

(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：養護老人ホーム聖マルコ園	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 村上 順子	定員（利用人数）： 50 名
所在地：長崎県長崎市西出津町2235番地3 Tel 0959-25-0075	

3. 総評

◇特に評価の高い点

1. 理念と基本方針に基づく介護の実践

ド・ロ神父のカトリック精神に基づいた「隣人愛」と「奉仕」を基盤として、職員は毎朝唱和して、基本を忘れず利用者の尊厳を重視した介護を日々実践している。

利用者にも園長講話の折に話すため「利用者も理念を周知しており、利用者同士のトラブルの解消にも隣人愛の精神が生きているなど、理念がしっかりと根付いている事業所である。

2. 地域に根ざした福祉サービスの実施

地域の独居老人向けに安否確認を兼ねた弁当宅配を行ない、様子に変化があった場合には、関係する医療機関等と連携を図っており、地域の福祉サービスの一役を担っている。又、地域の老人会の相談にも乗るなど高齢化の進む地域の中で、信頼を得て地域に安心感を与える存在となっている。

3. 利用者の声を聞く仕組み

利用者が不満に思っていること、職員には言い難いこと、寂しい思いを吐露したいなどに対応するために、施設長は職員以外の傾聴だけの職員を配置している。この職員は、居室を訪れたり、庭で散歩しながらなど様々な場面で利用者の普段思っていることを傾聴している。事業所は、自宅を離れホームで生活をする利用者にとって話を聞いてくれる人がいることの重要性を十分に理解し、積極的に対応していることは高く評価できる。

4. 食事の工夫

利用者の楽しみである食事は、栄養士を中心に職員が検討し、利用者にあった食事形態を工夫している。

例えば、自立した健常な利用者は、その日のメニューをバイキング式で自分の食べたい量を自己決定し楽しむようにしている。また、嚥下に不安のある利用者には、ミキサー食をそのまま提供するのではなく、食材の形に型取ったソフト食を提供し見た目にも食欲をそそるよう工夫しており、利用者が楽しく食事をできるように努力している。

5. 改善に向けての努力

事業所は、毎年度事業計画を作成し、その計画をもとに事業を推進している。一年間で事業が遂行されたか否か、問題点、課題等を含めた評価を行い、次年度の計画に繋げている。事業評価は数値であるためわかりやすく、事業所全体で次に向けて取り組む姿勢が明らかであり、積極的に改善していく意欲が窺える

◇改善を求められる点

1. 人事考課

人事考課の本来の目的と役割は、賃金や処遇に格差をつけることを目的にしたものではなく、人材の能力開発、育成に活用されること、公正な職員処遇を実現すること、個々の意欲を喚起し、組織活性化に役立つことである。事業所においては、本来の目的と役割に沿って適正な人事考課の導入が求められる。

2. サービス実施状況の把握

介護保険適用の利用者以外の介護サービス計画の作成を現在検討中である。全ての利用者についてサービス計画を作成し、職員はそれに基づいて利用者それぞれに支援を行い、入退院で変化が見られた場合等には見直し、本人に合った計画を常に検討していくことが求められる。利用者ごとに本人や家族の希望を反映した計画を作成し、計画に沿って毎日実施できたかを記録、3ヶ月程度で見直し評価を行い、次の計画に反映させるPDC Aサイクルを確立することが望まれる。

3. 服薬管理

過去1年間に薬の誤薬、誤配があったが、体調に異常は見られず適切に処置をしており、このような事故の場合は速やかに協力医に相談できる連絡体制が整備されている。ただし、利用者が適切に服薬しているかを記録する服薬管理表が作成されていない。また、服薬についてのマニュアルには、服薬の誤りがあった際の対応の手順が示されておらず、職員に対して投薬方法や誤薬の際の対応なども周知されていない。早急に服薬管理表の作成と日々の記録、職員への投薬方法、誤薬の際の対応などを周知して、利用者が安心して暮らすための服薬支援体制を構築することが望まれる。

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審するにあたり、全職員で自己評価に取り組みました。その中で職員一人ひとりが問題意識を持つことができ、当園が抱える様々な課題（サービス内容等）を見直すよい機会となりました。

