

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6-14号、第6-15号、第5-13号

【基本情報】

①施設・事業所情報

名称： 福井県済生会聖和園	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 齋藤 壽一	定員（利用人数）： 120名
所在地： 〒912-0823 大野市蔵生158字35	
TEL： 0779-66-3307	ホームページ： http://www.saiseikai-seiwaen.jp/
〔施設・事業所の概要〕	
開設年月日 昭和39年2月5日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人恩賜財団 済生会支部福井県済生会	
職員数	常勤職員： 85名 非常勤職員 15名
専門職員	（専門職の名称）介護福祉士50名 社会福祉士1名
	PT1名 介護支援専門員1名
	調理師 4名
施設・設備の概要	（居室数） 特養居室/個室34室・2人部屋11室・4人部屋16室 計61室 120名 ショートステイ居室/ユニット型個室20室 計20室 20人 静養室/5室 （設備等） 多目的ホール/約490㎡ ふれあいホール/約168㎡ 浴室/一般浴槽1 特殊浴槽2 リハビリ浴槽1

②理念・基本方針

理念：	利用者の立場で考える
基本方針：	地域の一員として信頼される施設 変革していく施設 ともに学び活力あふれる施設 尊厳を保持し自立を支援していく施設

③施設・事業所の特徴的な取組

<p>済生会設立理念と使命に基づき生活困窮者への支援のため、社会福祉法人等による利用者負担軽減制度認定者の施設入居を積極的に勧めている。施設の長期目標「地域に根ざしたあたたかみのある施設」を目指し、介護出前教室や介護予防サロンなどへ専門職を派遣し、個別相談に応じるだけでなく教室活動を通じた地域ニーズや個別ニーズの把握を行ない必要なサービスに繋ぐなど、地域貢献活動にも力を入れている。また、園の強みである入居サービスを最大に活かし、根拠に基づいた質の高い介護サービスの提供と、利用者の意思を大切にされた個別ケアを提供するため、職員教育と人材育成に努めている。</p>

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年 11月15日（契約日） ～
	令和元年6月3日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成 25年度、27年度）

⑤総評

<p>【特に評価の高い点】 （福祉サービスの基本方針と組織） 各部署代表者による第三者評価事業委員会にて毎年自己評価を行い、分析・検討がなされ、その結果に基づき様々な改善に取り組んでいる。また、前回受審の結果を受けて改善に取り組んだ事は、今回の受審で改善されており評価できる。</p> <p>（適切な福祉サービスの実施） 年1回は利用者満足度調査を実施するとともに、家族会・利用者懇談会においても満足度の把握に努めている。また、利用者参画のもとに検討会を行い、利用者からの要望をもとに改善を行っている。</p> <p>（生活支援の基本と権利擁護） 利用者の体の状態や生活パターンに合わせて、1日の過ごし方ができるように、細かなケアプランが作成されている。施設の生活上で役割が持てる方には、お手伝いをお願いしていて、共有スペースで作業を行っている方の姿もあった。言葉使いは、事故点検チェックシートで職員一人ひとり振り返りを行っている。また利用者とのコミュニケーションは、一人ひとりに合わせた会話を心がけ、表現が難しい利用者の思いをくみ取る努力をして、ケース記録に記載されている。担当者会議前には、担当職員が「私の気持ちシート」を記載し、希望を聞き取りケアプランに生かしている。</p>
--

【特に改善が求められる点】

(組織の運営管理)

人員は現在補充されており、中期計画には人材の確保に関して具体的な内容は書かれていない。今後、人材確保が困難な状況になることを考えると、第2期中期事業計画に必要な人材の確保をどのようにすれば可能なのか具体的に定めることが必要と思われる。

(適切な福祉サービスの実施)

パンフレットは、病院、駐在所、公民館等へ置いており適切であるが、誰にでもわかる内容とは言えない。パンフレットの記載内容を工夫し、利用者にも関心が持てるようなものにすることを望みたい。福祉サービスの開始・変更時には契約書・重要事項説明書により説明し契約を結んでいるが、利用者がわかりやすい資料を用いての説明はしていない。利用者がわかりやすい資料を作成し、それに基づいて説明をし、同意を得るように期待したい。

