

# 福祉サービス第三者評価結果の公表事項

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 評価機関（評価機関認証No.） | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 （福井福祉評価認証第1号） |
| 評価調査者研修修了番号     | 第6-15号、第10-24号、第5-23号           |

## 【基本情報】

### ①施設・事業所情報

|                            |                                                                     |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 名称：水仙園                     | 種別：介護老人福祉施設                                                         |
| 代表者氏名：笠原文和                 | 定員（利用人数）：50名                                                        |
| 所在地：越前市萱谷町4-9-1            |                                                                     |
| TEL：0778-27-2155           | ホームページ： <a href="http://www.suisenen.jp">http://www.suisenen.jp</a> |
| 〔施設・事業所の概要〕                |                                                                     |
| 開設年月日 昭和57年6月1日            |                                                                     |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 慈生会 |                                                                     |
| 職員数                        | 常勤職員：28名 非常勤職員：9名                                                   |
| 専門職員                       | （専門職の名称） 名                                                          |
|                            | 看護師 5名 介護支援専門員 1名                                                   |
|                            | 作業療法士 1名                                                            |
|                            | 管理栄養士 2名                                                            |
| 施設・設備の概要                   | （居室数） （設備等）                                                         |
|                            | 2人部屋：1 4人部屋：12 中間浴：2台 特浴：1台                                         |

### ②理念・基本方針

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| （基本理念）<br>利用者の意思および人格の尊重と自立支援を図り、利用者や家族および地域の人達から信頼される施設の運営をめざします。                                        |
| （基本方針）<br>○個別ケアにより、明るく家庭的な施設づくりに努めます。<br>○ケアプランのよる一人ひとりを大切にした介護に努めます。<br>○地域との連携を深め、ノーマライゼーション社会の推進に努めます。 |

### ③施設・事業所の特徴的な取組

|                      |
|----------------------|
| ○科学的介護によるADL改善への取り組み |
|----------------------|

### ④第三者評価の受審状況

|               |                                         |
|---------------|-----------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和5年10月19日（契約日） ～<br>令和6年6月11日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 6回（令和元年度）                               |

### ⑤総評

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【特に評価の高い点】<br>＜Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ（2）＞<br>管理者は、福祉サービスの向上に職員の質の向上を重視し、教育・研修計画の充実のほか資格取得の支援などに取組んでいる。また、経営や業務の実効性を高めるための人員配置や働きやすい環境整備に努めている。<br>＜Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス（1）＞<br>理念と基本方針に基づいた倫理綱領と実施要項を事業計画に明示している。利用者個々への福祉サービスの提供に反映されるよう、朝礼時に「私たちの誓い」を唱和している。職員を対象とした研修会（身体拘束と虐待防止、リスクマネジメント等）を毎月開催し、利用者を尊重する福祉サービスの実施に努めている。<br>＜A-2 環境の整備＞<br>居室内の利用者のベッドの間に衝立を設置するなど、プライバシーに配慮し安心して生活できる環境を心がけている。利用者のこれまでの生活習慣に配慮し、化粧が習慣となっていた方には化粧を、また、子どもの世話が生きがいであった方には人形を用意するなど、利用者が安心して自分らしく生活できるよう配慮している。なお、施設内の福祉用具の点検を週1回実施し、事故が発生しないよう努めている。 |
| 【特に改善が求められる点】<br>＜Ⅰ-3 事業計画の策定（2）＞<br>事業計画の作成時期や手順について明文化されておらず、計画策定に関するルールを定め、これに基づいた事業計画の策定が望まれる。また、事業計画の内容を利用者等に説明しているが、利用者がより理解しやすいよう工夫した資料の作成などが望まれる。<br>＜Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス（2）＞<br>福祉サービスの利用終了時の窓口と担当者について重要事項説明書に明記しているが、サービス利用終了後の相談方法等についてわかりやすく説明した文書の作成が望まれる。<br>＜A-3 生活支援（6）＞<br>利用者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し、安心して生活できる環境づくりや関わり方を工夫したり、認知症ケア会議では詳細なアセスメントを行っているが、今後の支援に向け検討した内容の記録や支援内容に関する記録が不十分のため、提供したケアの根拠とその効果も含めた記録の充実が望まれる。                                                                                    |

### ⑥第三者評価結果に対する事業所のコメント

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 水仙園は今回福祉サービス第三者評価事業、6度目の受審となります。コロナ禍により外部との接触を制限せざるをえない状況が続き、施設のあり様が前回受審時より一変しました。今後は感染症に注意を払いながら、コロナ前の姿に近づけられるよう取り組んでいきたいと考えています。当施設では評価結果を真摯に受け止め、多くの方々に信頼される施設運営に努めていきます。今回の受審により、改めて様々な指摘や助言を頂きました。今後も改善すべき課題については職員一丸となって見直し、利用者の皆様へのサービスや生活の質の向上に取り組んでいきます。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ⑦第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 高齢者福祉サービス版

