

第三者評価基準 (様式2)

【 共通版 】高齢者福祉サービス用 R2年3月31日改定

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念や施設の基本方針は掲示板等に掲載され、広報誌やパンフレット、ホームページにも記載されています。 ・職員の名刺やネームの裏には基本理念が記載されており、職員が理念の唱和をする際に活用できるように工夫されています。また、年度当初の職員会議で理念や基本方針を説明しているだけでなく、輪読用のカードを作成し、毎月の職員会議で輪読を行うことで職員への周知を図っています。 ・利用者や家族には、家族会や利用者集会の際に理念や基本方針を説明しています。今年度はコロナ対策で家族会が開催できなかったため、資料を家族へ配布するなどして理念や基本方針の周知を図る工夫を行っています。 		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・職員会議で総務課より収支報告がなされだけでなく、四半期に一度開催される経営推進会議の内容も園長から職員会議で説明されています。 ・園長は、鹿児島市高齢者福祉計画の読み込みを行うだけでなく、運営会議や経営推進会議に参加し、高齢者福祉事業全体の動向把握や分析を行っています。 		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・年度末に事業所内で単年度事業計画の総括を行い、その過程において改善すべき課題等を検討しています。その結果は役員間で共有されるだけでなく、年度初めの職員会議で報告され、職員にも周知されています。 		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。	a・ b ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・「鹿児島県社会福祉事業団経営計画」が作成され、法人や事業所が理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にする取り組みが行われています。経営課題は具体的な内容になっており、計画の進捗状況を評価できるように工夫されています。 ・課題等については、計画作成会議でシートを活用し四半期ごとに検討を行っています。その過程において出された課題は、施設別計画作成会議等で話し合われています。 		
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。	a ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・「鹿児島県社会福祉事業団経営計画」に沿った、単年度計画が作成されています。経営状況は目標や成果が定量化され、進捗状況が把握しやすいように工夫されています。また、単年度事業計画の評価を行った際に、中・長期計画に変更が生じた場合は掲示や施設独自のオンライン研修システムにアップロードして周知しています。 		
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。	a ・b・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の実施状況は、施設別経営推進会議等で把握され、分析評価が行われています。その結果を踏まえ、2月に次年度の単年度計画案が作成されています。事業計画案は職員会議で説明され、確定した事業計画は4月の臨時職員会議で配布されると共に、改めて説明されています。 ・事業計画に変更が生じた場合は、掲示や施設独自のオンライン研修システムにアップロードして周知しています。オンライン研修システムで参加する職員もコメント欄に必ずコメントを残すようにルールを作り、意見を出しやすいように工夫されています。 		
7	③ 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・ b ・c
評価概要 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者には、朝礼の際に事業計画が説明されています。家族には家族会等で説明が行われています。今年度はコロナ対策で家族会が開催できなかったため、家族へは資料を郵送しています。 ・利用者、家族ともに資料の配布が行われていますが、要約版を作成するなど、利用者や家族に分かりやすい資料を作成する工夫が求められます。 		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービス評価規定が定められ、毎年11月に職員の自己評価、利用者評価が実施されます。職員の自己評価は副園長、利用者評価は支援員が取りまとめ、結果は職員会議で公表されています。 		
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 評価結果についての研修が実施され、その中で支援介護業務の標準化が出来ていないという結果を受け、新人職員向けの動画マニュアルの作成や支援マニュアル等の整備が行われています。また、マニュアルの整備は事業計画に掲載され、計画的に見直しが行われるように工夫されています。 		

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 園長は、年度当初の職員会議で施設の経営、管理に関する方針と取り組みや職務分掌を説明するとともに所信表明を行っています。 職務分掌表は、全職員に配布され周知が図られています。また、園長は、自らの役割と責任、経営管理に関する方針と取り組みについて広報誌で所信表明しています。 		
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 園長は本部研修や老人福祉施設協議会主催の施設長研修にオンラインで参加し、遵守すべき法令等に関して幅広く理解するように努めています。 研修受講後に伝達研修をするだけでなく、パワーハラスメントや虐待防止、身体拘束防止の施設内研修の講師を務めるなど、遵守すべき法令等の周知に積極的に取り組んでいます。 		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		