(生活支援)

緊急時の対応についての研修は行われておらず、利用者個々の対応について各棟内での申し送りのような形態で行われており、職員に周知徹底されていると言えない。周知徹底のための仕組みを工夫されたい。また、昼食時の薬の各棟への配布時間が早すぎたり、一人ひとりの利用者の投薬確認のチェック表が残されていないなど、不十分な点が見受けられる。仕組みづくりを期待したい。

⑥第三者評価結果に対する事業所のコメント

前回の受審から、全職員で記録の徹底や毎年自己評価を行い、分析・検討を繰り返し改善に努めてきました。今回の評価は、全職員が真摯に取り組んだ結果であると思います。今後も当園の理念である「利用者の立場で考える」を念頭に、さらに利用者の視点で改善を図り、質の高いサービスを提供できるよう取り組みます。

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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 施設の理念・基本方針等は明確に定められており、園内掲示やパンフレット・ホームページ等に掲載している。年2回発行の広報誌にも記載しており評価できる。 年2回実施される家族ふれあい会においても周知している。職員への周知については、毎朝のミーティング時に唱和している。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 月次報告により利用者数や利用率・コスト分析等は運営会議や役員会議で、毎月報告し検討している。また福祉医療機構による経営分析が行われて、課題や問題点が明らかになり、改善に向けた取り組みが運営委員会等で議論されて改善していることは評価できる。	
	改善できる点/改善方法： 社会福祉事業全体の動向については、経営協ニュースや全国老協ニュース等により把握している。地域の福祉計画の動向についても行政の資料等により把握はしている。しかし、把握しているだけに留まっており、分析までは行っていない。今後は地域に必要なとされる事業等が何かを分析し、積極的に取り組むことを期待したい。	

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。	a
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
コメント	良い点/工夫されている点： 平成29年に第1期中期事業計画が終了し、今年度より第2期中期事業計画に基づき事業を行っている。第1期の評価について集約中であり、第2期の事業計画の見直しの中で改善・解決に向けた取り組みを行う予定である。 平成27年より計画していた認知症対応デイサービスも29年4月より事業開始するなど評価できる。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 事業計画の策定については、毎年11月から開始し、部署会議から運営会議を経て、2月に行われる理事会で承認されるように決めており、決定した事業計画は職員が閲覧できる様に整理されてる。利用者・家族等については、広報誌や家族ふれあい会(年2回)等にて説明されており評価できる。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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。	a
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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 各部習代表者による第三者評価事業委員会にて毎年自己評価を行い、分析・検討がなされ、その結果に基づき様々な改善に取り組んでいる。また、前回受審の結果を受けて改善に取り組んだ事は、今回の受審で改善されており評価できる。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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。	a
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	良い点/工夫されている点： 管理者の役割・責任について、法人本部において策定された規定集に基づき明確に定められている。職員に対しては研修実施要項やキャリアパスの中に書かれており職員への周知もなされている。遵守すべき法令等は法人本部において実施されるコンプライアンス研修等に参加し、研修後職員への周知を行うなど適切である。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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12ある委員会のうち重要と思われる委員会には必ず参加するなど積極的である。またランチカフェ（以前はドリームカフェ）の開催により一般職員からの意見をくみ取り職員の環境改善に役立てるなど指導力を発揮していることは評価できる。	
	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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 人材の確保については、ハローワークやサマー求人説明会等を利用し求人を募っている。また、実習校である明成高校との連携も密に取り合っているが進学者が多く困難な状況である。 人事管理については、キャリアパスや個人目標ノートを活用し、個々の能力の把握及びレベルアップに努めている。また職員処遇の水準について福祉医療機構経営サポートセンターによる評価分析が行われていて改善に向けた取り組みがなされている。	
	改善できる点/改善方法： 人員は現在補充されており、中期計画には人材の確保に関して具体的な内容は書かれていない。今後、人材確保が困難な状況になることを考えると、第2期中期事業計画に必要な人材の確保をどのようにすれば可能なか具体的に定めることが必要と思われる。	

