旨、職員心得、介護の基本、絶対禁止事項が明示され、介助項目ごとに具体的な内容が明記されている。食事介助は1対1の対人介助を基本とし、挨拶や料理の説明など声掛けし利用者のペースに合わせて支援を行うこと、排泄介助は自尊心、自立心を大切にし相手のペースに合わせて「おむつ替えますね、ズボンを下しますね」など羞恥心に配慮した声掛けを行う等明示されている。移乗介助について事故防止の観点から利用者にも介護者にも負担の少ない介助方法の勉強会が実施されている。介護マニュアルは各ユニットに設置され、職員がいつでも確認できるようにしている。標準的な実施方法にもとづいたサービスの実施の確認についてはサービス担当者会議で振り返りを行っている。</p> <p>標準的な実施方法について、移動介助は1対1の対人介助が原則と表示されているが、一人の職員が2台の車いすを押している場面や食事介助でエプロンを付けてもらう、排尿介助時補助バー等につかまってしまうとあるが補助バーの確認ができないなどが見受けられた。マニュアルの職員への周知徹底の検討、及び職員一人ひとりの実施状況を確認する仕組みが望まれる。今回の第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価においても「職員に周知徹底するための方策」「実施されているかどうかを確認する仕組み」に関する項目については、肯定的な回答の割合が他の項目に比較して低位であった。</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。	C
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て、検証・見直しがされている。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	2	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。
	3	検証・見直しにあたり、個別の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。
	○ 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。
コメント	<p>標準的な実施方法の検証・見直しについては、ユニット会議で検証・見直しが行われ、管理職会議で決定している。</p> <p>標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期や方法を定め、定期的に見直しすることが望まれる。また、検証・見直しにあたり、個別の福祉サービス実施計画の内容が反映されることが望まれる。着眼点1と2が確認できないためC評価となる。</p>	

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。	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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
着眼点	<input type="radio"/> 1	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。
	<input type="radio"/> 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。
	<input type="radio"/> 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。
	<input type="radio"/> 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。
	<input type="radio"/> 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。
	<input type="radio"/> 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。
	<input type="radio"/> 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。
コメント	<p>施設サービス計画策定の責任者は、施設長となっている。入所前に統括部長や介護サービス課長が家族及び関わった関係機関から情報を収集している。アセスメントは、入所の際に、利用者の心身の状況等を生活相談員、介護職員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等が確認し、介護支援専門員が入所前の情報と合わせて集約して作成し、関係職員で協議している。施設サービス計画書(以下計画書という。)は、利用者及び家族の意向を踏まえて、利用者1人ひとりの具体的なニーズが明示され、関係職員が参加して合議を行い、利用者から同意を得ている。入所後は、一連のケアマネジメントプロセスの手順に沿って、関係職員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、計画書の内容を検証し、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、関係職員で情報を共有し、家族の協力や相談援助の対応、環境の整備などに配慮し支援が行われている。</p> <p>計画書策定のマニュアル(手順書)の作成、及び支援困難ケース1人ひとりへの積極的な対応の検討が望まれる。</p>	

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。	b
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	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。