## 【共通評価基準】

### 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 |
| コメント | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                                     |   |
|      | 改善できる点／改善方法：<br>理念・基本方針は、新入職員研修時に説明しているが、それ以降、職員への周知がなされていないため、職員会議等や個人面談時などに確認するなどの取組が望まれる。また、利用者や家族に対し、入所時に説明しているが、より理解しやすいよう資料の工夫が望まれる。 |   |

#### 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 |
| 3    | ② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。                                                                                                     | a |
| コメント | 良い点／工夫されている点：<br>社会福祉事業の動向を老人福祉施設協議会等から幅広く情報を入手するほか、福祉サービスのコスト分析や利用者の推移等を分析している。また、経営課題（職員不足等）を明確にし、具体的な取組（各種求人説明会への参加等）を進めている。 |   |
|      | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。                                                                                                           |   |

#### 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 |
| 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 |
| コメント | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                      |   |
|      | 改善できる点／改善方法：<br>中・長期計画およびその内容を反映した単年度の事業計画を策定しているが、実施状況の確認や評価を行える具体的な内容となっていないため、数値目標や具体的な成果等を設定するなど、実施状況の評価が行える計画の策定が望まれる。 |   |

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 |
| 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 |
| コメント | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                               |   |
|      | 改善できる点／改善方法：<br>事業計画の作成時期や手順について明文化されておらず、計画策定に関するルールを定め、これに基づいた事業計画の策定が望まれる。また、事業計画の内容を利用者等に説明しているが、利用者がより理解しやすいよう工夫した資料の作成などが望まれる。 |   |

#### 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。                                                                | b |
| 9    | ② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。                                                       | b |
| コメント | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                             |   |
|      | 改善できる点／改善方法：<br>年1回以上の自己評価が行われていないため、第三者評価受審時のチーム等による毎年の自己評価の実施が望まれる。また、評価結果に基づく改善に向けた計画的な取組が望まれる。 |   |

## 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 |
| 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 |
| コメント                     | <p>良い点／工夫されている点：<br/>特になし。</p> <p>改善できる点／改善方法：<br/>管理者は就任時、新型コロナウイルス感染症への方針等について会議等で表明しているが、職員への周知状況に関する会議記録等が残されていないため、それら表明内容等が確認できるよう記録することが望まれる。また、管理者自らの役割と責任について広報誌等に掲載するなどにより広く周知することが望まれる。</p> |   |

|                              |                                                                                                                                                          |   |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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。                                                                                                                     | a |
| 13                           | ② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。                                                                                                                         | a |
| コメント                         | <p>良い点／工夫されている点：<br/>管理者は、福祉サービスの向上に職員の質の向上を重視し、教育・研修計画の充実のほか資格取得の支援などに取組んでいる。また、経営や業務の実効性を高めるための人員配置や働きやすい環境整備に努めている。</p> <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</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。                                                                                                                                      | a |
| 15                                    | ② 総合的な人事管理が行われている。                                                                                                                                                              | b |
| コメント                                  | <p>良い点／工夫されている点：<br/>特になし。</p> <p>改善できる点／改善方法：<br/>管理者は、各職員による自己勤務評価をふまえた人事考課に取り組んでいるが、自己勤務評価の運用に関する方法が決められていない。今後、その運用方法を定め、職員に周知した上で実施するなど、組織として定めた一定の人事基準にもとづく人事管理が望まれる。</p> |   |

|                            |                                                                                                             |   |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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組んでいる。                                                                         | b |
| コメント                       | <p>良い点／工夫されている点：<br/>特になし。</p> <p>改善できる点／改善方法：<br/>職員の悩み等を受け付ける相談窓口がなく、今後、職員個々の悩みや各種相談に対応できる体制の整備が望まれる。</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。                                                                                                                                                                                                                                            | b |
| 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。                                                                                                                                                                                                                            | a |
| 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 |
| コメント                           | <p>良い点／工夫されている点：<br/>毎年、職員の教育・研修計画を作成し、それらに沿って計画的に教育・研修を実施するとともに、教育・研修内容については適宜評価・見直しを行っている。研修終了後、参加した職員は復命書を提出し、園内での情報共有を図っている。</p> <p>改善できる点／改善方法：<br/>職員一人ひとりの育成に向けた取組みとして、各職員が自己勤務評価を作成・提出しているが、それらの評価を含めた運営方法が確立していない。今後、その運用方法・手順を定め、職員に周知した上で実施することが望まれる。</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                                          | 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。                                                                                          | a |
| コメント                                        | <p>良い点／工夫されている点：<br/>「実習生受入れにマニュアル」に沿って実習を行っている。また、実習指導者に対する研修も実施している。実習生の受入れの際には、実習内容について学校側と検討し実施している。</p> <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</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。                                                                    |  | a |
| 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 |
| コメント                             | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                          |  |   |
|                                  | 改善できる点／改善方法：<br>公正かつ透明性の高い適正な施設経営・運営に向け、外部の専門家による事業や財務に関するチェックを行うなど、外部監査の活用等による経営改善に向けた取組が望まれる。 |  |   |

