

評価結果表（特別養護老人ホーム）

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	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		非該当
評価コメント	理念や基本方針は明文化され、ホームページや広報誌、事業計画書等にて周知が図られています。施設内にも掲示がなされ、年度初めに施設管理者等より講話が行われています。参加できなかった職員に対しては、動画配信及び文書回覧により周知が図られています。令和2年度以降、家族会は開催できておらず、事業計画や事業報告書を用いた周知ができていないため、今後郵送を予定しています。	

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	I-2-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	毎月、施設において施設管理者・課長・係長が参加する施設経営会議を、法人においては理事長・事務局長・部長・副部長が参加する法人経営会議が開催されています。利用状況や稼働率、コスト報告及び経営分析がなされています。施設管理者は、県の福祉計画作成委員でもあり、介護保険事業計画・老人福祉計画・地域福祉計画等の動向や内容を把握分析しています。	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		非該当
評価コメント	第五次経営計画にて中・長期ビジョンが示され基本方針と具体化に向けた方策が明文化されています。年度初めの職員会議により周知が図られています。達成状況は、事業計画に定めた基準に則り評価し、単年度事業計画にも反映されています。見直しは、必要に応じ法人経営会議で速やかに実施されています。財務面での裏付けも不可欠であることから中・長期の収支計画作成を期待します。	

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	I-3-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	第五次経営計画にて中・長期ビジョンが示され基本方針と具体化に向けた方策が明文化されています。年度初めの職員会議により周知が図られています。達成状況は、事業計画に定めた基準に則り評価し、単年度事業計画にも反映されています。見直しは、必要に応じ法人経営会議で速やかに実施されています。財務面での裏付けも不可欠であることから中・長期の収支計画作成を期待します。	

5	I-3-(1)-②	評価
中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		非該当
評価コメント	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されています。事業計画において、年間の計画が具体的に示されており、数値化可能な目標と数値化に適さない目標に区別し成果を設定しています。また、計画は達成できる実行可能なものとなっており、評価結果は全職員に周知されることにより単年度計画の振り返り及び次年度計画への根拠となっています。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	事業計画は、月1回のユニット会議から施設経営会議の順に、ボトムアップ方式で、職員参画のもとで意見の集約・策定が行われています。計画は職員会議により周知徹底され、参加できなかった者には動画配信等が行われています。事業計画の進捗状況は、施設経営会議により適時、確認と見直しが行われ、最終的な単年度事業計画評価は、評価の方法及び時期に則り、毎年5月に実施されています。	

7	I-3-(2)-②	評価
事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		非該当
評価コメント	事業計画の一部として行事予定や施設情報、利用者状況等を広報誌を通じ発信しています。しかし入居者様による利用者はなく、家族会も開催できていないため内容の理解を促すための取り組みは十分ではありません。事業計画の主な内容の周知及び入居者様等がより理解しやすいような工夫、入居者様等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を期待します。	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

8	I-4-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	年1回、入居者様と家族に対し顧客満足度調査を、年2回、全職員を対象に接遇チェック及び内部監査を実施しています。また第三者評価も定期的に受審しています。内部監査は、内部監査養成研修終了者により同法人の施設外職員により実施され改善余地のある指摘事項には、改善計画を作成し法人本部に提出する等、質の向上に向けた取り組みが組織的かつ計画的に実施されています。	

9	I-4-(1)-②	評価
評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		非該当
評価コメント	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、各部署の職員参画のもと改善策や改善実施計画を立て実施しています。家族等には、毎年6月に改善報告を文書で郵送し周知しています。嗜好調査結果により、食事の味付け改善や外部委託業者の選定等にも意見が反映されています。	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

10	II-1-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	施設管理者は、単年度事業計画や中・長期計画、事業継続計画（BCP）、マニュアル、各種会議等を通して、自己の役割と責任を明確にし職員に周知しています。また職務分掌において、平常時の施設管理者の役割及び施設管理者不在時の権限委任等を明確にし、組織体制を構築しています。	