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組んでいる。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 法定健康診断の実施・ストレスチェックの実施・済生会病院精神科医師の施設訪問(月1回)・腰痛検査等を実施している。またランチカフェ等を利用して職員の悩み等の相談に応じる環境も整備している。人事配置についても、個々の家庭環境や身体状況を考慮しながら、各職員と面談を行い職員の意向を汲み取った人事配置を行っている。	
	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。	a
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。	b
コメント	良い点/工夫されている点： 施設が求める職員像は明確であり、職員はそれぞれ個人目標シートに今年度の目標を記載している。半期ごとに直属の上司による中間面接を行い、進捗状況を確認してサポートしている。	
	改善できる点/改善方法： 職員教育については、年間研修計画やキャリアパス等を利用して、教育・研修を実施しているが、研修内容の評価や見直し等を実施していない。個々の職員について資格等の取得状況は一覧表にしてあり、誰がどの資格を持っているかは把握できている。今後、必要とされる資格の取得についてもキャリアパスを利用して外部研修など施設が中心となり参加できるように体制を整えている。しかし、個別的なOJTは新任職員だけに行っており、新たな資格を取得した職員がその職を行うにあたっての経験者によるOJTを行っておらず、検討することが望まれる。	

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： 実習生の受け入れは現状では高校生の介護福祉士の実習だけである。介護福祉士の実習プログラムを作成し、そのプログラムに基づいて実習を行っている。 奥越明成高校との連携も密にとっており、良好な関係である。実習指導者は研修を受けた職員が担当している。	
	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。	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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 運営の透明性を図るために、理念・基本方針は元より、提供する福祉サービスの内容等をホームページやパンフレットに明記し、収支決算報告や苦情・要望等の回答、利用者満足度調査の結果等も広報紙に明記している。 監査については外部監査法人による会計監査を実施し、財務チェックを行っている。法人本部による内部監査も年2回実施し、指摘事項に基づき経営改善に取り組んでいる。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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： 地域交流の場として毎年夏祭りを実施している。準備段階より地域の方々やサマーボランティアが参加し、利用者とともに夏祭りを開催している。ボランティア活動は夏祭りだけでなく、車いすの点検ボランティア・話し相手ボランティアグループ等が来園され、利用者との交流は盛んである。初めて来園するボランティアの方には最初に注意事項等説明し、施設を理解してもらった上で、参加するよう心掛けている。	
	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。	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： 大野市社会福祉協議会が作成したリスト・資料はあるが、職員間で共有は出来ていない。行政機関や区長・自治会長・派出所等との連絡を定期的に行い意見交換等を行っている。 しかし、意見交換による共通の問題点などの把握は不十分であり、今後の検討が望まれる。。	

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。	b
コメント	良い点/工夫されている点： 介護予防教室を開催したり、出前介護教室の実施するなど、高齢者の多い地域の特性を把握し実践していることは評価できる。 以前より市からの依頼のあった認知症対応型デイサービスを実施するなど地域への還元も積極的に行われている。	
	改善できる点/改善方法： 大野市役所健康長寿課や大野市社会福祉協議会との連携により地域の福祉ニーズの把握に努めているも、地区の民生員の方々との定期的な連絡会は実施されていない。地域の生の声を聞き取ることも必要と思われるので、今後は地区の民生委員の方々との交流を頻回に行うことが望まれる。	

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： 特になし。	
	改善できる点/改善方法： 利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しているが、倫理綱領等は作成していない。また、利用者の尊重や基本的人権について、定期的に状況把握はしているが、評価まではしていない。倫理綱領等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行うとともに、定期的に状況の把握・評価を行い対応を図ることを期待したい。利用者のプライバシー保護に関しては、介護マニュアルに一部記載は有るが、プライバシーマニュアルは策定していない。プライバシーマニュアルを策定し、職員の理解を図ると共に、利用者・家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知するよう望みたい。	