今回の評価結果を真摯に受け止め、改善の必要な点については全職員で検討し、利用者の立場にたったサービス提供、地域に根ざした福祉サービスの実施、職員が働きやすい職場環境の整備に取り組んで参ります。

また、高い評価を頂いた点については、現状に満足せず当園の長所として伸ばしていきたいよう励んで参ります。

今後もできる限り継続的に第三者評価を受審し、更なるサービスの内容・質の向上に繋げ、利用者及び地域に根ざしたサービスの提供を目指していきたいと考えます。

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	カトリックの精神「隣人愛」「奉仕」を基盤とし地域とともに歩むホーム作りを目指すことを明文化している。実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の理念が具体的に示され、達成すべき事柄の指針となっており、ホームページにも「理念・目標」として掲載している。
② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく基本方針は明文化され、利用者の尊厳やサービス提供の姿勢を明確に示しており、理念と整合性があり、実施する福祉サービスの行動規範がより具体的に示されている。理念と同様に掲載され、ホームページにも「理念・目標」の中に明文化している。
(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	理念や基本方針は朝礼用冊子に記載され、職員に配布し朝礼時に唱和されている。職員会議で、理念や基本方針の示す行動規範を継続的に職員に周知されるよう取り組みを行っている。
② 理念、基本方針が利用者等に周知されている。	a	月に1度、園長講話の折、管理者は理念・基本方針について理解を深めるよう分かりやすく話し、視覚障がい者や高齢者に対し配慮されている。又、理念・基本方針は、広報誌「マルコ園便り」に記載し利用者、家族等に配布され周知している。ホームページにも掲載し、施設外に向けて広く知らせよう努めている。
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	実施する福祉サービスの更なる充実のために、施設の整備や人材育成について管理者はビジョンは明確にし理事会で承認を得ているものの、中・長期計画として具体的に策定されていない。
② 中長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	中・長期計画を策定していないため、反映された単年度計画は作成されていない。
(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	事業計画は各部署、委員会で評価や結果に基づき見直しが行なわれており、それを踏まえて定められた時期に組織全体で事業計画を策定している。

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	職員に、年度初めに事業計画を配布し職員会議において報告している。利用者には、集会所の椅子など備品購入の際に選択してもらい、事業計画がより身近に捉えられる様工夫されている。又、広報誌を配布し報告している。
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	職務文掌表に管理者の責任と役割を明文化し、会議においても明らかにしている。自らを評価する手段として、利用者から意見を拾い見直しの方を確立している。
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。	a	管理者自ら法令改定の研修等に参加し、法令等や倫理を理解している。又、法令等の関係書類は整備されている。22年4月の労働基準法改定に向け取り組んでいる。
(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、毎月1回開催される職種別会議に出席し、各部署の意見を聴くなどして課題を把握し継続的に評価分析を行っている。但し、改善の為の具体的な取り組みが職員に明示されていない。
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	経営や業務について、常に意識し分析を行い、職員の希望に沿い働きやすい環境の整備に取り組んでいる。業務の効率化を図る為、各部署の予算配分は前年度の統計を基に適切に行い事業運営に取り組んでいる。
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。	b	国勢調査の資料や配食サービス事業を介して事業所を取り巻く環境の動向について情報を収集している。又、同業者と情報交換する等して福祉サービスのニーズを把握している。但し、把握されたデータは中・長期の事業計画に反映されていない。

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。	a	会計事務所の定期的なコスト分析や、事業所自ら入所者推移等の分析を行っている。職員会議において改善すべき課題を周知している。
③ 外部監査が実施されている。	a	税理士の外部監査を実施し、指摘事項に基づいた改善策を経営に反映させている。
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	管理者は職員の資格取得状況を把握しており、必要な人材育成を具体的なプランに基づき管理され実施している。今年度、社会福祉士の受験費用の一部補助を計画しており、人材育成について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	人事考課の目的や効果は理解されているが、効果基準が定められておらず取り組みもなされていない。
(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。	b	勤務表や就業状況を把握する担当者を設置している。管理者は、年に1度個人面接を行い職員の意向や意見を取り入れている。又、相談員が職員の意見やクレームを聴取して管理者に報告し、改善できる仕組みが構築されている。但し、職員が相談できるようなカウンセラーや専門家は確保されていない。
② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	忘年会や新年会を開催している。又、職員の健康診断や制服支給を行い福利厚生事業を実施している。
(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。	b	事業計画の中に、職員の基本姿勢や意識の周知を徹底し積極的に研修に参加する事を明示している。但し、事業所の目標を踏まえた専門技術や専門資格についてビジョンはあるが研修計画に明示されていない。
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	職員は受講したい研修を、その都度要望し受講している。管理者は職員の技術水準や知識、専門資格の必要性は認識しているが、職員一人ひとりに合わせた計画が策定されていない。