11	II-1-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	施設管理者は遵守すべき法令等を正しく理解するために、外部研修や勉強会に参加しています。また各種行政会議や関係機関からの最新の情報収集に努めています。職員に対しては、各種会議で法令理解を促すための講話等をおこなっています。施設管理者として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ます。	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	Ⅱ-1-(2)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	法人及び施設の経営会議に参加し、福祉サービスの質の向上・評価・課題分析をおこない、職員に対しては改善を指示し、また自らも率先しリーダーシップを発揮しています。施設管理者自身の長年培った現場経験をもとに、催しの企画立案を示したり、現場職員の企画に助言を行い、現場目線での人材育成をおこなっています。OJT、OFF-JT、SDSを通じ教育・研修の充実を図っています。	

13	Ⅱ-1-(2)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	施設管理者は、課題を分析し業務改善のために指導力を発揮しています。成果として、安定的な施設経営が継続されています。また、介護支援専門員を兼務することにより福祉現場と組織運営管理の両面を総合的に把握しています。働きやすい環境整備のために福祉機具の導入の他、毎朝、施設内を巡回し、入居者様及び職員に声を掛けたり、外国人労働者等には送迎や炊き出しを行っています。	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

14	Ⅱ-2-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	必要な福祉人材として「法人の求める職員像」が明確化されています。また人員体制に関する具体的な計画が確立され、基づいた取り組みが実施されています。同法人内で介護初任者養成研修が受講でき、介護職への就職を目指す留学生をアルバイトで採用しています。今後、技能実習生の採用も予定しており、法人内で人材を養成し就労定着に繋げるという一連の計画があります。毎年、定期採用及び補充採用がおこなわれています。	

15	Ⅱ-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		非該当
評価コメント	詳細な人事考課規定が定められており、毎年1回、人事考課が実施されています。二段階制の考課体制をとり人事基準に基づき評価及びフィードバックがおこなわれています。考課結果を説明するとともに助言・指導を行うことで人材育成や自己啓発の促進を図っています。キャリア・パスモデルにより、資格取得の目安となり将来像を具現化できるようになっています。	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	Ⅱ-2-(2)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>勤怠管理システムの導入により就業状況を把握し、かつ職員は有給休暇や勤務変更が申請しやすくなっています。申し出や過重労働等が感じられた場合には、面談がなされています。介護負担軽減の取り組みとして介護ロボットが導入されており、介護ロボット導入支援補助金を活用し先駆的な取組が実施されています。衛生委員会には産業医も出席し労働環境の向上に努めています。</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	Ⅱ-2-(3)-①	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		非該当
評価コメント	<p>正規職員及びエリア正規職員に向けたキャリアパスモデルが設定されており、必要な知識・技能・資格を確認できるようになっています。また人事考課によって自身の評価及び課題点を知ることができ意欲向上に繋がっています。面接の際に目標やビジョンを確認していますが人事考課にリンクした形で、目標管理の仕組みが構築されることを期待します。</p>	

18	Ⅱ-2-(3)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>基本方針の中に「法人の目指す職員像」が明示され、研修部会が中心となり計画に沿って教育・研修が実施されています。また、年間研修計画の他、適宜必要な研修を追加しています。受講後には、研修の理解度確認及び自身の学びを振り返るために理解度テストを受講し研修の効果測定や評価としています。</p>	

19	Ⅱ-2-(3)-③	評価
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		非該当
評価コメント	<p>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ます。入職時にはe-ランニングにより研修を実施し、実務経験の乏しい新人職員にはエルダー制を取り入れ知識・技術の習得促進に努めています。希望する外部研修へもできる限り参加できるよう調整し、直接業務に還元される資格取得・更新については、出張・職務免除・受講費補助等の体制が整っています。</p>	