## 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 |
| 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 |
| コメント                       | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                          |  |   |
|                            | 改善できる点／改善方法：<br>ボランティア受入れマニュアルを整備しボランティア活動者の登録もあるが、現在ボランティア活動の受入れは行っていない。今後、コロナ感染対策に留意しながら、ボランティア受入れ等を通じた地域との関係再構築に向けた取組に期待したい。 |  |   |

|                           |                                                                                                                             |  |   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| 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 |
| コメント                      | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                      |  |   |
|                           | 改善できる点／改善方法：<br>コロナ禍の影響により、これまで実施してきた各種関係機関や団体との連絡会等が行われていないが、今後、コロナ感染対策に留意しつつ定期的な連絡会等を再開するなど、各種関係機関や団体との関係再構築に向けた取組に期待したい。 |  |   |

|                              |                                                                                                                  |  |   |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 |                                                                                                                  |  |   |
| 26                           | ① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。                                                                                      |  | b |
| 27                           | ② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。                                                                                 |  | b |
| コメント                         | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                           |  |   |
|                              | 改善できる点／改善方法：<br>コロナ禍により地域や関係機関との関係が希薄になっているため、今後、コロナ感染対策に留意しつつ、施設が有する専門性や機能を活かした取組みや地域の福祉ニーズにもとづく公益的な取組み等を期待したい。 |  |   |

## 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 |
| 29                          | ② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。                                                                                                                        |  | a |
| コメント                        | 良い点／工夫されている点：<br>理念と基本方針に基づいた倫理綱領と実施要項を事業計画に明示している。利用者個々への福祉サービスの提供に反映されるよう、朝礼時に「私たちの誓い」を唱和している。職員を対象とした研修会（身体拘束と虐待防止、リスクマネジメント等）を毎月開催し、利用者を尊重する福祉サービスの実施に努めている。 |  |   |
|                             | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。                                                                                                                                            |  |   |

|                                             |                                                                                                 |  |   |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| コメント                                        | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                          |  |   |
|                                             | 改善できる点／改善方法：<br>福祉サービスの利用終了時の窓口と担当者について重要事項説明書に明記しているが、サービス利用終了後の相談方法等についてわかりやすく説明した文書の作成が望まれる。 |  |   |

|                         |                                                                                                                   |  |   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 |                                                                                                                   |  |   |
| 33                      | ① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                                                                                 |  | a |
| コメント                    | <p>良い点／工夫されている点：<br/>利用者満足向上をめざす姿勢を「倫理綱領」に明示している。また、利用者や家族等に対し定期的に調査を実施し、その調査結果をふまえ、利用者満足向上に向けた具体的な取組につなげている。</p> |  |   |
|                         | <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</p>                                                                                     |  |   |

|                                  |                                                                                                                                                                             |  |   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| 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 |
| 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 |
| 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。                                                                                                                                           |  | a |
| コメント                             | <p>良い点／工夫されている点：<br/>職務分掌に「介護職員は利用者の一番身近な職員として、日常の諸介護を協力分担して担当する」を明示し、直接介護に関する事項に「ふれあい」を掲げている。利用者の意見等に対するマニュアルを整備し、利用者が相談しやすいスペースの確保や意見箱の設置など、利用者が意見等を述べやすい環境づくりに努めている。</p> |  |   |
|                                  | <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</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。                                                                                                                                                                                             |  | a |
| 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。                                                                                                                                                                                            |  | a |
| 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。                                                                                                                                                                                                      |  | a |
| コメント                                      | <p>良い点／工夫されている点：<br/>事故発生防止のため指針および対応マニュアルを整備し、リスクマネジメント委員会を毎月開催するなど、安心・安全な福祉サービスの提供のため組織的に取組んでいる。また、感染症対策委員会を設置し、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整備を図っている。この他、事故対応マニュアルを作成し、災害時に備えた訓練（職員等の安否確認等）や備蓄品を整備するとともに、職員は定期的に普通救命救急講習会を受講している。</p> |  |   |
|                                           | <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</p>                                                                                                                                                                                                           |  |   |