12	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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・園長は、居室の配置ルールについて検討するため、入所者のコールの時間や内容についてケース記録をもとに分析し、福祉サービスの質の向上に向けて組織として取組む体制を構築することに積極的に参画しています。 		
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。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・業績評価と能力評価から構成される人事評価制度を導入し、園長が個別に面談を行っています。業績評価については、結果を個別に開示することで、質の向上に寄与しています。将来的には能力評価も開示していく予定です。 ・園長は、自らが作成した経営分析を基に全体研修を行ったり、シフト表を作成するなど、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内で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ます。 		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	㉠・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・必要な福祉人材や人員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されています。採用計画は法人全体で作成されているので、組織査定の際に本部に要望を伝えています。OJTの仕組みも整備されています。 ・契約職員も初任者研修を修了することができるように、シフトの配慮や補助を出しています。また、新入職員用に作成した動画を改編し、採用活動に活用できるように工夫されています。 		
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉠・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島県社会福祉事業団職員倫理綱領が策定され、職員のあるべき姿が明示されています。毎年度初めに、事務分掌表や能力評価表の評価基準を全職員に配布しています。 ・業績評価と能力評価から構成される人事評価制度が策定されています。将来的には人事考課に反映していく予定です。 		
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。	a・㉠・c

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・衛生推進者を配置し、事務所に相談窓口を掲示するなど、労務管理に関する責任体制は明確にされています。年次有給休暇を一律付与に変更し、シート化することで年次有給休暇の取得率などを把握しやすいように工夫され、シフト作成時に声かけを行うなどの配慮がなされています。 ・アニバーサリー休暇や家族応援休暇、ボランティア休暇等の特別休暇も整備され、土曜日はノー残業デーにするなどの配慮もなされています。 		
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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・目標管理シートがありますが、職務分掌を基にした業績評価になっています。職務分掌には職能レベルが設定されていないので、職種ごとの職能レベルに応じた目標設定が出来るような工夫が求められます。 ・鹿児島県社会福祉事業団職員倫理綱領が策定され、期待される職員像が明確にされています。 ・年度初めの全体会議で期待される職員像について説明されています。また、支援責任者会議で、職員像を唱和することが計画されています。 		
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・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島県社会福祉事業団職員倫理綱領が策定され、期待される職員像が明確にされています。年間の研修計画が作成されており、目標管理シートや職員研修記録簿を活用して教育・研修が計画的に実施されています。 ・計画の評価と見直しは副園長を中心に定期的に行われ、感染症対策やBCP等の必須の研修が適宜計画に取り入れられています。 		
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 ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・職員ごとに職員研修記録簿を作成し、受講した研修を把握しやすいように配慮されています。また、記録簿は自己研鑽のための研修も記載できるように工夫されています。新任介護支援員研修プログラムや契約職員への研修プログラムが作成され、OJTも適切に行われています。 ・外部研修の情報は、個人のレターボックスに入れています。また、勤務体制を工夫し、研修参加を出張扱いにするなど、研修などに参加しやすいように配慮されています。 		
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・ b ・c
評価概要		

・実習生要領が整備されており、実習生にはオリエンテーションを実施するなど、積極的な受け入れが行われています。意見交換会に参加するなどして、養成校との連携を図る工夫をしています。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページを活用して法人、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ます。ホームページの活用だけでなく、「寿光園だより」やパンフレットをボランティア講師や寄贈を頂いた方、行政機関や医療機関等に配布しています。 		
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任は、経理規定、職務分掌等によって明確にされ、年1回全職員へ職務分掌表を配布することで周知しています。 ・年1回、法人本部より内部経理監査が実施され、2年に1回外部経理監査が実施されています。今年度より業務事務指導監査に法令遵守監査が追加されています。監査時の指摘は全職員に回覧、検討され改善も行われています。 		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に地域との関わり方について明文化されており、「慈眼寺地区一人暮らし高齢者生活困りごと相談事業」が実施されています。 ・行政のケースワーカーや民生委員からなる地域会議を定期的で開催し、地域ニーズを掘り起こす努力がなされています。 		
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。	a・㉠・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化しています。サマーボランティア体験の受け入れを積極的に行い、学校教育への協力を行っています。 ・ボランティアへの研修は行っていませんが、受け入れの際にはオリエンテーションを行い、口頭で説明を行っています。オリエンテーションの際に資料を配布するなどの工夫が求められます。 		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者個々のリストはありませんが、当該地域の関係機関・団体等の社会資源の一覧が作成され、事務室に掲示されています。また、社会資源の情報は生活相談員会議で共有化されています。 ・鹿児島市老人福祉協議会に職員を派遣するだけでなく、地域の医療機関が主催する地域ネットワークにも参加することで、関係機関との連携を図っています。 		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・10月に地域会議の中で福祉ニーズについてのアンケート調査を実施しています。 ・施設の作業所を活用して、年4回健康・生活講座を開催し、健康に関する啓もう活動を行うだけでなく、課題の掘り起こしや地域にニーズの把握ができるように工夫されています。 		
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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「健康・生活講座」で園長だけでなく施設の栄養士が講師を務めるなど、施設の持つ資源を地域に還元するだけでなく、市の出前講座を活用することで情報の地域への還元を行っています。 ・災害時の手助けについて、地域会議の中で施設から地域にできることなどを地域の住民代表と話し合っています。 		