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	Ⅱ-2-(4)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>実習生等の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムが準備され積極的な取組みが実施されています。また、介護実習指導マニュアルが整備され受け入れに際しては基本姿勢が明文化されています。実習前には人権擁護・個人情報取扱い等の研修を行い、実習生・施設・養成校と三者連携によりプログラム作成や進捗状況を確認しています。複数実習指導者がおり、社会福祉士をはじめとする福祉専門職の実習受け入れ依頼があれば、積極的に受け入れる意向があります。</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	Ⅱ-3-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>ホームページ上で法人や施設の理念及び事業・財務に関する情報、第三者評価の受審結果ならびに改善計画を適切に公開しています。法人ブログを介し、各施設が活動内容を発信しています。苦情受付に関しては、苦情受付担当者・責任者の他、地域の第三者委員を設置し相談体制を整備しています。最新の決算等報告が公開されることを期待します。</p>	

22	Ⅱ-3-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のために年2回、内部監査を、年1回、監事監査を実施しています。会計監査人として公認会計士が選任されています。外部監査では、適切な会計処理がおこなわれているか、また経営改善の視点から助言指導を定期的に受けています。助言指導は、速やかに理事会に報告され適切な対応がなされています。</p>	

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	II-4-(1)-①	評価
利用者との交流を広げるための取組を行っている。		非該当
評価コメント	地域の福祉事業所が参画する任意団体に加入し、福祉まつり運営スタッフ、災害時要配慮者避難マップの作成、認知症見守り声かけ訓練等に参加しています。また行政・社会福祉協議会・福祉事業所が参画する地区包括ケアシステム推進委員会にも加入しています。更に、施設の中心部に地域交流スペースがあり、手作りの鳥居を設置し納涼祭を企画するなど地域との関係性強化に努めています。	

24	II-4-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	ボランティア受入れマニュアルには基本姿勢が明示され、職務分掌では担当者が明確化されています。年間を通じ、ホームページ上でボランティアを募っています。ボランティアに対しては、事前講義や留意点など、入居者様との交流を図る視点や姿勢について研修を行っています。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	II-4-(2)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	関係機関及び各種団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、連携が適切におこなわれています。地域の福祉事業所が参画する任意団体への加入や地区包括ケアシステム推進委員会にも加入しており地域課題解決に向け積極的に役割を担っています。今後、個々の利用者の状況に対応できる社会資源リストや資料の作成を期待します。	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

26	II-4-(3)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	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おこなっています。具体的には、地域の福祉事業所が参画する任意団体への加入や、地区包括ケアシステム推進委員会にて地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めています。法人内には、居宅介護支援事業所や相談支援事業所等の相談支援機関を持ち、様々な相談に対応しています。	

27	Ⅱ-4-(3)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的におこなっています。地区高齢者福祉に関する会合、まちづくり協議会への参加、みやざき安心セーフティネットの相談体制の整備等、地域貢献活動を展開しています。福祉避難所としてベッドやリネンの貸与の他、地域避難所の指定を受けており行政より飲料水等の備蓄を受けています。定期的に災害時訓練も実施されており、地元消防団との救助支援体制の取り決めがなされています。	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

28	Ⅲ-1-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	入居者様尊重の姿勢を理念・基本方針・事業計画の中に明示しています。職員へは、入居者様への基本的人権の観点から人権研修・高齢者虐待防止研修・身体拘束廃止研修等を定期的実施しています。入居者様を尊重した福祉サービスの提供のため個別支援計画やモニタリング評価を作成し、入居者様及び家族に同意を得ています。成年後見制度や日常生活自立支援事業を推奨し、積極的な取組が行われています。	

29	Ⅲ-1-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	居室は全室個室となっています。入浴は原則、同性介助で個浴で支援者と入居者様の1対1で、衣服の着脱から入浴介助まで完結しています。面会室は1組のみの使用となっており、通信は、自分の居室で子機を渡し、職員は介入せず会話ができます。入居者様の権利擁護については、マニュアルが整備されています。更に、高齢者虐待防止推進指針を今年度中に作成予定です。	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