## 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。                                                                                                                                                  |  | a |
| 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。                                                                                                                                                                |  | a |
| コメント                                | <p>良い点／工夫されている点：<br/>提供する福祉サービスの標準的な実施方法を各種マニュアル、規程・規則等に明文化し、職員を対象に内部研修や指導するとともに、OJTチェックリスト（自己評価）を活用しながら福祉サービスの周知・徹底を図っている。なお、運営規程や各種マニュアル・規程等については、各種会議（職員・主任、職種連携会議）等にて、毎年定期的に見直しを行っている。</p> |  |   |
|                                     | <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</p>                                                                                                                                                                  |  |   |

|                                         |                                                                                                                                                                      |  |   |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| 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 |
| 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 |
| コメント                                    | <p>良い点／工夫されている点：<br/>福祉サービス実施責任者（ケアマネジャー）を設置し、利用者の身体及び生活状況、留意点を所定の様式（包括的自立支援プログラム）にケアプラン策定手順に沿って記録している。ケアプランの策定は、サービス担当者会議、個人介護記録、ヒアリング報告等をふまえ多職種職員の合議により決定している。</p> |  |   |
|                                         | <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</p>                                                                                                                                        |  |   |

|                                |                                                                                                                                                                                                                |  |   |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|
| 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。                                                                                                                                                                    |  | a |
| 45                             | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                                                                                                                                                                                       |  | a |
| コメント                           | <p>良い点／工夫されている点：<br/>利用者一人ひとりのサービス計画に基づく日々のケア内容を、各職種の職員が各セクションに配備するタブレット端末により記録している。また、各セクション・職種別の職員が入力する際、記録内容に差異が生じないよう個人情報保護に関する内規や入力マニュアルを整備している。なお、施設内のパソコンネットワークを利用して、職種毎のセクション会議の内容が共有できる体制を整備している。</p> |  |   |
|                                | <p>改善できる点／改善方法：<br/>特になし。</p>                                                                                                                                                                                  |  |   |



## 【内容評価基準】

### 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              | ①（特養・通所のみ）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。                                                                                                 | a |
| A②              | ①（訪問のみ）利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。                                                                                                   |   |
| A③              | ①（養護・軽費のみ）利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。                                                                                                  |   |
| 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。                                                                                                             | a |
| コメント            | 良い点／工夫されている点：<br>広報誌に生活の様子や行事（おやつ作り、カラオケ、生花等）の写真を掲載し、利用者の状況を家族に知らせている。なお、新任研修プログラムに、コミュニケーションに関して様々な言葉遣いのチェック等が組み込まれ、研修終了後に再チェックする形をとっている。 |   |
|                 | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。                                                                                                                      |   |

| A-1-(2) 権利擁護 |                                                                                                                           |   |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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 |
| コメント         | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                    |   |
|              | 改善できる点／改善方法：<br>職員からの虐待に関する内容をまとめた文書を施設内に掲示し、利用者に周知しているが、利用者の視界に入りにくい高い位置に掲示され、また、文章のみで記載されているため、利用者がわかりやすいような表現の工夫が望まれる。 |   |

### A-2 環境の整備

| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮 |                                                                                                                                                                                                            |   |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A⑥                  | ①（特養・通所・養護・軽費のみ）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。                                                                                                                                                            | a |
| コメント                | 良い点／工夫されている点：<br>居室内の利用者のベッドの間に衝立を設置するなど、プライバシーに配慮し安心して生活できる環境を心がけている。利用者のこれまでの生活習慣に配慮し、化粧が習慣となっていた方には化粧を、また、子どもの世話が生きがいであった方には人形を用意するなど、利用者が安心して自分らしく生活できるよう配慮している。なお、施設内の福祉用具の点検を週1回実施し、事故が発生しないよう努めている。 |   |
|                     | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。                                                                                                                                                                                      |   |