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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 福祉サービスの継続性への配慮として、退所時マニュアルを整備し、退所時に情報提供書を記載して文書を渡している。	
	改善できる点/改善方法： パンフレットは、病院、駐在所、公民館等へ置いており適切であるが、誰にでもわかる内容とは言えない。パンフレットの記載内容を工夫し、利用者にも関心が持てるようなものにするのを望みたい。福祉サービスの開始・変更時には契約書・重要事項説明書により説明し契約を結んでいるが、利用者がわかりやすい資料を用いての説明はしていない。利用者がわかりやすい資料を作成し、それに基づいて説明をし、同意を得るように期待したい。	

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	良い点/工夫されている点： 年1回は利用者満足度調査を実施するとともに、家族会・利用者懇談会においても満足度の把握に努めている。また、利用者参画のもとに検討会を行い、利用者からの要望をもとに改善を行っている。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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： 特になし。	
	改善できる点/改善方法： 苦情記入カードを配布しているが、利用者等が申し出しやすい工夫はしていない。字の大きさ等の工夫を望みたい。利用者が相談・意見を述べる際に複数の方法や相手を自由に選ぶことを分かりやすく説明した文書を作成していない。外部の人にも相談できるとのポスターは掲示しているが、わかりやすく説明した文書を作成し、利用者等へ知らせる事を望みたい。また、利用者の相談や意見は苦情マニュアルにて対応し、相談・意見対応マニュアルは策定していない。苦情と意見・相談は区別して対応するよう望みたい。	

Ⅲ- 1 - (5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
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。	b
コメント	良い点/工夫されている点： 感染対策は次長を責任者とする管理体制を整備し、感染症の予防と発生時等の対応マニュアルを作成し、研修会等を通じて職員へ周知徹底している。感染症の予防策を適切に講じている。また、運転手、清掃者等の外部委託者に対しても、職員同様に研修会を開催し、感染予防の周知徹底を図っている。	
	改善できる点/改善方法： リスクマネジメント体制は、ヒヤリハットを月300件等収集し、分析も実施しているが、その後の再発防止対策等の検討・実施する等の取組は行っていない。分析内容を工夫し、再発防止対策等へ活かすよう望みたい。防災時の対応体制が決まっているが、利用者や職員の安否確認の方法として、外部からの援助者に利用者の状態等を区別できる配置表を作成していない。夜間等、職員の少ない時間帯でも外部からの援助者にわかりやすい利用者配置表を作成するよう望みたい。また、外部の団体と連携した防災訓練は実施していない。連携した訓練を実施するよう望みたい。	

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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 標準的な実施方法は、毎年7月に職員や利用者等からの意見や提案を反映し見直しをしている。入浴マニュアルは、昨年見直しをしている。	
	改善できる点/改善方法： 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みが無い。仕組みを作りをし確認を実施するよう望みたい。	

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。	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	良い点/工夫されている点： 福祉サービスの実施計画は、介護支援専門員を責任者として設置し、ケアプランマニュアルに沿って、アセスメントを実施している。部門を横断した関係職種によりアセスメントの協議を実施し、チェック表により、実施計画どおり行われているか確認する仕組みが構築され、実施している。支援困難なケースへの対応も検討している。定期的な福祉サービス実施計画の評価・見直しを6ヶ月毎に行い、緊急時の仕組みも整備している。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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	良い点/工夫されている点： 利用者の身体状況や生活状況等は統一した様式で把握し記録している。記録の統一性はケアプラン委員会にて記録要領の作成や職員への指導等にて図られている。また、事業所内のパソコンネットワークシステムにて情報を共有する仕組みを整備している。個人情報保護規定が定められ、US B等の規程もあり、チェック機能も働いている。個人情報保護方針に基づき職員・外部委託者研修を実施している。個人情報保護規程は、職員・外部委託者・出入り業者等から同意書が提出され、遵守している。利用者や家族には、契約書にて取り扱いを説明している。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