コメント	<p>定期的な施設サービス計画書(以下計画書という。)の評価・見直しは、6か月に1回、要介護認定有効期間の変更時、利用者及び家族等の要請に応じて、利用者の心身の状況等を関係職員で共有し、変更の必要があった場合に見直す仕組みがあり実施している。介護支援専門員がケアマネ管理表を作成し、利用者の計画書の見直しの時期を確認して関係職員へ周知している。ケアマネ管理表に沿って、介護支援専門員が月初めに関係職員から利用者の心身の状況等の変化がないか聞き取り、必要性があれば一連のケアマネジメントプロセスに沿って、計画書を見直し、関係職員が参加して会議で協議している。計画書を緊急に変更する場合も同様に関係職員で情報を共有し、一連のケアマネジメントプロセスに沿って変更している。会議で合議した計画書は会議に参加した職員が各部署の職員へ周知し、利用者台帳に保管している。</p> <p>計画書の評価・見直しにあたっては、福祉サービスを十分に提供できていない内容等、施設サービスの質の向上に関わる課題等を明確にすることが望まれる。</p> <p>職員のアンケートで、「わからない」「判断できない」との回答が58.8%と高く、実施計画書の存在を知らない、計画書の周知が乏しいとのコメントがある。担当者会議録や施設サービス計画など、関係職員に確実に周知するよう組織的な対応が望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>利用者に関する福祉サービスの実施状況の記録と職員間の共有については、利用者1人ひとりの心身の状況や生活状況等が統一された様式に記録されている。施設サービス計画に基づくサービスの実施状況は、モニタリング担当の介護職員、管理栄養士、看護師、生活相談員、機能訓練指導員がパソコンに入力した記録がネットワークシステムに反映され確認できる仕組みになっている。日々のケア記録や転倒等の事故などはパソコンの申し送りの欄に入力し、週1回のサービス担当者会議やユニット会議を開催し利用者の情報共有を行っている。</p> <p>記録内容や書き方及び伝え方について、職員間で差異が生じないように記録要領を作成し、職員への指導や必要な情報が的確に届くような仕組みの整備が望まれる。</p>	
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 3	記録管理の責任者が設置されている。
	○ 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。
	○ 5	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。
	○ 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。
コメント	<p>利用者に関する記録の管理について、管理責任者は事務長と定められている。利用者に関する記録は重要事項説明書に5年間保管すると記載され、鍵のかかっている場所に保管されている。利用者に関する個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策や対応方法については、職員の採用時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いる。利用者や家族には、入所時に個人情報保護の取り扱いと利用目的について文書で説明し同意を得ている。</p> <p>個人情報保護規程等は、利用者や家族等の情報、責任者の設置、保管、保存と廃棄、情報の提供に関わる規程、電子データの取り扱いなど最新の情報を見直し、職員に対する定期的な教育や研修を実施することが望まれる。</p> <p>職員が確認しやすようと利用者の個人情報がフロア内に数枚掲示されていた。掲示ではなく他に職員へ確実に伝達できる方法がないか、工夫することが望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>利用者1人ひとりに応じた1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、生活習慣等を把握し、関係職員でアセスメントを作成、利用者1人ひとりに応じた施設サービス計画書を作成し担当者会議で合意を得て支援されている。利用者の心身の状況に合わせて、機能訓練指導員が作成した利用者の意向や出来る部分に配慮した個別機能訓練計画書に基づき、北、南のユニットに分けて、週1回のDVDを見ながらのみんなの体操や月1回のレクリエーションがある。その内容が「頭の体操、リハビリ体操、玉入れ等」と多数実施している。1年を通して、壁面飾として、紫陽花作り、七夕、秋の紅葉を作成し、その月の誕生者には、誕生祝いのプレゼントを手渡し、ろうそくの火消しや写真撮影など企画し実施している。利用者の誕生日の写真は家族に郵送している。その他にエプロンたたみが行われ役割が持てるように支援している。利用者の心身の状況を確認し昼間は離床を勧め、天気の良い日は車椅子を使用して施設周辺の散歩なども実施している。</p> <p>今年は利用者の要望に応じて、4年ぶりに地域の民謡ユニット「いなぐんぐわ」による公演が施設内で行われ楽しいひとときを過ごしている。4月にときわ文庫を設置し、大型絵本も整備し、本の好きな利用者からは好評を得ている。</p> <p>重度利用者への支援等、利用者1人ひとりに応じた1日の過ごし方の工夫が望まれる。</p>	
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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てもらえるようにしている。
コメント	<p>利用者1人ひとりに応じたコミュニケーションについては、接遇マニュアルが整備されている。利用者への日々の支援場面で、挨拶や積極的な声掛けなどに配慮して支援を行っている。意思疎通が困難な利用者には、ケアに入る前に必ず声掛けをし、不安にさせないように配慮し、利用者の表情や動作等を観察しながら介助するように取り組んでいる。居室担当制をとり、利用者の心身の状況に応じて、ジェスチャーなどで個別に対応している。利用者から相談がある場合は相談室や利用者の居室で相談援助をできる限り行えるよう努めている。</p> <p>接遇について、定期的に研修を実施し、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いについて徹底すること及び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ることが望まれる。</p>	