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

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
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・b・c

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人の基本理念、職員倫理綱領、施設の理念、基本方針に利用者尊重の姿勢が明記されています。職場内研修で虐待防止研修を開催したり、法人全体研修で人権研修に職員を派遣したりしています。 虐待対応や身体拘束廃止についての研修を動画化して全職員が視聴できるようにし、職員への周知に努めています。また、年1回職員の自己評価や利用者へのアンケートを実施し、サービス提供の状況の把握・評価等を行っています。評価を行う中でNGワード集が作成され、事務所や宿直室、詰所等に掲示されています。 		
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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 倫理綱領や支援介護業務マニュアルにプライバシー保護や人権擁護について明記されており、毎月の職員会議で倫理綱領の輪読を行い、職員への周知を図っています。 公衆電話がある所や居室には、パーテーションや仕切りのカーテンが設置され、プライバシーに配慮した環境作りが行われています。利用者や家族には入所時のしおりを活用し、プライバシー保護に関する取組を周知しています。 		
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	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・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 医療機関、行政機関の窓口にパンフレットを置いており、その他にホームページも開設しています。パンフレットやホームページは、写真やイラストなどを用い、誰にでも分かりやすいように配慮されています。 入所希望者には原則、見学をして頂いています。見学時に入所のしおりの活用して丁寧な説明がなされています。 		
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 ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 入所の際は、入所のしおりを活用して説明が行われています。センサーマットや福祉用具レンタルの要望があった場合は、ケアマネジャーや家族に連絡をとるようにしています。 		
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。	a ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 退所マニュアルが整備され、退所時に基本情報、診療情報提供書等を移行先の事業所に提供しています。 退所時には、利用者や家族に対していつでも相談ができることを口頭で伝えています。アフターケアの記録も整備されています。 		

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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・年1回、嗜好調査と利用者評価を実施しています。利用者集会在月1回開催され、入居者の意見要望を聞き取る工夫がなされています。 ・接遇改善活動が行われており、浴場の前に投票箱が置かれています。毎月集計され、その結果は掲示されるだけでなく、接遇研修にも活用されています。 		
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	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・㉒・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員会が設置され、苦情対応規程に則った苦情解決の体制が整備されています。苦情解決の仕組みについては、施設内の複数カ所に掲示されています。 ・苦情は内容によって分類され、記録は保管されています。検討結果については、ホームページ等でも公表されています。無記名の場合は掲示していますが、口頭での苦情相談は本人に直接伝えるように配慮しています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・入所時に入所のしおりを活用して苦情解決システムの説明を行うだけでなく、施設内に相談窓口の掲示、意見箱を1カ所設置するなど、利用者が意見を述べやすい環境を整えています。また、環境を整えるだけでなく、日常生活相談業務マニュアルを整備し、毎月1回利用者ごとに定期相談日を設定するなどの配慮がなされています。 		
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。	㉑・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・意見箱は「相談・苦情対応マニュアル」に沿って、主任相談員が月に1回確認しています。意見箱に入っていた意見を検討する中で、NGワード集が作られるなど、サービスの質の向上が図られています。 ・相談を受けて、回答に時間がかかりそうな時は、その日のうちに時間がかかることを伝えるようにしています。 		
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	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。	㉑・b・c
評価概要		

