

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三者評価結果報告

1. 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 福祉総合評価機構

2. 事業者情報

名称：養護老人ホーム光の園	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 瀧下 幸子	定員（利用人数）： 50 名
所在地：長崎県平戸市大久保町325番地 Tel 0950-23-8020	

3. 総評

◇特に評価の高い点

1. 平戸の地域性を重視した福祉サービス事業の展開

平戸市の独居老人世帯の増加に伴い、高齢者向けの福祉サービスに着手し平成8年3月に当事業所を開設した。その後も時代の変化に対応し、配食サービスの実施に伴い在宅支援を開始している。更に、居宅介護、デイサービスセンターの開所、平成21年は高齢者向け優良賃貸住宅も開始し、多種多様な高齢者向け福祉サービスに取り組んでいる。事業所は平戸市の福祉サービスのさきがけであり、まさしく高齢化の進む地域の「希望の光」となっており、その認知度は極めて高い。平戸市の中で地域に根ざした高齢者福祉の拠点となっている。

2. 理念のもとに集う人々

カトリック精神に基づいた「隣人愛」と「奉仕」を基盤として、職員は日々利用者の尊厳を重視した介護を実践することに努めている。

施設長は、利用者に対して利用者同士に愛の心があれば諍いなど起こらない、若い職員を育ててほしいなど理念のひとつである「隣人愛」を具体的に伝えており、利用者は穏やかに過ごしている。職員だけでなく利用者、家族も事業所が本人の終の棲家になることを望み、理念のもとに生活している事業所である。

3. 清潔で安心な環境整備

事業所は、13年間感染症の発症患者を出していない。これは、事業所が一丸となって、衛生保持に努め、インフルエンザ等の予防接種や4台のオゾン機器設置など感染症予防について積極的に取り組んでいる成果である。また食中毒予防のためにもオゾン生成機を導入し食材を洗浄し使用し、食器類の消毒や食堂の清掃にも力を入れており、利用者が清潔な環境で安心して暮らせるための取組みを行なっている。

4. 利用者の楽しみへの取り組み

利用者の楽しみのひとつである食事は、一週間に1回、バイキング形式の食事があり、好きな料理を堪能できるよう支援している。体調に合わせて部屋食の提供も行なっており適温で食べられるよう電子レンジで温めたり、ミキサー食は冷めないように汁をかけるなどおいしく食べられるよう工夫している。また、視覚障害者には骨取りをして、声をかけながら料理を説明して介助するなど、職員は食事が利用者の楽しみとなるよう努めている。

また、趣味を楽しむために、クラブとして絵画、押し花、書道、陶芸があり外部講師がボランティアで訪問し指導のもと、利用者は本格的な作品を創作している。玄関ホールには展示スペースもあり、利用者の創作活動の励みにもつながっており、生きがいを持って生活できるよう「隣人愛」と「奉仕」の精神で、職員、ボランティアの方々が工夫し支援している。

5. 働きやすい職場づくり

施設長は、職員が多忙を極める業務を利用者本位で誠実に行なっていることに、日頃から感謝の心を持ち謝意を表している。職員は施設長に相談する関係が構築されており、良好な関係である。

そのため、年に1度は研修旅行を企画し、参考となる施設を訪問見学して、併せて職員の慰安を兼ねて実行している。研修旅行は職員の仕事の励みにもなっている。

◇改善を求められる点

1. 中長期計画と毎年度の事業計画

中長期計画は作成されており、各部門ごとに項目が明記されている。3年以降の計画を実現するためには、毎年度の事業計画に段階的な目標項目を明記し、着実に実行していく必要がある。中長期計画の実現に向けて、毎年度の事業計画との整合性を期待したい。

2. サービス計画の作成と記録と評価

事業所では、介護保険適用の利用者以外の支援サービス計画の作成が未整備である。職員が利用者それぞれのサービス計画に基づいて支援を行い、計画に沿って毎日実施できたかを記録し、定期的に見直し評価を行い、次の計画に反映させるPDCAサイクルを確立することが望まれる。