評価項目		評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
48	A⑤ ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b
判断基準	a	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。
	b	利用者の権利擁護に関する取組が実施されているが、より質を高める取組が求められる。
	c	利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。
	n	わからない、判断できない。
着眼点	○ 1	利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。
	○ 2	利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。
	○ 3	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。
	○ 4	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。
	○ 5	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。
	○ 6	権利擁護のための取組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。
	○ 7	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。
コメント	<p>利用者の権利擁護に関する取組については、権利擁護に関するマニュアルとして、身体拘束廃止、高齢者虐待防止、プライバシー保護、苦情対策等が整備されている。身体拘束廃止については、委員会の設置、3か月毎の委員会の開催や年2回の身体拘束防止や高齢者虐待防止についての研修を実施している。利用者及び家族に対しては、身体拘束廃止は重要事項説明書で説明している。事業目標としても身体拘束廃止を掲げ、現在身体拘束ゼロを達成している。</p> <p>権利侵害(虐待)の防止のための高齢者虐待防止に関する指針を整備し、年2回以上の委員会の開や研修が実施されている。今回の第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価では「利用者や家族に周知」、「権利侵害の防止と早期発見」、「職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている」に関する項目については、肯定的な回答の割合が他の項目に比較して低位であった。利用者の権利侵害(虐待)の防止の取組は実施されているが、理事長や施設長の委員長の責務として、権利侵害の防止の理解と早期発見するための具体的な取組、及び再発防止策の検討結果の理解と実践の仕組について、今一度実施全体を強化し、利用者の権利擁護に関する徹底した取組が望まれる。</p>	
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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
着眼点	○ 1	福祉施設的环境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>施設環境の利用者の快適性への配慮については、毎朝天気を確認しながら居室のベランダ側のドアを開け1時間換気を行い、施設内は季節に応じて適温になるように設定されている。快適な環境づくりとして、施設は3ユニットで編成し、季節に応じて壁や施設内の飾り付け等を行い、利用者が季節を感じ快適にくつろいで過ごせるよう工夫している。居室は4人部屋が17カ所、2人部屋が3カ所となっている。個々のベッド周りはプライベートカーテンを設置し、排泄介助や着替えなどの際はプライバシーの確保に配慮されている。居室の出入り口はアコーディオンカーテンを設置し日中は開放している。シーツや枕カバーは週一回交換し、汚した時も交換している。居室や浴室、トイレは介護職員が清掃し、介護職員が行き届かない部分はパート職員が清掃を行い環境整備に努めている。</p> <p>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生活環境等の整備が望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 2	安全・快適に入浴するための取組を行っている。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>入浴支援については、アセスメントで利用者の心身の状況等や意向を把握し、入浴前に介護職による検温や健康状態を確認し、体調が気になる利用者は、看護師がバイタルチェックを実施し入浴の可否を判断している。入浴の際は、同性2人が同時に入浴し、浴室内ではバスタオルを使用し見えないように工夫し、シャワーチェアやストレッチャー等の福祉用具を使用している。入浴を拒否する利用者については、時間をずらして、職員を変更して声掛けするなど対応をしている。入浴方法等は、利用者の心身の状況に合わせて関係職員で評価し情報を共有し、検討と見直しを行っている。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の対応をしている。入浴日に入れなかった利用者は、翌日か曜日を変更し、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>介護マニュアルの入浴介助の基本姿勢に、利用者の入浴の可否や身体的な虐待についての確認方法や判断基準を明確化し、入浴前に健康チェックの実施が望まれる。今回の第三者評価に伴う家族アンケートで「入浴は安全で心地よい方法で行われているか」の質問に対して、肯定的な回答の割合が他の項目に比較して低位であった。</p>	

