

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） |
| 評価調査者研修番号 | 第5-18号、第5-13号、第14-17号 |

【基本情報】

①施設・事業所情報

| | |
|----------------------------|---|
| 名称：第一光が丘ハウス | 種別：養護老人ホーム |
| 代表者氏名：施設長 堀 浩二 | 定員（利用人数）：50名 |
| 所在地：福井県丹生郡越前町朝日22-7-1 | |
| TEL：0778-34-1220 | ホームページ： http://www.kodoen.or.jp |
| 〔施設・事業所の概要〕 | |
| 開設年月日：昭和48年4月1日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 光道園 | |
| 職員数 | 常勤職員： 15名 非常勤職員： 8名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 名 |
| | 看護職員 1名 |
| | 栄養士 1名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） 52 （設備等） エレベーター2基 座浴装置3台 SP装置 火災報知設備 防犯カメラ 理髪室 |

②理念・基本方針

| |
|--|
| <p>1) 養護老人ホーム、外部サービス利用型特定事業所利用者に対して、他職種連携・連動による、食事・医療・介護・リハビリ・自立支援・活動支援等へのサービスを提供して、健全で意欲と活力のある生活を送れるように支援する。</p> <p>2) 利用者の人権擁護、プライバシー保護、個別ニーズに沿った生活の保障に努める。</p> <p>3) 施設を終の棲家と考えるのではなく、本人、家族等の意向を尊重した支援を図り、社会参加を積極的に進める。</p> <p>4) 疾病の早期発見及び衛生指導を図り、健やかな生活を送れるための健康管理に努める。</p> |
|--|

③施設・事業所の特徴的な取組

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 個々に対して自立支援や活動支援を提供して、その人らしいライフスタイルを実現する。 ・ 地域でのウォークラリーに参加するなど地域交流を通して楽しみのある自立支援を提供する。 ・ 日常的な余暇活動、娯楽等への支援を充実させる。（図書館外出やゲートボールクラブ） |
|--|

④第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|-------------------|
| 評価実施期間 | 令和元年7月1日（契約日）～ |
| | 令和2年2月1日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | なし |

⑤総評

| |
|---|
| <p>【特に評価の高い点】</p> <p>（組織の運営管理）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 短期入所独自ベットを2床設置し、地域の制度外ニーズへの対応体制を整えている。高齢・障害含めた総合相談「といととい」を設け各種相談を受付している。地域貢献活動委員会が中心になって、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動（生活困窮者支援）を行っている。 <p>（適切な福祉サービスの実施）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設長を責任者とする事故予防対策委員会を組織し、対応手順がフローチャートで示され、必要な場所に見やすく掲示されている。ヒヤリハットや事故報告書を作成し、委員会で対策が立てられ職員に回覧・確認されている。感染症対策も、マニュアルに従いインフルエンザの発生時には、的確な対応と、ほぼ連日委員会を開催し職員への情報提供が行われている。 <p>（生活支援）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一利用者が子どもの住んでいるT市での生活を希望したことから、子どもとの連絡やT市の行政に地域生活移行について何度も働きかけをしている。当座の生活について職員が米や衣類などを送ったり再々電話や手紙を書いたりして、地域で孤立しないよう施設全体で支援を行っている。職員全体を対象に、身体拘束適正化知識確認テストを予告なく実施し、その結果から各自が利用者に対する姿勢態度や言葉づかいなどについて振り返りを促している。 |
|---|

【改善を求められる点】

(福祉サービスの基本方針と組織)

・中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されていない。しかし、中・長期計画（案）作りのため、SWOT分析シート、経営戦力作成シートを作成した。2019年8月末で各事業所単位でその内容をまとめる作業に入っている。令和元年度社会福祉法人光道園基本方針「組織及び財政基盤の確立と強化」(1) 法人及び施設経営へのガバナンス強化に、＜各施設・各事業所とも5年間の中長期目標を策定（事業計画・収支状況等）＞をホームページに掲載している。