### A-3 生活支援

| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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 |
| A⑧                   | ② 排泄つ支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。                                                                                                                                                                                                                                        | b |
| 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 |
| コメント                 | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                                                                                                                                                              |   |
|                      | 改善できる点／改善方法：<br>入浴の可否について明確な判断基準がなく、利用者の顔色等を見て判断をするケースが多いため、入浴可否の判断基準やルールを明文化することが望まれる。排泄支援について様々な工夫がみられるが、その対応過程に関する記録やその評価に関する記録がなく、その記録が望まれる。入所時に作業療法士がアセスメントを行い、介助の方法等について介護職にアドバイスしているが、口頭での伝達にとどまっているため、介助方法等について利用者の心身の状況に合わせた検討と見直しが適切に行えるよう、その内容の記録化が望まれる。 |   |

| A-3-(2) 食生活 |                                                                                                                                                                                      |   |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A⑩          | ① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。                                                                                                                                                              | a |
| 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。                                                                                                                                                      | b |
| A⑫          | ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。                                                                                                                                                              | a |
| コメント        | 良い点／工夫されている点：<br>定期的に嗜好調査を実施し、週1回、食事メニューの選択を可能としている。また、利用者の心身の状況や嚥下能力を考慮した食事形態による提供を行うとともに、可能な限り自力摂取できるよう使用する食器やスプーン等を工夫している。月2回、歯科医師、歯科衛生士が口腔内の状態確認し、利用者一人ひとりの口腔ケアの注意点に関する指導を受けている。 |   |
|             | 改善できる点／改善方法：<br>誤嚥・窒息などの食事中の事故発生時の対応方法について明文化したものがないため、事故発生時の対応方法に関する手順書等の作成が望まれる。                                                                                                   |   |

| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア |                                                                                                     |   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A⑬                | ① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。                                                                                 | a |
| コメント              | 良い点／工夫されている点：<br>褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡が生じた場合には褥瘡ケアプランを作成し今後の対応について検討している。また、看護師や栄養士等と連携し褥瘡予防対策に取り組んでいる。 |   |
|                   | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。                                                                               |   |

|                           |                                                                                                                                |   |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A-3-（４） 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 |                                                                                                                                |   |
| 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 |
| コメント                      | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                         |   |
|                           | 改善できる点／改善方法：<br>介護職員が喀痰吸引に関する研修を受講した際は、喀痰吸引の実施にあたり看護師によるチェックが行われているが、それ以降は職員への個別指導等を行っていないため、今後、定期的な職員への個別指導の実施に向けた体制づくりが望まれる。 |   |

|                   |                                                                                                                           |   |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A-3-（５） 機能訓練、介護予防 |                                                                                                                           |   |
| 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。                                                                                         | a |
| コメント              | 良い点／工夫されている点：<br>週２回「ウォーキングタイム」を設け、利用者一人ひとりに合わせた歩行訓練を行うなど、日常生活の中でリハビリを行えるよう工夫している。また、作業療法士と連携を図りながら利用者の生活機能の向上について検討している。 |   |
|                   | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。                                                                                                     |   |

|               |                                                                                                                                                                       |   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A-3-（６） 認知症ケア |                                                                                                                                                                       |   |
| A⑯            | ① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。                                                                                                                                                | b |
| コメント          | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                                                                |   |
|               | 改善できる点／改善方法：<br>利用者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し、安心して生活できる環境づくりや関わり方を工夫したり、認知症ケア会議では詳細なアセスメントを行っているが、今後の支援に向け検討した内容の記録や支援内容に関する記録が不十分なため、提供したケアの根拠とその効果も含めた記録の充実が望まれる。 |   |

|                |                                         |   |
|----------------|-----------------------------------------|---|
| A-3-（７） 急変時の対応 |                                         |   |
| 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。 | a |
| コメント           | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                  |   |
|                | 改善できる点／改善方法：<br>特になし。                   |   |

|                |                                                                                                                                  |   |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A-3-（８） 終末期の対応 |                                                                                                                                  |   |
| A⑱             | ① （特養・訪問・養護・軽費のみ）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 |
| コメント           | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                           |   |
|                | 改善できる点／改善方法：<br>利用者の体調に変化があった場合は医療機関に入院するため現在は看取りを行っていないが、今後、住み慣れた施設で最期を迎えたいと希望する利用者があれば、利用者の状況に応じてできる限り施設での看取りケアが行える体制づくりが望まれる。 |   |

## A-4 家族等との連携

|                 |                                                                                                                                     |   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A-4-（１） 家族等との連携 |                                                                                                                                     |   |
| A⑲              | ① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。                                                                                                          | b |
| コメント            | 良い点／工夫されている点：<br>特になし。                                                                                                              |   |
|                 | 改善できる点／改善方法：<br>ケア会議等を活用し、家族へのサービス内容の説明や要望を聞く機会を設けているが、家族との相談を定期的には行っていないため、家族の要望や悩みの把握を通じた家族支援の観点から、施設行事等の場面を利用した相談の機会を設けることが望まれる。 |   |