30	Ⅲ-1-(2)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	施設を紹介する情報をホームページ上に掲載しており、役場や地域包括支援センターにはパンフレットを配置しています。感染予防の観点から施設内見学、体験入所、一日利用等は中止していますが、外からの見学や、パソコン・タブレットを用い施設内を紹介できるようにしています。	

31	Ⅲ-1-(2)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	福祉サービスの開始・変更時には、しおりや契約書・重要事項説明書を用い入居者様及び家族にわかりやすく説明し同意を得ています。双方確認のため各々書面を保管しています。サービス計画書の作成・変更時には、入居者様及び家族に意向を確認し、カンファレンスを定期的に行っています。意思決定が困難な利用者については、積極的に成年後見制度の活用を推奨しています。	

32	Ⅲ-1-(2)-③	評価
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。		非該当
評価コメント	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から不利益が生じないように配慮しています。地域・家庭へ移行する際は、引き継ぎ文書を定め適切に対応しています。福祉サービスの利用終了後も、相談窓口として、生活相談員及び介護支援専門員を配置し、相談方法を記した文書を渡し、入居者様及び家族が相談しやすい体制を整えています。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-①	評価
利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		非該当
評価コメント	2020年1月に新型コロナウイルスの発表された以降、面会や家族会は開催されていません。このような状況の中でも年1回の「入居者様・ご家族アンケート(満足度調査)」を実施しサービス向上委員会で協議し、その内容を職員間で共有する仕組みがあります。日常的な会話を通して入居者様の意向をくみ取る取組や、広報誌で活動の様子を掲載し日常生活の様子をご家族等に伝えるさまざまな工夫をしています。	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

34	Ⅲ-1-(4)-①	評価
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		非該当
評価コメント	入居者様に周知する取組がおこなわれ、苦情解決の仕組みが機能しています。相談・苦情があった場合は、毎月開催している苦情処理委員会・安全サービス委員会で協議し、その内容を職員間で共有する仕組みがあります。日々、看護師が行うバイタルサイン測定時に入居者様との会話の中で、相談・苦情はないか傾聴し、気になることがあれば上長に報告する取組があります。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	アンケート調査や意見箱の設置があり、日常的な支援場面においても入居者様が相談しやすく意見を述べやすいよう配慮され、適切な相談対応と傾聴がなされています。また機関紙により文章の配布もなされています。今後は、入居者様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されることを期待します。	

36	Ⅲ-1-(4)-③	評価
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。		非該当
評価コメント	入居者様からの苦情や意見・提案より改善課題を明らかにし、サービスの質を向上させていくという組織的な姿勢があります。事案に応じて各委員会で協議・改善をおこない、その内容を職員間で共有する仕組みもあり、職員研修のテーマとなることもあります。苦情解決マニュアルや相談・意見対応マニュアルがあり定期的な見直しも行われています。	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

37	Ⅲ-1-(5)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	リスクマネジメントに関するリスク管理責任者を配置し、安全サービス・リスクマネジメント委員会を設置しています。事故防止対策マニュアルにて責任、手順を明確にして職員に周知しています。月に1回ヒヤリハット報告・事故報告が収集され、要因分析と改善策・再発防止策の検討がされています。職員に対して安全確保・事故防止に関する研修を安全サービス、リスクマネジメント委員会にて年2回行っています。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	感染症の予防策が適切に講じられ、入居者様の安全確保について組織として体制を整備しています。感染症予防マニュアルを作成し、責任と役割が明確にされ管理体制が整っています。感染症対策委員会は3か月に1回開催し、年2回は感染症、食中毒予防に対して研修を実施しています。感染症が発生した場合は、個室単位でまん延防止が適切に対応できる環境となっています。	