(適切な福祉サービスの実施)

・掲示物には法人全体の相談窓口がすべて記入してあるので、第一光が丘ハウスの利用者にとっては、自分がそこに言っていけばよいのか、その責任者が誰なのかわかりにくい。また、静かな相談室もあるが、その用途がドア等の利用者の目につくところではなく、相談しやすい環境が十分とは言えないので、さらなる工夫が望まれる。

相談内容や意見もその後の対応については、ケース記録に詳細に記載されているものの、相談・意見としてまとめてあるわけではない。組織として大変丁寧に取り組み対応しているにも関わらず、ケース記録を探さなければ対応が出なかった。相談、意見の蓄積として、今後生かしていくためにはさらなる工夫が求められる。

(生活支援)

・利用者の心身の状況に変化があった時は、カンファレンスで検討された内容や介助法などにより、利用者へ介護サービスが提供されている。実施計画書においても早急に介護サービス内容等を変更して、常に利用者の心身の状況に応じた介護サービスを提供していくことが望まれる。

⑥第三者評価結果に対する事業所のコメント

今回初めての第三者評価の受審ということで根拠資料としてどのようなものが適しているのか手探りでの準備であった為、当日に適切な資料をお聞きしながら慌てて探すことになってしまったが、評価結果を真摯に受け止めた。また、ご家族・ご利用者へのアンケート結果では、本音の意見や感謝のお言葉を頂戴し良い機会であったと感じた。第三者評価は、利用者の方が理解しやすくなり生活がしやすくなる為の機会と捉え、今回c評価を頂いた権利擁護の利用者への周知、状況が変化した利用者の個別支援計画の変更項目を中心に、利用者の方がわかりやすく満足できるサービスを受けられるよう工夫し改善していきたい。

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： 特になし。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 理念や基本方針の周知状況を確認する方法が明確でないため、その具体的な方法を検討することを期待します。 | |

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 | 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 |
| 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 特になし。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 前年利用率比較表はあるが経年比較表など利用者像などを把握する分析がなされておらず、養護老人ホームを取り巻く環境と経営状況を的確に把握、分析した資料が整理されていない。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資料の整理を行うことを期待します。 | |

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 | 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 |
| 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 特になし。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されていないが、計画（案）作りに向けてSWOT分析シート、経営戦力作成シートを作成している。2019年8月末で各事業所単位でその内容をまとめる作業に入っている。また、令和元年度社会福祉法人光道園基本方針の『「組織及び財政基盤の確立と強化」（1）法人及び施設経営へのガバナンス強化に、＜各施設・各事業所とも5年間の中長期目標を策定（事業計画・収支状況等）＞』をホームページに掲載する等組織として計画づくりを目標にかかげており、計画策定に向けて準備を進めていることを確認できた。年度内の策定を期待したい。 | |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 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 |
| 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： 業務ヒアリングを行い、進捗状況や評価見直しを行い、職員の参画や意見の集約・反映のもとで、事業計画が策定、実施されている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 事業計画の主な内容を利用者に周知し、また、事業への利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行うことを期待します。 | |

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 | 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 |
| 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。 | c |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 県内の養護老人ホームとしては初めての第三者評価受審を行った。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 第三者評価事業の取組みとして、施設による自己評価や3年に一度受審する仕組みを意識して、事業所全体で取り組むことを期待します。 | |