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。	b	研修終了後必ず報告レポートを作成し発表する体制が出来ている。又、評価分析された結果に基づ職員育成に有効であった精神科医の講義を継続するなど次の計画に反映している。但し、個別の計画には反映されていない。
(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	実習生の受け入れについてマニュアルは整備され基本姿勢を明文化している。但し、受入担当職員を定めておらず、実習受入は実施していない。また職員に対して受入マニュアルを基にした研修や周知、マニュアルの点検、見直しが出来ておらず受け入れの体制が整備されていない。
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	実習生について受け入れておらず、育成について取り組みは行われていない。
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。	a	事故発生マニュアルが整備され、関係職員に周知し、見直しが行われている。安全確保のための事故発生防止対策委員会が設置されており、2ヶ月に一度、検討会議が行われている。利用者の安全確保のための組織内の体制が確立され機能している。
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年間に転倒事故が発生している。転倒の発生時刻・場所を個人別に分析した結果、ポータブルトイレの使用時に事故発生が集中しており利用者の排泄時に事故発生の要因がある事が判明した。事故は排泄パターンの把握が不十分であったことによるものであったため対策として、利用者の生活サイクル把握し、全職員が情報の共有をすることにより未然に予防し安全確保に努めている。
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	理念や基本方針に地域との関わりを明文化している。事業所が行なう夏祭りは地域に呼びかけ毎年300人を超える参加がある。又、婦人会のボランティア等社会資源を活用し地域との交流を積極的に行っている。
② 事業所の有する機能を地域に還元している。	a	地域の学校の職場体験を受け入れたり、老人クラブの相談支援を行っている。又、配食サービスで訪れる独居の方の安否確認を行なっている。パンフレットや広報誌を施設の玄関に設置し事業所の活動を地域に知らせるようになるなど、事業所が有する機能を地域に提供する取組みを行なっている。

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	ボランティア受け入れの際、事前説明等に関するマニュアルを整備し、基本方針を明示している。但し、ボランティアに対しての事前説明や研修が行われていない。
(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	地域の関係機関や団体について、リスト化された連絡体系図が寮母室に掲示されている。朝礼において、職員に周知情報の共有がなされている。
② 関係機関との連携が適切に行われている。	a	利用者サービス向上のために、関係機関や団体と6ヶ月に1度担当者会議を行っている。又、これらの機関と連携し解決に向けて取り組む体制を整えている。
(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	関係団体や民生委員と連携し、地域の独居老人の状況等福祉ニーズの把握に努めている。又、地域の老人会の相談に応じる等地域の高齢者福祉の拠点となるよう積極的に取り組んでいる。
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	福祉ニーズに基づいて、配食サービス事業や、短期入所生活介護事業を行っている。但し、中・長期計画に明示されていない。
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。	a	「一人ひとりの人間性の尊重」を基本方針に掲げ、サービス提供に関する手順書に基本姿勢が明示されている。朝礼時や2ヶ月に一度の内部研修で身体拘束、虐待について勉強会を開き、職員会議で発表している。更に人権の配慮についても理解を促し、身体拘束や言葉による拘束及び虐待防止についても職員に周知している。
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に関する規程は、排泄や入浴のマニュアルに明示され、プライバシーを守る取り組みが行われている。便りに掲載する写真には本人、家族の了解を得ており、ホームページについては管理者がしてから掲載するなど配慮している。但し、マニュアルについては見直しが行われていない。
(2) 利用者満足の向上に努めている。		
① 利用者満足向上を意図した仕組みを整備している。	a	利用者満足について、栄養士による嗜好調査や傾聴専門の職員が利用者の希望を聴取し把握している。又、敬老会に家族が出席した際に懇談会を開催したり、面会の折、面接をして家族の満足度を把握するよう努めている。クラブ活動として、利用者職員がお茶を飲みながら雑談する「いもクラブ」があり利用者の満足を把握している。