3. マニュアルの整備

既に個人情報保護マニュアル、配薬・与薬・誤飲防止マニュアル、防災マニュアルなどが整備されているが、それ以外にも業務ごとにマニュアルの作成、周知、整備することによって、職員が行う多種多様なサービスの質の均一化に繋がると考えられる。事業所の業務の基本となる業務ごとのマニュアルの作成、整備を期待したい。

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

この評価を受けるに当たり、職員ならびに利用者様共に、事前アンケート記入や面接を受けました。アンケートを記入している段階で、内容を理解・把握できていない事項が多々あり、多くの職員が困惑していましたが、正直なところを記入しました。でしたので、予想以上に良い評価を頂き、驚きと同時に概ね良い方向で事業が行われていることを、第三者機関様から評価を頂戴し、ちょっと安堵しているところです。

また、評価して頂いた事で、施設の弱点もはっきり確認できました。

今後は良い点の継続・発展はもちろんの事、全ての弱点を一遍に改善することは困難ではありますが、次回の評価の際は、前進したかたちを皆様にご覧頂けますよう、職員一同邁進してまいります。

5. 各評価項目にかかる第三者評価結果

(別紙)

6. 利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

第三者評価結果: 共通項目

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
I 福祉サービスの基本方針と組織		
1 理念・基本方針		
(1) 理念、基本方針が確立されている。		
① 理念が明文化されている。	a	開所当初に施設長がカトリックの精神に基づき「隣人愛」と「奉仕の心」を基本にした理念を策定している。理念は明文化し、パンフレットや事業計画書に掲載しており、玄関にも掲示している。
② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針は理念に基づき「家庭の温かさのある豊かな生活を援助する」など4つの具体的な方針を定めている。方針はパンフレット等に記載され、ホームページにも載せている。
(2) 理念、基本方針が周知されている。		
① 理念、基本方針が職員に周知されている。	a	理念や基本方針は月に1度の職員会議や毎朝の祈りの時間に確認を行い職員に周知させている。支援方法などに改善が必要な職員に対しては施設長が個別に話す際に理念と基本方針に立ち戻るよう話をしている。
② 理念、基本方針が利用者等に周知されている。	a	施設長は集会の際に利用者に対して理念や基本方針を分かりやすく説明している。理念のひとつである「隣人愛」は「利用者同士に愛の心があれば諍いなど起こらない」「若い職員を育ててほしい」など利用者がわかりやすいよう具体的に話をしている。
2 計画の策定		
(1) 中長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
① 中長期計画が策定されている。	c	理念や基本方針に基づいた中・長期計画は作成されている。人員体制、施設整備などの現状分析や課題の抽出も行なっている。ただし、計画は課題解決に向けて組織で取り組む具体的な内容にはなっていない。今後、それらを含み、必要に応じた見直しを行うことを期待したい。
② 中長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	毎年度の事業計画は策定されている。ただし、中・長期計画の内容の反映、数値目標の設定や職員への周知への取り組みが待たれる。
(2) 計画が適切に策定されている。		
① 計画の策定が組織的に行なわれている。	a	実施状況を把握して部門会議において職員の意見を集約し代表者会議で来年度の計画を協議し策定している。各部署の代表で代表者会議を開き、勤務体制など評価・分析し話し合い、その結果が計画に反映されている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	計画は職員には職員会議の際、配布し説明している。利用者や家族に対し広報誌「希望のひかり」に掲載して周知を図っている。
3 管理者の責任とリーダーシップ		
(1) 管理者の責任が明確にされている。		
① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	施設長は職務分掌表に自らの役割と責任について明示し職員会議などで表明している。又、広報誌「希望のひかり」に自らの考えを掲載し利用者、家族に表明している。
② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行なっている。	b	管理者は施設運営に関係ある遵守すべき法令の研修を積極的に参加し、関係機関からの情報を得ている。職員にも得た情報について周知し遵守するために取り組んでいる。但し、労働基準法等労務関係の研修以外の幅広い分野の法令については積極的な情報収集、把握、リスト化などの対策を期待したい。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	b	管理者は福祉サービスの向上について、部署ごとや、全職員での会議を行い意見を聞き取っている。出された課題は把握し改善の取り組みのために指導力を発揮している。但し、現状について定期的、継続的に評価分析が望まれる。