<p>・主任生活相談員をリスクマネージャーに任命し、事故防止対策委員会を設置して体制を整えています。年1回ヒヤリハットの内容を分類し、前年と比較したものを出しています。これらの情報を職員会議等で報告し、職員間での情報共有がなされているだけでなく、通院・入退院の注意事項の改正にもつながっています。</p>		
38	<p>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。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p>		
<p>・感染症対策マニュアルも整備されています。また、コロナ対策BCPも整備され、ゾーニングも実施されています。感染症対策委員会が設置され、職員会議で感染症対策の研修だけでなく、感染症対策に関する訓練も年2回実施しています。</p>		
39	<p>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。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p>		
<p>・防災規程や災害用BCPが整備され、火災や台風等の災害を想定した対応体制作りが行われています。自治会長等が連絡網に組み込まれ、地域との連携体制が整備されています。また、安否確認の方法もマニュアルで定められ、職員に周知されています。</p> <p>・食料や備品も3日分備蓄され、備蓄リストで管理されています。年1回防災食のメニューについての研修が実施されており、実際にメニューを作っています。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
40	<p>① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。</p>	a・b・c
<p>評価概要</p>		
<p>・標準的な実施方法は、写真により視覚的に要点を理解できるような文書マニュアルや動画マニュアルが準備されています。また、文書マニュアルには、ルビが添えられており、外国人技能実習生をいつでも受け入れることができるように配慮されています。しかし、日常的に行われている同性介護やプライバシー保護についての記載が一部で見られませんでした。外国人技能実習生の受け入れも想定したマニュアル整備を進めているため、日常的に行われていることについても記載されることを期待します。</p> <p>・文書マニュアルは職員一人ひとりが所持し、支援方法について確認できる状況があります。また、動画マニュアルは、クラウド上に保存され、職員がいつでも確認できる状況にあります。</p> <p>・提供されているサービスについては、介護プロフェッショナルのキャリア段位制度の評価基準を用いて、支援介護員ごとに評価しています。しかし、マニュアルは施設独自の留意点もあるため、マニュアルに基づく実施方法を確認できる仕組みも求められます。</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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 標準的な実施方法の見直しについては、経営計画で定めて取り組んでいます。また、事務分掌で担当する職員を定めることにより、担当する職員は目標管理シートに具体的な見直し計画を立てて取り組んでいます。 マニュアルは、令和2年度に全て刷新、再編されたため、検証と改善が随時行われています。今後は、マニュアルが定着した後に見直しについての手順をより具体的に定め、組織として取り組まれることを期待します。 		
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	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 自立支援計画書（兼介護予防）特定施設サービス計画作成マニュアルや作成のためのフローチャートで、アセスメントから原案作成、サービス担当者会議の開催などについて、手順や実施の視点が明示されています。 作成された自立支援計画については、サービス担当者会議で入所者や家族、支援にかかわる職員の参加にて検討され、入所者の同意を得て、支援されています。ただし、新型コロナウイルス感染予防による面会制限中のため家族の参加はできず、窓越し面会や電話にて家族の意向を確認することで計画へ反映するように努めています。 		
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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 自立支援計画の評価は、養護老人ホームは6ヶ月、特定入所施設は3ヶ月ごとに行われています。また、入所者の状態に変化がみられた場合には、自立支援計画作成のためのフローチャートに沿って見直されています。 見直し、変更された内容は、連絡会記録簿で全職員が確認するとともに、支援状況にも反映、記録されています。 		
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	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 入所者の心身の健康状態や支援の記録は、「福祉物語」に記録することで複数の必要な記録へ反映することができています。また、毎月支援状況が印刷され、記録の内容等についても管理者に確認されています。 記録は、表題を付けて書くことで要件、内容が簡単に見つけられるようにルール化されています。また、記録者で書き方に差が生じるため、記録項目についてもテンプレートの活用について 		

<p>て検討している段階にあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月のセクション会議で入所者の状態を班ごとで確認し、他班と共有が必要と思われる情報については、支援介護責任者会議で報告し、その内容は参加者を通して他班へも伝達されています。また、内容によっては、職員ごとに準備されたレターケースに書類を入れることで全職員へ確実に情報が届くように取り組まれています。 		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の記録や個人情報については、個人情報管理規程にて管理者を園長とし、必要とされる情報に対して文書管理表で管理責任者や保存期間を定め、記録や情報が適切に管理されるように努めています。 ・入所者の情報が不適切に取り扱われないように、入職時に個人情報に関する誓約書に署名し、職場内研修でも確認しています。 ・利用者や家族に対しては、利用開始時に個人情報の使用に係る同意書で使用する個人情報について説明し、同意を得ています。 		