評価項目		評価結果
51	A⑧ ② 排泄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	排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。
	b	排泄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。
	c	排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。
	n	わからない、判断できない。
着眼点	○ 1	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排泄のための支援、配慮や工夫がなされている。
	○ 2	自然な排泄を促すための取組や配慮を行っている。
	○ 3	トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。
	○ 4	排泄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。
	○ 5	排泄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。
	○ 6	排泄の自立のための働きかけをしている。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>排泄支援については、アセスメントで利用者の心身の状況等や意向を定期的に把握し、関係職員で協議して支援している。日常の中で離床を勧め、水分摂取を多くし、オリゴ糖を提供するなど自然な排泄を促すための取組を行っている。排泄記録で排泄状況を確認し、自然な排便が難しい利用者には看護師へ報告し、医師と相談して緩下剤を処方してもらい与薬している。トイレは職員が掃除し、汚物は新聞紙に包み臭いがないように工夫している。排泄の介助は、オムツ交換の際は、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。トイレを使用する利用者は心身の状況等や意向に合わせて、カーテンで仕切り、トイレ近くで見守り、排泄終了後はコールを押してもらおう等で支援している。夜間帯は、利用者の意向に添って、ベッドの横にポータブルトイレを設置しコールを押してもらおう等対応している。排泄介助の際は、排泄物の観察を行い、便や尿がいつもと違うなど明らかな変化がある場合は看護師に報告している。</p> <p>トイレの入口にドアがなく、便器と便器の間はカーテンで仕切られ、便器と便座は少しずれている。</p> <p>トイレの入口にドアを設置し、便器と便器の間に壁を設置すること及び便器の取り替え等の検討を行い、トイレが安全で快適に使用ができ、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した環境整備が望まれる。さらに、利用者の心身の状況等に合わせて排泄支援が行える福祉用具を検討し、排泄の自立支援の取組及びトイレへ行きたいと要望がある利用者に対してできる限り早く対応ができるよう職員配置が望まれる。</p>	

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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 2	移動の自立に向けた働きかけをしている。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント	<p>移動支援については、施設全体がバリアフリーになっており、意向や心身の状況を踏まえ、自立可能な車椅子利用者に自立に向けた働きかけをし、できるだけ自力で移動できるよう支援している。例えば、利用者に足を使ってもらい自力操作で一定距離の歩行を促したうえで、職員が介助している。麻痺で拘縮があり、左上肢が動く利用者には、左手のみで操作し移動が可能な特殊車椅子を提供することで自力での移動支援をしている。担当者会議において、利用者の身体状況の変化により、スタンダード車椅子からフリマタイプ車椅子への変更見直し、骨折後の利用者は、リクライニング車椅子からフリマタイプ、スタンダード車椅子へ戻す等の検討も行われている。日々の生活では、手すりを掴まえながら自力で車椅子歩行を支援するとともに、介助が必要な利用者の場合は、希望に応じて対応するようにしている。</p> <p>介護マニュアルの移動・移乗の基本姿勢の中に、「移動介助は1対1の対人援助が原則」と記載されているが、訪問調査時、介護職員が車椅子利用者2名を職員1人で同時に移動している姿が見られ、自己評価の職員コメントにも記入されていたことから、安全に移動介助を実施するために、マニュアルに沿った支援が望まれる。</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。	a
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。	
	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。	
	c	食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 4	(特養、養護、軽費)食事を選択できるよう工夫している。	