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者は、人事、労務、財務などの面から業務の効率化と改善に向けた分析を行っている。組織内に具体的な体制を構築し人事配置や職員の働きやすい環境の整備などに積極的に取り組んでいる。
II 組織の運営管理		
1 経営状況の把握		
(1) 経営環境の変化に適切に対応している。		
① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	社会福祉事業全体の動向などは、全国労働協や平戸労祉協を通じ把握できている。短期入所事業により地域の利用者数・利用者像についても情報を収集され、そのデータをもとに事業計画に反映されている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行なっている。	b	経営状況の分析や改善すべき課題について、税理士の指摘事項により把握しており、改善すべき課題について職員に周知している。但し、改善に向けた取り組みは各年度の事業計画には反映しているものの、中・長期計画に具体的に反映されていないため、取り組みに期待したい。
③ 外部監査が実施されている。	a	税理士による外部監査が毎月実施されており、指導や指摘事項に基づき経営改善を行っている。
2 人材の確保・養成		
(1) 人事管理の体制が整備されている。		
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	社会福祉主事の任用資格を取る等して、質の高い人材育成を目指しており人材管理の方針が確立している。
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	管理者自ら人事考課についての研修に参加し目的や効果を理解している。年に一度は職員面談を実施し課題を与えるなど取り組んでいる。現在、代表者会議の議題として話し合いを行ない、導入を検討している段階である。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
① 職員の就業状況や意思を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	職員の就業状況は責任者により把握され、業務に支障の無いよう休暇の配置がなされている。代表者会議において、就業状況の検討が行われ次年度より職員を増員するなど具体的なプランに反映されている。職員が就業について相談しやすいよう個別の面談を設けたり第三者評議委員に相談できるよう組織内の工夫をしている。
② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	年に1度職員の健康診断と研修をかねた慰安旅行を全職員参加で実施しており、またバレー大会を催すなど福利厚生事業に取り組んでいる。
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	研修計画の中に、事業所の基本方針や目的を明示しており事業所が目指すサービスを実施できるよう整合性が確保された体系的な研修計画を明文化している。
② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	生活相談員が個別の職員の技術水準や知識、専門資格の必要性などを把握している。感染症、身体拘束、虐待の研修は受講者を変えて毎回受講している。但し、職員それぞれの能力を引き出す、或いは伸ばすための個別の職員研修計画の策定が望まれる。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	c	研修終了後、職員は研修報告レポートを作成しているが、報告発表は毎回ではない。研修成果に関する評価、分析、見直しについては今後の取り組みに期待したい。
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	c	実習生の受け入れは行っている。ただし、基本姿勢を明文化したマニュアルは作成されていない。実習指導者に対し研修の実施や実習生受け入れの体制の整備も望まれるところである。
② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	c	実習生受け入れにあたり、学校側と覚書を交わし連携している。ただし、計画的なプログラム策定や種別に対応できるプログラムの整備については今後の取り組みに期待したい。
3 安全管理		
(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	過去1年間に安全確保の体制で問題は発生していない。利用者の安全確保のため、担当者や担当部署を設置している。部署により検討会議が行われリスクの種類別に管理体制が整備されている。対応マニュアルは作成されており、年2回の内部研修により関係職員に周知されている。但し、今後対応マニュアルの点検、見直しに期待したい。
Ⅱ-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実施している。	b	過去1年間に安全確保の対策で問題は発生していない。利用者の安全確保のため、ヒアリングの事故発生を記録し発生要因を分析し検討を行っている。ただし、今後は定期的に見直しや評価の実施、それを行うための継続的な取り組み体制の確立が待たれる。