第三者評価基準 (様式2)
【 高齢者福祉サービス版 】 R2年3月31日改定

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
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。	a・b・c
評価概要		
非該当		
A2	② 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。	a・b・c
評価概要		
非該当		
A3	③ 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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活相談については、日常生活相談業務マニュアルに従い、担当支援介護員と精神保健福祉士の資格を有する支援員が毎月面談して確認しています。 ・余暇活動には、利用者が選択して参加できるように太極拳や書道、生け花など多くのクラブ活動が準備されています。また、外部講師を招いて多くのクラブ活動を開講していましたが、新型コロナウイルス感染予防対策により、職員が講師となり施設内でできる範囲での活動を継続しています。 ・余暇活動に参加されない利用者については、気が向いた時に壁画制作に参加してもらうことで、協働で取り組む機会を提供しています。 ・介護が必要になった利用者へは、介護保険申請を支援し、認定後は特定入所者施設としてサービス提供を行い、生活が可能な限り継続できるように支援しています。 		
A4	④ 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・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者とは、日々の会話やクラブ活動、年4回の「寿光園カフェ」などを通して時間を共有することでコミュニケーションを図っています。 ・利用者の思いや希望、相談を把握する機会として日常生活相談の時間が設けられ、利用者の思いを聞き取っています。 		

<p>・職員の接遇や支援については、利用者がカードを使って職種ごとに評価した内容を投票する接遇投票システムがあります。投票された結果は、毎月集計されて掲示板にて公表されています。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
A 5	<p>① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p>	<p>Ⓐ・—・c</p>
<p>評価概要</p>		
<p>・利用者の権利擁護については、高齢者虐待対応マニュアルが整備され、身体拘束適正化委員会や虐待防止委員会により、利用者へ不適切な対応が生じないように職場内研修を実施しています。</p> <p>・権利擁護については、入所時に利用者、家族へ入所者のしおりで説明していますが、その後は説明する機会が乏しく、周知できている状況とはいえません。今後は、利用者、家族へ権利擁護についての取り組みを説明し、周知された状態になることを期待します。</p>		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
<p>A-2-(1) 利用者の快適性への配慮</p>		
A 6	<p>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。</p>	<p>Ⓐ・b・c</p>
<p>評価概要</p>		
<p>・利用者がくつろいで過ごせるように憩いの場所が設置され、お茶やテレビを見ながら談話できる空間があります。</p> <p>・ロビーには図書が準備され、利用者が自由に読むことができます。また、利用者が集まり談話を楽しむ場所としても活用されています。</p> <p>・居室は二人部屋です。個人の時間が過ごせるように、カーテンで空間を分けることができるように配慮されています。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
<p>A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援</p>		
A 7	<p>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。</p>	<p>Ⓐ・b・c</p>
<p>評価概要</p>		
<p>・入浴については、利用者の心身の状態に応じて支援すべき内容を特定施設サービス計画書に記載し、一人ひとりにあった支援を提供しています。</p> <p>・入浴については、看護職員が午前、午後に健康状態を確認したうえで判断しています。</p> <p>・入浴が困難な場合は、清拭で対応したり入浴日を変更したりして対応しています。</p>		