39	Ⅲ-1-(5)-③	評価
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。		非該当
評価コメント	2020年1月に新型コロナウイルスの発表された以降、行政や地域の消防団と連携した訓練実施ができていません。しかし、感染症や自然災害が発生した場合は、介護サービスが安定的・継続的に提供される業務継続計画（BCP）が作成されています。災害発生時の初動時の対応など定期的な訓練を通して職員に周知し、対策の問題点の把握や見直しを行っています。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

40	Ⅲ-2-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	入居者様の特性を踏まえた標準的な実施方法等を介護技術マニュアルで定め、プライバシーの配慮、福祉サービスの一定の水準を担保する仕組みがあります。マニュアルは、各ユニットに設置し定期的に読み合わせや見直しを実施しています。ヒヤリハット報告・事故報告が収集され、要因分析と改善策・再発防止策を検討しています。服薬管理やポジショニングなど必要に応じての研修会実施及び介護技術研修を年4回実施しています。	

41	Ⅲ-2-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	福祉サービスの標準的な実施方法は、定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できる仕組みを定めています。内部監査を年2回実施し、検証・見直しに努めています。入居者様のニーズに着目した個別対応をおこなうために、モニタリングを通して入居者様と支援者の意見や提案が反映される仕組みになっています。	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	Ⅲ-2-(2)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	介護支援専門員により、アセスメントから計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスの体制が構築されています。クラウド記録システムを活用し、介護支援専門員とさまざまな職種の関係職員が参加してのアセスメントをおこなっています。入居者様一人ひとりの具体的なニーズの抽出をおこない、個々に立案した24時間プランのワークシートを活用し、実施できていることが確認できる仕組みが構築されています。	

43	Ⅲ-2-(2)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	サービス提供実施状況の評価と実施計画の見直しは組織的に実施されています。カンファレンス予定表によってモニタリング対象者を管理しクラウド記録システムで、サービス実施状況・課題や所見について全職員で確認しています。緊急に変更が生じた場合は関係職員はサービス提供実施状況を責任者に確実に伝え、責任者が総合的な視点で情報を管理し、定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しをおこなっています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

44	Ⅲ-2-(3)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	クラウド記録システムを活用し、すべての福祉サービス実施状況を管理しています。企画会議や経営会議にて情報共有を目的とした会議が定期的開催され、周知すべき情報が職員に正確に伝わる仕組みが確立し、職員の負担軽減にも繋がっています。	

45	Ⅲ-2-(3)-②	評価
利用者に関する記録の管理体制が確立している。		非該当
評価コメント	個人情報保護規程による入居者様の記録の管理について規定が定められるとともに、適切に管理が行われています。支援記録は、各職員のIDでログインしクラウド記録システムにて管理しておりプリントアウトされた入居者様に関する記録は鍵付きの棚で保管されています。個人情報保護規程やソーシャルメディア利用規定にもとづき、職員に対し教育や研修が行われ情報が外部に流出しない管理体制ができています。	

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

A①	A-1-(1)-①	評価
利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		非該当
評価コメント	日々のコミュニケーションの中で入居者様の趣味・興味、希望を把握し、活動に反映する仕組みがあります。入居者様の生活習慣や価値観を理解し、入居者様主体の生活支援を実践しています。お酒や梅干しお菓子など本人の嗜好品の購入又は差し入れの依頼調整しています。日中活動では、季節に応じた漬物づくりや複数の活動メニューの取り組みがあり、外出、買い物など社会参加に配慮した支援を実施しています。これらの活動については、ユニット検討会で月1回評価をおこなっています。	

A④	A-1-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	入居者様に対しては、声のトーンを低くしはっきりと話して、傾聴や共感を重視した聞き方や絵や写真入りのカードなどを活用してコミュニケーションをおこなっています。入居者様への接遇や言葉づかいに関する振り返りは、接遇チェックリストを活用して10日間かけてすべての要求事項がクリアできるように教育・訓練を年に2回組織的に取り組んでいます。	