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	調査した結果に基づき、職員会議において分析、検討しているが具体的な改善は行っていない。又、利用者参画の検討会議は行われていない。
(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	2名の生活相談員が、利用者を個別に訪問し意見を傾聴する体制を取っている。又、意見を述べやすいように事務室や会議室が設けられている。但し、利用者、家族に対して相談方法や相談相手が自由に選択できることが分かりやすく説明された文書がなく、伝える為の取り組みが十分でない。
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。	a	苦情解決の責任者は施設長であり、苦情担当窓口、第三者委員会を設置し苦情解決の体制が整備され、これを玄関ロビーに掲示している。苦情に対する検討とその結果は、利用者や家族に口頭で報告し、利用者家族に配慮した上でホームページに公表されている。
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	意見や提案を受けたとき、各窓口で記録をし、マニュアルに沿って各部署で報告、対応がなされている。又、職員会議で話し合わせ共有し、サービス改善に反映している。但し、対応マニュアルは点検や見直しが行われていない。
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。	a	年度末に各部署で事業計画を振り返り、評価結果を分析し検討している。各部署の評価結果を、改善の見直しを含め次年度の事業計画に反映しており、PDCAのサイクルが機能している。又、本年度第三者評価を受審し外部による改善課題の発見に取り組んでいる。
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。	a	各部署での会議に職員は出席し、評価結果の分析を行いそれに基づく課題が事業報告に明文化されている。又、職員間で課題の共有がなされており組織として取り組む課題を明確にしている。
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	評価結果から明確になった課題は、改善策とし次年度の事業計画に反映し実施に向け取り組んでいる。
(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。	a	介護マニュアルが整備されている。個別のサービスについて、標準的な手順が定められ、プライバシー保護の姿勢が明示され、提供されている。サービスの実施状況を確認する排泄チェックシートなどが整備され、確認している。

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。	b	サービスの実施は、定められた手順に沿って行われているが、見直しの時期や見直しの方法など仕組みが定められていない。
(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。	c	介護保険適用の利用者には介護計画があるものの、適用外の利用者にはそれに変わる計画は全員には作成されていない。そのため、計画に沿ったサービスも全員には行われていない。サービス計画が作成されている利用者についても実施記録の内容に差があり、統一されていないため、現在、新しい様式の導入を検討している段階である。
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	記録管理の責任者を定め適切に保管されている。ホームページや広報誌に写真を掲載する際、利用者・家族の承諾を得ている。職員採用時に守秘義務の誓約書を交わす等職員に周知している。但し、情報の開示を求められた際の規程は定められておらず、又、研修もない。
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	申し送りは口頭伝達、重要事項は伝達ノートに記載し、確認者が確認済みの押印をして情報が的確に届くよう整備されている。病院受診後の医療機関からの情報は、看護師を通じて主任に伝えられ、又申し送りで話すなど部門横断での取組みが行なわれている。又、ネットワークを利用して事業所内で共有している。
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	サービス内容をわかりやすく説明したホームページを作成し、公開している。ほとんどの見学者はホームページを見て訪れている。施設の玄関前にパンフレットをおいて情報を提供している。又、見学や体験入所にも対応している。
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	契約時に、利用者、家族等に重要事項説明書を基に分かりやすく説明し、又、預かり金については家族管理か本人管理かを明確にし書面にて残しサービスの開始にあたり同意を得ている。身元引受人が長崎市である利用者に対しても同様に行っている。
(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。	b	医療機関へ移行する場合は、看護師が利用者の看護サマリーを渡し、申し送りを行っている。サービス終了時の相談窓口として、相談担当者である施設長を設置している。ただし、サービスの継続に配慮した手順や引継ぎの文書がなく、継続性の配慮が十分でない。老人短期入所事業の活動がなされているので、体制の整備が必要と思われる。
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	利用者の身体状況や生活状況を、事業所が定める新しい様式に記録するよう平成18年に変更したが、全員分が揃っていない。そのため利用者の記録が完全でなく、把握できていない。アセスメントの見直しの時期は、長期6ヶ月と定め定期的に利用者の状態を見ながら見直しをしているが、記録や把握が十分ではない。