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 | 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。 | b |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 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、BCP計画に明確化されている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 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、取組みを行っているが、法令等のリストづくりは出来ていない。法令遵守責任者と協議を重ねて具体的対応への理解を深めることを期待します。 | |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| 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。 | 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 | 良い点/工夫されている点： 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について、倫理研修・虐待防止研修を企画実施し、定期的、継続的に評価・分析を行い、改善目標を定めて事業所全体で取り組んでいる。管理者は、勤怠管理、勤務実績を把握し、「安全推進者職場環境チェックシート」作成し、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。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|--|---|---|
| II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | |
| 14 | ① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | b |
| 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| コメント | 良い点/工夫されている点： フェイスブックを開設し就職希望学生等に情報が速やかに届くように体制を整えている。職員採用行程表を作成し、計画にもとづいた人材の確保に努力している。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にすることが望まれる。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を期待したい。人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められているが、職員へ周知することが望まれる。 | |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| 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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： タブレット（記録用）活用を導入し、業務改善を試行している。職員寮、寄宿舎開設し、遠方からの終了条件を改善する環境を整えている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| 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。 | b |
| 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 | 良い点/工夫されている点： 特になし。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 資格取得補助制度があり、職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っているが、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ない。組織として「期待する職員像」を明確にすることを期待します。 | |

| | | |
|--|--|---|
| 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 | 良い点/工夫されている点： 実習指導者が、実習指導者委員会を開催して受け入れなど関係する事項について協議を行い、実習受け入れを積極的に行っている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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 |
| 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： 事業報告書、ヒヤリハット報告書、求人票（写）、職員の採用・退職状況等について、ホームページに積極的に情報を開示している。2019年度から年2回公認会計士による外部監査を行うこととしている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： はじめての第三者評価事業受審の取組みがなされたが、受審結果内容に基づいて改善対応し、その状況について公表されることを期待します。 | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | ① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a |
| 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 小学生、中学生、高校生、企業など様々な層を対象とした福祉教育への職員派遣、実習受け入れを積極的に行っており、年々実績が増加している。（平成29年度実習受け入れ 50名から、平成30年度実習受け入れ100名になった。） | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|----------------------------|--|---|
| 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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 民生委員協議会の会議へ定期的に参加し、地域包括ケア会議への参加を通じて、地域のニーズ解決に取り組んでいる。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| 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。 | a |
| 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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 短期入所独自ベットを2床設置し、地域の制度外ニーズへの対応体制を整えている。高齢・障害含めての総合相談「といとと」を設け各種相談を受付している。地域貢献活動委員が中心になって、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動（生活困窮者支援）を行っている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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 |
| 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。 | b |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 利用者を尊重した福祉サービス提供について、年度初めに配布説明する業務計画書に基本方針・重点項目を明示し、職員の理解を深めるための配慮をしている。また、虐待・権利擁護等については、研修会を年4回行い全職員が受けることができるようにしている。職員一人ひとりに対して、セルフチェックシートを配布し振り返りを行っている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： プライバシー保護マニュアルは、概論的な表記にとどまり、職員が十分に理解しているとはいえない。ケース記録には、具体的なプライバシー保護を行った詳細な記録があるが、例を挙げて記録を採す依頼をして初めて、記録が出てくる現状である。利用者にとってのプライバシーとは何かをまとめ、職員に研修を行うことが望まれる。介護マニュアルには、利用者の心の動き等具体的な視点が記載されているが、重点を尊厳に置いた基本姿勢を明記することが望まれる。 | |

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | b |
| 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。 | b |
| 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： 特になし。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 入所希望のある方に対して、入所の葉や契約書、重要事項説明書を用いて説明を行っている。しかし、利用者がわかりやすいような工夫や、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化が行われていない。退所や転所の場合を想定し、サービスの継続性を意識した連携を行い、情報提供とサービスの連携性について配慮した文書を作成するなどのルール化が望まれる。 | |