4 地域との交流と連携		
(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
① 利用者との地域のかかわりを大切にしている。	a	地域との関わりについての考え方を理念や基本方針に明文化している。マンドリンや踊りの慰問があったり、社会福祉健康祭りでは、利用者の陶芸、書道、手芸作品を展示、販売するなどしている。また、事業所の行事の際は、銀行や商店街、市役所などにポスターを貼り参加を呼びかけるなど、地域の人々と深く交流できるように支援している。
② 事業所の有する機能を地域に還元している。	a	地域の中学校の職場体験の受け入れや、独居老人の給食宅配サービスを提供するとともに安否確認を行うなどして事業所が有する機能を地域に還元している。機関紙「希望のひかり」も地域に配布し、事業所の様子を伝えるよう工夫している。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
③ ボランティア受け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	書道、絵画、手芸の指導、洗濯、リハビリなど多種多様のボランティアを受け入れており、登録名簿や活動記録がある。但し、ボランティアに向けての研修実施に期待したい。
(2) 関係機関との連携が確保されている。		
① 必要な社会資源を明確にしている。	a	関係機関や団体、関係医療と連携を取りながら、利用者へのサービスの質の向上に取り組んでいる。連絡方法など記載されリスト化されており、情報は職員間で共有されている。
② 関係機関との連携が適切に行われている。	a	施設長は平戸市社会福祉協議会の評議員や入所判定員をされており関係機関と連携し、連絡協議会のネットワークも確立されている。又、協議会を通して、市役所の洋式トイレ設置、公園のスロープなど提言し、改善された事例もあり、関係機関と協働している。
(3) 地域の福祉向上のために取り組みを行っている。		
① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	民生委員等から情報収集している。また、教会の教区で説明会を開き、相談を受けるなどして、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	福祉ニーズに基づき、短期入所事業や給食宅配サービスなどを実施している。今後は中・長期計画の中に具体的に事業活動を明示するなどが望まれる。
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施		
1 利用者本位の福祉サービス		
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行なっている。	b	理念や基本方針に利用者の尊厳を明示している。利用者尊重や基本的人権への配慮について外部研修や医療面においての内部研修も実施されている。ただし、身体拘束や虐待防止についての知識の職員への周知徹底が望まれる。
② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b	利用者のプライバシー保護に関する基本姿勢は規程が整備されており、マニュアル、職員に対する守秘義務の誓約書等も整備されている。ただし、設備面では、介助用トイレが少なく介助が必要な利用者の排泄時のプライバシー保護への工夫が望まれる。また、マニュアルの定期的な見直しもこれからの課題である。
(2) 利用者満足向上に努めている。		
① 利用者満足向上を意図した仕組みを整備している。	b	利用者満足向上のために不定期ではあるが個別に聴取している。家族の希望は開所記念日や秋祭りの際になどを聞き取っており、懇談会や家族会は実施していないものの工夫し仕組みを整備している。今後は定期的な聞き取りの仕組みが望まれる。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 利用者満足の上に向けた取り組みを行なっている。	c	利用者や家族の希望を把握しているものの、結果を分析、検討、改善などを行う組織編制や、具体的な取り組みがいまのところできていない。把握した意向、希望についての取り組みが望まれる。
(3) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		
① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	利用者には、個別に聴き取ったり、相談しやすいようにスペースを設ける等している。相談窓口は設置しているが、利用者に分かりやすく説明したり、説明文書の配布などの取り組みを期待したい。
② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	苦情の解決方法を検討し、対応など記録され、苦情内容や解決結果など家族の了解のもと、ホームページに公表している。責任者や第三者委員の設置など苦情解決の体制は整備されているものの、利用者や家族に対して分かりやすく説明する取り組みに期待したい。
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c	利用者の意見は傾聴し職員で検討して丁寧に対処しているが、記録する文書などが整備されていない。また、出された意見に対する対応マニュアルも未整備であり今後の課題である。