A 8	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。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・排泄については、トレイで排泄できるように、不安のある利用者へは排泄リズムに合わせて声掛けや誘導を行い、利用者の心身の状態に応じた支援を特定施設サービス計画書に記載しています。 ・排泄状況については、看護職員が毎日確認し、排泄介助する職員の観察などから、排泄状況に応じて自然な排泄となるように管理されています。 ・排泄については、利用者に配慮した支援ができるように排泄介助マニュアルが作成され、支援方法の解釈に差が生じないように写真を中心にした説明がなされています。 		
A 9	③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・移動については、利用者の心身の状況をアセスメントし、移動状況にあった杖や歩行器、シルバーカーなどを適切に利用できるような、特定施設サービス計画書で支援方法を記載し支援しています。 ・移動する機会が限定されるため、食堂まで移動する食事やおやつの機会以外に、クラブ活動を食堂で行うことで移動の機会を作り、歩行力が維持できるように配慮されています。 		
A-3-(2) 食生活		
A 10	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の嗜好を把握するために9月に調査を実施し、得られた情報を献立やイベントやセレクトメニューとして反映し提供しています。 ・食事は、食堂中央に配置されたテーブルから利用者が食事をお盆に乗せて、自分で席まで運ぶセルフ方式を採用しているため、皿に盛られた副菜を見て選ぶことを楽しみながら食事しています。また、歩行に補助が必要な利用者には台車が準備され、可能な限り自分で食事を運ぶことができるように配慮されています。 ・衛生管理については、大量調理施設衛生管理マニュアルに従い適切に管理されています。 		
A 11	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、食事サービス委員会で食事の摂食状況について、給食委託業社も一緒に確認され、利用者に合った食事形態や量が提供されるように検討されています。 ・安全な食事ができるために、食事部門リスクマネジメントマニュアルで緊急時の対応方法を明示し、予期せぬ事態が生じた時に対応できる体制があります。 		
A 12	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・c

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が口腔機能を自発的に維持できるように、食後は洗面台で歯磨きや義歯洗浄を行うように誘導されています。また、自らケアを行うことが困難な利用者へは、職員が支援しています。 ・新型コロナウイルス感染予防対策で食事が2班の入れ替え制になり、利用者が同時に食事する機会が減少したため、おやつ時間に口腔体操をしてから、おやつを食べるように配慮されています。 ・口腔内に異常が認められた利用者は、歯科医に来園してもらい、治療やケアへ指導を受けています。 ・口腔ケアに対する研修は実施されています。今後は、歯科医や歯科衛生士などの来園もあるため、専門職による研修や技術研鑽に取り組むことに期待します。 		
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・b・c
評価概要		
非該当		
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。	a・b・c
評価概要		
非該当		
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・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・余暇活動として、体操や書道、壁画制作などのクラブ活動が提供され、利用者が選択して参加することができます。 ・利用者の日常生活動作の維持のために、生活訓練計画を立て、訓練を提供しています。しかし、直接訓練を受ける機会が月1、2回と限られていることから、日常的に取り組むことができる自主訓練メニューの提案などが望まれます。 ・転倒の危険性がある利用者に対しては、センサーマットや眠りSCANなどの介護ロボットを活用することで転倒予防に努めています。 		
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。	a・ b ・c

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・入所前に利用者の生活環境や生活歴を把握するために、自宅を訪問して生活状況をアセスメントして自立支援計画やサービス内容が作成されています。 ・認知症の利用者に対して、思考訓練を提供したり、廊下に昭和時代の写真掲示ゾーンを設けることで回想に働きかけるなど、進行予防に対する取り組みを行っています。また、2人部屋であるため同室者との関係性が保てない状況が生じる場合には、部屋を替え、両者の心身の健康が維持できるように努めています。 ・利用者の通院時に看護職員が同行することで、主治医と情報連携を取りながら助言を受け支援しています。 		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康管理は、看護職員が午前と午後にバイタルサインなどの健康確認をしています。 ・支援介護員が利用者の体調に変化を感じた場合、看護職員に報告し、状況に応じて主治医と連絡を取り、病院受診の支援を行っています。 ・利用者の体調変化などは、連絡会議で伝達することで職員への情報共有、対応が行われています。 ・高齢者の疾病や服薬、感染症などについて、看護職員が中心になり職場内研修を実施しています。 		
A-3-(8) 終末期の対応		
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。	a・b・Ⓒ
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・終末期に対しては、職員体制、主治医との連携、訪問診療の実情から対応されていません。終末期の利用者へは、施設の状況を説明し医療機関への入院を提案しています。 ・終末期に対する施設の方針は理解しました。そのうえで、終末期の利用者に対して説明する手順の整備を期待します。 		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
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・c
評価概要		

- ・家族への利用者の生活状況については、3ヶ月ごとのモニタリングやサービス担当者会議に出席してもらい報告していましたが、新型コロナウイルス感染予防のため、電話や文書になっています。そのため、窓越し面会やオンライン面会される家族へは、職員が直接、生活状況を伝えるように努めています。
- ・新型コロナウイルス感染予防で面会が制限されているため、家族と疎遠にならないように「寿光園だより」の発行回数を増やしたり、写真を多用するように内容を変更したりして対応しています。

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
評価概要		
非該当		