コメント	<p>食事をおいしく提供するために、利用者の嗜好に配慮し、管理栄養士による献立表をもとに利用者の状態に合った食事形態を提供している。特にソフト食については食材の配色を工夫し彩りよく盛り付けている。利用者は3か所のエリアに分かれ、ほど良い採光の中、訪問調査時、ゆったりと食事をしている利用者の姿が見られ、穏やかな食事風景であった。調査当日、利用者聞き取り調査(5人)においても、全員が「美味しい」との回答であった。経管栄養の利用者は、居室内で看護師が対応している。管理栄養士は、福祉目的の食事提供行為の実施者がすべき食品衛生管理指針や衛生管理事項、衛生管理計画等をもとに対応している。厨房内の日々の状況は、衛生管理点検表でチェックし確認している。</p> <p>主食については、利用者の希望や嗜好に応じて毎食パンを提供している利用者もいる。主菜等も含め、食事が選択できる工夫も期待される。</p>		

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 2	利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>食事の提供、支援については、利用者の状態に応じて、主食はアチビーやパン、副食は普通食や一口大、きざみ、ソフト食を中心に提供し、体重減少傾向等、体調に配慮してエンシュアやゼリー等の栄養補助食品も追加している。食事介助が必要な利用者には、栄養士も加わり、利用者の表情や嚥下状況を確認しながら対応し、利用者が「いらぬ」等の行動を示した場合も無理強いしないようにしている。利用者がなるべく自身で食べられるよう、スプーンや箸、皿等、介護用食器を活用している。経口摂取を継続するため、口のオーラルケア（ぶくぶくケア）を実施するとともに、現場からの報告にもとづいて、ケア会議や給食会議、食事形態勉強会を実施し検討している。食事に関する事故やヒヤリハットがある場合は、報告を行う体制となっている。ヒヤリハットで、「口をモグモグしている利用者の口の中に1cm程の三枚肉が残っていた」事例には、給食会議で検討した結果、利用者のQOLを重視し、現状の食事形態を維持しながら食事中の見守りを強化、重視する対応を行い改善されている。個々の利用者に対し栄養ケア計画が作成され、栄養スクリーニング、アセスメント、モニタリングが定期的に行われ、水分量や食事摂取量が把握され、ケア会議で共有されている。</p>	
55	A⑫ ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
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。
	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。
	c	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 2	職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
コメント	<p>利用者の状況に応じた口腔ケアについては、施設内で口腔ケアについての研修が行われ、職員が口腔ケアの意義を理解し、毎食後の歯磨きの声かけや促し、介助を行うことで、利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組めるよう支援している。経管栄養の利用者は看護師が中心となり口腔内ケアを行い、介護職員は、口腔ケアに介助を要する利用者に対し、毎食後や就寝前等は支援している。日々の口腔ケアで口腔内を確認し、気になる場合は、看護師への報告や訪問歯科受診時に歯科医師への報告をしている。毎月2回、歯科医師が来訪し、全利用者を対象に毎回4～5人ずつ診察し、義歯の修繕や生歯の治療等を実施しており、口腔状態や咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。</p> <p>口腔機能管理に対する計画及び予算が作成されており、個別の口腔ケア計画の作成や実施と評価、見直しを行うとともに、介護マニュアルに口腔ケアの追記が望まれる。</p>	

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。	
	b	褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。	
	c	褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 3	褥瘡予防対策の関係職員が連携して取組んでいる。	
	○ 4	褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント	<p>褥瘡の発生予防とケアについては、褥瘡予防対策指針を整備し、3か月に1回、定期的に褥瘡対策委員会が開催され、褥瘡のある利用者の状態や対応策等が話し合わせ、記録している。訪問調査時、2名の対象者がいた。褥瘡予防対策計画も作成されている。褥瘡発生予防として、職員それぞれの役割を分担し、介護職員は入浴等の清潔保持や体位変換、栄養士は食事対応を担い連携して取組んでいる。褥瘡予防に関する基本的なことは周知され、入浴やおむつ交換時等、利用者の皮膚状態を確認し発赤等がある場合は、看護師に報告するようになっている。看護師は、発赤等の報告を受け、皮膚の状態を確認し、軟膏塗布等の処置が行われており、褥瘡時も介護職員による体位変換等、利用者の状態に合った支援が行われ、治癒に向けたケアが行われている。栄養士は、褥瘡のある利用者の食事量を確認し、褥瘡改善に必要な亜鉛、銅、鉄が入っているゼリーや栄養補助食品を食事に追加して対応し、2週間程で皮膚の状態が改善することが多い。</p> <p>褥瘡対策マニュアルの周知及びマニュアルの見直し、褥瘡ケアの最新情報を収集しケアに取り入れるとともに、褥瘡委員会で検討された内容等の周知及び統一したケアが望まれる。</p>		
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。	
	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。	
	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。	
	n	わからない、判断できない。	