2 サービスの質の確保		
(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	今年度、初めて福祉サービス第三者評価を受審するに当たり、担当者、担当部署が設置された。毎年度の事業計画は実施状況部門会議において職員の意見を集約し評価・分析する体制がある。福祉サービス第三者評価を今回始めて受審した。
② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b	自ら行う評価、分析結果については詳細な文書としてはないが、職員に周知し課題は共有している。
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	課題についての改善策や改善計画は施設長が職員の意見を聴取し策定している。改善策の進捗状況を把握する取り組み、必要に応じた計画の見直しはまだなされていない。
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b	標準となる実施方法は、個別のマニュアルとして文書化され、サービスが提供されている。ただしマニュアルどおり実践されているか確認する仕組みづくりと職員への周知徹底が待たれる。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 標準的な実施方法について見直しする仕組みが確立している。	c	見直しの時期やそのための組織が確立していない。今後は組織を確立し、見直しのために職員や利用者から意見や提案を聴取する場等の工夫が望まれる。
(3) サービス実施の記録が適切に行なわれている。		
① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	常勤職員4人で介護保険を利用している利用者について支援計画が実施されているかの記録を行なっている。ただし、今後は介護保険を利用しない利用者の記録も行いサービス実施状況を把握する取り組みに期待したい。
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	利用者に関する記録管理の責任者が設置され記録の保管、保存、破棄に関するマニュアルが整備されて適切に管理されている。情報の開示を求められた時、マニュアルに従い開示の手続きを行うよう定めている。職員採用の際、個人情報保護の誓約書を取り交わしている。
③ 利用者の状況に関する情報を職員間で共有化している。	a	利用者の状況や留意すべき事項などミーティングや夜勤職員に申し送りする等職員間で共有し支援している。
3 サービスの開始・継続		
(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	園機関紙「希望のひかり」は4ヶ月に1度発行されており、地域の様々な場所に設置して誰もが見られるように工夫している。また、ホームページも公開し施設内の写真や一日の生活などわかりやすく紹介している。見学は相談員が案内し対応している。
② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	措置での施設入所は平戸市との契約になるため利用者との契約はない。ただし、入所が決定した利用者については、入所前に施設の内容等説明を行い同意を得ている。
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	事業所の変更や家庭への移行などはあまりなく、事業所を終焉の地とする利用者が多い。利用者が他界、入院などで退去後も、生活相談員を主として家族との交流や相談に乗るなど対応は行っている。
4 サービス実施計画の策定		
(1) 利用者アセスメントが行なわれている。		
① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b	介護保険利用者については、アセスメントは半年に1回行なっており、介護サービス担当者会議を相談員、看護師、ヘルパー、栄養士、支援員が参加して話し合っている。支援計画は生活相談員が中心となって作成している。ただし、アセスメントを記録する様式は統一されていないため組織として基本的な記録様式の作成が望まれる。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b	利用者一人ひとりの課題やニーズを記録する処遇日誌は作成保管されている。今後は課題やニーズを把握するための手続きを定め、実行することが望まれる。
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
① サービス実施計画を適切に策定している。	b	サービス実施計画策定の責任者は施設長である。また、担当者は生活相談員となっており、介護サービス担当者会議の結果を基に作成している。ただし、利用者全員分のサービス実勢計画は作成されておらず、記録も行われていないため、今後の体制整備が望まれる。
② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	介護保険利用者のサービス計画書は介護保険更新時に6ヶ月、1年で行なっている。緊急の場合はケアマネージャーが計画を作成し、職員には申し送り時に周知している。ただし、利用者全員分のサービス実施計画は作成されていないため、評価、見直しも一部の利用者に限られている。