【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
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: 利用者の体の状態や生活パターンに合わせて、1日の過ごし方ができるように、細かなケアプランが作成されている。施設の生活上で役割が持てる方には、お手伝いをお願いしていて、共有スペースで作業を行っている方の姿もあった。言葉使いは、事故点検チェックシートで職員一人ひとり振り返りを行っている。また利用者とのコミュニケーションは、一人ひとりに合わせた会話を心がけ、表現が難しい利用者の思いをくみ取る努力をして、ケース記録に記載されている。担当者会議前には、担当職員が「私の気持ちシート」を記載し、希望を聞き取りケアプランに生かしている。	
	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。	b
コメント	良い点/工夫されている点: 自己点検チェックシートを用いて、言葉遣いを含め権利侵害について職員が振り返りを行っている。身体拘束については、毎月各棟で身体拘束廃止について検討を行い、職員の意識統一とともに勤務外の職員にも連絡報告を行い、徹底している。身体拘束に関する諸記録は、適性に記載が行われている。各マニュアルは、丁寧にわかりやすく作成されている。	
	改善できる点/改善方法: 権利侵害に関する主だった内容は、高齢者虐待防止マニュアルに記載されているが、具体的内容までは踏み込まれていない。また、利用者にわかるように掲示が行われていない。具体的な内容や権利侵害が行われた時の相談先まで記載されたものを掲示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: ショートステイ棟の個室化と移築に伴い、以前の全員集まる大食堂形式をやめ、各棟の居室を一部食堂等の共有フロアとして利用している。利用者にとって移動距離が短くなり、共有フロアで落ち着いて過ごすことができるようになった。また、日差しがきつく入る廊下の窓には、すだれや日よけが必要に応じておかれ、温度管理を細かく行っていることがうかがえる。居室は、一部屋ごとに趣が異なり利用者の過ごしやすい環境を作り、大変個性があり利用者の意向やこれまでの生活をもとに居室環境が整えられている。	
	改善できる点/改善方法: 生活環境について、利用者が訴えたことについては適切に対応がとられているし、その記録も残されている。また、表現できない利用者に関しては職員が思いをくみ取っているが、何も訴えてこない利用者については、聞き取り等を行っていない。利用者が訴えやすいように、組織的な取り組みの仕組みを作ることが望まれる。	

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。	a
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。	a
コメント	良い点/工夫されている点: 利用者の状況に応じて、施設のあちこちにスライディングボード、リクライニング車いす用のスライディングボードがあり、体重のある方用のホイストもあり、様々な福祉用具を使用している。入浴は、拒否のある利用者には、時間や日を変えて入浴をしていただく柔軟な対応を行っている。自然排便を促すために担当者会議で食物繊維の摂取の検討を行ったり、座位の保持のためにトイレ内に体を持たれかける机を置くなどの工夫を行っている。トイレも利用者の麻痺のある側を考慮して左からと右から座りやすい向きの異なる便座を用意して活用している。	
	改善できる点/改善方法: 入浴前には、健康チェックを行い看護師の指示により入浴の可否を決めているが、入浴の可否の判断基準が明確化されていない。個性はあるものの判断基準を明確にして、マニュアルや掲示をすることが望まれる。	

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。	b
コメント	良い点/工夫されている点: 月1回の選択食を行っている。行事食も豊富で、今年のおせち料理は9種類もあるなど、献立の工夫が行われている。また行事食の時には、そのいわれなどをお盆に置いたりして、季節感を出す共に職員と利用者とのコミュニケーションの一助を担っている。利用者の心身の状況や好みに合わせて、水分も5種類提供し、担当者会議等で介護職と検討の上提供している。歯科衛生士を採用し、口腔状態や咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを6か月に1度行い口腔機能の保持・改善に取り組んでいる。	
	改善できる点/改善方法: 食後や就寝前に利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、チェック表で確認を行っていない。利用者全員分のチェック表を作成し、確実な実行を記録として残していくことが望まれる。	