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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
	○ 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。	
コメント	<p>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については、安全委員会があり、安全委員会指針により委員長は施設長となっている。登録喀痰吸引等事業者、実施研修責任者により個別計画書が策定されている。該当利用者22名については同意書をもらい、内18人に対し嘱託医の指示にもとづき、喀痰吸引等研修修了介護職員15人により実施している。安全管理面から経管栄養については看護師が実施し、夜勤体制として1人は、喀痰吸引等研修修了者を位置づけしている。実施研修責任者は、職員研修や個別指導等において、病院と施設での喀痰吸引の方法が違うと伝えており、利用者の状況により、個別の指導や文書での周知を図っている。</p> <p>今年度の業務目標に「スタッフの高度なる専門性を身につけ、研修、資格取得、自己改革、自己成長に努めます。」とあり、実施研修責任者も研修を計画していることから、喀痰吸引等の研修の実施が望まれる。</p>		

評価項目		評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
58	A ⑮	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。
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。
	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。
	c	機能訓練や介護予防活動を行っていない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
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、機能訓練員を中心に日々の生活の中で、エプロンやタオルたたみ、チリ紙折、編み物、豆の仕分け等、利用者が好きな活動を支援している。県立図書館や本部町から書籍を借りて施設で貸出をしている。昔話の大きな絵本で利用者に読み聞かせをしたり、ベッド上で過ごす利用者にはCDによる絵本朗読や音楽を聞いてもらっている。利用者本人に希望を聞き、個別機能訓練や日常生活援助実施計画書が作成され、トイレまで歩行器を使って行く利用者や自力で車椅子を操作する方、運動は得意でない方はエプロンたたみを行う等、3か月毎に評価、見直しを行っている。日常生活で認知機能低下により、食事中トレーにご飯をこぼす行為や、白内障がひどくなり視力低下が見られ、手探りで物が掴みにくくなっている等、利用者の変化に気づいた場合は、看護師が囁託医へ報告し必要な対応を行っている。</p> <p>令和5年度の業務目標において、「リハビリテーション・レクリエーション・クラブ活動を活性化することで利用者様の生活空間の拡大と生きがいを創造します。」との記載があり、機能訓練に対する計画も作成されていることから、目標の実現を期待したい。</p>	

評価項目		評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
59	A ⑩ 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。
	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。
	c	認知症の状態に配慮したケアを行っていない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 2	あらゆる場面で、職員等は利用者に対して、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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	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。
	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。
コメント	<p>認知症の状態に配慮したケアについては、入所前に利用者や家族と面談し意向や基本情報等を確認し、その情報を基に入所時のアセスメントが作成され、ADL状況や生活歴、既往歴等が記載されている。子どもの名前を呼ぶ利用者には、「何で〇〇さんと呼んでいるの」と、声かけをしながら本人の思いを聞き受け止める等、あらゆる場面で支持的、受容的な関わりや態度で援助するよう心がけている。認知症のある利用者は8割程となっており、幻聴や幻覚、幻視症状のある利用者の場合、観察と記録を行い医師に相談後、専門病院を受診し薬剤調整で落ち着いている事例もある。認知症ケアの研修も行われている。自力で車椅子操作可能な利用者の場合、トイレの場所や居室が分からなく間違えることが増えていることから、利用者が目印をもとに移動できるよう、居室やトイレ入り口に花柄のバルーンを設置している。日常生活における機能訓練として、塗り絵やちぎり絵、エブロンたたみ等の手作業を促すことで、認知症の利用者が落ち着く傾向が見られるとの報告もあった。</p> <p>認知症ケア対応マニュアルが整備されているが、認知症の種類と接し方を追記し、周知すること、及び利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人またはグループで継続的に活動できる工夫や行動・心理症状(BPSD)を分析し、支援内容の検討が望まれる。</p>	

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。