第三者評価結果: 個別項目

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
IV 適切な処遇の確保		
1 各種サービスの提供		
(1) 施設的环境		
① 利用者が利用者どうし、または家族や地域の人たちと交流しやすい家庭的な生活空間づくりに配慮されている。	a	施設の玄関周りには草花が植えてあり、開放感があり近隣住民も訪れやすい雰囲気である。玄関ホールも広く、水槽や利用者の書道や手芸作品の陳列もあり親しみを感じる設えである。また、利用者と来訪者が交流するための集会所もある。掃除も行き届いており清掃チェック表で管理して清潔保持に努めている。
② 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。	a	居室ごとに換気扇を設置しており、天気の良い日は窓を開けて換気している。季節によって温度設定をし、職員が入室して気温に配慮している。また、日光はカーテンで調節しており、居室のポータブルトイレは使用後毎回流して臭気がない快適な居室となるようを支援している。
③ 心身機能の低下を補うような施設の配慮等がされている。	b	利用者の心身機能に合わせて、手すりやすべり止めなど設置されている。車椅子や歩行補助具も準備され利用者が快適に過ごせるよう配慮がある。浴室・脱衣場は使用中とわかるよう札があり、プライバシー保護に工夫している。ただし、介助用トイレが少ないため、排泄介助が必要な利用者のための整備が望まれる。
(2) 心身機能の維持・改善		
① 心身機能の改善及び寝たきり防止のために、利用者の心身機能などの状況に応じた体操やレクリエーションを計画的に行っている。	a	レクリエーションは頭の体操になるゲームなどを週に1回行っており、月の計画にはドライブ、ゲームを入れて作成している。クラブはボランティアを受け入れ、絵画、押し花、書道、陶芸など利用者はそれぞれ楽しみながら心身機能の維持に繋がる趣味を持っている。また、洗濯したシーツやおしぼりたたみは利用者をお願いして手先の運動を兼ねて支援している。
(3) 介護が必要になった時の対応		
① 介護が必要となった場合に、本人の意向を踏まえた上で必要な手続きや利用についての援助が可能である。	評価不能	利用者の状況を看護師や生活相談員が話し合い、要介護認定申請の手続きについては、同法人内の別事業所のケアマネージャーに相談して行っている。事業所として、手続き等のマニュアルは作成されておらず、職員に向けた研修等も行われていない。
(4) 食事の提供		
① 食事は、利用者の身体状況に合わせて提供している。	b	食事は嚥下能力に合わせてトロミ、ミキサー食で対応している。糖尿病など症状に合わせた量を考慮して、減塩食ではなく他の利用者と同じように一般食で提供し、おやつも含めて摂取カロリー内で納め、本人の満足を満たし、食べ過ぎないように1200kcalに制限して提供している。栄養士協会の研修は受講しており、向上に努めている。ただし、残食チェックは行われていない。栄養摂取量の把握のために今後の取り組みに期待したい。
② 食事を楽しめるよう工夫を行っている。	a	一週間に1回、バイキング形式で食事を提供している。体調に合わせて部屋食の対応も行っており適温で食べられるよう電子レンジで温めたり、ミキサー食は冷めないように汁をかけるなどおいしく食べられるよう工夫している。また、視覚障害者には骨取りをして、声をかけながら料理を説明して支援している。月に1回厨房会議を開き、看護師から提供時の形態への相談があったり、利用者に取り入れた要望を取り入れるなどの話し合いを行っている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
(5) 健康管理サービスの実施		
① 日常の健康管理は適切である。	a	健康診断は年2回実施しており、記録は医務室に管理されている。また、2週間に1回、利用者を2グループに分けて内科診察を行い、1週間に1回は歯科医の往診、耳鼻科は随時往診を受けられる体制が整っている。健康管理についてのマニュアルは支援員に配布している。1週間に1回バイタルを計り記録しており、排泄管理表の作成されているなど、日常の健康管理に努めている。
② 服薬の管理は適正に実施している。	b	過去一年間に誤薬が1回発生した。直ちに点滴処置を行い、様子を観察し体調に異変はなく、命にも別状はなかった。この事故以降、職員は利用者に薬を手渡しすることとし、利用者が薬を飲むまでを確認することとした。服薬マニュアルは整備されており、職員に周知している。異常が見られた時には、速やかに協力医に相談する連絡体制を整えている。
③ 感染症予防対策を適切に行っている。(結核、インフルエンザ、疥癬等)	b	過去一年間、感染症は発生していない。利用者の承諾を得てインフルエンザ等の予防接種を行なっている。感染症予防のため、オゾン機器を4台導入し空気感染を予防するなど特に配慮している。ただし、感染症については健康管理マニュアルに記載されているが、予防接種施行に留まっており、定期的な見直しはされていない。
④ 食中毒予防を適正に行っている。	b	過去一年間に食中毒は発生していない。食材はオゾン水生成機で洗浄し調理をしている。また、食器は食器洗浄機、乾燥機を使用して衛生を保持し、次亜塩素酸で食器の汚れ、ふきん、布類の消毒を行なっている。保存食は20℃以下で2週間保存し破棄している。害虫駆除は月に一度実施しており、全館の害虫駆除は年に1回行なっている。調理関係者の検便も適切に実施している。ただし、衛生管理マニュアルの整備、見直し不足している。
(6) 生活関連サービスの実施		
① 利用者の生活を豊かで明るいものとするため、生活の質を高める取り組みを行っている。	a	基本的に外出、外泊は自由であり、盆、正月には多くの利用者が外泊している。レクリエーションは週に1回、月の計画にはドライブ、ゲームを入れて支援している。クラブは絵画、押し花、書道、陶芸があり利用者がそれぞれに余暇を楽しめるよう努めている。視覚障害者の楽しみに配慮し、外出は眼科に付き添うなどしている。天気の良い日は車椅子利用者も20分程度は外を散歩している。限られた職員数で可能な限りの支援を行っている。
② 金銭管理が必要な場合はマニュアルに従って実施し、記録と報告を行っている。	a	過去一年間に金銭管理で問題は発生していない。金銭管理は施設長が責任者で、生活相談員が行っており、預かり金等管理規程、マニュアル、様式は揃っている。小遣いは自己管理の利用者も多いが、事業所で管理している場合の小遣いの出し入れは職員2人体制を取っており、記録は事務所で行ない、また、高額の出金は施設長、主任支援員も立会い行うなど、適切に実施している。
(7) 利用者家族との交流		
① 利用者の健康状態や生活の様子について、必要に応じて家族(身元引受人を含む)に知らせている。	a	家族には広報誌に手書きの便りを添えて郵送している。また、面会時には必ず家族と会話し、日頃の利用者の様子や健康状態を伝えたり相談を受けるなどしている。体調不良の際には、その都度電話を入れて知らせている。