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。	b
コメント	良い点/工夫されている点： 皮膚排泄ケア認定看護師が在籍しており、褥瘡予防に栄養士も含め関係職員で取り組んでいる。褥瘡の予防について、きめ細かなマニュアルが作成されており、マニュアルに沿った対応がとられ、褥瘡委員会でも話し合われていることが会議録に記載されている。	
	改善できる点/改善方法： 褥瘡予防の標準的方法をきめ細かく整備しているが、予防のための指針が不十分であり、また研修に参加できなかった職員には各棟の委員が伝達する形式となっているが、全員に周知徹底されているかどうかを確認する仕組みがない。確実に周知徹底が行えたことが確認できる仕組みを作ることが望まれる。	

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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 痰の吸引等のマニュアルが作成され、実施手順や個別の計画が作成されている。また看護師が、利用者のベッドサイドに置かれたホワイトボードに回数や時間、個別の注意事項を記載し、事故が起こらないように注意喚起を行っている。看護師が、痰の吸引の研修を修了した介護福祉士に対して、実際に吸引してもらい安全・確実に行えているかどうか一人ひとり評価する取り組みをおこなっている。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	

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： 機能訓練が必要な利用者に対して、週に1回を基本に機能訓練を行っている。退院後、機能の低下が著しい場合は集中的に行なうなど、利用者の状態に合わせた訓練が看護師、介護職の連携のもと行われている。	
	改善できる点/改善方法： 機能訓練を個別に行っているが、重度化予防を視野に入れた介護予防活動は、生活リハビリとして介護職員が行う。その中で機能の低下が予測された場合は、介護職から機能訓練指導員に相談があげられるが、機能訓練指導員も積極的に生活リハビリに関わり、介護職と連携をより密にすることを検討されたい。	

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： 24時間シートや私の思いシートを使い、大変丁寧にアセスメントを行い、ケアプラン生かしている。BPSDの対応も、その原因を分析し必要がある場合は、医療機関との連携をおこなっている。ベッドでの生活が理解できなくなった利用者に対しては、畳の部屋にするなどの対応がとられている。また、地域住民に対する認知症の出前講座を行い、認知症の理解推進を積極的に行なっている。	
	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。	b
コメント	良い点/工夫されている点： 急変時対応マニュアルを作成し、介護職員が的確な対応を取れるようにフローチャート図をサービスセンターに掲示するなどの工夫を行っている。高齢者の疾病についての研修を行うなど、職員の医療知識の向上が図られている。体調観察が必要な利用者に対して、看護師が検温などの指示を記載したホワイトボードをベッドサイドに掲示し、チェック漏れなどないようにする工夫を行っている。	
	改善できる点/改善方法： 緊急時の対応についての研修は行われておらず、利用者個々の対応について各棟内での申し送りのような形態で行われており、職員に周知徹底されていると言い難い。周知徹底のための仕組みを工夫されたい。また、昼食時の薬の各棟への配布時間が早すぎたり、一人ひとりの利用者の投薬確認のチェック表が残されていないなど、不十分な点が見受けられる。仕組みづくりを期待したい。	

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： 終末期のケアは、施設全体の職員で取り組むことを前提にしている。職員の人数調整が難しい時には、他の棟の職員が応援に行くこともある。施設内で担当の棟の移動がある場合など利用者最後までに関わりたい職員もいることから、積極的な他棟からの職員の受け入れを行って、「みんなで看取る」ことを大事にしている。	
	改善できる点/改善方法： 亡くなった利用者の家族と関係職員については3か月後にカンファレンスを行っている。しかしながら、担当職員のグリーフケアは行われていないので、看取りケアをより良いものにするためにも、開催が望まれる。	

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。	a
コメント	良い点/工夫されている点： 担当者会議でケアプランを決定するときを中心に、家族との関わりをもつようになっている。変化があった場合には、家族との連絡調整を電話・文書・メール等で行っている。また、年賀状や手書きの手紙、写真などを家族に送ることもあり、利用者と家族がつながりを持てるように支援している。	
	改善できる点/改善方法： 特になし。	