	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。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 3	利用者の体調変化や異常の兆候に早く気づくための工夫をしている。
	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。
	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。
	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。
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、急変時対応フローチャート（夜間の事故、容態急変時等）で手順を作成している。日中は利用者の状態を、看護師がバイタルチェックを確認し、嘱託医へ報告し指示を受けて対応する仕組みとなっている。家族に対しては介護支援専門員が伝えている。日々の支援で利用者の表情や状態を確認し、血尿や下痢等、体調変化や異常が見つかった場合は、直ぐに看護師へ報告し、様子観察や嘱託医へ相談し受診支援等の対応をしている。入浴日に介護職員が検温し、看護師は、月2回バイタルチェックで状態把握し、酸素利用者1名については毎日確認している。嘱託医による訪問診療が月2回で、薬の処方月1回となっている。服薬については、①看護師がセッティングし、②看護師が再確認し、③食事時に介護職員がトレーに薬を置き、④直接与薬する職員が確認することになっている。しかし3か月前に、Aさんの席にBさんが座っていることに気づかず、薬を飲ませた誤薬が発生している。</p> <p>急変時対応として、健康観察のため看護師による毎日のバイタルチェックの検討、高齢者の健康管理や病気、体調変化時の対応や研修の実施、及び誤薬防止対策として、服薬確認及び適切な服薬提供等に関するマニュアルを整備し、職員への周知徹底が望まれる。</p>
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。
	b	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。
	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。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 2	医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。
	○ 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。
	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。
	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。
	○ 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。
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、看取り指針が作成され、施設における看取り介護実施の定義や各職員の役割、手順等が記載されている。施設での看取りを希望されている家族は、ほぼ全員となっており、看取りケアに関する同意書を得ている。食事が摂れなくなる等の状態変化が見られる等、終末期を迎えた場合、利用者家族に嘱託医から状態を説明し、意向を再確認している。看取りケアの場合、利用者を医務室に移動し、コロナ禍ではあっても家族の希望を受け、施設において利用者と一緒に過ごしてもらう等の対応を行っており、訪問調査の1週間ほど前に看取りを行った実績もある。</p> <p>終末期のケアに関する研修の実施及び終末期ケアに関わった職員に対し精神的なケアの実施が望まれる。</p>

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	A ⑱	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。
	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。
	c	利用者の家族等との連携と支援を行っていない。
	n	わからない、判断できない。
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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。
	○ 5	(特養、養護、軽費)利用者とは家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。
コメント	<p>利用者の家族等との連携と支援については、家族に対し利用者の状況報告は、介護支援専門員が主に行っている。半年毎の担当者会議の時期に、家族に対して電話での対応で、状況報告や施設サービス計画書の説明し、家族からの意向も把握している。利用者家族の殆どは町内在住のため、日頃の面会時に直接会って説明することも多い。3名の利用者家族は、離島や他村のため、手紙と行事参加の写真等も添えて状況報告を行っている。発熱や剥離等、利用者の状態変化がある場合は、キーパーソンに電話で状況を説明したうえで、嘱託医からの「様子を見て良い」との助言も伝え、家族が受診を希望する場合は受診対応している。コロナ禍以前は、事前に担当者会議の予定日を家族に案内し、殆どの家族が参加して、その場で意見を聞くことができていた。コロナ禍以降は、入室制限のため電話対応が主となり、訪問調査時点も電話での聞き取りや訪問した際でも、玄関先での面会と聞き取りを行うようにしている。家族から法事で外出させたいとの要望や外泊の相談に対しては対応している。面会が少ない家族の場合は、電話で利用者の状況を伝えながら面会を依頼している。年2回家族会が実施され、これまでは約半数程の家族が参加している。今年度は全家族へ事業計画や実績等の資料を送付し、家族とのつながりが持てるよう取り組んでいる。</p>	