A-1-(2) 権利擁護

A⑤	A-1-(2)-①	評価
利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		非該当
評価コメント	0	

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

A⑥	A-2-(1)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	施設的环境は清潔で、適温と明るい雰囲気は保たれて、入居者様の意向やこれまでの生活を尊重した居室の環境に配慮しています。ソファや観葉植物など各ユニットで生活環境を工夫し、自宅で使用していたタンス、写真、色紙などの持ち込みをおこなっています。入居者様の特性を踏まえ食事時の席の工夫をおこなったり、転倒の危険性がある入居者様には、安全に移動でき安心して過ごせる生活環境を整備しています。	

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A⑦	A-3-(1)-①	評価
入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		非該当
評価コメント	入居者様の心身の状況や意向を踏まえ、できるだけ自立性の高い入浴形態・方法により、安全で快適な入浴支援を行っています。入浴支援マニュアルに沿ってニーズに合わせた誘導や介助を行う際は、入居者様の尊厳や羞恥心に配慮ながら浴室は個浴・特浴・リフト浴で入浴支援をしています。週に2回、希望者には追加で入浴や一番風呂の配慮をしています。感染症のリスクがある場合は、入居者様へ説明した上で最後に入浴してもらっています。また、健康状態の悪い方は、看護師と連携し臨機応変に対応しています。	

A⑧	A-3-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>入居者様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、自然な排せつを促すための取組を行っています。排せつの支援をする際のプライバシー配慮や排せつ支援マニュアルによる標準的な支援及び入居者様の一人ひとりの状況に応じた個別の排せつ支援をしています。入居者様の排尿量やオムツの状態を観察し、適切なオムツを選びや便意や尿意などに迅速な対応と定時にトイレ誘導をしています。排尿・排便の量や形状等の観察及び食事摂取量や一日飲水量の把握や排せつチェック表や記録等を確認し、入居者様一人ひとりの心身の状況などに合わせた排せつ支援が行われています。</p>	

A⑨	A-3-(1)-③	評価
移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		非該当
評価コメント	<p>入居者様の心身の状況や意向を踏まえ、安全面を配慮した移動・移乗の支援をおこなっています。移動介助マニュアル(年1回見直し)は、文字だけではなくイラストでわかりやすく作成しています。安全かつ快適に使用できるよう車いすは、毎月保守点検を実施し、心身の状況に応じた福祉用具の選定をしています。運動を促しながらできるだけ自力で移動できるよう、移動の自立に向けた働きかけをしながら支援がおこなっています。</p>	

A-3-(2) 食生活

A⑩	A-3-(2)-①	評価
食事をおいしく食べられるよう工夫している。		非該当
評価コメント	<p>食事時にメニューを入居者様に説明し、季節に応じた食品や行事食の提供をしています。施設で作った野菜料理の提供をおこない、見た目にもおいしく食事ができる工夫もされています。入居者様の苦手な食材や嚥下能力・栄養面に配慮した食事づくりなど毎月、保健給食委員会で検討し改善する取り組みをおこなっています。</p>	

A⑪	A-3-(2)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>食事提供と食事の支援は、入居者様の心身の状況と必要となる支援を十分に把握・検討したうえで実施しています。食事ケアマニュアルは、入居者様の嚥下状態に合わせた食事形態で提供や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ます。栄養士や関係職員と連携しながら、心身の状態に合わせた補助食品の提供や楽しく食事ができるような声かけなど入居者様に合わせた配慮がされています。さらに、経管栄養から経口栄養へ移行したいという要望への取り組みも行っています。</p>	