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ニーズや課題を明示する為に入居前にアセスメントを行い、その後の手順が定められている。又、利用者のニーズや課題が明示されている。利用者の記録が整備されておらず手順を定めてアセスメントを行っているが十分な取り組みがなされていない。
(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	サービス実施責任者は主任相談員として設置している。サービス計画策定において、部門別の責任者によりケース会議を行い利用者の意向を踏まえ課題にもとづいて、計画を策定している。但し、全員分のサービス計画は作成されておらず、サービスの実施記録が十分に行われていないため、体制として十分に機能していない状況である。
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	サービス実施計画の見直しはPDCAのサイクルにより継続実施し、恒常的に行われている。又、サービス実施計画を緊急に変更する場合は、主任会議において見直し、計画策定されている。但し、実施記録が十分に行われておらず、見直しに関する手順は確立されているが十分な取り組みではない。

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	可動式扉を開放すると大ホールになり、利用者と家族や来訪者が交流の場として、毎年行われる敬老会に使用されている。廊下はクラブ活動で製作した俳句や手芸作品が展示してあり家庭的な生活空間作りに配慮されている。又、共用部分は次亜塩素酸を用いて清掃が行われ環境美化に勤めている。
② 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。	b	施設内は、換気が良く気になる臭気がない。共有空間や居室はいずれも日が入り明るくカーテンなどで光の調節ができるよう配慮がある。テレビ、アナウンスの音量も大きすぎず、空調管理も行なわれており、過ごしやすく落ち着いた環境に配慮されている。ただし、共用部分の一部に空調設備が老朽化して温度管理が困難な場所がある。
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	居室の取っ手の形状やトイレのスペース等、身体機能の低下を補い、事故防止やプライバシー保護のための施設設備が整い配慮されている。ただし、リハビリ室に移動する廊下の一部に手すりがない設置されておらず配慮されていない所がある。
(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。	b	嚥下機能の低下防止の為に嚥下体操や、クラブ活動のための物品を提供するなどして活動意欲が起こるように支援している。定期的にレクリエーションを実施しているが、利用者ごとの身体状況に応じた計画がなされておらず又、実施記録もない。
(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	施設内に在宅支援事業所が併設されており、介護認定の際の手続きや援助を行っている。事業所の取り組みとしては行われておらず、マニュアルは整備されておらず、研修、職員の周知活動、見直しの体制は整備されていない。
(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。	a	栄養士は利用者の身体状況に合わせて、疾病や嚥下機能低下の利用者向けの配膳食と健康状態に支障がない利用者向けのバイキング式に分け食事を提供している。又、自立に向けた自助具を使用したり、嚥下機能の低下している利用者に対しソフト食を提供するなど利用者の身体状況に応じた工夫がなされていた。
② 食事を楽しめるよう工夫を行っている。	a	食堂内は広いスペースで花が飾られ、行き届いた清掃がなされており、ゆっくりくつろげる環境が作られている。食事に時間がかかる利用者のテーブルが設けられ、自分のペースで食事が楽しめるよう配慮している。居室で食事をする利用者に対し保冷库・保温庫により食事の適温提供をするなど利用者がそれぞれに食事を楽しめる工夫を行なっている。