評価基準	評価	評価の根拠及びコメント
② 施設と家族との交流を行っている。	a	開園記念日や秋祭りの際に普段は来れない家族と時間をかけて懇談する機会を持っている。また、家族の訪問時には湯茶の接待など歓迎し、応接室や面談室なども完備して居心地よく過ごせるよう工夫している。
2 権利擁護		
(1) 成年後見制度等		
① 利用者の権利擁護のために成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に関する情報を提供している。	c	「成年後見制度」や「地域福祉権利擁護事業」に関するパンフレット、資料等は準備しておらず、提供するまでには至っていない。
② 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	c	施設長をはじめ身体拘束ゼロをめざす研修を受講し、身体拘束のもたらす弊害等は周知している。やむを得ず身体拘束、行動抑制を行なう場合は家族に説明し同意を得ている。現在、かゆみから肌を掻き巻く利用者について家族の同意のもと抑制服を着用している。ただし、日々の記録がないため、拘束解除に向けた取り組みがわかりづらい。抑制服から通常の服に戻すために日々の記録と対策、検討記録などの作成が望まれる。
③ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる	b	過去一年間に不適切な関わりの問題は発生していない。職員には暴力、暴言等のない適切な支援を日頃から指導している。利用者の勘違い、思い込みであっても職員は傾聴の姿勢で対応している。気になる職員の言動は早期に発見し、施設長が直接注意指導を行なっている。また、「就業規則」の規程に基づき厳正に処分を行なう仕組みがある。今後は不適切な言動を発見した際の記録様式を整備し、管理者等に報告するまでの流れを明文化することが望まれる。
3 その他		
(1) 安全・災害防止		
① 防災(火災、風水害、地震等の災害)に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	a	過去一年間に防災の問題は発生していない。2ヶ月に一度避難訓練を行なっている。夜間訓練は地元消防団、消防署、嘱託医、設備業者の協力を得て秋に一度実施している。防災マニュアル、昼夜それぞれの自営消防隊編成表と任務、火気設備器具自主検査チェック表などを整備している。更に風水害マニュアルも作成しており、緊急連絡網は変更のたびに作成している。
② 不審者の進入などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	c	過去一年間に不審者の侵入は発生していない。夜警を夜間から早朝まで配備しており、夜間の不審者侵入に対する体制を整備している。不審者対応マニュアルも整備している。ただし、マニュアルに沿った職員研修は実施されておらず、マニュアルの存在を知らない職員もいるなど、職員への周知が不足している。また、警察との連携も未着手である。