A⑫	A-3-(2)-③	評価
利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		非該当
評価コメント	必要時や希望すれば歯科往診を受けられる体制を構築し、口腔状態及び咀嚼嚥下機能を定期的にチェックができています。しかし、入居者様の口腔清掃の自立の程度を把握する必要があります。今後は、一人ひとりに応じた口腔ケア計画を作成し、実施と評価・見直しを行い、よりよい支援につなげてQOLを高める取り組みに期待します。	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A⑬	A-3-(3)-①	評価
褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		非該当
評価コメント	褥創予防対策マニュアルが整備され、褥瘡予防計画に基づいたケアを実施しています。更に褥瘡予防計画は3か月ごとに見直し、褥瘡予防に関する研修を年1回実施しています。管理栄養士と連携して食事摂取状況の確認及び栄養管理を行い、保健給食会議で検討しています。入浴介助やおむつ交換時に皮膚の観察をおこない褥瘡予防と悪化防止に努めています。	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A⑭	A-3-(4)-①	評価
介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		非該当
評価コメント	喀痰吸引・経管栄養等については、福祉施設・事業所の考え方と責任者の責任を明確にし、業務の手順等を記載した書類等の整備や実施手順、個別の計画を策定して実施しています。喀痰吸引等業務マニュアルにそって、介護職員による喀痰吸引や経管栄養の研修を実施しています。資格取得後は、個別に年2回手技の確認を看護師が実施し、体制の充実・強化を図っています。	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A⑮	A-3-(5)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>要介護度の改善や機能の向上、入居者様の身体機能を維持するための働きかけをおこなっています。レクリエーションにおいて、体操、ボール遊び、手指の運動など入居者様が主体的に訓練をおこなえる工夫や、機能訓練では入居者様の状況に応じて、理学療法士の専門職の助言・指導を得ながら、歩行訓練、立ち上がり訓練、移乗訓練等を実施しています。判断能力の低下や認知症の症状の早期発見に努め、定期的に訪問する医師・歯科医師と連携しながら予防に取り組んでいます。</p>	

A-3-(6) 認知症ケア

A⑯	A-3-(6)-①	評価
認知症の状態に配慮したケアを行っている。		非該当
評価コメント	<p>心身の状況や意向を踏まえ、尊厳を尊重し、その人らしく生活ができるような日常生活や活動の支援・配慮をおこない、入居者様と職員と一緒にできる活動内容を検討しています。更にユニット検討会やリーダー会議で、入居者様の課題、関わり方の振り返りをおこなっています。認知症の行動や心理・症状等を十分理解して支援するために、認知症実践者研修等の外部研修に参加しています。入居者様一人ひとりの環境変化への適応状況に配慮するとともに、本人の行動を制限することのないように工夫しながら支援しています。</p>	

A-3-(7) 急変時の対応

A⑰	A-3-(7)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>急変時対応マニュアルが整備され、体調変化時には的確かつ迅速に対応する手順を医師と連携していく体制が確立しています。服薬マニュアルも整備されており、手順に従って服薬介助できる体制と服薬事故が発生した場合の対応手順が周知されています。</p>	

A-3-(8) 終末期の対応

A⑱	A-3-(8)-①	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>入居者様の尊厳を尊重するとともに、家族への精神的ケアにも配慮し、最期まで安らかな気持ちで迎える事ができるよう支援することを心掛けています。看取りに関する指針、看取り看護マニュアルを整備し、看取りについてはパンフレットを使用し家族に説明しています。入居者様が終末期を迎えた時は、対応方法の基本にそって、入居者様・家族の意向を確認しながら対応しています。年1回は、終末期のケアについて研修を実施し、職員に対して、職員の精神的な負担に配慮した精神的ケアを実施しています。</p>	

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

A⑲	A-4-(1)-①	評価
利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		非該当
評価コメント	<p>定期的及び変化があった時に家族に連絡・報告をおこなっています。事故発生時には、発生状況や身体状況、今後の対策等を説明し、家族に報告した内容は記録し今後の事業所の取組に生かしています。入居者様と家族がつながりがもてるように、毎月発行する広報誌に入居者様の近況を載せたり、感染症対策をしながら面会ができる取り組みを行っています。</p>	