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Ⅲ- 1 - (3) 利用者満足の上向上に努めている。 | | |
| 33 | ① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | b |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 平成30年度より施設長と利用者全員の個別面談を開始した。面談記録には利用者の意向が記載され、満足度調査として集計された後に、職員に無記名の状態でフィードバックされている。個々の希望に対して改善が行われている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 利用者懇談会は、利用者同士の親睦をはかる目的で行われており、利用者満足の見点をもって企画参加をすることが望まれる。把握した結果を分析検討するために、利用者参画のもと検討会議を設置し、積極的な改善策の検討を行わたい。 | |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 苦情解決の体制を法人として構築し、取り組んでいる。掲示物も文字を大きめにしフリガナをつける等の工夫をしている。また、「いつでもどこでも誰にでも相談できる」体制と雰囲気づくりを目指し、職員全員の顔写真と名前を掲示してある。施設長と利用者が面談を行い、相談や意見を積極的に把握する取り組みを行っている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 掲示物には法人全体の相談窓口がすべて記入してあるので、第一光が丘ハウスの利用者にとっては、自分がそこに言っていけばよいのか、その責任者が誰なのかわかりにくい。また、静かな相談室もあるが、その用途がドア等の利用者の目につくところではなく、相談しやすい環境が十分とは言えないので、さらなる工夫が望まれる。相談内容や意見もその後の対応については、ケース記録に詳細に記載されているものの、相談・意見としてまとめてあるわけではない。組織として大変丁寧に取り組んでいるにも関わらず、ケース記録を探さなければ対応が出てこなかった。相談、意見の蓄積として、今後に生かしていくためにはさらなる工夫が求められる。 | |

| | | |
|--|--|---|
| 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している。 | a |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 施設長を責任者とする事故予防対策委員会を組織し、対応手順がフローチャートで示され、必要な場所に見やすく掲示されている。ヒヤリハットや事故報告書を作成し、委員会対策が立てられ職員に閲覧・確認されている。感染症対策も、マニュアルに従いインフルエンザの発生時には、的確な対応と、ほぼ連日委員会を開催し職員への情報提供が行われている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 災害時における利用者の安否確認のために、部屋番号・性別・氏名・顔写真の入ったファイルを作成しているが、利用者の移動の状況や注意点などが記載されていると、当該施設以外の職員や外部の救助者にわかりやすい。また、職員による安否確認の方法が定められていないので、それを決めファイルの表紙に貼付するなどの工夫があるとよい。 | |

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 |
| 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 |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 施設独自の介護マニュアル基礎編と中級編を作成し、職員研修に活用している。 | |
| | 改善できる点／改善方法： マニュアルには、排泄時や入浴時における利用者の尊厳やプライバシー保護、権利擁護について具体的な考え方は丁寧に記載してあるが、明記まで至っていない。また、介護マニュアルの定期的な見直しの方法が組織で定められていない。今後介護マニュアルの見直しを行い、職員や利用者の意見や提案を反映させやすい仕組みを作り、定期的な見直しを行うことが望ましい。 | |

| | | |
|--|---|---|
| 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 |
| 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。 | c |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 細かなアセスメント表を基に、多職種でカンファレンスが行われ個別的なサービス計画が立てられている。その結果は、細かくまとめられて職員の連絡簿に貼付され、関係職員に情報が提供されている。利用者のニーズは細かく把握されて、ケース記録に記載されている。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 緊急的に福祉サービス計画書の変更があった場合、具体的なサービス内容の変更だけでなく、サービス計画書を早急に修正することが望まれる。また、利用者の細かなニーズは把握されているものの、サービス計画書には、抽象的なニーズが記載されているだけで具体的なサービス計画書となっていない。アセスメントからの一連の流れと考え方を改めて整理・把握し、記載すべき内容を再考されたい。 | |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 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 |
| 45 | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | b |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 特になし | |
| | 改善できる点／改善方法： 利用者に合わせてケアが行われていることが、記録から読み取ることができる。しかしながら、介護過程の記録であるという職員間の共通認識が不足しているため、サービス計画に対する記録としての関連性が成立していない。記録の書き方についてマニュアルがあが、具体的な書き方にとどまっている。個人情報保護についても倫理研修の中で、守秘義務として触れられているに過ぎない。養護老人ホームの性格上、生活困難の度合いや家庭内の問題等が複雑なケースが多いことを鑑みて、情報の分別が必要である。今後研修を行い、記録の意義を明確にするとともに、個人情報保護についての意識の醸成が望まれる。 | |