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。	b	週に1度、医師が来園し健康相談を行っており、年2回の健康診断を実施している。また、健康維持のためのリハビリや音楽体操など日常生活の中にプログラムを取り入れた支援を行っている。ただし、健康管理についてのマニュアルは整備されておらず、口腔ケアの指導も行われていない。又、健康管理記録が作成されておらず健康状態の変化が把握しにくいなど健康管理体制の整備が十分でない。
② 服薬の管理は適正に実施している。	c	過去1年間に薬の誤薬、誤配があったが、体調に異常は見られず適切に処置をしている。このような事故の場合は速やかに協力医に相談できる連絡体制が整備されている。ただし、利用者が適切に服薬しているか記録する服薬管理表がない。また、服薬についてのマニュアルには、服薬の誤りがあった際の対応の手順が示されておらず、職員に対して投薬方法や誤薬の際の対応なども周知されていないため、管理体制が整備されているとは言いがたい。
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1年間に感染症が発生していない。利用者の承諾を得てインフルエンザ等の予防接種を行っている。又、感染症の発生状況や予防策を利用者や職員に周知し、感染症のマニュアルは整備されている。ただし、感染症についての研修やマニュアルの見直しがなされておらず十分でない。
④ 食中毒予防を適正に行っている。	a	過去1年間に食中毒が発生していない。衛生管理マニュアルを作成し職員に周知され、関係職員は検討会を開催している。又、マニュアルの見直しがなされている。保存食は専用の冷凍庫で2週間保管されその後、廃棄される。調理関係者は毎月検便を実施し、調理器具等の衛生管理に努めている。食中毒の予防対策が適切に行われている。
(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。	b	利用者の希望を聞きながら月1回のドライブや買い物などの支援を行い、車椅子利用者も看護師の了承の下、半年に1度は花見などに出かけている。また、生活相談員が、利用者に対してレクリエーション、音楽体操等の参加を募り実施している。又、書道、俳句等のクラブ活動もあり、利用者は余暇を楽しんでいる。但し、利用者の個別の外出したい希望に沿うことは難しく、積極的に外出できるような支援がなされておらず、取り組みが十分でない。
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。	b	過去1年間に預り金の問題は発生していない。金銭管理マニュアルを整備し、関係職員に周知され金銭管理体制が確立している。但し、小額の金銭を自己管理できる利用者に対し、経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが行われていない。
(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	定期的に発行される広報誌に暮らしびりを掲載している。行事の際に撮った利用者の写真の注文を受け家族に渡し生活状況を報告している。又、健康状態については看護師が直接家族に連絡しており、必要に応じて面会時に利用者の近況報告などを行っている。

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	夏祭りや敬老会など家族の参加を呼びかけ、家族から踊りやカラオケの披露があり、楽しい交流の場となっている。又、昨年までは家族を交えた一泊旅行も実施しており、更に遠方に住んでいる家族が面会しやすいように宿泊できる部屋が設けている。施設行事の積極的な参加を促し、家族との交流を行っている。
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	成年後見制度などの情報提供は行っていない。必要な場合に対応できるよう「成年後見制度」「地域福祉権利擁護事業」の情報提供のためのパンフレット等の準備も未着手である。
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。	b	過去一年間に寝具から顛倒し生命に危険であると判断され家族の同意のもと、やむを得ずベッド柵により一時的に身体的拘束を行った。職員は常に見守り、観察し、記録を行い、クッションを敷き床との段差を低くするなど支援をして改善に至った事例がある。緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体拘束を行わない支援に努めている。職員は研修や会議等を行い、意識啓発に努め利用者の立場に振り返り日々支援をしている。やむを得ずの場合において家族の同意書や記録を行い、根拠を明確にすると共に改善に努力している。
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かかわりは発生していない。セクシャルハラスメントのマニュアルがあり、サービス規定の中には処分が明示されている。不適切な関わりなどを職員が発見したり、利用者からの訴えがあった場合には、主任職員が問題解決を行い、その後、問題の程度により施設長へ口頭で報告しており、記録は作成していない。主任から施設長へ全ては報告されておらず、早期発見に取り組んでいるが十分でない。
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。防災マニュアルが整備されており、それに基づき利用者も参加して毎月、避難訓練や通報訓練を実施している。夜間想定訓練も消防団参加のもと、実演指導と合わせ実施され、職員に周知されている。施設の近隣地域の斜面が地滑り危険区域に指定されている事もあり、全職員は危機管理意識が高い。又、利用者も寝具の傍らに懐中電灯を自発的に備える等対応されている。
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。	b	過去一年間に不審者の侵入は発生していない。外部侵入に際し、24時間の機械警備を整備し、侵入時には警備会社から伝達された地域住民が対応する体制が整備されている。又、地域との日頃からの交流により緊急時に応援を得られる体制がある。ただし、不審者侵入時に対応するためのマニュアルが整備されておらず、研修や職員の周知も行われていない。