【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。 | - |
| 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。 | a |
| 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： ー利用者が子どもの住んでいるT市での生活を希望したことから、子どもとの連絡やT市の行政に地域生活移行について何度も働きかけをしている。当座の生活について職員が米や衣類などを送ったり再々電話や手紙を書いたりして、地域で孤立しないよう施設全体で支援を行っている。職員全体を対象に、身体拘束適正化知識確認テストを予告なく実施し、その結果から各自が利用者に対する姿勢態度や言葉づかいなどについて振り返りを促している。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 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： 特になし。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 利用者が喫煙を望んでいることから居室での火気を無くすために、廊下や屋外に喫煙所を設けている。利用者本人のみでなく他の利用者にとっても健康に影響を及ぼすことも考えられるので、施設全体を禁煙にすることが望まれる。 | |

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。 | b |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 特になし。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 利用者が喫煙を望んでいることから居室での火気を無くすために、廊下や屋外に喫煙所を設けている。利用者本人のみでなく他の利用者にとっても健康に影響を及ぼすことも考えられるので、施設全体を禁煙にすることが望まれる。 | |

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 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | b |
| 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： 特になし。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 利用者の心身の状況に変化があった時は、カンファレンスで検討された内容や介助法などにより、利用者介護サービスが提供されている。実施計画書においても早急に介護サービス内容等を変更して、常に利用者の心身の状況に応じた介護サービスを提供していくことが望まれる。 | |

| 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。 | a |
| 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： 歯科衛生士は年に2回課内研修として口腔ケアの研修を行っている。利用者にもモデルになってもらい実際に歯の磨き方などを職員に助言・指導している。 | |
| | 改善できる点／改善方法： 特になし。 | |

| 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。 | b |
| コメント | 良い点／工夫されている点： 特になし | |
| | 改善できる点／改善方法： 体の向き等を変えることが困難な利用者の居室には、体位変換、ベッドから車いすへの移乗の仕方などについて写真を貼付し具体的に提示している。褥瘡のある利用者の介護を昨年行っていることから、一部の職員だけでなく全職員を対象に褥瘡発生予防に関する研修を行い、日々の介護予防に取り入れていくことが望まれる。 | |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| 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。 | - |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 該当なし | |
| | 改善できる点/改善方法： 該当なし | |

| | | |
|-------------------|---|---|
| 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。 | b |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 毎朝、連絡会の後利用者に声を掛け、フロアや居室にてリハビリ体操を、午前、午後音楽を掛けながら、棟内の2往復歩行を行っている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 作業療法士等の助言や指導の下、機能訓練、介護予防を日々の活動に取り入れているが、利用者に変化があった時、心身の状況に応じた対応の過程において、検討、評価、見直しの一連の流れを明確にすることが望まれる | |

| | | |
|---------------|--|---|
| 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 |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 看護職員、介護職員はそれぞれに年に1回程度認知症の医療・ケア等に関する外部研修を受講し他の職員への伝達講習を行っている。行動・心理症状(BPSD)がある利用者には、受診にて医師の助言を受け看護師等と連携し、関わり方の工夫等を検討している。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

| | | |
|----------------|---|---|
| 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： 光道園全体で土、日、祝日には看護師2名が日直で、夜間は平日も含め1名が勤務しており、緊急時の対応や医療機関との連絡等が行われている。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 終末期のケアについてはカンファレンスで、対応の仕方や言葉のかけ方等について検討しているが、担当職員等に対して利用者への思いやケアについての意見を聴きながら常に精神的負担にならないように配慮している。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |

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。 | a |
| コメント | 良い点/工夫されている点： 施設の行事、面会時に利用者の家族等から相談事や要望等を聴いているが、年に2回「帰省はがき」を利用者の家族等に送付し、多くの方の思いや考え等を汲み取れるように工夫している。 | |
| | 改善できる点/改善方法： 特になし。 | |